

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С УЧЕТОМ ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Мингазова Э.Н.¹, Атамбаева Р.М.²

¹«Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия (420012, Казань, ул. Бутлерова, 49); rector@kgmu.kcn.ru;

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика (720020, Бишкек, ул. Ахунбаева, 92); E-mail: akhunbaevksma@yandex.com

Проведено комплексное медико-социальное исследование контингента девушек-подростков, жительниц г. Бишкека. На первом этапе проведен углубленный гинекологический осмотр, а затем интервьюирование по специально разработанной карте. В исследовании приняли участие 1134 девушки-учащиеся, в возрасте 15–18 лет, не живущие половой жизнью. Девушки с нарушениями менструальной функции по типу альгодисменореи составили опытную группу (402 человек), гинекологически здоровые девушки (732 человек) – контрольную. Оценка силы влияния различных медико-социальных факторов на развитие альгодисменореи у девушек дала возможность определить наиболее значимые. Так, из группы медико-биологических факторов на первом месте по силе влияния стоит фактор «нарушения менструальной функции у матери девушки в анамнезе»; из группы социально-гигиенических факторов – фактор «низкая материальная обеспеченность семьи девушки»; из группы поведенческих факторов – фактор «курение самой девушки».

Ключевые слова: медико-социальное исследование, альгодисменорея, факторы риска и их сила влияния, девушки-подростки.

PECULIARITIES OF FORMING ALGODISMENORREA IN TEEN-AGE GIRLS WITH THE ACCOUNT OF MEDICAL AND SOCIAL FACTORS EFFECT

Mingazova E. N.¹, Atambaeva R. M.²

¹State Educational Institution of Higher Professional Education “Kazan State Medical University of the Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation”, Kazan, Russia (420012, Kazan, Butlerov str., 49); rector@kgmu.kcn.ru;

²The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev. Address: 92, Akhunbaev str., the city of Bishkek, 720020, the Kyrgyz Republic; E-mail: akhunbaevksma@yandex.com

A complex medical and social study of teen-age girls' cohort, the residents of Bishkek town was carried out. A thorough gynecological examination performed at the first stage was followed by interviewing according to a specifically designed record. 1134 girls-students aged 15–18 years having no sexual life took part in the study. A test group (402 persons) was composed of the girls with menstrual function disorders in the form of algodismenorrhea, and a control one (732 persons) was formed of gynecologically healthy girls. The assessment of various medical and social factors' power of influence on algodismenorrhea development in girls allowed identifying the major ones. Thus, the following factors come first as far as power of their influence: the factor of “menstrual function disorder in the past medical history of the girl's mother” – from the group of medical and biological factors; the factor of “low well-being of the girl's family” – from the group of social and hygienic factors; the factor of “the girl's smoking herself” – from the group of behavioral factors.

Keywords: medical and social study, algodismenorrhea, risk factors and their power of influence, teen-age girls.

Одним из важнейших показателей репродуктивного здоровья девушки считается отсутствие нарушений со стороны менструальной функции. Нерегулярные менструальные циклы, а также альгодисменорея, относятся к наиболее частым формам специфических функциональных нарушений среди современных девушек [4,5]. Вместе с тем по данным научных исследований за последние десятилетия в большинстве стран мира состояние соматического и репродуктивного здоровья девушек подросткового возраста ухудшается: снижается доля здоровых девочек и девушек, увеличивается среди них распространенность

функциональных нарушений и хронических заболеваний [1,2]. По мнению специалистов, устойчивость негативной динамики сохранится, т. к. она обусловлена такими факторами, как неблагоприятная экологическая обстановка, несбалансированная учебная нагрузка, хронический стресс, «нездоровый» образ жизни, наличие вредных привычек [3].

Цель исследования: на основе медико-социального исследования определить влияние различных факторов риска на формирования альгодисменореи среди девушек-подростков для разработки программ профилактики нарушений менструальной функции и оздоровления девушек-подростков.

Методы исследования: социально-гигиенический, статистический, аналитический. В исследовании приняли участие 1134 девушки-учащиеся, в возрасте 15–18 лет, не живущие половой жизнью. Все они были учащимися общеобразовательных учреждений г. Бишкек: 273 девушки-учащиеся из средних школ, 466 человек из школ-гимназий и 395 человек из проф. лицеев.

