

гипотрофия плода – в 5,5 раза (19,4 и 3,5), узкий таз – в 3,0 раза (12,9 и 4,3), кольпиты – в 6,2 раза (10,5 и 1,7), простудные заболевания – в 7,2 раза (6,5 и 0,9 на 100 беременных).

Частота инфекций половых путей (ИПП) в юном возрасте во многом связана с ранним началом половой жизни и не вполне осознанным выбором полового партнера, так как этиология ИПП в основном соответствовала заболеваниям, передающимся половым путем (трихомонады, хламидии и др.).

По рангу среди осложнений беременности на первом месте в обеих группах находились анемии беременных, на втором – гестозы, на третьем – инфекции мочевых путей.

При изучении частоты осложнений родов существенных различий в основной и контрольной группах выявлено не было. В то же время в родах у юных значительно чаще ($p < 0,05$) наблюдались гестозы – в 2,0 раза (соответственно 24,0 и 11,8 на 100 родов) и разрывы мягких тканей – в 3,0 раза (16,5 и 5,5 на 100 родов), существенно реже ($p < 0,05$) кесарево сечение – в 2,9 раза (5,0 и 14,5 на 100 родов).

По частоте осложнений родов в обеих группах преобладали несвоевременное излитие околоплодных вод, далее следовали гестозы у юных и слабость родовой деятельности в контрольной группе.

В послеродовом периоде в обеих группах наиболее частым осложнением являлись анемии, затем инфекции мочевых путей, но их частота у юных была намного выше ($p < 0,05$), чем в контроле, – в 1,9 раза (соответственно 33,1 и 17,3 на 100 родов).

Таким образом, в последние два десятилетия весьма острой стала проблема подросткового материнства и на селе. В связи с крайне низкой рождаемостью в России юные беременные заслуживают особого внимания. Им следует рекомендовать 2–3 госпитализации за период беременности (можно в условиях дневных стационаров), дополнительные меры социальной поддержки (бесплатное лечение в амбулаторных условиях, дополнительное питание в условиях стационаров) и другие медико-социальные мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.Н. // Акуш. и гин. – 1997. – № 4. – С.44–46.
2. Введенская И.И., Походенько И.В. Материалы 2-й Международной научной конференции. – Пермь–Халкидики, 1998. – С.83–85.
3. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология: пособие для врачей. – СПб, 1993.
4. Максимова Т.М. // Здрав.оохр. Российской Федерации. – 2002. – № 2. – С.40–44.

Поступила 30.01.06.

PREGNANCY AND PARTURITION IN TEENAGER GIRLS LIVING IN RURAL AREAS

I.V. Pokhoden'ko, M.G. Magomedov, E.A. Ghukova

Summary

Peculiarities of pregnancy and parturition in teenager girls living in rural parts of Nizhny Novgorod and Kirov oblast's were studied. During the last two decades the number of parturition among teenager girls increased reaching 12.8–13.5%. Pregnant teenagers had 2.5 times higher frequency of complications than adult pregnant women (due to anemia, urogenital infections, toxicosis, miscarriages, fetus hypotrophy, etc).

УДК 618.14 — 006.6 — 058

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ

В.А. Пушкарёв

*Клинический республиканский онкологический диспансер
(главврач – канд. мед. наук В.Н. Ручкин) МЗ РБ, г. Уфа*

Среди комплекса социально-значимых болезней злокачественные новообразования занимают ведущие позиции в снижении потенциала здоровья нации, накоплении глобального груза болезней, определяя тем самым уровни стойкой и временной утраты трудоспособности и сокращения средней продолжительности жизни населения. Известно, что патология класса ново-

образований во всех экономически развитых странах имеет тенденцию к последовательному росту [3, 5].

В структуре злокачественных новообразований среди женщин рак тела матки (РТМ) занимает второе место после рака молочной железы и имеет неуклонную тенденцию к росту. По мнению исследователей, основными причинами, влияющими на

данную тенденцию, являются большая продолжительность жизни женщин, увеличение в их числе больных с нейрообменно-эндокринными нарушениями и широкое, не всегда адекватное использование гормональных препаратов с высоким содержанием эстрогенов [1, 2].

В Республике Башкортостан за 1975–2003 гг. удельный вес РТМ в структуре онкологической патологии повысился с 2,3 до 3,6. В то же время частота взятия на учет женщин с данной патологией в запущенной форме, т.е. в III–IV стадиях заболевания, практически не изменилась. Так, за последние 10 лет данный показатель снизился лишь на 3,7% (с 40 до 36,3%), а в разные годы колебался от 54,8% в 1999 г. до 34,8% в 1997 г. Большое число женщин репродуктивного и перименопаузального возраста (до 42% от общего числа) среди онкологических больных ставит под сомнение традиционное представление об РТМ как о болезни пожилых женщин.

С целью изучения медико-социальных аспектов больных РТМ нами проводилось углубленное обследование женщин с данной патологией. Методом интервью по специально разработанной программе были опрошены женщины, госпитализированные по данному поводу (1571 чел.). Для выкопировки необходимой информации использовались заполненные на них "Медицинские карты стационарного больного". Анкета включала 106 вопросов в основном закрытого типа, т.е. были предусмотрены меню ответов. Вопросы анкеты были представлены в основном медико-социальными аспектами заболевания: социально-демографическая и социально-гигиеническая характеристика семьи респондентки; род ее занятий и условия производственной среды; образ и условия ее жизни; медицинская активность женщины в отношении репродуктивного здоровья; акушерско-гинекологический анамнез.

Анализ полученных данных показал, что среди обследованных было 35,0% женщин от 61 до 70 лет, 28,9% – от 51 до 60 и 18,3% – от 41 до 50.

Основная часть больных РТМ имела довольно высокий уровень образования – среднее специальное (53,7%) и высшее (37,0%), начальное или неполное среднее образование – только каждая десятая (9,3%) женщина.

38,2% опрошенных проживали в полных сложных по своей структуре семьях (супружеская пара с детьми, прародители или другие родственники), а каждая третья

(33,1%) – в полной простой семье (супружеская пара с детьми). Довольно высоким (26,2%) оказался удельный вес женщин, проживающих только с супругом, что можно объяснить возрастом респонденток, когда их дети, образуя собственную семью, уходят жить отдельно. Около 2/3 женщин (62,0%) на момент опроса были замужними, каждая третья – вдовой (21,8%) или в разводе (9,9%). Остальные (6,3%) никогда не состояли в браке.

57,7% больных РТМ на момент госпитализации находились на пенсии по возрасту. Работала только каждая третья респондентка (35,4%), в том числе каждая пятая – в сфере умственного труда (19,6%), а каждая девятая (10,8%) – в сфере тяжелого физического. В то же время лишь незначительная часть женщин признавала факт воздействия на их здоровье профессиональных вредностей – факторов риска физической и химической этиологии (соответственно 8,9% и 2,45%). В 84,8% случаях их воздействие продолжалось в течение 5 и более лет. Среди неблагоприятных факторов физической природы преобладали низкая температура или ее перепады (в 37,9% случаях), высокая загазованность или запыленность (24,8%), шум (24,1%), вибрация (9,0%) и т.д. Кроме перечисленных выше факторов некоторые пациентки выделяли и влияние неблагоприятных факторов психоэмоционального характера, в частности плохие взаимоотношения в семье (72,2%) или коллективе (27,3%).

Около 3/4 респонденток (71,9%) на момент опроса проживали в квартирах со всеми удобствами, 28,1% – в частном доме с частичными коммунальными удобствами. Лишь 39,6% женщин в качестве основного источника дохода называли один, прежде всего зарплату. Остальные указали на сочетание нескольких источников, в том числе пенсии по возрасту и инвалидности.

Известно, что среди важнейших элементов образа жизни человека вредные привычки поведенческого характера занимают ведущую позицию. Негативное отношение к психоактивным веществам и отказ от их употребления являются важными составляющими самосохранительного поведения, формирующими здоровье. Опрос показал, что наиболее распространенным среди них является курение: только в 2/5 семей респондентов (42,7%) никто не курил. В 12,1% случаях курящими оказались сами женщины, а в остальных случаях они были в роли пассивных курильщиков. Из числа курящих женщин каждая вторая (53,1%) выку-

ривала в день от 6 до 10 сигарет, каждая пятая – до 20 и более (21,5%).

Злоупотребление алкоголем происходило практически в каждой третьей семье (29,9%) обследованных нами женщин. В 3/4 случаях таковым являлся супруг, в остальных – другие члены семьи. Среди респонденток признали себя злоупотребляющими спиртными напитками лишь 7 (0,4%) женщин, большинство же (74,3%) отнесли себя к модели ритуального употребления алкоголя, т.е. только по праздникам.

Характеризуя микроклимат в своей семье, около 2/5 опрошенных пациенток (42,9%) отметили преобладание добрых взаимоотношений между членами семьи, и только около 1% женщин расценили их крайне негативно. Положительный микроклимат в семье объясняется, по всей видимости, заболеванием опрошенных, когда близкие начинают относиться друг к другу особенно внимательно.

В общепринятой структуре образа жизни особое место занимает медицинская активность человека, которая представляет комплекс медицинских факторов, связанных с определенными установками по отношению к своему здоровью и действиями, направленными на его укрепление во время заболевания. Сюда, в частности, входят уровень санитарной грамотности, гигиенические навыки и привычки, профилактическая активность, своевременное обращение за медицинской помощью при заболевании или ухудшении здоровья, точное выполнение назначений и рекомендаций врача и т.д.

Нами установлено, что большинство женщин, больных РТМ, имели довольно низкую медицинскую активность в отношении своего здоровья. Так, 63,9% из них ни разу не проходили медицинские осмотры с профилактической целью у врача акушера-гинеколога, остальные – с частотой один (31,6%) или 2 (3,2%) раза в год, 1,3% – чаще, чем 2 раза в год. Из числа респонденток, осмотренных врачом акушером-гинекологом, у каждой третьей с момента последнего осмотра до диагностики настоящего заболевания прошло от 6 до 12 (34,9%) месяцев или более года (32,0%), у каждой шестой-седьмой – от 3 до 6 месяцев (15,9%) или даже менее этого срока (14,3%). Данный факт может свидетельствовать о низкой квалификации специалистов или же о слабых диагностических возможностях на местах.

Многие обследованные нами женщины (73,7%) никогда не состояли на диспансер-

ном учете у врача акушера-гинеколога по поводу гинекологических заболеваний, у 15,4% женщин срок наблюдения составлял всего один год и менее, у 7,9% – более одного года.

О низком уровне гигиенических знаний и медицинской активности женщин свидетельствует и тот факт, что удельный вес обратившихся к врачу акушеру-гинекологу в срок до 2 месяцев после появления первых признаков заболевания составил лишь 28,1%. В итоге практически 80,0% больных РМТ поступали в гинекологическое отделение онкологического диспансера лишь через 2 и более месяца с момента появления первых признаков заболевания. В результате обследования только у 2/3 из респонденток был поставлен диагноз РТМ I (48,1%) и II (19,0%) стадий.

Таким образом, комплексные исследования, отражающие не только клинические, но и медико-социальные аспекты заболеваемости злокачественными новообразованиями, в частности РТМ, дают возможность разработать научно-обоснованные медико-организационные мероприятия, направленные на профилактику данной патологии, а также на своевременное их выявление путем повышения уровня гигиенических знаний у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашрафян Л.А., Новикова Е.Г. // Журн. акуш. и женск. бол. – 2001. – Вып.1 – С.27–33.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб, 2002.
3. Злокачественные новообразования в России в 2003 г. (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского и Г.В. Петровой. – М., 2005.
4. Хисамутдинов Р.А. Научное обоснование оптимизации планирования и управления здравоохранением региона России в современных условиях (по материалам Республики Башкортостан): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2004.
5. Щепин О.П., Тищук Е.А. //Здравоохран. Российской Федерации. – 2001. – № 6. – С. 3–7.

Поступила 02.09.05.

MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH UTERINE CANCER V.A. Pushkarev

Summary

Medico-social aspects of women morbidity with uterine cancer were studied. Low medical activity of such patients was established, in particular small was the number of patients who regularly were seen by a gynecologist, who were late with doctor's consultation on their medical conditions. The necessity to improve hygienic and medical education of women in childbearing and perimenopausal ages was underlined.