

Соловьева Е.А.¹, Перепелкина Н.Ю.²

Состояние заболеваемости женщин болезнями половой системы (на примере Оренбургской области)

1 ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И.Пирогова», г. Оренбург; 2 ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Оренбург

Soloveva E.A., Perepelkina N.U.

State rates of women with diseases of the reproductive system (on example of the Orenburg region)

Резюме

В работе проанализированы показатели гинекологической заболеваемости в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Оренбургской области. Проведен углубленный анализ уровня и структуры гинекологической заболеваемости женщин в городе Оренбурге.

Ключевые слова: гинекологическая заболеваемость, Оренбургская область, Оренбург

Summary

Comparative analysis into gynecological morbidity in the RF, Privolzhsky Federal District, and Orenburg Region was performed. More detailed analysis into prevalence and structure of incidence of gynecologic morbidity in Orenburg alone was also carried out.

Key words: gynecological morbidity, Orenburg Region, Orenburg

Введение

В настоящее время в стране с целью улучшения эффективности использования ресурсов здравоохранения, повышения доступности и качества медицинской помощи осуществляется реализация: Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также Плана мероприятия («Дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

Оптимизация организации акушерско-гинекологической службы, направленная на улучшение доступности и качества медицинской помощи беременным, женщинам с болезнями моче-половой системы, должна привести к укреплению репродуктивного здоровья и, в целом, к улучшению демографической ситуации в стране.

Цель исследования — установить закономерности изменения показателей заболеваемости женского населения Оренбургской области болезнями половой системы за пятилетний период (с 2008 по 2012 годы).

Материалы и методы

Заболеваемость женского населения Оренбургской области болезнями половой системы исследовалась по четырем нозологиям: эндометриоз, сальпингит и оофорит, расстройство менструальной функции и

женское бесплодие. Для этого были проанализированы данные государственной статистической отчетности за 2008-2012 годы. Сведения получены из информационно-аналитических сборников Министерства здравоохранения Российской Федерации и Оренбургской области. Кроме того, официальные сведения были дополнены результатом анализа талонов амбулаторного пациента (025-12/у), заполненных при обращении в женскую консультацию ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга в течение 2013 года. Всего было проанализировано 7745 талонов амбулаторного пациента (28537 посещений).

Результаты и обсуждение

На 1 января 2013 года численность женского населения Оренбургской области равнялась 1 078 573 человек (53,5%), среди них женщин фертильного возраста было 497 360 человек, что составило 46,1% от всего женского населения. Установлено, что за десятилетний период (2002-2012 гг.) доли женщин фертильного возраста уменьшилась на 17,0% [рис. 1].

На 1 января 2013 года доля женского населения в городе Оренбурге составляла 54,4% от всех горожан. При этом численность женщин фертильного возраста достигла 15 8711 человек (51% женского населения).

В результате исследования выявлено продолжающееся увеличение показателей первичной и общей заболеваемости эндометриозом в РФ, Приволжском феде-

