

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА

Грызлова Наталия Юрьевна

Аспирант,

ФГБОУ ВО «Тульский Государственный университет»;
врач-акушер-гинеколог, женская консультация ГУЗ ГБ №2
n9424242@mail.ru

Волков Валерий Георгиевич

д.м.н., профессор,

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»;
Профессор, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный
национальный исследовательский университет»;
valvol@Yandex.ru

Белова Полина Сергеевна

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
polina.belova2000@inbox.ru

Бадаева Алла Анатольевна

к.м.н., доцент,

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
21091973a@mail.ru

COMPARATIVE ANALYSIS OF MEDICAL AND SOCIAL INDICATORS OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE DEPENDING ON PARITY

**N. Gryzlova
V. Volkov
P. Belova
A. Badoeva**

Summary. The aim of the work is to conduct a comparative analysis of the peculiarities of medical and social indicators of women of reproductive age depending on parity. 272 women (18-35 years old) were examined. Group I (n=123) had a history of 1 or more pregnancies, Group II (n=149) — no pregnancies. In the structure of gynecological diseases in group I, the following were found more often: polycystic ovary syndrome, sexually transmitted infections, cervical ectopia; among somatic pathologies, acute respiratory infections, anemias, diseases characterized by high blood pressure, and breast diseases were more frequent. Conclusion. The presence of pregnancy history increases the frequency of gynecologic and somatic pathology in women.

Keywords: reproductive health; reproductive age; reproductive potential; menstrual cycle; contraception; gynecological morbidity.

Аннотация. Цель работы — проведение сравнительного анализа особенностей медико-социальных показателей женщин репродуктивного возраста в зависимости от паритета. Обследованы 272 женщины (18–35 лет). I группа (n=123) наличие в анамнезе 1 и более беременностей, II группа (n=149) — отсутствие беременностей. В структуре перенесенных гинекологических заболеваний в I группе достоверно чаще выявлены: синдром поликистозных яичников; инфекции, передающиеся половым путем; эктопия шейки матки; среди соматической патологии чаще встречались острые респираторные инфекции; анемии; болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением; болезни молочной железы. Заключение. Наличие беременности в анамнезе увеличивает частоту гинекологической и соматической патологии у женщин.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, репродуктивный возраст, репродуктивный потенциал, менструальный цикл, контрацепция, гинекологическая заболеваемость.

Введение

У современного поколения женщин ряд авторов отмечает устойчивую тенденцию к смене семейных ценностей, приоритета материнства на индивидуализм, карьеризм, профессиональную реализацию и материальное благосостояние. Исследование репродуктивного здоровья выступает первоочередной задачей концепции демографической политики России с 2007–2025 гг., позволяя определить факторы, не только оказывающие непосредственное воздействие, но и предугадывающие сценарии репродуктивного поведе-

ния настоящего и последующего поколений [1, 2]. Неблагоприятный для региона комплекс низкой рождаемости и высокой смертности формирует актуальность проблемы [3, 4].

Целью исследования является проведение сравнительного анализа особенностей медико-социальных показателей у женщин в зависимости от паритета.

Материалы и методы

В данное исследование были включены 272 женщины репродуктивного возраста, проходившие осмотр

врача акушера-гинеколога в период с 2021 по 2022 г. Для формирования выборки использовали специально разработанный анкетный бланк, содержащий 69 вопросов и разделенный на 8 разделов. Сформировано 2 группы в зависимости от наличия беременности в анамнезе. I группа (n=123) — в анамнезе 1 и более беременностей, II группа (n=149) — отсутствие беременностей.

Участие в проведенном анкетировании было добровольным и анонимным.

Критерии включения женщин в основную группу: возраст участниц от 18 до 35 лет, наличие беременностей/родов в анамнезе, добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения женщин в группу контроля: возраст участниц от 18 до 35 лет, отсутствие беременностей/родов в анамнезе, добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: возраст менее 18 или более 36 лет, отказ от участия в исследовании, проживание вне региона.

Все процедуры, выполненные в представленной работе, соответствовали этическим стандартам Хельсинкской декларации 1964 г., ее последующим изменениям и сопоставимым нормам этики. *Статистическая обработка данных.* Примененные методы описательной статистики включали расчёт: средних значений, стандартных отклонений, медиан, интерквартильных интервалов для переменных числового типа, абсолютных (n) и относительных (%) частот для категориальных и бинарных переменных. В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q¹–Q³). Приведенные расчеты и графические изображения выполнены с помощью пакета прикладных компьютерных программ Statistica версия 10.0 StatSoft., США 2011 г.

