

УДК 618.177-008.8-036.2055.2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И БЕСПЛОДИЕМ

Арутюнян А.А., Сердюков А.Г.

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет», Астрахань, e-mail: aaa351@bk.ru

Проводился сравнительный анализ медико-социального статуса больных бесплодием и нарушением менструальной функции за период с 2009 по 2013 г. Анкетировались респондентки сельских муниципальных образований: Ахтубинский, Володарский, Енотаевский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский, Лиманский, Наримановский, Приволжский, Харабалинский, Черноярский и Знаменский районы Астраханской, а также г. Астрахани. Анализ динамики заболеваемости бесплодием и расстройством менструаций у женщин фертильного возраста в сельских районах Астраханской области и г. Астрахани показал снижение количества женщин фертильного возраста с нарушением менструального цикла как среди горожанок, так и среди сельских жительниц, а также повышение количества женщин с бесплодием в сельских районах области. Выявлены различия в медико-социальном статусе гинекологических больных города и села. На основании полученных данных составлены социальные портреты гинекологических больных в городе и селе.

Ключевые слова: гинекологические больные, сельские и городские женщины, социальный статус.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF MEDICO-SOCIAL STATUS OF RURAL WOMEN WITH MENSTRUAL DYSFUNCTION AND INFERTILITY

Arutjunjan A.A., Serdjukov A.G.

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

A comparative analysis of medico-social status of patients with infertility and menstrual dysfunction during the period from 2009 to 2013 was conducted. The respondents of such rural municipalities of Astrakhan as: Akhtuba, Volodarsky, Enotayevsky, Ikryaninsky, Kamyzyaksky, Krasnoyarsk, Limansky, Narimanov and Volga, kharabalinsky, Chernoyarsky and Znamensky and Astrakhan were interviewed. The analysis of the dynamics of the incidence of infertility and menstrual dysfunction among the women of fertile age in the rural districts of the Astrakhan region and Astrakhan showed a decrease of the number of women of childbearing age with menstrual dysfunction among urban dwellers, and among rural women and increase the number of women with infertility in rural areas of the region. The differences in the medical and social status of patients with gynecologic towns and villages were identified. According to the obtained data the social portraits of gynecological patients in urban and rural areas were made.

Keywords: gynecological patients, rural and urban women, social status.

Низкая рождаемость в России превратилась из социальной и медицинской проблемы в государственную. От ее успешного решения зависит сохранение и процветание нации [2]. Состояние здоровья населения России характеризуется неблагоприятными тенденциями медико-демографических процессов, происходящих в современных условиях: низкой рождаемостью, высокой смертностью, неудовлетворительными показателями здоровья [3]. Концептуальные подходы к воспроизводству здоровых поколений тесно связаны с экспертизой социальной политики по укреплению репродуктивного здоровья женщин [8].

Современная наука и практическое здравоохранение всесторонне изучают медицинские проблемы низкого уровня соматического и репродуктивного здоровья женщин [4]. Воздействие на здоровье женщин не ограничивается наличием только медицинских причин [9]. Действует целый комплекс социально-экономических, общественно-

политических, экологических и др. факторов, среди которых: материальное обеспечение, уровень культуры, национальные привычки, жилищные условия, питание, внутрисемейные отношения, обеспечение медицинской помощью и другие факторы, влияющих тем или иным образом на качество жизни женщин [5].

В настоящее время значительно обострились и специфические социальные проблемы женщин. К ним относятся повышенная тревожность, беспокойство, страх, ощущение неопределенности, связанные с предстоящей беременностью, родами, благополучием семьи, здоровьем ребенка и т.д.[7].

Существующие методы оценки состояния здоровья женщин фертильного возраста не позволяют получить полного представления о проблемах женского здоровья. Кроме чисто медицинских проблем, перед женщинами репродуктивного возраста встает целый ряд психологических, социальных, эмоциональных проблем, влияющих на выбор репродуктивного поведения [6]. Кроме того, имеются существенные отличия как в здравоохранении, так и в личностном отношении к заболеваниям женщин в городе и селе. Это отражается на показателях рождаемости и других медико-демографических параметрах [1].

Целью нашего исследования было проведение сравнительного анализа медико-социального статуса больных бесплодием и нарушением менструальной функции в условиях города и села на примере Астраханской области.

