

Василевский М.Г., Шараева А.Т.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

M.G. Vasilevskii, A.T. Sharaeva

PROTECTION OF WOMEN'S HEALTH IN THE FAMILY PHYSICIAN PRACTICE

УДК 361.1

В статье на основании данных официальной статистики, рассмотрена частота патологических состояний, присущих только женщинам. Установлено, что показатели репродуктивного здоровья, материнской и младенческой смертности высокие и имеют тенденцию к росту. В этой связи семейному врачу рекомендовано, чему он должен научить свою пациентку, от каких опасностей предостеречь, какие навыки по укреплению здоровья привить.

The article examines the frequencies of health conditions peculiar only to women based on official statistics. It was found that reproductive health indices are low, maternity and infant mortality rates are high and have an increasing trend. Recommendations are given on what the physician should teach women patients, what precautions to make and which health-improvement skills to develop.

Представители 32 государств – члены Европейского региона ВОЗ в 1984 году разработали и утвердили мероприятия по непрерывному улучшению состояния здоровья женщин, что явилось актом солидарности и единства в области охраны здоровья женщин [3]. Наше государство также продекларировало охрану здоровья матери и ребенка как приоритетное направление [4, 5]. Почему женщины заслуживают особого внимания? Потому, что существуют заболевания, присущие только женщинам. Наиболее значимые из них: злокачественные опухоли репродуктивных органов, нарушения менструального цикла, климактерический синдром, патологическое течение беременности и родов. Женщины лучше мотивированы к обучению, чаще следуют рекомендациям врачей, на них лежит ответственность по уходу за домом, детьми, пожилыми и больными. В этом плане женщина является ассистентом семейного врача. В этой связи встает вопрос: чему должен научить семейный врач свою пациентку, от каких опасностей предостеречь, какие навыки по укреплению здоровья привить? Поэтому рассмотрим, что должна включать такая программа, исходя из данных официальной статистики.

Сохранение репродуктивного здоровья женщины - это главная составляющая деятельности врача семейной практики. В

структуре заболеваемости женщин в возрасте 15-49 лет по обращаемости осложнения беременности и родов составляют 8,0%. Особое внимание необходимо уделять растущей частоте экстрагенитальной патологии (ЭГП) беременных. В 1996 г. показатель отношения ЭГП к числу родов составлял 644, а в 2006 г. - 833 на 1000 родов [2]. В структуре ЭГП болезни мочеполовой системы занимают первое место (52,0%), на втором месте - анемии (20,4%). Вызывает озабоченность, что уровень данных заболеваний в группе беременных значительно выше, чем в группе небеременных женщин (болезни мочеполовой системы - 17,6% и анемия - 7,4%), что указывает на низкий уровень подготовки беременных к родам и угрожающий характер таких родов для жизни матери и новорожденного.

Показатель суммарного коэффициента рождаемости в Кыргызстане составляет 2,7 ребенка на одну женщину репродуктивного возраста, а в сельской местности еще выше - 2,9 - 3,1 на одну женщину, тогда как в странах Евросоюза - 1,6 ребенка. Столь существенные расхождения указывают на дефекты в планировании семьи, в частности, женщинами нашей страны не выдерживается межродовый интервал. Особенно это касается женщин, состоящих в зарегистрированном браке [1].

В республике ежегодно на первом году жизни умирает 3,3 тыс. детей, или 29-30 умерших детей в возрасте до одного года на 1000 родившихся. В последние годы коэффициент младенческой смертности стал повышаться (2003 г. - 20,9‰; 2007 г. - 30,6‰), что обусловлено переходом Кыргызстана на новые критерии живорожденности - включение в число новорожденных детей с низкой массой тела (от 500 до 1000 г.). Однако заметим, что показатели младенческой смертности превышают таковые стран Европейского Союза в 5-6 раз. В структуре причин младенческой смертности основное место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде (2006 г. - 60,9%; 2007 г. - 60,0%), болезни органов дыхания (2006 г. - 17,5%; 2007 г. - 16,7%), врожденные аномалии (2006 г. - 11,2%;

2007 г. - 11,3%). Данные показатели указывают на низкий уровень репродуктивного здоровья и низкий уровень услуг антенатального наблюдения.

