

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Арутюнян А.А.¹, Сердюков А.Г.¹

¹ГБОУ ВПО «Астраханский Государственный Медицинский Университет», г. Астрахань, Россия, e-mail: aaa351@bk.ru

Проводилось изучение медико-социального статуса сельских женщин с нарушениями менструального цикла на территории Астраханской области ее сельских муниципальных образований: Ахтубинского, Володарского, Енотаевского, Икрянинского, Камызякского, Красноярского, Лиманского, Наримановского, Приволжского, Харабалинского и Черноярского районов Астраханской области за период с 2009 по 2013 гг. Анализ полученных данных показал резкое снижение возраста начала половой жизни, увеличение числа состоящих в браке. А также увеличилось количество женщин, у которых было больше 2 беременностей. Выявлено, что все обследуемые не обращались к гинекологу по поводу нарушений менструального цикла. Авторы делают вывод о необходимости особенного внимания сельской гинекологической службы к женщинам фертильного возраста для своевременного выявления и лечения нарушений менструального цикла.

Ключевые слова: сельские женщины, нарушения менструального цикла, медико-социальный анализ

THE STUDY OF MEDICAL AND SOCIAL STATUS OF RURAL WOMEN WITH MENSTRUAL IRREGULARITIES

Arutjunjan A.A.¹, Serdjukov A.G.¹

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: aaa351@bk.ru

A study of medical-social status of rural women with disorders of menstrual cycle was made on the territory of Astrakhan rural municipalities: Akhtuba, Volodarsky, Enotaevsky, Ikryaninsky, Kamyzyaksky, Krasnoyarsky, Limansky, Narimanovsky, Privolzhsky, Kharabalinsky and Chernoyarsky districts of the Astrakhan region for the period from 2009 to 2013 years. The analysis of the data showed a sharp decline in the age at first intercourse, increasing number of married couples and increased the number of women who have had more than 2 pregnancies. It is revealed that all the surveyed women didn't go to the gynecologist in connection with the disorders of menstrual cycle. The authors conclude about the necessity of special attention to the rural gynecological services to women of childbearing age for early detection and treatment of disorders of the menstrual cycle.

Keywords: rural women, menstrual disorders, medical and social analysis

В настоящее время демографическая ситуация в мире характеризуется резким снижением рождаемости и темпов роста численности населения и его старением в странах Европы, СНГ и Северной Америки; быстрым увеличением численности населения, высокими показателями материнской и детской заболеваемости и смертности в странах Азии, Африки, Латинской Америки и Карибского Бассейна, Ближнего Востока [2]. С начала 1990-х гг. Россия вошла в стадию демографического кризиса. За последние 10 лет страна уже потеряла естественным путем 7,5 млн человек, и этот процесс продолжается. Нарастание темпов сокращения численности населения происходит за счет его воспроизводственной базы (представителей репродуктивных возрастов) и увеличения воспроизводственных издержек (общего числа умерших) из-за резкой активизации процесса старения населения [1].

В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения страны остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности. Продолжают сохраняться имеющие место в последние годы негативные тенденции в показателях, характеризующих репродуктивное здоровье. Низкий уровень рождаемости и высокий показатель общей смертности населения способствуют снижению уровня воспроизводства населения [3].

Состояние здоровья населения Российской Федерации в современных условиях характеризуется устойчивым сохранением низкого уровня рождаемости, высокими показателями общей смертности и снижением численности населения, что является отражением кризиса общественного здоровья, особенно выраженного среди сельского населения [4].

Таким образом, сложившаяся в стране демографическая ситуация составляет одну из острейших медико-социальных проблем общества.

В настоящее время репродуктивный потенциал современных женщин фертильного возраста вызывает большую тревогу [6]. Особенности физического развития девочки, а затем девушки-подростка, молодой женщины, характер перенесенных в детстве и подростковом периоде заболеваний, в том числе инфекционного характера, оказывают в дальнейшем существенное влияние на состояние репродуктивной функции, течение последующих беременностей и родов [7]. В свою очередь состояние здоровья женщины во многом определяет ее репродуктивное поведение, влияет на показатели рождаемости, плодовитости, а также детскую и перинатальную смертность [8]. Особого внимания заслуживают нарушения менструального цикла у женщин фертильного возраста, проживающих в сельской местности, так как именно это заболевание не вызывает тревоги у пациенток и соответственно не приводит к посещению врача [9].

Показатели здоровья сельских женщин фертильного возраста, отражая реальную картину уровня жизни популяции, в то же время существенным образом зависят от многообразных факторов среды, воздействующих на организм по мере развития цивилизации [5].