Результаты исследования. Прежде чем перейти к осуществлению основной цели исследования, нами были проанализированы данные официальной статистики для определения показателей распространенности различных гинекологической заболеваемости среди девушек 15–18 лет горожанок Бишкека за 2007–2011 гг. На рисунке 1 представлена динамика данных показателей.

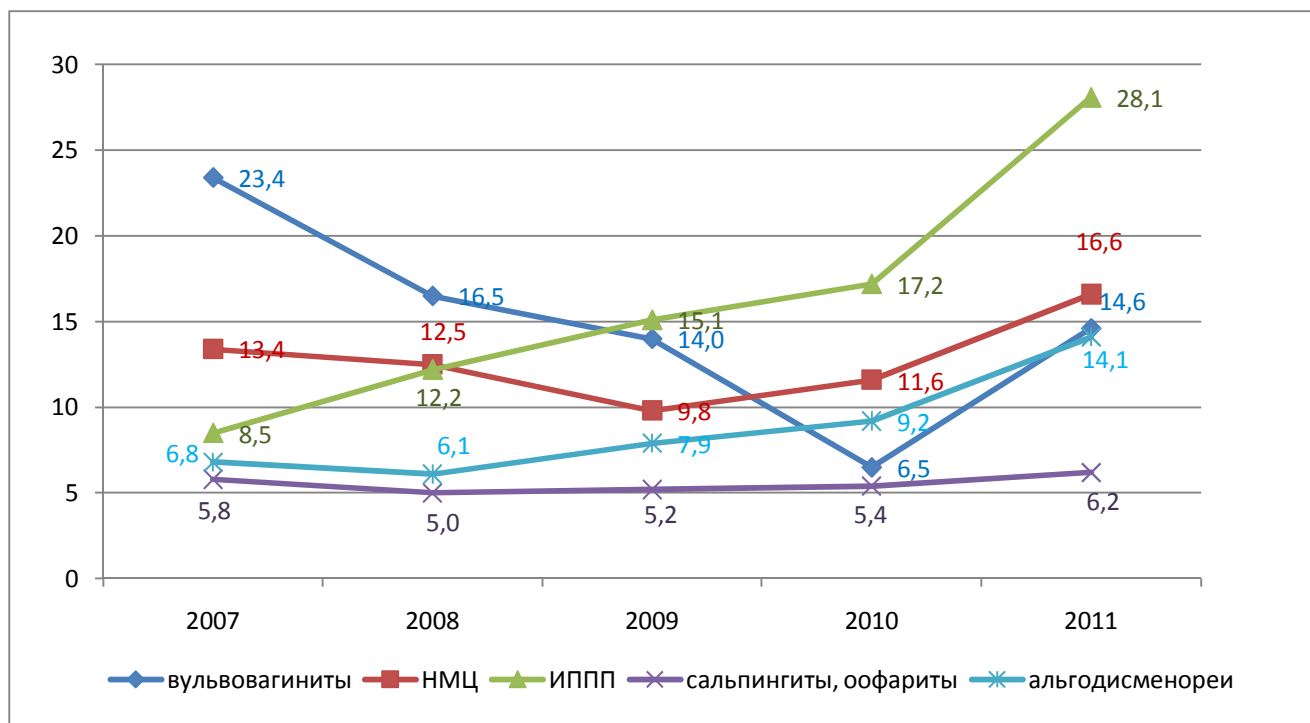


Рис.1. Динамика распространенности функциональных нарушений и заболеваний репродуктивной системы среди девушек-подростков 15–18 лет, г. Бишкек, 2007–2011 гг. (на 1000 девушек соответствующего возраста)

Функциональные нарушения и заболевания репродуктивной системы анализировались по группам: две группы воспалительных заболеваний (вульвовагиниты и сальпингиты, оофариты), две группы нарушений менструальной функции (нарушения менструального цикла и альгодисменорея) и инфекции, передаваемые половым путем. В отношении последних за рассматриваемый период отмечается значительный рост случаев: с $8,5 \pm 1,2$ случаев в 2007 г. до $28,1 \pm 2,4$ случая на 1000 девушек соответствующего возраста в 2011 г. ($P < 0,05$), т.е. в 3,3 раза. Распространенность альгодисменореи также значительно увеличилась: с $6,8 \pm 1,1$ до $14,1 \pm 1,8$ случая на 1000 девушек соответствующего возраста, ($P < 0,05$).