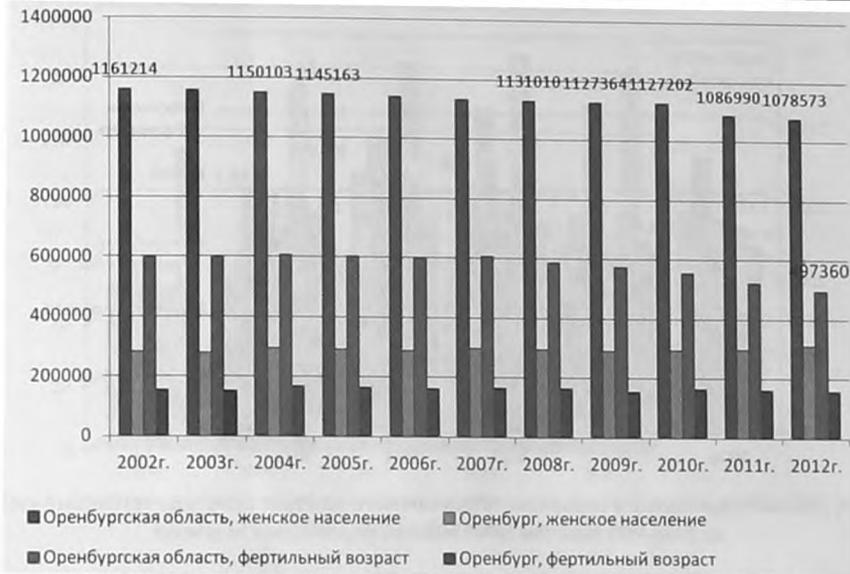


Рис. 1. Динамика численности женского населения в Оренбургской области

ральном округе (ПФО) и Оренбургской области. Так за пятилетний период (с 2008 по 2012 годы) первичная заболеваемость эндометриозом в РФ возросла на 23,5% (с 11,5 до 14,2 на 10000 женского населения), в ПФО на 11% (с 10,9 до 13,1 на 10000 женского населения). При этом в Оренбургской области первичная заболеваемость эндометриозом увеличилась на 12,6% (с 11,9 до 13,4 на 10000 женского населения), а общая – на 20,1% (с 35,3 до 42,4 на 10000 женского населения). В соседних регионах отмечено некоторое снижение показателя первичной заболеваемости женщин эндометриозом: в республике Башкортостан (с 8,6 до 8,4 на 10000 женского населения) и в Самарской области (с 13,0 до 11,1 на 10000 женского населения). При этом показатель первичной заболеваемости эндометриозом в 2012 году в Оренбургской области на 59,5% превышал аналогичный показатель в Республике Башкортостан и на 20,7% - в Самарской области [рис. 2].

В последние годы отмечался значимый рост первичной и общей заболеваемости женщин расстройствами менструаций [рис. 3]. Уровень первичной заболеваемости расстройствами менструаций в РФ вырос с 117,8 до 136,4 на 10000 женщин фертильного возраста (на 15,8%), в ПФО - с 129,9 до 140,8 на 10000 (на 8,4%), и в Оренбургской области - с 140,3 до 151,2 на 10000 (на 7,8%). При этом в Республике Башкортостан показатель первичной заболеваемости расстройством менструального цикла уменьшился на 5,8% (с 133,8 до 126,1 на 10000 женщин фертильного возраста), в Самарской области – на 15,1% (с 175,2 до 148,7 на 10000 женщин фертильного возраста). Общая заболеваемость расстройством менструального цикла за изучаемый пятилетний период возросла в РФ с 204,3 до 245,0 на 10000 женщин фертильного возраста (на 19,9%), в ПФО - с 221,1 до 253,4 на 10000 (на 14,6%), в Оренбургской области - с 227,9 до 260,9 на 10000 (на

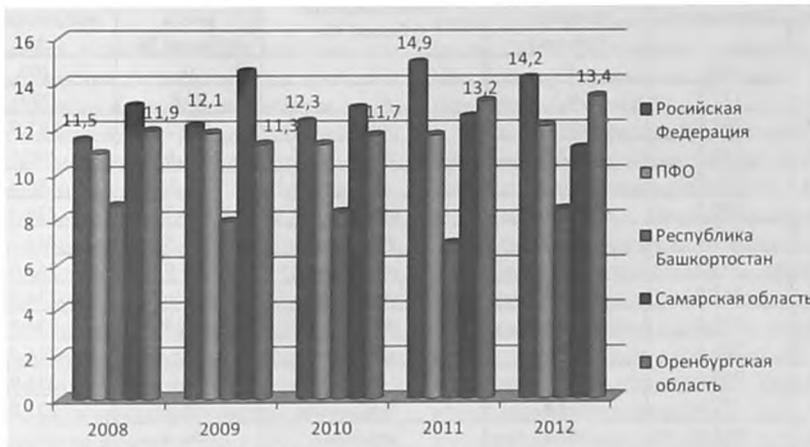


Рис. 2. Динамика показателей первичной заболеваемости эндометриозом женского населения за 2008-2012 годы (на 10000 женского населения)