По статистике при рождении удельный вес мальчиков выше, чем девочек и это превосходство они сохраняют за собой в последующей жизни. Так, в числе руководителей хозяйствующих субъектов КР мужчины составляют 79,7%, а женщины - 20,3%. Проявляются различия и в оплате труда. Заработная плата женщин к заработной плате мужчин составляет 65,8%. Для мужчин становится правилом уклоняться от регистрации брака до рождения ребенка. Доля таких мужчин составляет 32,4%. Из 33,1 тыс. детей рожденных вне юридического брака по совместному заявлению после рождения ребенка регистрируется 2/3, следовательно, 1/3 детей будут воспитываться в семье без отца. Ежегодный прирост таких детей составляет 11 тыс. Положительным моментом является то, что в неполных семьях число бедных ниже - 23,3%, чем в полных - 49,7% [2].

В структуре причин смерти женщин репродуктивного возраста лидирующее положение занимают болезни системы кровообращения (25,6%), далее новообразования (11,8%), травмы и отравления (16,8%), пищеварения (11,3%), инфекционные и паразитарные заболевания (5,0%), болезни органов дыхания (4,7%). Предпоследнее место среди причин смерти занимают осложнения беременности и родов (0,3%).

Несмотря на такую незначительную их долю в структуре причин смертности, материнская смертность является проблемой. Такое утверждение становится правомерным при сравнении показателей материнской смертности в КР и странах Европы (55,5 и 15 на 100 тыс. родившихся живыми). При этом уровень материнской смертности в республике повышается: 2001 г.- 43,8; 2003 г. - 49,3; 2005 г. - 60,1; 2007 - 62,5 на 100 тыс. детей родившихся живыми, тогда как в соответствии со стратегическим планом она должна была снижаться. Почти 80% случаев материнской смертности регистрируется в сельской местности. Основной причиной материнской смертности являются акушерские кровотечения, удельный вес которых за последние годы увеличился в 4 раза – с 13,0% (2000 г.) до 52,2% (2007 г.).

Важной социальной и медицинской проблемой репродуктивного здоровья женщины являются аборт, число которых в республике с учетом мини составляет порядка 14,9 - 20,0 тыс. (8,1 - 9,2 на 1000 ЖФВ). Заметим, что в

структуре абортов (без мини) половину составляют самопроизвольные аборты (2006 г. - 48,5%; 2007 г. - 52,1%), что явно указывает на низкий уровень репродуктивного здоровья. Частота абортов на 1000 женщин фертильного возраста снизилась по стране в 1,7 раза с 15,3 (2000 г.) до 9,2‰ (2007 г.), но в общем числе абортов лица в возрасте 12 - 19 лет еще составляют значительную долю - 12,6% (1267 - 1958 женщин), что указывает на низкий уровень грамотности этой группы населения в вопросах предупреждения незапланированной беременности. Более 40% мужчин и 14% женщин считают медицинский аборт приемлемым методом планирования семьи. Однако заметим, что в течение первого года после аборта у 17,3% женщин отмечаются различные осложнения; через 3 - 5 лет более чем у половины женщин нарушается менструальный цикл, повышается риск бесплодия, возникают другие заболевания. Прямой экономический ущерб от абортов, по мнению специалистов, составляет 5% от общего бюджета здравоохранения. Недостаточно широко используются женщинами Кыргызстана современные контрацептивы (2006 г. - 21,6%; 2007 г. - 23,0%) и относительно часто прибегают к мини абортам (2006 г. - 5,5; 2007 г. - 5,8 на 1000 ЖФВ). К сожалению, основными источниками информации женщин по современным методам предупреждения беременности, не являются медицинские работники. Их доля составляет всего 22%. Основные источники - средства массовой информации (СМИ) - 41%, специальная литература - 37%, рекомендации родственников и подруг - 28%. Такую ситуацию могут исправить семейные врачи и медицинские сестры путем организации школ репродуктивного здоровья.