Рост числа ИППП возможно объяснить, с одной стороны, увеличением числа сексуально активных девушек, отсутствием в обществе «табу» на внебрачные половые связи, низким уровнем информированности по вопросам охраны репродуктивного здоровья и т.п., в другой – совершенствованием современной лабораторной диагностики, расширением спектра услуг, предоставляемых клиничко-лабораторной службой.

Значительный рост распространенности альгодисменореи среди девочек до 14 лет с $9,6 \pm 0,9$ в 2007 г. до $19,1 \pm 1,3$ в 2011 г. 7, ($P < 0,05$) и девушек 15–18 лет с $10,7 \pm 0,7$ до $16,4 \pm 0,8$ соответственно, ($P < 0,05$) побудил нас к проведению исследований на основе комплексного подхода к особенностям данной формы нарушения менструальной функции у девушек-подростков, в том числе к факторам ее определяющим, для разработки путей совершенствования медико-профилактической помощи.

В ходе проведения медико-социального исследования были определены две группы сравнения: девушки с нарушениями менструальной функции по типу альгодисменореи составили опытную группу (402 человек), гинекологически здоровые девушки (732 человек) – контрольную. Одновременно проводилось анкетирование матерей девушек-учащихся об особенностях развития их дочерей и об их собственном репродуктивном здоровье.

Результаты сравнительного анализа достоверности различий медико-социальных факторов (медико-биологических, социально-гигиенических, поведенческих, учебно-воспитательных и гигиенических) среди девушек, составивших контрольную и опытную группы, представлены в таблице.

Факторы, влияющие на формирование альгодисменореи у девушек-учащихся
(на 100 обследованных в соответствующих группах)

факторы	Контрольная группа	Опытная группа	P
Медико-биологические			
1. Возраст матери к моменту рождения девушки юный (моложе 19 лет) или старший (более 35	$16,3 \pm 1,7$	$18,6 \pm 1,8$	$P > 0,05$

лет).			
2. Гинекологические заболевания у матери в анамнезе.	13,0±1,2	22,4±1,6	P<0,01
3. Нарушения менструальной функции у матери в анамнезе.	16,9±1,6	35,5±2,2	P<0,001
4. Осложнения беременности и родов у матери.	22,8±1,8	40,5±2,3	P<0,001
5. Недоношенность данного ребенка при рождении.	17,4±1,6	21,2±1,8	P>0,05
6. Отклонение в физическом развитии девушки.	13,1±0,11	17,2±1,4	P<0,05
Социально-гигиенические факторы			
1. Низкая материальная обеспеченность семьи.	12,0±1,3	22,4±1,6	P<0,01
2. Неудовлетворительные жилищные условия.	16,6±1,6	21,6±1,8	P<0,05
3. Низкий образовательный уровень родителей.	18,5±1,8	34,5±2,3	P<0,001
4. Семья в которой воспитывается девушка, неполная.	21,1±1,3	26,7±2,0	P<0,05
5. Семья, в которой воспитывается девушка имеет 4 и более детей.	15,0±1,7	25,2±2,4	P<0,01
6. Недостаток белковых продуктов в питании девушки.	24,1±2,1	31,8±2,3	P<0,05
7.Отсутствие рационального учебного места в домашних условиях.	9,2±1,2	11,9±1,4	P>0,05
Факторы медицинского анамнеза			
1. Низкая оценка собственного здоровья девушкой.	9,7±1,3	25,9±2,1	P<0,001
2. Наличие частых простудных заболеваний (4 и более раз в году).	21,7±1,7	33,6±2,6	P<0,01
3. Наличие у девушки хронических заболеваний.	25,7±2,1	45,7±2,8	P<0,001
4. Наличие оперативных вмешательств в анамнезе.	4,2±0,8	7,2±1,2	P<0,05
5. Наличие травм в анамнезе.	6,4±1,1	9,7±1,3	P>0,05
6.Нахождение в группе диспансерного наблюдения по эндокринному заболеванию.	4,1±0,7	4,0±0,8	P>0,05
7. Нахождение в группе диспансерного наблюдения по заболеваниям почек.	8,6±1,2	9,5±1,5	P>0,05
Поведенческие факторы			
1. Психологический климат в семье неблагоприятный.	10,3±1,3	20,7±1,7	P<0,01
2. Потребление алкоголя девушкой.	11,4±1,4	23,8±1,5	P<0,001
3. Курение девушки.	1,7±0,3	7,8±1,2	P<0,01
4. Курение родителей девушки.	30,0±2,2	36,2±2,4	P<0,05
5. Злоупотребление алкоголем в семье.	34,9±2,3	44,8±2,7	P<0,01

6. Напряженные отношения девушки со сверстниками.	54,8±2,7	78,4±3,6	P<0,001
7. Наличие стрессовых ситуаций у девушки в прошлом.	40,5±2,6	59,4±2,8	P<0,001
Учебно-воспитательные и гигиенические факторы			
1. Низкая успеваемость у девушек в образовательном учреждении.	20,4±1,7	28,6±2,5	P<0,05
2. Высокие физические нагрузки.	8,0±1,2	19,7±1,8	P<0,01
3. Учебная нагрузка выше гигиенических нормативов.	15,0±1,5	19,4±1,7	P<0,05
4. Увлечение «модными» диетами, ограничение калорийности питания.	14,7±1,4	26,8±2,4	P<0,001
5. Отсутствие прогулок на свежем воздухе.	76,0±3,5	82,7±4,1	P>0,05
6. Недостаточный сон – менее 7 часов в сутки.	58,8±2,8	71,5±3,2	P<0,05

При оценке силы влияния показателей относительного риска различных факторов выявлено, что наиболее отрицательным фактором в развитии альгодисменореи у девушек-учащихся являются: из медико-биологических по силе влияния на первом месте стоят нарушения менструальной функции у матери девушки в анамнезе; из социально-гигиенических – низкая материальная обеспеченность семьи девушки; из поведенческих факторов – курение самой девушки. Наличие экстрагенитальных хронических заболеваний и низкая оценка собственного здоровья у девушки занимают главное место среди факторов медицинского анамнеза, из числа учебно-воспитательных факторов – высокие учебные и физические нагрузки у девушек-учащихся.

Если оценивать силу влияния комплексов факторов на возникновение и развитие нарушений менструальной функции у девушек-учащихся, то первое место принадлежит поведенческим факторам (среднее ранговое место – 14,03), второе – факторам медицинского анамнеза (12,76), третья – социально-гигиеническим (10,7), четвертое и пятое место медико-биологическим факторам (9,83) и учебно-воспитательным и гигиеническим факторам (9,23) соответственно. Причем в каждой группе существуют управляемые и неуправляемые факторы: первые – наличие хронических заболеваний у девушек, вредных привычек, нерациональное питание, недостаточный сон и др.; вторые – нарушения репродуктивного здоровья матери, недоношенность девушки при рождении и др. С учетом данного распределения рекомендуется разрабатывать программы медико-социальной профилактики альгодисменореи как основной формы патологии репродуктивной системы на групповом и индивидуальном уровне.

Список литературы

1. Баранов А.А., Лапин Ю.С., Яковлева Т.В. Охрана здоровья детей в системе государственной политики // Вестник РАМН. 2011. № 6. С.8-12.
2. Ильин А. Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09 / А.Г. Ильин. – М., 2005. – 462с.
3. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Сафонкина С.Г., Ибрагимова Е.М. Санитарно-эпидемиологическое благополучие и риски здоровью детей и подростков при обучении в образовательных учреждениях // Анализ риска здоровью. 2014. № 1. С 65-73.
4. Мингазова Э.Н. Репродуктивное здоровье девушек-учащихся общеобразовательных учреждений // Э.Н. Мингазова и соавт. – Казань: Изд-во ФЭН Академии наук РТ, 2004. – 200с.
5. Самигуллина А.Э. Особенности репродуктивного здоровья подростков / А.Э. Самигуллина // Здоровоохранение Кыргызстана. 2009. No. 2. С. 166–168.

Рецензенты:

Амиров Н. Х., д.м.н., профессор кафедры гигиены, медицины труда «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань;

Хузиханов Ф.В., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань.