

Н.И.Фролова, Т.Е. Белокриницкая, Е.П. Белозерцева

**ГЕНДЕРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ РИСКА КАК ОСНОВНОЙ ТРИГГЕРНЫЙ ФАКТОР
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОК****ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Чита)**

Изучена структура гинекологической заболеваемости по причинам госпитализаций в стационар 590 студенток. Ведущими причинами госпитализаций студенток явились самопроизвольные и неуточненные аборт в I–II триместрах гестации (21,53 %); угрожающие прерывания беременности до 26 недель беременности (20,00 %); медицинские аборт (18,14 %) и их осложнения (12,03 %). Сделано заключение о сопряженности гинекологической патологии с гендерным поведением риска и низким уровнем репродуктивных и контрацептивных знаний студенток.

Ключевые слова: гендерное поведение, гинекологическая заболеваемость, студентки

**GENDER RISK BEHAVIOR AS A MAIN TRIGGER FACTOR OF GYNECOLOGIC MORBIDITY
OF FEMALE STUDENTS**

N.I. Frolova, T.E. Belokrinitskaya, E.P. Belozertseva

Chita State Medical Academy, Chita

The structure of gynecologic disease for the reasons of hospitalization of 590 female students is studied. The leading place in students gynecologic disease structure was occupied the spontaneous and not specified abortions in I–II trimesters of gestation (21,53 %), threats of interruption of pregnancy till 26 weeks of gestation (20,00 %), artificial abortions (18,14 %) and complications of abortions (12,03 %). Conclusion: a gynecologic pathology of students is associated to gender risk behavior and low level of reproductive and contraceptive knowledge.

Key words: gender behavior, gynecologic diseases, female students

Современные медико-демографические показатели, определившиеся в России к началу третьего тысячелетия, характеризуются снижением показателей рождаемости, значительным ухудшением состояния репродуктивного здоровья как женщин, так и мужчин, здоровья детей и подростков [2, 5].

Основой репродуктивного потенциала любой популяции является молодёжь. К началу XXI века произошли существенные изменения сексуального и репродуктивного поведения подростков и молодёжи, 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 молодёжи 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, 4, 10, 11, 12, 13].

На общем фоне большого числа исследований по этой проблеме в России и за рубежом остаются недостаточно изученными 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 молодёжь является не только репродуктивным, но и интеллектуальным потенциалом и основой генофонда любой нации.

Цель исследования – оценить триггерные факторы, определяющие гинекологическую заболеваемость студенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели нами проанализировано 590 карт стационарных больных (учетная форма № 003/у) студенток, обучавшихся в вузах г. Читы и госпитализированных в гинекологическое отделение МУЗ «Родильный дом № 2 г. Читы» за 2009 – 2010 годы. 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 (табл. 1).

Для сравнения исследуемых групп по качественным бинарным признакам использовался 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 в гинекологический стационар связаны с беременностями и

Таблица 1

Распределение студенток по возрасту

Возрастная группа	17–18 лет	19–20 лет	21–22 лет	23–24 лет	25–26 лет	Всего
Абсолютное количество	153	247	148	37	5	590
Относительное число (%)	25,93	41,86	25,09	6,27	0,85	100

их осложнениями. Так, первое по частоте место в когорте обследованных пациенток заняли прерывания беременности — самопроизвольные и неуточненные аборты в I–II триместрах гестации — 21,53 % (127/590); второе — угрожающие прерывания беременности до 26 недель гестации — 20,00 % (118/590); третье — медицинские аборты — 18,14 % (107/590); четвертое — осложнения абортов — 12,03 % (71/590); пятое — обострения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза — 7,97 % (47/590). Далее в порядке ранжирования распределились послеродовые эндометриты — 6,95 % (41/590); острые воспалительные заболевания органов малого таза — 6,27 % (37/590); нарушения менструального цикла (дисменорея, ДМК) — 4,07 % (24/590); осложненные кисты яичников (разрывы, кровоизлияния) — 1,19 % (7/590); прервавшиеся эктопические беременности — 0,68 % (4/590); доброкачественные опухоли яичников (кистомы) — 0,34 % (2/590); полип цервикального канала — 0,34 % (2/590); прерывание беременности по медицинским показаниям на сроке 20 недель — 0,17 % (1/590); абсцесс бартолиновой железы — 0,17 % (1/590); киста гартнерова хода — 0,17 % (1/590) (рис. 1).