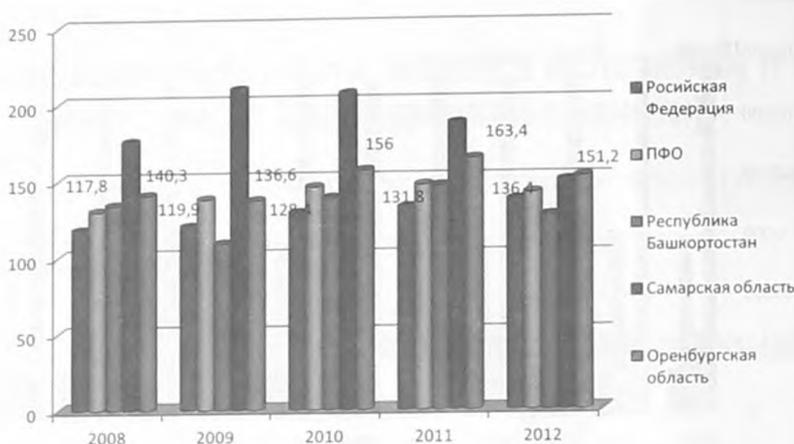


Рис. 3. Динамика показателей первичной заболеваемости расстройством менструального цикла за 2008-2012 годы (на 10000 женщин фертильного возраста)

14,5%), в Республике Башкортостан - с 213,7 до 246,9 на 10000 (на 15,5%), в Самарской области - с 285,3 до 339,5 на 10000 (на 19,0%). И в 2012 г. данный показатель в Оренбургской области стал превышать показатели в РФ на 6,5%, в ПФО на 2,9%, в Республике Башкортостан на 5,7%.

При изучении динамики общей заболеваемости расстройством менструального цикла установлено, что за последние 15 лет (1997-2012гг.) данный показатель вырос на 236%. Наиболее высокие темпы прироста данного показателя регистрировались в 1999, 2000, 2002 и 2006 г. [табл. 1].

В результате исследования выявлено, что уровень первичной и общей заболеваемости сальпингитом и оофоритом за последние пять лет имел тенденцию к

снижению. Так, в РФ показатель общей заболеваемости сальпингитом и оофоритом уменьшился на 16,5% (с 137,2 до 114,6 на 10000 женского населения), в ПФО – на 18,4% (с 168,2 до 81,6 на 10000 женского населения). В Оренбургской области показатель общей заболеваемости сальпингитом и оофоритом уменьшился вдвое и, достигнув уровня 103,8 на 10000 женского населения, стал ниже, чем в РФ, в ПФО, в Республике Башкортостан (154,8 на 10000 женского населения) и в Самарской области (140,6 на 10000 женского населения). Показатель общей заболеваемости сальпингитом и оофоритом в Оренбургской области в 2012 г. стал меньше данного показателя в РФ на 10,4%, в ПФО – на 32,3%, в Республике Башкортостан – на 49,1%, и в Самарской области – на 35,4%.

Таблица 1. Динамика показателя общей заболеваемости расстройством менструальной функции в Оренбургской области за 2008-2012 годы (на 10000 женщин фертильного возраста)

Годы	Показатель	Абсолютный прирост (убыль)	Темп прироста (убыли) %	Показатель роста (убыли) %	Показатель наглядности %
1997	123	0	0	0	100
1998	122,7	-0,3	-0,2	99,8	99,8
1999	203,9	+81,2	+66,2	166,2	165,8
2000	246,7	+42,8	+21,0	121,0	200,6
2001	229,2	-17,5	-7,1	92,9	186,3
2002	290,3	+61,1	+26,7	126,7	236,0
2003	298,5	+8,2	+2,8	102,8	242,7
2004	301,3	+2,8	+0,9	100,9	245,0
2005	288,9	-12,4	-4,1	95,9	234,9
2006	313,5	+24,6	+8,5	108,5	254,9
2007	266,5	-47	-15,0	85,0	216,7
2008	265,6	-0,9	-0,3	99,7	215,9
2009	279,4	+13,8	+5,2	105,2	227,2
2010	291,6	+12,2	+4,4	104,4	237,1
2011	299,6	+8	+2,7	102,7	243,6
2012	290,7	-8,9	-3,0	97,0	236,3

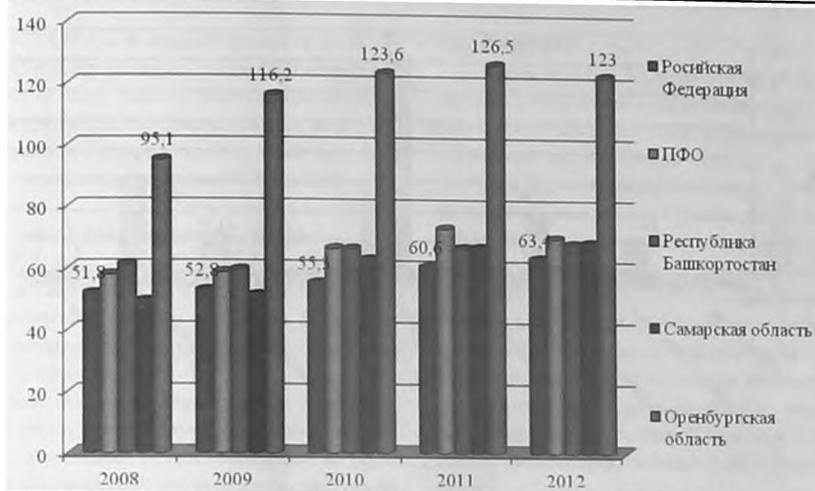


Рис. 4. Динамика показателей общей заболеваемости женским бесплодием за 2008-2012 годы (на 10 000 женщин фертильного возраста)

При этом показатели заболеваемости женским бесплодием за изучаемый период характеризовались устойчивой тенденцией к росту. В РФ зарегистрирован рост первичной заболеваемости данной патологии на 17,7% (с 19,2 до 22,6 на 10000 женщин фертильного возраста), в ПФО – на 11,1% (с 21,8 до 24,2 на 10000 женщин фертильного возраста), в Республике Башкортостан – на 7,4% (с 21,7 до 23,3 на 10000 женщин фертильного возраста), в Самарской области – на 30,8% (с 18,2 до 23,8 на 10000 женщин фертильного возраста). За тот же период в Оренбургской области отмечен рост первичной заболеваемости женским бесплодием на 22,0% (с 31,6 до 38,5 на 10000 женщин фертильного возраста). Уровень заболеваемости женским бесплодием в Оренбургской области превышал аналогичный показатель в РФ на 70,4% и в ПФО на 59%.

За последние пять лет общая заболеваемость женским бесплодием возросла в Оренбургской области на 29,3%, что значительно превысило аналогичные показатели в РФ, ПФО, Республике Башкортостан и Самарской области [рис. 4].

При сравнении показателей общей заболеваемости эндометриозом, женским бесплодием и расстройством менструальной функции в Оренбургской области и в городе Оренбурге выявлено, что уровень заболеваемости у горожанок был значительно выше. Так, уровень заболеваемости женским бесплодием в г. Оренбурге за пятилетний период вырос в 2 раза (с 72,9 до 142,6 на 10000 женщин фертильного возраста), превышая показатели в Оренбургской области в 2012 г. на 23,6%. Несмотря на снижение общей заболеваемости эндометриозом среди жительниц г. Оренбурга на 15,7% (с 46,5 до 39,2 на 10000 женского населения), установлено его превышение аналогичного показателя в Оренбургской области на 13,0%.

При изучении возрастной структуры посещений женской консультации отмечено, что в 2013 году наибольшую долю составили женщины в возрасте 19-29 лет и 30-39 лет. На их долю приходилось 38,4 и 21,5% всех

обращений соответственно. В возрасте 40 - 49 лет в женскую консультацию обратилось 12,6% женщин, в возрасте 50-59 лет – 12,4%, в возрасте старше 60 лет – 10,1%. Доля обращений девочек в возрасте до 14 лет составила 2,6%, в возрасте 15-18 лет – 2,4%.

Поводом обращения в женскую консультацию детского населения в возрасте 0-14 лет явились: вульвовагиниты (74,8%) и нарушения полового созревания (13,5%). Среди девочек в возрасте 15-18 лет преобладали посещения женской консультации по причине беременности (33,3%), вульвовагинитов (25,7%), дисфункции яичников (21,9%) и заболеваний шейки матки (11,5%).

В возрастных группах 19-29 лет и 30-39 лет структура обращений в женскую консультацию была следующей: беременность (46,5 и 37,5%), вульвовагинит (21,8 и 22,6%) и невоспалительные заболевания шейки матки (16,6 и 14,8%).

В структуре обращений женщин в возрасте 40-49 лет первое место занимали доброкачественные новообразования гениталий (миомы, кисты, полипы) – 39,1%, второе место – воспалительные заболевания половых органов – 29,9%, среди которых сальпингоофориты – 8,2%, нарушения овариально-менструального цикла – 10,6% и беременность – лишь 6,1%.

