

Причинно-следственные взаимосвязи хронических воспалительных заболеваний гениталий у женщин с сопутствующей патологией

Жуковская И.Г., к.м.н. врач акушер-гинеколог МУЗ ГKB№4, г. Ижевск
Ширева Ю.В., кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздора», г. Пермь
Сандакова Е.А., д.м.н. зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздора», г. Пермь

Some aspects of risk factors of formation and casual relationships between chronic inflammatory genital diseases and concurrent pathology

Zhukovskaya I.G., Shireva Y.V., Sandakova E.A.

Резюме

Цель исследования: провести оценку факторов риска хронических воспалительных заболеваний гениталий (ХВЗГ) и выявить взаимосвязи с сопутствующими патологическими состояниями. Анализ данных анкетирования и клинических исследований показал, что сильные следственные соотношения выявлены между ХВЗГ и дисплазиями шейки матки, фиброзно-кистозной мастопатией. Учитывая большое влияние ХВЗГ на психологический статус пациенток с данной патологией, необходимо включить в комплексную терапию психотерапевтические мероприятия и препараты, снижающие уровни нейротизма и личностной тревожности. Ведущими социально-гигиеническими факторами риска формирования ХВЗГ являлись курение, употребление алкоголя, низкий уровень медицинской активности - отсутствие профилактических посещений врача, приема витаминов, рабочий день, превышающий 8 часов, что диктует необходимость организации мероприятий, направленных на формирование у пациенток здоровьесберегающего поведения.

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания гениталий, факторы риска, причинно-следственные связи.

Resume

Objective of the study: to perform the assessment of risk factors of chronic inflammatory genital diseases (CIGD) and to reveal relationships between this pathology and concomitant processes. Analysis of questioning and clinical studies demonstrated that strong causal relationships were obtained between chronic inflammatory genital diseases and cervix uteri dysplasias, fibrocystic breast diasease. Considering the strong influence of CIGD on psychological status of such patients there is a necessity to include psychotherapeutic measures and drugs to decrease level of neurotism and personal anxiety. Main social and hygienic risk factors of CIGD formation were smoking, alcohol abuse, low level of medical activity, such as absence of prophylactic doctors visits, vitamins uptake, working day more than 8 hours, that show the necessity of organization of measures aimed at health-saving behavior in such patients.

Keywords: Chronic inflammatory genital diseases, risk factors, causal relationships

Введение

Хронические воспалительные заболевания верхнего и нижнего отделов гениталий (ХВЗГ) представляют собой распространенную патологию, частота которой не имеет тенденции к снижению, а также является наиболее частой причиной нарушения соматического и репродуктивного здоровья, создавая медицинские, социальные и демографические проблемы во всем мире [1, 2,

3]. Значение хронических воспалительных заболеваний женских половых органов определяется не только высокой частотой этой патологии, но и вовлечением в патологические реакции эндокринной, нервной и сосудистой систем организма [4]. Поэтому важно углубленное изучение факторов риска возникновения ХВЗГ и причинно-следственных взаимосвязей с сопутствующей патологией [5, 6]. В настоящее время профилактика ХВЗГ – это один из путей сохранения соматического и репродуктивного здоровья женщины, так как данная патология обуславливает возникновение невынашивания беременности (45%), бесплодия (40%), синдрома хронической тазовой боли (24%), инфекций мочевыводящих путей (30%) [7, 8].

Ответственный за ведение переписки -
 Ширева Ю. В.,
 614064, г. Пермь, ул. Ординская, 8 - 121
 тел. +79128813668,
 e-mail: yuzhux@mail.ru

Цель исследования – оценить факторы риска ХВЗГ и причинно-следственные взаимосвязи данной патологии с сопутствующими состояниями.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели проведено исследование состояния соматического, репродуктивного здоровья и психосоциального статуса 56 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза и нижнего отдела генитального тракта, которые составили группу наблюдения. Из них – 29 пациенток страдали хроническим вагинитом, 22 – хроническим сальпингоофоритом, 5 – хроническим эндометритом. Давность заболевания, в среднем, была $4,5 \pm 0,9$ года. В группу сравнения вошли 32 здоровые женщины. Средний возраст обследованных составил $26,7 \pm 0,7$ и $24,9 \pm 1,1$ лет соответственно. Обе группы пациенток были сопоставимы по социальному и семейному положению, паритету беременностей и родов.

Изучение медико-социальных параметров проводилось с помощью специально разработанной анкеты, для оценки состояния соматического и репродуктивного здоровья женщин, состоявшей из 37 вопросов. Психологическая характеристика была получена на основании результатов тестирования по опроснику Спилбергера-Ханнина, по тесту дифференцированной самооценки самочувствия, активности и настроения (САН), по тесту Айзенка – определение типа темперамента и уровня нейротизма. Диагностика инфекций мочевыводящих путей проводилась с помощью микроскопического, бактериологического исследований мочи и консультирования пациенток терапевтом. Диагноз фиброзно-кистозной мастопатии устанавливался после клинического и ультразвукового исследования молочных желез (Lodgic-7), консультирования пациенток маммологом.