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 деву-

шек-студенток было в возрасте от 17 до 20 лет: в группе 17–18 лет — 25,90 % (153/590); 19–20 лет — 41,86 % (247/590). 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 25,08 % (148/590); в 23–24 года показатель снизился в 4 раза и составил 6,27 % (37/590) ($p\chi^2 < 0,001$). У девушек 25–26 лет эта величина составила 0,85 % (5/590), т.е. снизилась в 29,51 раза по сравнению с возрастной группой 21–22 лет ($p\chi^2 < 0,0001$) и в 7,38 раза — в сравнении с 23–24-летними ($p\chi^2 < 0,001$) (рис. 2).

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



Рис. 1. Структура гинекологических заболеваний студенток по причине госпитализаций (%): ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза.

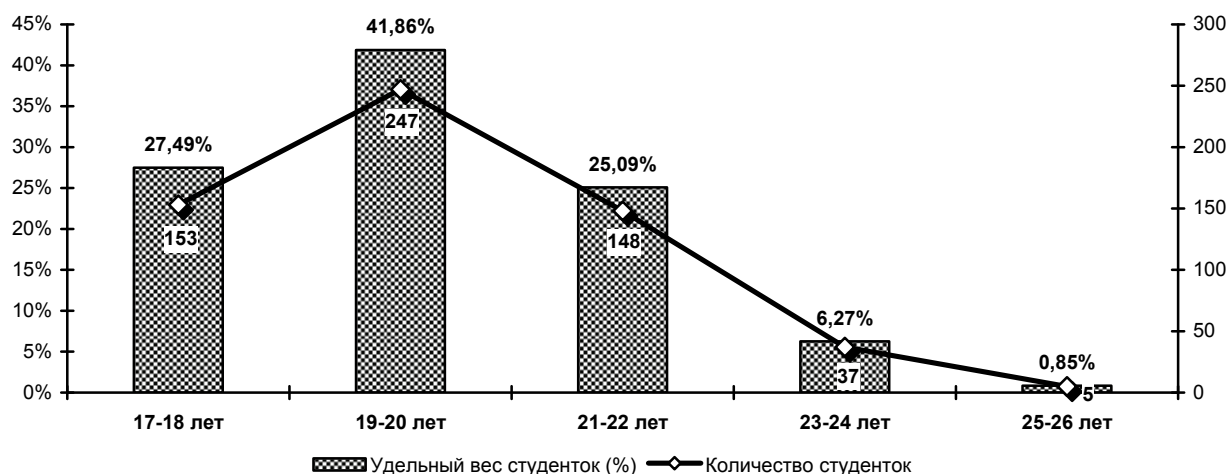


Рис. 2. Распространенность гинекологической патологии у студенток в зависимости от возраста.

аборта — 32,68 % (50/153); второе — самопроизвольные и неуточненные аборт в I—II триместрах беременности — 24,84 % (38/153); третье — угрозы прерывания беременности до 27 недель гестации — 11,76 % (18/153). Далее в порядке значимости распределились острые воспалительные заболевания — 9,15 % (14/153), из которых 7,84 % (12/153) составили острые сальпингоофориты и 1,31 % (2/153) — острые бартолиниты; обострения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза — 6,54 % (10/153), осложнения медицинских аборт (острые эндометриты, гематометры, остатки плодного яйца) и нарушения менструального цикла — по 5,88 % (9/153), послеродовые эндометриты — 4,58 % (7/153). Значительно реже и с одинаковой частотой обнаруживались разрывы кист яичников и полипы цервикального канала — по 1,31 % (2/153).

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 аборт (острые эндометриты, гематометры, остатки плодного яйца) — 21,46 % (53/247). Следует отметить, что в гинекологическом стационаре был выполнен каждый пятый из этих аборт — 20,75 % (11/53), основная их часть была произведена в женских консультациях, частных центрах, «по договоренности». Длительность пребывания в лечебном учреждении после производства операции медицинского аборт у девушек с возникшими впоследствии осложнениями в среднем составила 1—2 часа, что обусловлено, согласно проведенными нами ранее исследованиями, стремлением скрыть от окружающих факт аборт. Из числа осложнений аборт 9,43 % (5/53) возникли после медикаментозных аборт, произведенных самой девушкой приобретенными на «черном» рынке препаратами для прерывания беременности, ввезенными из КНР, что свидетельствует о финансовой недоступности медикаментозного аборт для студенток.

Второе место по причинам госпитализаций в гинекологический стационар заняли самопроизвольные и неуточненные аборт в I—II триместрах — 23,89 % (59/247); третье — угрожающие прерывания беременности до 26 недель гестации — 19,03 % (47/247).

Послеродовые эндометриты в возрастной группе 19—20 лет встречались с частотой 8,50 % (21/247), что в 1,86 раза больше, чем в возрасте 17—18 лет (4,58 %; $p\chi^2 < 0,05$).

У девушек 19—20 лет изменилась структура воспалительных заболеваний женских гениталий: чаще стали встречаться обострения хронических сальпингоофоритов — 7,29 % (18/247), чем впервые возникших острых аднекситов — 4,86 % (12/247). Нарушения менструального цикла стали встречаться в 2,08 раза реже — 2,83 % (7/247), против 5,88 % (9/153) в возрасте 17—18 лет ($p\chi^2 < 0,05$). Среди причин госпитализаций появились прервавшиеся эктопические беременности — 1,22 % (3/247) и кисты яичников — 0,81 % (2/247) ($p\chi^2 = 0,000$). Частота осложненных кист яичников не изменилась в сравнении с предыдущей возрастной группой — 1,62 % (4/247) против 1,31 % в 17—18 лет ($p\chi^2 > 0,05$).

В возрастной группе 21—22 лет среди причин госпитализаций стали лидировать угрозы прерывания беременности — 26,35 % (39/148). Эта тенденция сохранилась у старших девушек: в 23—24 года — 29,73 % (11/37) ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$); в 25—26 лет — 60 % (3/5) ($p\chi^2_{21-22} < 0,05$).

Частота производимых медицинских аборт в этих трех сравниваемых группах, напротив, прогрессивно снижалась, составив в 21—22 года 21,62 % (32/148); в 23—24 года — 16,22 % (6/37); в 25—26 лет — 0 % (0/5) ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$; $p\chi^2_{23-24} = 0,000$).

Другим поводом для госпитализаций в этой когорте студенток были самопроизвольные и неуточненные выкидыши в I—II триместрах гестации: в 21—22 года — 16,89 % (25/148); в 23—24 года — 10,81 % (4/37) ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$); в 25—26 лет — 20 % (1/5) ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$; $p\chi^2_{22-23} < 0,05$).

Удельный вес острых сальпингоофоритов как причин госпитализаций в возрастных груп-

пах 21–22 и 23–24 лет повысился в 5,33 раза: с 2,03 % (3/148) до 10,81 % (4/37) (соответственно, $p\chi^2_{21-22} < 0,001$) и составил 0 % у студенток 25–26 лет ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$; $p\chi^2_{23-24} = 0,000$). Частота обострений хронических аднекситов у этих девушек этих групп в динамике снижалась, составив в возрасте 21–22 лет — 10,14 % (15/148), в 23–24 года — 8,11 % (3/37) ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$); в 25–26 лет — 0 % ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$; $p\chi^2_{23-24} = 0,000$). Аналогичные тенденции выявлены в отношении острого послеродового эндометрита: в 21–22 года — 7,34 % (11/148), в 23–24 года — 5,41 % (2/37) ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$); в 25–26 лет — 0 % ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$; $p\chi^2_{23-24} = 0,000$).

Нарушения менструального цикла среди причин госпитализаций студенток от 21 к 26 годам возрастали, составив 3,38 % (5/148) в 21–22 года, 2,70 % (1/37) — в 23–24 года ($p\chi^2_{21-22} > 0,05$) и увеличиваясь практически в 5 раз в 25–26 лет — 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 0,68 % (1/148); разрыв кисты яичника — в 0,68 % (1/148) и не встретилась в старших возрастных группах (23–24, 25–26 лет) ($p\chi^2_{21-22} = 0,000$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основным триггерным фактором гинекологических заболеваний у студенток по причине госпитализаций в стационар является их гендерное поведение риска вследствие низкого уровня репродуктивных знаний и безответственного 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 // 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: науч.-информ. мед. журнал. — 2001. — № 3 (7). — С. 16–18.

4. 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. — Режим доступа: <http://www.rusmg.ru/php/content.php?id=1042> (дата обращения 26.11.2009).

5. Кулаков В.И., Фролова О.Н. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // Народонаселение. — № 3. — 2004. — С. 4–8.

6. Радзинский В.Е. Репродуктивный потенциал России — грани проблемы, перспективы коррекции // Матер. Всерос. конгр. «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., Несвячая 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. — Vol. 78 (11). — P. 575–580.

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. — Vol. 20 (9). — P. 619–622.

12. Woodhead N., Chung S.E., Joffe A. Protective and risk factors for sexually transmitted infections in middle school students // Sex Transm. Dis. — 2009. — Vol. 36 (5). — P. 280–283.

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. — Vol. 78 (12). — P. 641–648.

Сведения об авторах

Фролова Наталья Ивановна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (672007, г. Чита, ул. Горького, 39а; e-mail: taasyaa@mail.ru)

Белокрыницкая Татьяна Евгеньевна — доктор медицинских наук, профессор заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (672007, г. Чита, ул. Горького, 39а; e-mail: tanbell@rambler.ru)

Белозерцева Евгения Петровна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (672007, г. Чита, ул. Горького, 39а; e-mail: belev.chita@mail.ru)