В возрастной группе 50-59 лет причинами обращения в женскую консультацию были: доброкачественные новообразования гениталий (47,5%), воспалительные заболевания (29,5%), климактерические расстройства (8,6%) и злокачественные заболевания гениталий (3,4%).

Урогенитальные расстройства, опущение и выпадение половых органов, воспалительные заболевания вульвы являлись основными причинами обращения женщин в возрасте старше 60 лет к гинекологу (16,8% и 28,2% соответственно). При этом среди них обращения по поводу миомы матки регистрировались в 13,2% случаев, по поводу злокачественных заболеваний гениталий – в 5,6%.

Обращаемость по поводу воспалительных заболеваний составила 29,5% всех случаев. Отмечено, что

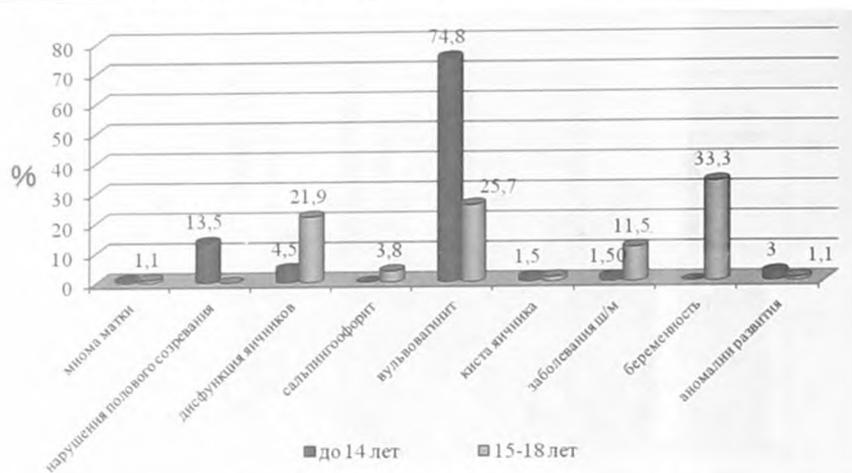


Рис. 5. Структура заболеваемости болезнями половой системы среди девочек и девушек в возрасте до 18 лет (по данным обращаемости в женскую консультацию ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга, 2013 г.) – в %

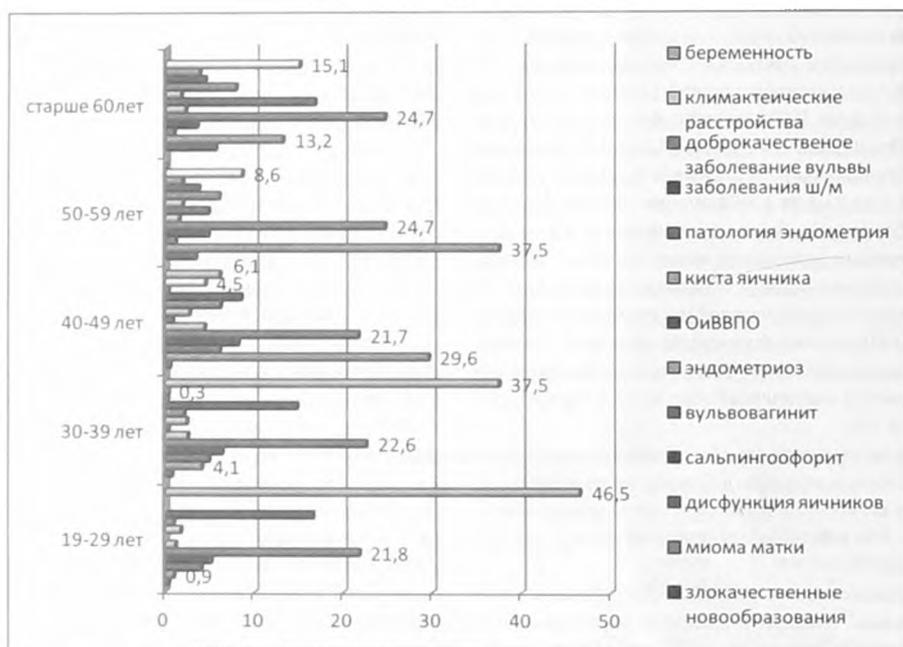


Рис. 6. Структура заболеваемости болезнями половой системы среди женщин в возрасте старше 19 лет (по данным обращаемости в женскую консультацию ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга, 2013 г.) – в %