Математический аппарат включал альтернативный, вариационный и корреляционный анализ, а также расчет величин и математическое моделирование по теореме гипотез (формула Байеса). Наличие связей между признаками определяли по критерию согласия (χ^2), который свидетельствует о существовании или несуществовании различия между числами, полученными в процессе научного исследования (фактическими), и теоретически вычисленными (ожидаемыми) на основе нулевой гипотезы – предположении об отсутствии связи между изучаемыми признаками. При этом нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$. Для признания существенности различий, учитывая табличное приложение, с 95% вероятности достаточно иметь $\chi^2 = 3,84$ (для $p < 0,05$ $\chi^2 > \chi^2_{\text{табличное}} = 0,05 = 3,84$; для $p < 0,01$ $\chi^2 > \chi^2_{\text{табличное}} = 6,63$; для $p < 0,001$ $\chi^2 > \chi^2_{\text{табличное}} = 10,83$) Расчет величин относительного риска (ОР) проведен по методике В. П. Стоногиной (Л. Ф. Молчанова и др., 2004)

$$OP = \frac{ad}{bc},$$

где: а – число лиц группы наблюдения, подвергшихся действию изучаемого фактора; b – число лиц груп-

пы сравнения – здоровые женщины, подвергшихся действию изучаемого фактора; с – число лиц группы наблюдения, среди которых изучаемый фактор не действовал; d – число лиц группы сравнения – здоровые женщины, среди которых изучаемый фактор не действовал. ОР характеризует силу связи между влияющим и резульативным признаком, в нашем случае возникновение рецидивов ХВЗГ. ОР считался низким при значении до 2, умеренным от 2 до 3, высоким 3 и более. Для определения степени связи использовали коэффициент ассоциации для четырехпольной таблицы, который рассчитывается по формуле

$$Q = \frac{ad - bc}{ad + bc},$$

где обозначения а, b, с, d соответствуют таковым при расчете величин ОР; связь считалась низкой от 0 до 0,3; средней от 0,3 до 0,7; сильной от 0,7 до 1,0 [9].

Результаты и обсуждение

Полученные данные (табл. 1) свидетельствуют о том, что терапия сопутствующей патологии – фиброзно-кистозной мастопатии, острых респираторных инфекций, заболеваний желудочно-кишечного тракта, патологии мочевыводительной системы у пациенток ХВЗГ значительно снижает частоту рецидивов воспалительного процесса, так как был выявлен высокий (более 3-х) ОР формирования обострений воспалительного процесса при наличии вышеуказанных состояний. Определение ОР проводилось с учетом распространенности такой же экстрагенитальной патологии у здоровых женщин. Клинические исследования доказали наличие сильной коррелятивной взаимосвязи ($Q = 0,74$) ХВЗГ с фиброзно-кистозной мастопатией. Одной из причин фиброзно-кистозной болезни являются нарушения гормонального гомеостаза, формирующиеся на фоне повреждения рецепторного аппарата при ХВЗГ. Взаимосвязь хронических воспалительных заболеваний половой сферы с респираторными инфекциями оценивалась как связь средней силы ($Q = 0,63$), которую можно рассматривать как следствие, в результате наличия вторичного иммунодефицита при ХВЗГ, и как фактор риска формирования ХВЗГ, поскольку сами респираторные инфекции могут быть причинами вторичного иммунодефицитного состояния. Достоверная причинно-следственная взаимосвязь средней силы ($Q = 0,59$) между ХВЗГ и заболеваниями желудочно-кишечного тракта определяется наличием при этих заболеваниях дисбиотических состояний, способствующих формированию патологии, как на уровне желудочно-кишечного тракта, так и органов половой сферы, поэтому данное соотношение можно оценить как следствие, а также как фактор риска. Между ХВЗГ и инфекциями мочевыводящих путей установлена причинно-следственная взаимосвязь средней силы ($Q = 0,50$), так как в результате повышенной колонизации условно-патогенной микрофлоры при бактериурии происходит снижение местного иммунитета, являющегося фактором риска и следствием ХВЗГ.

Психо-физиологическое тестирование с исполь-

Таблица 1. Взаимосвязи хронических воспалительных заболеваний с сопутствующей патологией

Соматические заболевания	ОР	χ^2	Q	p
Фибрино-кистозная мастопатия	6,58	15,33	0,74	<0,001
ОРВИ	4,33	6,90	0,63	<0,01
Заболевания ЖКТ	3,89	6,15	0,59	<0,05
Инфекции мочевыводящих путей	3,33	6,8	0,50	<0,01

Таблица 2. Взаимосвязи хронических воспалительных заболеваний гениталий с психологическим статусом пациенток

Особенности психологического статуса	ОР	χ^2	Q	p
Меланхолический тип темперамента	12,80	29,43	0,86	<0,001
Повышенный уровень нейротизма	7,66	15,88	0,77	<0,001
Пониженная активность	7,22	15,98	0,75	<0,001
Высокий уровень личностной тревожности	4,20	6,07	0,62	<0,05
Интравертированность личности	2,60	4,09	0,44	<0,05

Таблица 3. Социально-гигиенические факторы риска формирования хронических воспалительных заболеваний верхнего и нижнего отделов гениталий

Риск-фактор	ОР	χ^2	Q	p
Курение	12,50	13,30	0,85	<0,001
Низкий уровень медицинской активности	6,22	12,75	0,72	<0,001
Умеренное употребление алкоголя	4,60	9,61	0,64	<0,01
Рабочий день более 8 часов	2,95	4,91	0,49	<0,05

зованием тестов Айзенка, САН, Спилбергера-Ханина (табл. 2) позволило сделать заключение, что среди пациенток с ХВЗГ достоверно преобладают женщины с меланхолическим типом темперамента ($Q=0,86$) и повышенным уровнем эмоциональной неустойчивости – нейротизмом (более 10 баллов по шкале нейротизма в тесте Айзенка; $Q=0,77$), низким уровнем активности по тестам субъективной самооценки (менее 4 баллов в тесте САН; $Q=0,75$), высоким уровнем личностной тревожности (более 45 баллов по тесту Спилбергера-Ханина; $Q=0,62$), интравертированностью личности ($Q=0,44$), что является следствиями длительного хронического воспалитель-

ного процесса, а также факторами относительного риска формирования рецидивов ХВЗГ ($ОР=12,80$; 7,66; 7,22; 4,20; 2,60), так как особенности психологического статуса играют важную роль в снижении или повышении частоты рецидивов хронического заболевания.

Оценивая влияние социально-гигиенических факторов (табл. 3), было установлено, что ведущее значение в формировании хронических воспалительных заболеваний половой сферы имели значение курение ($ОР=12,50$), низкий уровень медицинской активности – отсутствие профилактических посещений врача, приема витаминов ($ОР=6,22$), употребление алкоголя ($ОР=4,60$), рабо-

ний день, превышающий 8 часов ($OR=2,95$), что можно рассматривать как факторы риска формирования ХВЗГ. Наиболее сильные причинно-следственные взаимосвязи ($Q=0,85; 0,72$) установлены между курением и низким уровнем медицинской активности, включающей выполнение рекомендаций врача, посещение лечебных учреждений с профилактической целью и при обострении заболевания, прием витаминов, применение самолечения, совокупность вредных привычек.

Таким образом, анализ данных анкетирования и клинических исследований показал, что сильные причинно-следственные соотношения выявлены между ХВЗГ и фиброзно-кистозной мастопатией, что диктует необходимость обязательных клинико-лабораторных и инструментальных исследований для диагностики и своевременной терапии фиброзно-кистозной болезни у пациенток с ХВЗГ. Причинно-следственные взаимосвязи средней силы между ХВЗГ и респираторными инфекциями, хроническим гастритом, инфекциями мочевыводящих путей свидетельствуют о том, что дифферен-

цированные мероприятия, направленные на лечение сопутствующей патологии и формирование здоровьесберегающего поведения среди пациенток с ХВЗГ позволяют достоверно снизить частоту рецидивов воспалительного процесса у данной категории женщин. Учитывая большое влияние ХВЗГ на психологический статус пациенток и наличие особенностей психологического статуса, как факторов относительного риска по формированию рецидивов хронической патологии, необходимо включить в комплексную терапию такие мероприятия, как психотерапия и медикаментозные препараты, оптимизирующие психосоматический статус пациенток с ХВЗГ. Установленное сильное влияние таких социально-гигиенических факторов риска формирования ХВЗГ, как курение, низкий уровень медицинской активности, употребление алкоголя, продолжительный рабочий день более 8-ми часов, указывают на необходимость организации «Центров здоровья» с целью обучения пациенток, с выявленными факторами риска, здоровьесберегающему поведению. ■

Литература:

1. Лисицын Ю.П. *Здравоохранение и медицинское страхование в XXI веке*. М: 2001.
2. Максимова Т.М., Белов В.Б., Роговина А.Г. Особенности гигиенического поведения практически здорового населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2008; 1: 9-12.
3. Полозова О.В. К вопросу заинтересованности населения о своем здоровье. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2008; 5: 5-6.
4. Хаятова З.Б., Пекарев О.Г., Боброва С.В. Интегративный подход к лечению анемий у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия и воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. *Акушерство и гинекология*. 2007; 2: 63-5.
5. Роговская С.И., Прилепская В.Н. Оптимизация лечения хронических цервицитов с помощью изопринозина. *Акушерство и гинекология*. 2006; 8(1): 4-7.
6. Simms I., Stephenson J.M. Pelvic inflammatory disease Epidemiology: what do we know and what do we need to. *Sex. Transm. Inf.* 2000; 176: 80-7.
7. Хашукоева А.З., Савченко Т.Н., Ибрагимова М.И., Леонова Е.И., Калмыков А.А. Использование иммуномодуляторов в лечении больных хроническим сальпингоофоритом. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2008; 7(2): 71-4.
8. McIlhane J. Sexually transmitted infection and teenage sexuality. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000; 183(1): 334-9.
9. Гублер Е.В., Генкин А.А. *Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях*. Л: Медицина, 1973.