Результаты

На основании изучения анамнестических данных из анкеты медиана возраста у пациенток I группы составила 30 лет (Q¹–Q³: 27–33), во II — 25,54 (Q¹–Q³: 20–28), p=0,02.

При ответе на блок вопросов, посвященных менструальному циклу, установлено, что средний возраст вступления в менархе I группы составил 13,05 лет (Q¹–Q³: 9–17), а во II — 12,98 (Q¹–Q³: 10–16) (p=0,783).

Средняя продолжительность менструального цикла среди обследованных I группы — 28,84 (21–40), II — 30 (21–59) дней (p=0,7). В I группе средняя продолжительность

менструации составила 5,39 (3–8) дней, а II — 5,32 (3–7) (p=0,987).

Другие характеристики менструального цикла представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика менструального цикла (абс/%)

Характеристика менструального цикла	I группа (n=123)	II группа (n=149)	χ^2	p
Обильные	35/28,5	33/22,1	1,43	0,238
Скудные	15/12,1	11/7,4	1,805	0,179
Наличие задержек	21/17,1	31/20,8	0,607	0,044
Болезненные	44/36,3	68/45,64	2,207	0,1

Длительность менструального цикла у 96,75 % опрошенных в I и у 91,95 % во II группах в пределах нормы (от 21 до 35 суток). Более 35 дней у 3,25 % в I группе и у 8,05 % во II ($\chi^2 = 2,006$, p = 0,157). Среднее время вступления в половую жизнь у респонденток I группы составило 18,06 лет (Q¹–Q³: 16–24), а II группы — 18,0 (Q¹–Q³: 15–20) (p=0,847).

Презерватив как основной метод контрацепции использовали: 68 (55,28 %) в I группе и 53 (35,5 %) во II ($\chi^2 = 10,604$, p = 0,001); оральные контрацептивы: 23 (18,7 %) и 28 (18,8 %) соответственно. Обращает внимание, что среди обследуемых никто не использовал внутриматочную контрацепцию, кроме того, отсутствовали указания на применение других методов.

Структура гинекологических заболеваний представлена в таблице 2.

Таблица 2.

Перенесенные гинекологические заболевания (абс/%)

Гинекологические заболевания	I группа (n=123)	II группа (n=149)	χ^2	p
Синдром поликистозных яичников	29/23,6	18/12,1	6,231	0,013
Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем	24/19,8	13/8,7	6,671	0,01
Эктопия шейки матки	27/22,3	8/5,4	16,52	0,0001
Воспалительные заболевания органов малого таза	17/13,8	7/4,7	6,971	0,008
Эндометриоз	11/8,9	7/4,7	1,965	0,161
Лейомиома матки	7/5,8	4/2,7	0,232*	0,2103

Примечание: * — точный двусторонний критерий Фишера

У I и II группы респонденток среди соматической патологии преобладают острые респираторные инфекции

верхних дыхательных путей, болезни органов пищеварения и крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (табл.3).

Таблица 3.

Соматическая патология (абс/%)

Соматическая патология	I группа (n=123)	II группа (n=149)	χ^2	p
Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	35/28,46	24/16,1	6,048	0,014
Грипп и пневмония	8/6,6	5/3,4	0,262*	0,226
Болезни органов пищеварения	29/23,58	19/12,8	5,433	0,035
Анемия	20/16,26	8/5,37	8,655	0,003
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	19/15,7	11/7,38	4,466	0,035
Болезни мочеполовой системы	16/13,0	12/8,0	1,791	0,181
Болезни молочной железы	16/13,2	5/3,4	0,003*	0,003
Болезни щитовидной железы	10/8,3	8/5,37	0,831	0,362
Болезни нервной системы	9/7,32	8/5,37	0,436	0,509
Болезни системы кровообращения	6/4,4	2/1,34	0,146*	0,086

Примечание.* — точный двусторонний критерий Фишера

Структура факторов риска представлена в таблице 4.

Таблица 4.

Факторы риска (абс/%)

	I группа (n=123)	II группа (n=149)	χ^2	p
Курение	15/12,2	19/12,75	0,019	0,890
Алкоголь	35/28,46	39/26,17	0,177	0,675
Спорт	55/53,66	48/32,2	4,475	0,035
Вредные привычки	—	1/0,67	0,21*	0,832

Примечание.* — точный двусторонний критерий Фишера

Среди факторов риска лидирующие позиции заняли такие вредные привычки, как употребление алкоголя и курение. Кроме того, значимых различий между ними в обеих группах нет. Примечательно, что женщины репродуктивного возраста в I группе больше занимались спортом по сравнению со II.

Обсуждение

Выявленные в ходе проведенного исследования различия между двумя группами пациенток могут выступать факторами, оказывающими влияние на репродуктивное здоровье. Исходя из данных анамнеза, следует, что II группа представлена респондентками более мо-

лодого возраста, чем I группа. Подобная тенденция к откладыванию рождения детей с момента начала половой жизни у современного поколения женщин служит одной из предпосылок сложившейся ситуации в стране [5, 6, 7]. Её основными причинами становятся эмансипация и внесемейные ценности: профессиональная реализация, карьера и материальное благосостояние [6].

Значимых различий в возрасте вступления в менархе, продолжительности менструации у 2-х групп не обнаружено. Однако, такие характеристики, как наличие задержек и дисменорея выявлены преимущественно у представительниц II группы. По данным литературы, на наличие болезненных ощущений во время цикла указывают 59,9 % опрошенных [8].

В последние десятилетия на территории России отмечается увеличение среднего возраста начала половой жизни (от 15,8 до 16,2 лет) [9,10]. Наше исследование данную точку зрения подтверждает. Приоритеты контрацептивного поведения респонденток обеих групп совпадают. В качестве основных методов предпочтение отдавалось презервативам и оральным контрацептивам, что согласуется с результатами иных исследователей [11]. Кроме того, снижение применения таких неэффективных методов, как прерванный половой акт и «безопасные дни» отмечается и в трудах других авторов [12]. Итоги проводимого исследования подтверждают сведения как отечественных, так и зарубежных исследователей, о том, что частота инфекций, передаваемых половым путем, в том числе социально значимых инфекций, таких как сифилис, гонорея и ВИЧ-инфекция, не имеет тенденции к снижению [13, 14]. Гендерное поведение риска, обусловленное низким уровнем репродуктивных и контрацептивных знаний, неизбежно приводит к гинекологической заболеваемости у молодых женщин и опосредованным отрицательным эффектам на качество демографического потенциала популяции [7]. У обеих групп она идентична: синдром поликистозных яичников, эктопия шейки матки. В развитии многих доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки играет роль травма, полученная во время родов или вследствие искусственных абортов [15]. Возможно этим можно объяснить высокую частоту заболеваний шейки матки в I группе. Среди этиологических факторов женского бесплодия и невынашивания беременности ученые указывают значительное влияние воспалительных заболеваний органов малого таза и эндометриоза, хронического эндометрита [16, 17].

У I группы по сравнению со II выше частота выявления соматической патологии, что согласуется с данными литературы [18]. В РФ на протяжении значительного периода времени регистрируется высокая частота анемии, осложняющей беременность, деторождение и послеродовой период. В среднем за период 2007–2015 гг. часто-

та анемии в Тульской области при беременности составила $26,9 \pm 3,0$ %, в родах $214,6 \pm 27,0$ на 1000 родов [19].

Установлено, что перечень таких вредных факторов, как табакокурение, алкоголизм, чрезмерные психоэмоциональные нагрузки (стресс), гиподинамия оказывает существенное влияние на формирование половых клеток [20]. У женщин репродуктивного возраста, принявших участие в нашем исследовании, в равной степени отмечено употребление алкогольных напитков и курение. Плавный восходящий тренд роста доли курящих

женщин в активном детородном возрасте 26–45 лет (с 4,1 % в 1994 г. до 21,1 % в 2019 г.), прирост доли употреблявших алкогольные напитки за этот временной промежуток составил 16,7 % [21].

Заключение

Наличие беременности в анамнезе увеличивает частоту гинекологической и соматической патологии у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гладкая, В.С. Современные тенденции репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения женского населения в России / В.С. Гладкая, В.Л. Грицинская, Н.Н. Медведева // *Мать и дитя в Кузбассе*. — 2017. — № 1(68). — С. 10–15.
2. Лунева И.С., Иванова О.Ю., Хардилов А.В., Иванова Т.С., Абросимова Н.В. Демографические показатели рождаемости и медико-социальное влияние на них. *Журнал акушерства и женских болезней*. — 2017. — №66(2). — С. 40–48. DOI.org/10.17816/JOWD66240-48
3. Сурвилло, Е.В. Исследование репродуктивного поведения студенток вузов / Е.В. Сурвилло // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2016. — № 3. — С. 49–50.
4. Волков, В.Г. Основные причины материнской смертности в Тульской области в XXI в / В.Г. Волков, Н.Н. Гранатович // *Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение*. — 2017. — № 2(16). — С. 10–14. — EDN YPQBRV
5. Белова О.Г. Социологические аспекты репродуктивного поведения молодежи // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2013. № 2 (49). С. 59_65.
6. Шелехов, И.Л. Анализ факторов, определяющих демографическую ситуацию в Сибирском федеральном округе / И.Л. Шелехов, О.Г. Берестнева, Ю.В. Ясюкевич // *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*. — 2013. — № 3-1(91). — С. 131–135. — EDN RDFIJR.
7. Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е. Белозерцева Е.П., Лопатина Д.В. // *Гинекологическая заболеваемость молодежи как медико-социальная и демографическая проблема / Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2015. — № 1. — С. 17–23.
8. Попова, Н.М. Анализ репродуктивного здоровья студенток Ижевской государственной медицинской академии / Н.М. Попова, Д.Л. Жукова, А.С. Шамарова // *ModernScience* — 2020. — Т. 3. — № 3. — С. 167–181.
9. Уварова, Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России/Е.В. Уварова//*Репрод. здоровье детей и подростков*. — 2006. — №4. — С. 10–15
10. Колпакова, О.И. Ранний сексуальный дебют как предиктор рискованного сексуального поведения у молодежи / О.И. Колпакова, А.И. Любимова // *Теория и практика общественного развития*. — 2016. — № 1. — С. 21–24.
11. Маслеников А.В., Ящук А.Г., Мингареева К.Н. [и др.] Модель репродуктивного поведения лиц раннего репродуктивного возраста // *Медицинский вестник Башкортостана*. — 2022. — Т. 17. — № 4 (100). — С. 17–22.
12. Армашевская, О.В. Современные приоритеты контрацептивного поведения российских женщин трудоспособного возраста (по данным выборочного исследования) / О.В. Армашевская, Т.А. Соколовская, А. Ш. Сененко // *Акушерство и гинекология*. — 2021. — № 1. — С. 164–169. — DOI 10.18565/aig.2021.1.164-169.
13. Рахматулина, М.Р. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков / М.Р. Рахматулина, А.А. Шашкова // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 2013. — № 4. — С. 30–37. — EDN RAENKV.
14. Fontenot NB, George ER. Sexually transmitted infections in pregnancy. *Nurs Womens Health*. 2014; 18 (1): 67_72. doi: 10.1111/1751-486X.12095.
15. Рубцовая деформация шейки матки. Современный взгляд на проблему / С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, Е.И. Петросян [и др.] // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2019. — Т. 19, № 4. — С. 29–36. — DOI 10.17116/rosakush20191904129. — EDN YJQJW.
16. Зароченцева Н.В., Аршакян А.К., Меньшикова Н.С. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (обзор литературы) // *Гинекология*. 2013. Т. 15, № 4. С. 65_69.
17. Волков В.Г., Ахильгова З.С. Факторы риска ранних потерь беременности // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2020. №1. Публикация 1-11. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-1/1-11.pdf> (дата обращения 26.02.2020). DOI: 10.24411/2075-4094-2020-16597
18. Нацун, Л.Н. Здоровье женщин репродуктивного возраста / Л.Н. Нацун // *Society and Security Insights*. — 2020. — Т. 3, № 3. — С. 167–181. — DOI 10.14258/ssi(2020)3-12. — EDN DXJVLW.
19. Волков, В.Г. Анемия в структуре региональной экстрагенитальной патологии беременных и рожениц / В.Г. Волков // *Проблемы женского здоровья*. — 2017. — Т. 12. — № 1. — С. 40–45.
20. Курение как фактор риска неразвивающейся беременности / А.А. Олина, Т.А. Метелева, Г.К. Садыкова, Т.П. Шевлюкова // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2018. — Т. 17, № 5. — С. 35–39. — DOI 10.20953/1726-1678-2018-5-35-39. — EDN YSRBKP.
21. Вяльшина, А.А. Распространение курения и употребления алкоголя среди сельского населения России / А.А. Вяльшина // *Социальные аспекты здоровья населения*. — 2021. — Т. 67. — № 5. DOI 10.21045/2071-5021-2021-67-5-8.