наибольший уровень заболеваемости воспалительными болезнями женских половых органов наблюдался в возрастной группе женщин 19-29 лет – 35% (799 СПО), несколько реже в возрастной группе 30-39 лет – 21,3% (486 СПО). Женщины в возрасте 40-49 и 50-59 лет обращались по поводу воспалительных заболеваний в 12,7% (291 СПО) и 12,3% (282 СПО) случаев соответственно, старше 60 лет – в 9,6% (219 СПО). Во всех возрастных группах женщин выявлена большая доля вульвовагинита в структуре воспалительных заболеваний гениталий.

Установлено, что среднее число посещений по поводу воспалительных заболеваний женских половых органов составило 3,0 посещения, колеблясь в различных возрастных группах от 2,5 посещений (в возрасте до 18 лет) до 3,2 посещений (в возрасте 30-39 лет).

Обращения по поводу доброкачественных новообразований женских половых органов (миома матки, кисты яичника, полипы эндометрия и т.д.) составили 12,9% (999 СПО) всех обращений в женскую консультацию, при этом они преобладали в возрастной группе 50-59

лет (37,7% – 377 СПО) и в возрастной группе 40-49 лет (31,3% – 313 СПО). Кроме того, в последней возрастной группе пациентов была высокой частота обращений по поводу эндометриоза (29,1%). Настораживает рост обращаемости пациентов в женскую консультацию по поводу эндометриоза в возрастных группах 30-39 лет (27,7%) и 40-49 лет (21,6%).

Крайне низкой была кратность обращения пациентов в женскую консультацию по поводу заболеваний, относящихся к диспансерной группе: доброкачественных новообразований матки и придатков (2,0%), патологии эндометрия (2,4%), нарушений оварально-менструального цикла (2,3%).

В 2013 году по поводу беременности зарегистрировано 26,9% всех обращений в женскую консультацию. Среднее число посещений на одно обращение во время беременности составило 6,7, что явилось достаточно хорошим показателем.

Низкая кратность посещений женской консультации при растущем уровне заболеваемости болезнями половой системы обусловлена многими причинами – менталитетом населения, отсутствием приверженности к диспансерному наблюдению и лечению, недостаточной мотивацией на сохранение и укрепление здоровья и т.д. Кроме того, организация лечебно-диагностического процесса, график работы медицинских работников в женской консультации, деонтологические аспекты медицинской деятельности также являются важным моментом в обеспечении доступности и качества медицинской помощи. Главное в формировании желания пациента снова вернуться в данную медицинскую организацию.

Заключение

Таким образом, в Оренбургской области за последние пять лет среди женского населения отмечена тенденция к росту заболеваемости женским бесплодием, расстройством менструальной функции и эндометриозом. При этом уровень заболеваемости сальпингитом и оофоритом резко уменьшился и достиг наименьших показателей по сравнению с другими (соседними) субъектами РФ.

Установлена высокая доля посещений женской консультации по поводу воспалительных заболеваний гениталий и доброкачественных новообразований. Отмечены особенности обращаемости женского населения различных возрастных групп по поводу болезней половой системы в женскую консультацию. При этом установлена низкая кратность посещений женской консультации по поводу заболеваний, относящихся к диспансерной группе. ■

Соловьева Елена Анатольевна – к.м.н., заведующая женской консультацией ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова», г. Оренбург; Перепелкина Наталья Юрьевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения №2 ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Оренбург; Автор, ответственный за переписку – Соловьева Елена Анатольевна 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6. e-mail - solovevaln@rambler.ru. Телефоны: +7(905)814-05-61 (сот.)

Литература:

- Бантеева М.Н. Научное обоснование мероприятий по оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи и ее нормативного обеспечения [автореферат]. Москва; 2011.
- Михайлова Ю.В., Сон И.М., Леонов С.А. Реформы системы здравоохранения. Предпосылки и основные принципы. Соц. аспекты здоровья населения. 2008; 3.
- Сборники «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родостоможения в Российской Федерации». МЗ РФ. За 2008-2012 гг.