В последние годы на страницах печати стали обсуждаться проблемы насилия, направленного против женщин [6]. Семейный врач по роду своей деятельности принимает участие в решении этих проблем. Он не только лечит травмы, полученные женщиной, но оказывает ей необходимую психологическую помощь. В его задачи входит развитие у жертвы чувства собственного достоинства. Она должна поверить в свое право быть самой собой, изменить свою жизнь, быть независимой, иметь свое мнение и право на его выражение. Семейному врачу необходимо стремиться к установлению доверительных отношений с жертвой и насильником. Только сознательное желание насильника изменить свое поведение приведет к предотвращению последующего насилия. Врач обязан констатировать факт насилия, сделать запись в истории болезни, на случай юридического расследования факта насилия.

Кроме того, необходимо известить о случившемся в места, где женщина сможет почувствовать себя в безопасности. В ряде стран для таких случаев созданы кризисные центры.

Другой важной проблемой здоровья женщины является периоды менопаузы, постменопаузы и те изменения, которые происходят в организме женщины в это время [7]. К 40-50 годам у женщин наступает период прекращения детородной функции, именуемый климактерическим периодом. В первую очередь происходят гормональные изменения, которые повышают риск развития заболеваний не только репродуктивных органов, но и других систем организма (остеопороз, артериальная гипертензия, ожирение, ишемическая болезнь сердца, климактерический синдром), которые требуют активного вмешательства со стороны самой женщины, так и медицинского персонала.

Клиническая картина климактерического синдрома включает вегетативные, психические нарушения, изменения мочевых путей и половых органов, а также миалгии и артралгии, сухость кожи, парестезии, гирсутизм. Из вегетативных нарушений субъективно наиболее тяжело переносятся приливы, ночные поты, сердцебиение, головокружение. Приливы сохраняются у большинства женщин в течение года, а у 25 - 50% - более 5 лет после прекращения менструаций. Часты жалобы женщин на дискомфорт, боли при половом акте, что обусловлено атрофией и сухостью влагалища; снижение полового влечения, учащенное и болезненное мочеиспускание. Женщины становятся раздражительными, слезливыми, часто находятся в подавленном настроении, тревожны, сон их нарушается, снижается кратковременная память. Все эти изменения могут влиять и на обстановку в семье, отношения между супругами. В сложившейся ситуации врачу необходимо оценить степень выраженности симптомов, успокоить женщину и дать исчерпывающую информацию о физиологии климактерического периода, способах улучшения самочувствия, а, значит, и качества жизни. При более выраженных симптомах необходимо рассказать женщине о роли заместительной гормональной терапии, выяснить ее отношение и уровень знаний в этой области, показать преимущества данного лечения. Следует обратить внимание пациентки на то, что лечение повысит качество ее жизни, будет способствовать профилактике остеопороза, переломов, ишемической болезни сердца, инсультов. С другой стороны, следует предупредить о побочных эффектах заместительной гормональной терапии, таких как предменструальный синдром, тошнота,

нагрубание молочных желез, кровянистые выделения, мышечные спазмы. Обязательно следует обратить внимание пациентки на то, что она должна обращаться к врачу со всеми жалобами, и врач ей поможет в коррекции заместительной гормональной терапии. Необходимо объяснить женщине, что для предупреждения гиперплазии эндометрия эстрогены назначают в комплексе с прогестагенами [7].

Противопоказаниями к заместительной гормональной терапии являются рак тела матки, рак молочной железы, тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе, стойкая артериальная гипертензия, маточные кровотечения неясной этиологии, болезни печени, атеросклероз, печеночная порфирия. Перед назначением заместительной гормональной терапии женщина должна быть тщательно обследована. Необходимо уведомить женщину, что только длительный, до 10 лет, прием препаратов резко снижает риск остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний.

Одним из наиболее тяжелых последствий снижения уровня эстрогенов в крови является остеопороз. Одна из двух женщин в постменопаузе подвержена риску переломов костей вследствие остеопороза. В результате переломов бедра одна треть больных не может существовать без посторонней помощи, половина - не может передвигаться самостоятельно и сталкивается с серьезным ухудшением качества жизни. Все это служит основанием к проведению соответствующих профилактических программ.

Для того чтобы вовремя начать профилактику остеопороза, необходимо знать о его факторах риска. К факторам риска остеопороза относят курение, избыточное потребление кофеина, злоупотребление алкоголем, недостаточное поступление кальция с пищей, малоподвижный образ жизни, длительный прием кортикостероидов, остеопороз у родственников, ранняя менопауза (в т.ч. искусственная), астенический тип конституции, хроническая почечная недостаточность, эндокринные болезни (синдром Кушинга, сахарный диабет, гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, гипогонадизм, акромегалия) [7].

Основными направлениями профилактики остеопороза являются: регулярная физическая активность, употребление пищи, богатой кальцием или препаратов кальция, заместительная гормональная терапия. На поздних стадиях - профилактика падений и травм. Рациональное питание является важнейшим компонентом профилактических мероприятий для женщины в климактерическом

периоде. Потребление кальция с пищей должно составлять в среднем 1 г/сут. Наиболее богата легкоусвояемым кальцием капуста, на втором месте — рыба, на третьем — молочные продукты. При недостаточном поступлении кальция с продуктами питания дополнительно назначают препараты кальция из расчета суточной потребности [6]. Наиболее эффективным препаратом на сегодняшний день является Кальций-D3 - он содержит сбалансированный комплекс кальция и витамина D, без которого всасывание кальция затруднено.

В профилактической работе врача общей практики очень важно учитывать факторы, негативно влияющие на здоровье женщины в процессе ее жизнедеятельности. Такими факторами являются: алкоголь, курение, нерациональное питание, частая смена сексуальных партнеров, низкая физическая активность, дистресс, семейное и социальное положение.

В заключение хотелось бы акцентировать внимание на следующих положениях. У врача общей практики есть все возможности сочетать комплексный и индивидуальный подход в обучении женщин быть здоровыми. Комплексный подход подразумевает наблюдение за женским организмом в целом, а индивидуальный - с учетом генетических и фенотипических особенностей. В свою

очередь, женская популяция может быть тем действенным звеном современной профилактической медицины, которая поможет врачу общей практики эффективно укреплять здоровье населения.

Литература

1. Василевский М.Г., Ибраимова Д.Д. Материнская смертность и факторы ее определяющие//Наука и новые технологии. - Бишкек. - 2006. - № 3 - 4. - С. 118 - 122.
2. Женщины и мужчины Кыргызской Республики. Бишкек. - 2007. - 137 с.
3. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы (Европейская серия "Здоровье для всех", № 4). - 1991 г. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. - 1993. - 322 с.
4. Закон «О репродуктивных правах граждан Кыргызской Республики». - Бишкек, 2000.
5. Здравоохранение Кыргызстана в 21 веке. Стратегия достижения здоровья для населения Кыргызской Республики. - Бишкек.- 2001. - 128 с.
6. Кузнецова О.Ю. Насилие в семье. Женщины и насилие//Русский семейный врач.- Москва.- 2001.- № 4. - С. 28 - 32.
7. Мерта Дж., Справочник врача общей практики. Часть V. Женщины/Пер. с англ. Мак-Гроу - Хилл Либри. - Италия. - М: Практика, 1998. - С. 737 - 824.