Важнейшим фактором, влияющим на здоровье женщин, являются условия труда, которые в последние годы ухудшаются во всех отраслях промышленности и сельского хозяйства. В неблагоприятных условиях работает около 1,5 млн женщин. Среди общего числа случаев профессиональных заболеваний каждый пятый приходится на женщин. Вредные факторы производства оказывают отрицательное воздействие на репродуктивное здоровье нередко вызывая бесплодие и рождение неполноценных детей [10].

Целью нашей работы является изучение медико-социального статуса сельских женщин с нарушениями менструального цикла.

Методы и объект исследования

Исследование проводилось на территории Астраханской области, ее сельских муниципальных образований: Ахтубинского, Володарского, Енотаевского, Икрянинского, Камызякского, Красноярского, Лиманского, Наримановского, Приволжского, Харабалинского и Черноярского районов Астраханской области. Выбор районов обусловлен особенностями их расположения на территории области и разными вариантами организационно-управленческой структуры оказания медицинской помощи.

По социально-гигиеническим и медико-биологическим характеристикам, образу жизни населения районы достаточно полно отражают современное состояние проблемы.

Объектом исследования явились женщины сельских районов области, страдающие нарушением менструального цикла. В качестве единицы исследования взята женщина сельского района области, обратившаяся за помощью по поводу нарушения менструального цикла.

В работе использовались сплошной и выборочный методы формирования статистической совокупности. Репрезентативные выборочные совокупности формировались на основе многоступенчатого исследования с учетом направленного отбора методом случайной выборки.

Основным источником информации являлась амбулаторная карта больной, заполняемая по месту обращения.

Собственные исследования

Практически все сельские женщины фертильного возраста вели половую жизнь. За период исследования резко увеличилось количество женщин, начавших половую жизнь в раннем возрасте. Так, если в 2009 г. на начало половой жизни до 14 лет указывало 0,2% респонденток, то к 2013 г. это число увеличилось до 2,3%. Гораздо большее количество женщин начали половую жизнь в возрасте 14–16 лет. В 2009 г. на данный возраст указывали 12,8% опрошиваемых, в 2011 г. – 15,8%, а в 2013 г. – уже 18,3% респонденток.

Основное количество опрошиваемых женщин начали половую жизнь в возрасте 16–18 лет или 18–20 лет. Однако за время исследования количество женщин, начавших половую жизнь в возрасте 16–18 лет, увеличилось с 34,7% (2009 г.) до 38,2% (2013 г.). В то же время количество женщин, начавших половую жизнь в 18–20 лет, оставалось все годы исследования в пределах 31,1–32,6%. Число женщин, начавших половую жизнь в возрасте 20–25 лет, уменьшалось с каждым годом исследования. Если в 2009 г. это количество составляло 18,1%, то в 2007 г. – 7,1%. Позже 25 лет половую жизнь начали от 0,6% (2010 г.)

до 2,8% (2011 г.) опрашиваемых. Из всех опрашиваемых нами женщин стабильно 0,2% не вели половой жизни.

Анализируя семейное положение обследуемых, можно сказать, что за годы исследования количество женщин, состоящих в браке, увеличилось: с 56,7% (2009 г.) до 61,2% (2013 г.). Резко сократилось число разводов. Если в 2009 г. среди респонденток разведенные составляли 13,7%, то в 2012 г. – 7,1%, а в 2013 г. – всего 2,5%. Число незамужних женщин среди опрашиваемых возросло с 12,8% в 2009 г. до 13,9% в 2013 г. Постепенно возрастало количество женщин, имеющих постоянного полового партнера. Так, в 2009 г. на наличие постоянного партнера указали 11,3% респонденток, а в 2013 г. – 16,3% опрашиваемых. Несколько увеличилось количество респонденток, ведущих беспорядочную половую жизнь (от 4,2% в 2009 г. до 4,8% в 2013 г.). Число вдов практически не менялось за все время обследования и составляло от 1,2% до 1,4%.

За период исследования увеличилось количество женщин, у которых было более 2 беременностей. Если в 2009 г. больше 2 беременностей отмечали 48,2% респонденток, то в 2013 г. – 51,4%. Соответственно уменьшилось количество тех, у кого было до 2 беременностей.

Многие женщины пользовались искусственным прерыванием беременности. Количество женщин, сделавших до 2 аборт за период исследования, увеличилось с 71,3% (2009 г.) до 75,3% (2013 г.). Соответственно значительно уменьшилось число тех, кто сделал более 2 абортов.