Методы и объект исследования. Исследование проводилось на территории Астраханской области, ее сельских муниципальных образований: Ахтубинский, Володарский, Енотаевский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский, Лиманский, Наримановский, Приволжский, Харабалинский, Черноярский и Знаменский районы Астраханской области в период с 2009 по 2013 г. 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 или бесплодием.

Собственные исследования

Анализ динамики заболеваемости бесплодием и расстройством менструаций у женщин фертильного возраста в сельских районах Астраханской области показал, что во всех сельских районах, а также в г. Астрахани, в 2013 г. отмечалось снижение количества женщин фертильного возраста по сравнению с 2009 г. При этом в таких районах, как Енотаевский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский, Приволжский, Харабалинский, Черноярский и Знаменский, снижение количества женщин фертильного возраста происходило ежегодно. В остальных районах в разные годы отмечалось как снижение, так и

повышение данного показателя.

Количество женщин с диагнозом бесплодия за время исследования резко повысилось в таких районах, как Ахтубинский, Енотаевский, Икрянинский, Красноярский, Лиманский, Наримановский, Приволжский и Харабалинский. В Камызякском, Черноярском и Знаменском районах происходило снижение числа женщин с бесплодием. В г. Астрахани в 2011 г. отмечалось резкое снижение количества женщин с бесплодием, однако, в последующие годы это число вернулось к значению 2009 г.

Общей тенденцией по такому показателю, как количество женщин с диагнозом нарушения менструаций, было снижение этого количества к концу исследования. Данный показатель снижался к 2013 г. в таких районах, как Володарский, Енотаевский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский, Лиманский, Наримановский и Черноярский. В остальных обследуемых районах и г. Астрахани число женщин с диагнозом расстройства менструаций за время исследования увеличилось.

Учитывая все вышеизложенное, мы сочли необходимым провести социологический опрос женщин с диагнозами бесплодия и расстройства менструаций в вышеуказанных районах Астраханской области.

Анализ разработанной нами «Анкеты гинекологической больной» показал, что количество сельских гинекологических больных, начавших половую жизнь до 16 лет, было значительно ниже, чем у городских женщин. В начале исследования больше половины обследуемых гинекологических больных, как городских, так в сельских районах, были замужем. При этом среди гинекологических больных процент замужних женщин за весь период исследования оставался примерно на одном уровне (от 51,2 % до 57,1 %).

Среди сельских респонденток ежегодно увеличивалось число гинекологических больных, имеющих постоянного полового партнера (в 2009 г. – 20,8 %; в 2013 г. – 39,6 %). Такая же картина наблюдалась и среди городских женщин (в 2009 г. – 22,2 %, в 2013 г. – 33,7%).

Среди городских жительниц количество респонденток, ведущих беспорядочную половую жизнь, варьировало от 26,5 % (2009 г.) до 19,9 % (2012 г.). Среди сельских гинекологических больных, ведущих беспорядочную половую жизнь, резко снизилось от 22,1 % (2009 г.) до 4,2 % (2013 г.).

Определялось ярко выраженное различие в образовании среди сельских и городских респонденток. Среди сельских респонденток основную часть составляли женщины со средним специальным образованием, среди городских – с высшим образованием.

Анкетирование показало, что число официально работающих гинекологических больных, как в сельских, так и в городских районах области за период исследования намного

больше, чем неработающих. Из неработающих женщин как городских, так сельских, большинство занималось домашним хозяйством, причем, у сельских респонденток это количество возрастало, а у городских – снижалось за время исследования.

Условия труда у городских и сельских респонденток отличались весьма значительно. Так, занятия тяжелым физическим трудом отмечали от 3,1 % до 3,6 % городских респонденток, причем, этот процент сохранялся на протяжении всего исследования. У сельских респонденток тяжелым физическим трудом на протяжении всего периода исследования занимались от 41,1 % до 41,5 % гинекологических больных. «Сидячая» работа была характерна в основном для городских респонденток. За время исследования количество городских гинекологических больных, занимавшихся «сидячей» работой, возросло с 50,1 % (2009 г.) до 53,7 % (2013 г.). У сельских женщин «сидячую» работу отмечали треть опрошиваемых. Здесь также наблюдался рост пациенток, занятых «сидячей» работой, с 37,1 % (2009 г.) до 38,2 % (2013 г.).

Количество городских гинекологических больных, имеющих дело с профессиональными вредностями, за период исследования уменьшилось с 62,2 % (2009 г.) до 61,7 % (2013 г.). Среди сельских респонденток, работающих с профессиональными вредностями, было гораздо меньше и с каждым годом уменьшалось. Так, если в 2009 г. число сельских гинекологических больных, работавших с профессиональными вредностями, составляло 25,4 %, то в 2013 г. – 23,1 %.

Большинство сельских респонденток указали на ненормированный рабочий день, причем это количество ежегодно увеличивалось. Необходимо заметить, что сельские женщины работу на личных огородах в свой рабочий день не включали. Ненормированный рабочий день у городских женщин отмечался реже, чем у сельских. В 2009 г. ненормированный рабочий день отмечали 39,2 % городских респонденток, в 2013 г. – уже 41,1 %.

Фиксированные выходные отмечали меньше половины городских респонденток. В процессе исследования это количество уменьшалось. Так, в 2009 г. работу с фиксированными выходными отмечали 41,2 % респонденток, к 2013 г. это количество снизилось до 38,9 %. Среди сельских женщин работу с фиксированными выходными отметили в 2009 г. 11,9 % респонденток. За период исследования количество гинекологических больных, имеющих фиксированные выходные, резко сократилось до 2,8 % в 2013 г.

Городские респондентки намного больше сельских были подвержены эмоциональному напряжению, причем основные стрессовые ситуации создавались на работе. У сельских пациенток постоянный стресс отмечался реже и создавался в основном дома.

Умеренное употребление алкоголя отмечало в два раза больше у сельских респонденток, чем городских. В 2009 г. на умеренное употребление алкоголя указывали 15,2 % городских респонденток и 32,1 % сельских. За период исследования эти показатели практически оставались на одном уровне. Злоупотребление алкоголем отмечали в 2009 г. 8,1 % городских респонденток и 10,2 % сельских. Следует заметить, что за период исследования количество городских гинекологических больных увеличилось до 10,2 %, а сельских – осталось приблизительно на том же уровне.

Большинство городских респонденток отмечали умеренное курение (т.е. периодически разрешали себе сигарету-другую). Ежегодно число таких курильщиц увеличивалось. Если в 2009 г. число городских респонденток составляло 60,2 %, то в 2013 г. – 67,3 %. Среди сельского населения женщин, указывавших на умеренное курение, было намного меньше. Их число варьировало от 47,2 до 49,1 в разные годы и не имело тенденции к увеличению. Городских респонденток, злоупотреблявших курением (т.е. куривших постоянно), было в два раза больше, чем сельских. Так, количество городских респонденток, злоупотреблявших курением в 2009 г., составляло 43,1 %, тогда как сельских – 23,4 %. На этом уровне число злоупотреблявших курением сохранялось как среди сельских, так и городских респонденток в течение всего периода исследования. На употребление наркотических средств не указала ни одна респондентка.

Абсолютное большинство как сельских, так и городских респонденток (от 98,8 % до 100 %), обращались к гинекологу в случае заболевания, и эти данные оставались стабильными все годы исследования. Городские респондентки посещали гинеколога ежегодно крайне редко, а сельские – практически не посещали. Причинами такого положения как у городских, так и у сельских респонденток, являлась нехватка времени, отсутствие реальной помощи в решении гинекологических проблем, причем, у сельских респонденток еще и недоверие к местным врачам, что говорит о проблемах с гинекологической службой на селе.

Городские респондентки в большинстве проходили медицинское обследование, если таковое было назначено, в отличие от сельских, среди которых такое обследование были склонны проходить около 12 % респонденток. Основной причиной неполного обследования у городских респонденток являлась нехватка средств, а у сельских – нехватка времени. Больше половины городских респонденток оформляли больничный лист всегда, когда болеют. Сельские респондентки – только в случае очень плохого самочувствия. Многие сельские респондентки при плохом самочувствии продолжали работать, не применяя лечения. Городские респондентки при плохом самочувствии предпочитали не оформлять больничный лист, посещать работу, но лечиться.

Большинство городских респонденток ежегодно получали санаторно-курортное лечение, и их число увеличивалось за годы исследования. Среди сельских респонденток ежегодно отдыхали на курортах только около 12 %. Основной причиной отказа от санаторно-курортного лечения горожанки называли нехватку средств, а сельчанки – нехватку времени.

Абсолютное большинство респонденток, как городских, так и сельских, не соблюдали режима питания, предпочитая есть 1 раз в день, вечером и обильно. В рационе городских респонденток преобладали мясные и жирные продукты, в рационе сельских респонденток – углеводы. Физическая нагрузка у городских респонденток была нерегулярной, сельские респондентки считали работу по дому и работу в огороде достаточной физической нагрузкой.

На основе полученных данных были составлены социальные портреты городской и сельской гинекологических больных.

Социальный портрет городской гинекологической больной фертильного возраста

Горожанка фертильного возраста начала половую жизнь ранее 16 лет. Большею частью имеет мужа или же постоянного полового партнера. Как правило имеет высшее образование, работа в основном сидячая, рабочий день нормирован. Чаще всего выходные дни не фиксированы.

Часто испытывает стресс, в большинстве случаев на работе. Алкоголь употребляет умеренно, курит умеренно.

Обращается к гинекологу только в случае заболевания. Профилактически гинеколога не посещает, объясняя данный факт нехваткой времени, отсутствием реальной помощи в решении гинекологических проблем. Если назначено медицинское обследование, то проходит его «в общих чертах». Основной причиной неполного обследования называет нехватку средств. Всегда в случае болезни оформляет больничный лист. Ежегодно получает санаторно-курортное лечение.

Не соблюдает режима питания, предпочитая есть 1 раз в день, вечером и обильно. В рационе преобладают мясные и жирные продукты. Физической нагрузкой занимается нерегулярно.

Социальный портрет сельской гинекологической больной фертильного возраста

Это жительница села, начавшая половую жизнь позже 16 лет, замужем или имеющая постоянного полового партнера. Это работающая женщина, имеющая среднее специальное образование. В основном занимается физическим трудом, реже – сидячей работой. Рабочий день не нормирован, фиксированных выходных нет. Часто испытывает стресс, в основном в семье.

Алкоголь употребляет умеренно, не курит. Обращается к гинекологу только в случае заболевания. Профилактически гинеколога не посещает, объясняя данный факт нехваткой времени, отсутствие реальной помощи в решении гинекологических проблем и недоверием к местным врачам. Не проходит медицинское обследование даже в случае его назначения, что объясняет нехваткой времени. Больничный лист оформляет только в случае очень плохого самочувствия. Периодически даже при плохом самочувствии продолжает работать, не применяя лечения. Не получает санаторно-курортного лечения. Основной причиной отказа от санаторно-курортного лечения называет нехватку времени. Не соблюдали режима питания, предпочитая есть 1 раз в день, вечером и обильно, предпочитает углеводы. Считает работу по дому и работу в огороде достаточной физической нагрузкой.

Выводы:

1. В Ахтубинском, Енотаевском, Икрянинском, Красноярском, Лиманском, Наримановском, Приволжском и Харабалинском районах количество женщин с диагнозом бесплодия за время исследования резко повысилось. В Камызякском, Черноярском районах и Знаменском районе Астраханской области происходило снижение числа женщин с бесплодием. Количество женщин с нарушением менструаций за годы исследования снизилось как в сельских районах, так и в г. Астрахани.

2. Проведенный сравнительный анализ показал различия в медико-социальном статусе гинекологических больных города и села.

Список литературы

1. Акишкин В.Г. Модель сравнительной оценки уровня и динамики развития здравоохранения административных территорий / В.Г. Акишкин, М.К. Андреев, С.В. Волков // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С.119-123.
2. Ацель Е.А. Оценка качества медицинской помощи в период модернизации здравоохранения // Астраханский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 104–107.
3. Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Здравоохранение Рос. Федерации. – 2009. – № 3. – С. 10-14.
4. Дикарева, Л.В. Диагностическое значение менструальных выделений при гинекологической патологии / Л.В. Дикарева, Е.Г. Шварев, А.Р. Абжалилова // Астраханский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С.12-17.
5. Какорина Е.П. Современная медико-демографическая ситуация в Российской Федерации // Бюл. национального НИИ общественного здоровья. – М., 2007. – Вып. 2. – С. 9-

11.

6. Маккашарипова Х.М., Курьянова Н.Н., Сердюков А.Г. Современная демографическая ситуация в России и Астраханской области / Х.М. Маккашарипова, Н.Н. Курьянова, А.Г. Сердюков // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С.140-146.

7. Филатов В.Б. Некоторые тенденции в состоянии здоровья населения России в 2006 году // Зам. главного врача. – 2007. – № 2. – С. 6-14.

8. Рамазанова М.А. Репродуктивный потенциал девушек-подростков, проживающих в сельской местности Южного Дагестана / М.А. Рамазанова, С-М.А. Омаров. – Махачкала: Изд-во ДНЦ РАН, 2009. – 132 с.

9. 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.