

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОК КАК СЛЕДСТВИЕ ГЕНДЕРНОГО ПОВЕДЕНИЯ РИСКА*

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В.Говорин)

Ключевые слова: Гинекологическая заболеваемость, гендерное поведение, студентки, аборт.

Резюме. Изучена структура гинекологической заболеваемости по причинам госпитализаций в стационар 462 студенток. Ведущее место среди причин госпитализаций студенток заняли самопроизвольные и неуточненные аборты в I триместре гестации (19,48%), угрозы прерывания беременности до 22 недель гестации (19,26%), медицинские аборты (18,83%) и их осложнения (14,28%). Сделано заключение о сопряженности гинекологической патологии с гендерным поведением риска и низким уровнем репродуктивных и контрацептивных знаний студенток.

К началу третьего тысячелетия в России сложились устойчивые медико-демографические тенденции, которые характеризуются снижением показателей рождаемости, значительным ухудшением состояния репродуктивного здоровья, как женщин, так и мужчин, здоровья детей и подростков [2, 4].

* Понятие "гендер" происходит от слова "gender" (англ.) род, пол и изначально означало социокультурное оформление половой принадлежности человека. В современном медико-биологическом понимании этот термин приобрел более широкое значение и включает половую принадлежность, сексуальное и репродуктивное поведение (примечание редакторов).

Известно, что важной составляющей репродуктивного потенциала популяции является молодежь. Репродуктивное здоровье подростков, наиболее подверженных негативному влиянию окружающей среды и общества, в современных условиях представляет собой многоаспектную и сложную проблему. К началу XXI века произошли существенные изменения сексуального и репродуктивного поведения подростков, которые, в конечном итоге, способствовали значительному росту их роли в формировании показателей абортов, рождаемости, материнской заболеваемости и смертности, а также прогрессирующему увеличению

гинекологической заболеваемости. Негативным последствием перечисленных тенденций является снижение потенциала здоровья каждого последующего поколения по отношению к предыдущему, количественное и качественное снижение репродуктивного потенциала нации в целом [3, 6, 7, 8, 9].

Характерной особенностью современной молодежи является отсутствие психологических установок на сознательное отношение к своему здоровью. Усугубляет ситуацию "поведение риска" подростков и молодых людей, а именно приверженность к курению, наркотикам, психотропным веществам, ранняя сексуальная активность на фоне низкого уровня знаний о контрацепции и профилактике сексуально-трансмиссионных заболеваний [1, 5, 10, 11, 12, 13].

На общем фоне большого числа исследований по этой проблеме в России и за рубежом остаются неизученными репродуктивное здоровье и гендерное поведение у девушек-студенток, проживающих в Забайкальском крае. Между тем, резюмируя данные многочисленных исследований, следует заключить, что этот аспект проблемы требует незамедлительного решения, поскольку студенческая молодежь является не только репродуктивным, но и интеллектуальным потенциалом и основой генофонда любой нации.

Цель исследования оценка структуры гинекологической заболеваемости студенток по причинам госпитализаций.

Материалы и методы. Нами проанализировано 462 карты стационарных больных (учетная форма №003/у) студенток, обучавшихся в ВУЗах города Читы и госпитализированных в гинекологическое отделение МУЗ "Родильный дом №2 г. Читы" за 2009 год. Возраст девушек колебался от 17 до 27 лет. Поскольку в картах стационарных больных не указывается курс обучения, мы распределили студенток по возрастам: 17-18, 19-20, 21-22, 23-24, 25 и более лет, что позволило выделить младшие и старшие возрастные группы (таблица 1).

Таблица 1

Распределение студенток по возрасту

Возрастная группа	17-18 лет	19-20 лет	21-22 лет	23-24 лет	25 лет и более	Всего
Абсолютное количество	127	184	121	25	5	462
Относительное число (%)	27,49	39,83	26,19	5,41	1,08	100

Для сравнения исследуемых групп по качественным бинарным признакам

использовались критерий χ^2 . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез оценивали с помощью t-test, считая статистически достоверными значения "p" менее или равными 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение.

Установлено, что наиболее распространенные причины госпитализаций студенток связаны с беременностями и их осложнениями. Так, первое по частоте место в когорте обследованных пациенток заняли прерывания беременности самопроизвольные и неуточненные аборт в I триместре гестации 19,48% (90/462); второе- угрожащие прерывания беременности до 22 недель гестации 19,26% (89/462); третьемедицинские аборт 18,83% (87/462); четвертоеосложнения абортов 14,28% (66/462); пятое-послеродовые эндометриты 8,23% (38/462) (рис.1).

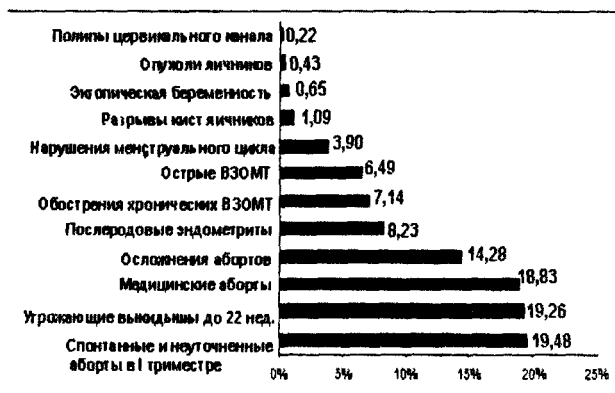


Рис.1. Структура гинекологических заболеваний студенток по причине госпитализаций.

Примечание.

ВЗОМТ- воспалительные заболевания органов малого таза.

Далее в порядке ранжирования распределились обострения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза 7,14% (33/462); острые воспалительные заболевания органов малого таза 6,49% (30/462); нарушения менструального цикла (дисменорея, ДМК) 3,9% (18/462); разрывы кист яичников 1,09% (5/462); прервавшиеся эктопические беременности 0,65% (3/462); доброкачественные опухоли яичников (кистомы) 0,43% (2/462); полип цервикального канала 0,22% (1/462).

При оценке структуры причин госпитализаций в гинекологический стационар в зависимости от возраста нами выявлены существенные отличия в младшей и старшей возрастных группах. Наибольшее количество госпитализированных девушек-студенток было в возрасте от 17 до 20 лет: в группе 17-18 лет 27,49% (127/462); в 19-20 лет 39,83% (184/462). После пика заболеваемости,

который пришелся на 19-20 лет, далее отмечалось прогрессивное снижение числа госпитализированных студенток. Их удельный вес в возрастной группе 21-22 года составил 26,19% (121/462); в 23-24 года показатель снизился в 4,8 раза и составил 5,41% (25/462) ($p\chi^2 < 0,001$). У девушек 25 лет и более эта величина стала 1,08% (5/462), т.е. снизилась в 24,25 раза по сравнению с возрастной группой 21-22 лет ($p\chi^2 < 0,0001$) и в 5,5 раз в сравнении с 23-24-летними ($p\chi^2 < 0,001$) (рис.2).

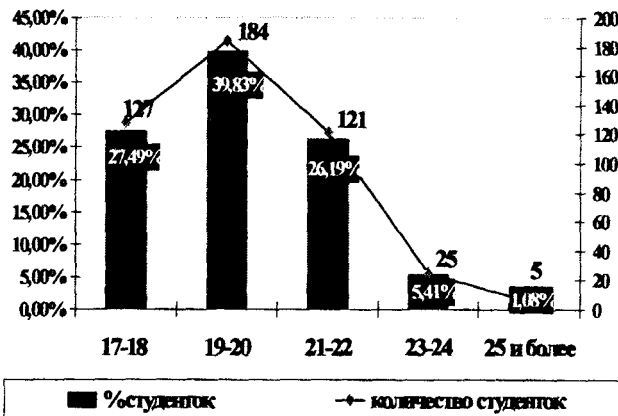


Рис. 2. Распространенность гинекологической патологии у студенток в зависимости от возраста.

Анализ нозологических форм гинекологических заболеваний, послуживших причиной госпитализаций студенток различных возрастных групп, также выявил существенную неоднородность. Однако следует особо отметить, что в возрасте 17-22 лет основными поводами для госпитализаций были прерывание незапланированной беременности и осложнения абортов. Большая часть девушек, старше 23 лет, была госпитализирована в гинекологический стационар в связи с угрозой прерывания желанной беременности.

В возрастной группе 17-18 лет наиболее распространенные причины госпитализаций студенток связаны с нежеланными беременностями и их осложнениями. Первое по частоте место заняли госпитализации в связи с операцией медицинского аборта 30,71% (39/127); второе самопроизвольные и неуточненные аборт в I триместре 22,05% (28/127); третье угрозы прерывания беременности до 22 недель гестации 13,39% (17/127). Далее в порядке значимости распределились острые воспалительные заболевания 9,45% (12/127), из которых 7,87% (10/127) составили острые сальпингоофориты и 1,58% (2/127) острые бартолиниты. С одинаковой частотой встречались обострения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, осложнения

медицинских аборт (острые эндометриты, гематометры, остатки плодного яйца), послеродовые эндометриты и нарушения менструального цикла по 5,51% (по 7/127). Значительно реже обнаруживались разрывы кист яичников 1,57% (2/127) и полип цервикального канала 0,79% (1/127).

В возрастной группе 19-20 лет структура причин госпитализаций студенток в гинекологический стационар оказалась несколько иной, хотя в целом также была связана с нежеланными беременностями и их осложнениями. Первое по частоте место заняли госпитализации в связи с осложнениями медицинских абортов (острые эндометриты, гематометры, остатки плодного яйца) 27,17% (50/184). Следует отметить, что в гинекологическом стационаре было выполнено только 5,98% (11/184) из этих абортов, основная их часть была произведена в женских консультациях, частных центрах, "по договоренности" - 21,19% (30/184). Удельный вес медикаментозных абортов и мини-абортов оказался крайне мал по 8% (4/50), что свидетельствует, во-первых, о финансовой недоступности медикаментозного аборта для студенток, во-вторых, о несвоевременности обращения девушек в женскую консультацию в связи с незапланированной беременностью. Длительность пребывания в лечебном учреждении после производства операции медицинского аборта у девушек с возникшими впоследствии осложнениями в среднем составила 1-2 часа, что обусловлено, согласно проведенными нами ранее исследованиями, стремлением скрыть от окружающих факт аборта.

Второе место по причинам госпитализаций в гинекологический стационар заняли самопроизвольные и неуточненные аборты в I триместре 23,92% (44/184); третье-угрозы прерывания беременности до 22 недель гестации 15,21% (28/184).

Послеродовые эндометриты в возрастной группе 19-20 лет встречались с частотой 9,78% (18/184), что в 1,7 раза больше, чем в возрасте 17-18 лет ($p\chi^2 < 0,05$).

У девушек 19-20 лет изменилась структура воспалительных заболеваний женских гениталий: чаще стали встречаться обострения хронических сальпингофоритов 5,98% (11/184), чем впервые возникших острых 5,43% (10/184). Нарушения менструального цикла стали встречаться в 2,5 раза реже 2,17% (4/184), против 5,51% (7/127) в возрасте 17-18 лет ($p\chi^2 < 0,05$). Среди причин госпитализаций появились прервавшиеся

эктопические беременности 1,09% (2/184), разрывы кист яичников и кистомы яичников по 1,09% (по 2/184) ($p\chi^2 = 0,000$).

В возрастной группе 21-22 лет среди причин госпитализаций стали лидировать угрозы прерывания беременности 27,27% (33/121). Эта тенденция сохранилась у старших девушек: в 23-24 года 32% (8/25) ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$); в 25 лет и более 60% (3/5) ($p\chi^2_{21-22} < 0,05$).

Частота производимых медицинских абортов в этих трех сравниваемых группах, напротив, прогрессивно снижалась, составив в 21-22 года 25,62% (31/121); в 23-24 года 24% (6/25); в 25 лет и более 0% (0/5) ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$).

Другим поводом для госпитализаций в этой когорте студенток были самопроизвольные и неуточненные выкидыши в I триместре гестации: в 21-22 года 12,40% (15/121); в 23-24 года 8% (2/25) ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$); в 25 лет и более 20% (1/5) ($p\chi^2_{21-22} < 0,05$).

Удельный вес острых сальпингофоритов, как причин госпитализаций, в возрастных группах 21-22 лет и 23-24 лет повысился в 1,6 раза: с 4,96% до 8% (соответственно, $p\chi^2_{21-22} < 0,05$) и стал равен 0% у студенток 25 и более лет ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$; $p\chi^2_{23-24} = 0,000$). Частота обострений хронических у этих девушек в динамике снижалась, составив в возрасте 21-22 лет 9,09%, в 23-24 года 8% ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$); в 25 и более лет 0% ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$; $p\chi^2_{23-24} = 0,000$). Аналогичная динамика выявлена в отношении острого послеродового эндометрита: в 21-22 лет 9,09%, в 23-24 года 8% ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$); в 25 и более лет 0% ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$; $p\chi^2_{23-24} = 0,000$).

Нарушения менструального цикла среди причин госпитализаций студенток 21-25 лет возрастали, составив 4,13% (5/121) в 21-22 года, 4% (1/25) в 23-24 года ($\chi^2_{p_{21-22}} > 0,05$) и увеличиваясь практически в 5 раз в 25 лет и более 20% (1/5) ($p\chi^2_{21-22} < 0,001$; $p\chi^2_{23-24} < 0,001$).

Острая гинекологическая патология, потребовавшая экстренного хирургического вмешательства, зарегистрирована у студенток 21-22 лет: прервавшаяся трубная беременность в 0,83% (1/121); разрыв кисты яичника в 0,83% (1/121) и не встретилась в старших возрастных группах (23-24, 25 и более лет) ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$).

Заключение. Структуру гинекологической заболеваемости студенток по причине госпитализаций в стационар определяет их гендерное поведение риска, низкий уровень репродуктивного образования и отсутствие ответственного отношения к своему здоровью.

Увеличение доли сексуально активных девушек в процессе обучения в ВУЗе и незнание основ безопасности гендерных отношений определяют и различия структуры гинекологических заболеваний и нарушений между младшими и старшими возрастными группами. Наиболее распространенные причины госпитализаций в когорте студенток связаны с беременностями и их осложнениями, что создает реальную угрозу репродуктивному здоровью современной студенческой молодежи, которая является основой не только генофонда, но и интеллектуального потенциала нации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белокрыницкая Т.Е., Лобачева Л.Л., Миронова Е.Д. Сексуальные отношения глазами подростков // *Международ. журнал "Планирование семьи"*. - 2000. - № 3-4. - С.24-25.
2. Даутова Л.А., Кулавский В.А. Репродуктивное поведение населения в аспекте современных медико-демографических показателей // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. - 2007. - №3. - С.6-10.
3. Кротин П.Н. Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков и пути его сохранения // *Гедеон Рихтер в СНГ. Научно-информ. мед. журнал*. - 2001. - №3 (7). - С.16-18.
4. Кулаков В.И., Фролова О.Н. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // *Народонаселение*. - № 3. - 2004. - С.4-8.
5. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Реалии и перспективы совершенствования охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков // *Доклад в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, г. Москва, 2005.* <http://www.rusmg.ru/php/content.php?id=1042> (дата обращения 26.11.2009).
6. Радзинский В.Е. Репродуктивный потенциал России грани проблемы, перспективы коррекции // *Мат. Всерос. Конгресса "Амбулаторно-поликлиническая практика новые горизонты"*. - М., 2010. - С.280-282.
7. Савельева И.С. Репродуктивное поведение и репродуктивное здоровье глазами подростков: потребности и нужды // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. - 2006. - № 4. - С.23-33.
8. Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. - 2006. - № 4. - С.10-15.
9. Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Несвяченная Л.А. Оптимизация репродуктивного поведения подростков резерв снижения материнской смертности юных женщин. - *РМЖ*. - 2007. - № 22. - С.1651.
10. Anderson J.E., Mueller T.E. Trends in sexual risk behavior and unprotected sex among high school students, 1991-2005: the role of substance use // *J Sch Health*. - 2008. - Nov; 78(11):575-80.
11. Vivancos R., Abubakar I., Hunter P.R. Sexual behaviour, drugs and alcohol use of international students at a British university: a cross-sectional survey // *Int J STD AIDS*. 2009, Sep; 20(9):619-22.
12. Woodhead N., Chung S.E., Joffe A. Protective and risk factors for sexually transmitted infections in middle school students // *Sex Transm Dis*. - 2009, May; 36(5):280-3.
13. Methamphetamine use is independently associated with recent risky sexual behaviors and adolescent pregnancy / L.B. Zapata, S.D. Hillis, P.A. Marchbanks et al. // *J Sch Health*. 2008, Dec; 78(12):641-8.