За период исследования увеличилось количество женщин, желающих иметь более 2 детей. Так, если в 2009 г. на количество родов больше 2 указывали 17,8% респонденток, то в 2013 г. – 24,6% опрашиваемых (табл. 4).

У женщин с разным количеством родов исходы их были различными (табл. 5). Так, у женщин, рожавших 1 или 2 раза, в начале наших исследований здоровые дети родились в 93,2% случаев, выкидыши случились в 6,2% случаев, мертворождение – в 0,4% случаев. За период исследования количество респонденток, указавших на рождение здоровых детей, увеличилось до 99,5% (2013 г.), снизилось количество выкидышей (0,5%), мертворождений не было.

Несколько иная картина наблюдалась у женщин, рожавших более 2 раз. В данном случае рождение здоровых детей за время исследования снизилось с 97,2% (2009 г.) до 93,2% (2013 г.). Количество выкидышей увеличилось с 2,2% (2009 г.) до 6,1% (2013 г.). Мертворождения отмечались ежегодно. Наибольшее количество было отмечено в 2013 г. (0,7%), наименьшее – в 2010 г. (0,1%).

При анализе образа жизни гинекологических больных учитывали социальное положение, условия работы, вредные привычки и физическую активность.

Выделяли четыре социальные группы: учащиеся, работающие, неработающие и пенсионеры. Многие респондентки причисляли себя к нескольким группам сразу. Так, женщина считала себя пенсионеркой и в то же время продолжала работать. Или же студентка колледжа, считая себя учащейся, одновременно указывала свое социальное положение и как работающая, так как подрабатывала по вечерам.

Количество работающих женщин с нарушениями менструального цикла за период исследования несколько раз увеличивалось и уменьшалось. Так, в 2009 г. работающие пациентки составляли 39,5%, а в 2010 г. это количество увеличилось до 42,2%. В 2011 г. отмечался резкий спад числа работающих до 31,2%, а в 2012 г. вновь увеличилось число работающих респонденток до 39,6%. В 2013 г. снова отмечалось уменьшение числа работающих женщин (31,8%). Данный факт можно объяснить нестабильностью экономики в сельских районах. Во многих селах закрывались детские сады, амбулатории, многие магазины. Периодически возникали новые предприятия, которые впоследствии в свою очередь закрывались.

Среди респонденток, относящихся к категории неработающих, по данным нашего обследования были выделены следующие группы: безработные, домохозяйки, работающие поденно, мелкие предприниматели, служащие фирм и владельцы личного автотранспорта. Как показали результаты опроса, к собственно неработающим можно отнести только безработных и домохозяек. Остальные группы можно назвать неработающими только условно. Все эти люди занимались той или иной трудовой деятельностью, но не имели полиса обязательного медицинского страхования.

Основную массу неработающих среди наблюдаемых нами пациенток составляли домохозяйки, мелкие предприниматели и владельцы личного автотранспорта.

Количество безработных в полном смысле этого слова, т.е. стоящих на учете как безработные и получающих пособие, за период обследования увеличилось с 12,1% (2009 г.) до 15% (2013 г.). Женщины, являющиеся безработными, объясняли данный факт желанием получить пособие на время, пока подыщут себе подходящую работу или же пока не стабилизируется материальное положение семьи.

Количество домохозяек с каждым годом увеличивалось и к 2013 г. достигло 23,5%. Это, как правило, женщины, у которых есть мужья, которые содержат семью и настаивают на том, чтобы жена занималась детьми.

Довольно много женщин являются владелицами личного автотранспорта и пользуются им для заработка, подвоза пассажиров по селу или за его пределы. В 2009 г. этим видом работы занимались 20,4% респонденток, в 2013 г. – 21,3% опрошенных.

Большую группу составляют пациентки, являющиеся мелкими предпринимателями. В 2009 г. таких было 23,2%. Женщины содержат мини-парикмахерские, магазины, ларьки, бани, сидят с детьми, не посещающими садик, и т.д. В 2013 г. количество респонденток, позиционирующих себя как мелкие предприниматели, достигала 21,3%.

Отдельную группу составили респондентки, работающие по-прежнему. Это женщины, нанимающиеся на сбор урожая, уборку, побелку, стирку и подобные работы. Количество респонденток, занимающихся по-прежнему трудом, оставалось постоянным за весь период исследования и составляло от 15,1% до 15,6%.

Практически в каждом обследуемом нами районе определенное количество пациенток, указавших свое социальное положение как «неработающая», занимались сельскохозяйственным трудом в собственном хозяйстве. За период исследования количество таких респонденток увеличилось с 14,3% до 16,5%.

Среди обследуемой группы пациенток количество домохозяек увеличилось с 22,1% в 2009 г. до 23,5% в 2013 г.

Исследуя условия труда наших пациенток, мы выявили следующее. На тяжелый физический труд указывали от 40,4% до 42,1% респонденток на протяжении всего периода исследования. Многие женщины указывали на «сидячую» работу (от 35,6% до 39,1%). Подавляющее количество наших пациенток (более 70%) имели ненормированный рабочий день, и практически такое же количество опрошенных работали без выходных. 98% респонденток в течение всего периода исследования указывали на постоянное эмоциональное напряжение на работе.

Таким образом, в течение 5 лет условия труда у сельских женщин с нарушениями менструальной функции практически не менялись.

Несмотря на то что все опрошиваемые нами женщины отмечали нарушения менструального цикла, подавляющее большинство из них обращались к гинекологу только в случае какого-либо заболевания или подозрения на него. В 2009 г. таких респонденток было 90,6%, в 2010 г. — 96,9%, в 2011 г. — 100%, в 2012 и 2013 гг. соответственно 99,6% и 99,2%.

Один раз в год к гинекологу обращались 0,2% опрошенных, больше 1 раза в год – от 2,1 до 2,3%. Данные цифры оставались постоянными на протяжении всего исследования. Не обращались к гинекологу ни при каких обстоятельствах в 2009 г. 0,2%, в 2010 г. — 0,1%, в 2011 г. — 0,2% респонденток. В последующие годы таковых не было.

Таким образом, наши исследования позволили сделать следующие **выводы**.

1. За период исследования среди сельских женщин с нарушениями менструального цикла резко снизился возраст начала половой жизни, возросло число состоящих в браке и женщин, имеющих постоянного полового партнера, а также увеличилось количество женщин, у которых было больше 2 беременностей.
2. Исходы родов более благоприятны у женщин, рожавших до 2 раз, чем у пациенток, рожавших более 2 раз.
3. Все обследуемые в той или иной мере занимались физическим трудом и, несмотря на нарушения менструального цикла, практически не обращались к гинекологу.
4. Полученные данные указывают на необходимость более пристального внимания к женщинам фертильного возраста со стороны гинекологической службы для своевременного выявления и лечения нарушений менструального цикла.

Список литературы

1. Вялков А.И. Формирование общественного здоровья населения и оздоровление населения важнейшие задачи решения демографических проблем в РФ / А.И. Вялков // Главврач. — № 9. — 2006. — С. 4–7.
2. Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения — главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н.Ф. Герасименко // Здравоохранение Рос. Федерации. — 2009. — № 3. — С. 10–14.
3. Какорина Е.П. Современная медико-демографическая ситуация в Российской Федерации / Е.П. Какорина // Бюл. национального НИИ общественного здоровья. М., 2007. — Вып. 2. — С. 9–11.
4. Рамазанова М.А., Омаров С-М.А. Репродуктивный потенциал девушек-подростков, проживающих в сельской местности Южного Дагестана. Монография. — 2009. — С. 132.
5. Стародубов В.И. Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния общественного здоровья и здравоохранения / В.И. Стародубов, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская // Пробл. управления здравоохранением. 2007. — № 2. — С. 31–34.
6. Филатов В.Б. Некоторые тенденции в состоянии здоровья населения России в 2006 году / В.Б. Филатов // Зам. главного врача. — № 2. — 2007. — С. 6–14.
7. Brainard G. C. Photons, clocks, and consciousness / G. C. Brainard, J. P. Hanifin // J Biol Rhythms. 2005. — Vol. 20. — P. 314–325.
8. Chronological aspects of ultrasonic, hormonal, and other indirect indices of ovulation / R. Ecochard, H. Boehringer, M. Rabilloud, H. Marret // BJOG. — 2001. — Vol. 108. — P. 822–829.

9. Chronotherapeutics (light and wake therapy) for affective disorders / A. Wirz-Justice, F. Benedetti, M. Berger, R. W. Lam, K. Martiny, M. Terman, J. C. Wu // *Psychol Med.* 2005. — Vol. 35. — P. 939–944.
10. Creinin M. D. How regular is regular? An analysis of menstrual cycle regularity / M. D. Creinin, S. Keverline, L. A. Meyn // *Contraception.* — 2004. — Vol. 70. — P. 289–292.

Рецензенты:

Сайфулин М.Х., д.м.н., главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Астрахань;

Ярославцев А.С., д.м.н., профессор кафедры профессиональной гигиены медико-профилактического факультета с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань.