

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ  
НОВОКУЗНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ  
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

На правах рукописи

**ЕЛМАНОВ АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-  
АБОРИГЕНОК РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ**

**14. 00. 01 - акушерство и гинекология**

**Диссертация на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель: доктор медицинских наук,  
профессор В.С. Горин**

Новокузнецк - 2004

## О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение .....	5
Глава 1. Социально-гигиенические и популяционные аспекты изучения распространенности женских болезней, характеристика Горного Алтая и его населения (обзор литературы).....	11
1.1. Социально-гигиенические и популяционные аспекты изучения распространенности женских болезней.....	11
1.2. Краткая общая физико-географическая и этнографическая характеристика Горного Алтая и его населения.....	17
Глава 2. Выбор и обоснование объектов исследования и применяемых методов.....	22
2.1. Выбор и обоснование объектов исследования.....	22
2.2. Выбор и обоснование методов исследования.....	26
Глава 3. Анализ репродуктивной функции, состояния соматического здоровья, лабораторных показателей крови и их особенностей у представительниц коренного населения Республики Алтай.....	30
3.1. Особенности специфических функций женского организма у женщин Горного Алтая.....	30
3.2. Антропометрические данные.....	52
3.3. Физическое и половое развитие девочек-подростков.....	56
3.4. Микрофлора влагалища.....	57
3.5. Соматическое здоровье женщин.....	63
3.6. Лабораторные показатели крови.....	79
Глава 4. Распространенность женских болезней у представительниц коренного населения	

Горного Алтая- алтаек по данным специального комплексного профилактического клинико-эпидемиологического осмотра.....	83
4.1. Общая распространенность гинекологических заболеваний.....	83
4.2. Клинико-эпидемиологический анализ воспалительных заболеваний женских половых органов.....	87
4.3. Распространенность несостоятельности мышц тазового дна.....	101
4.4. Распространенность эрозии шейки матки.....	107
4.5. Распространенность миомы матки.....	109
4.6. Распространенность нарушений менструального цикла.....	111
4.7. Распространенность специфических воспалительных заболеваний женских половых органов.....	112
4.8. Бесплодие и привычное невынашивание беременности.....	114
4.9. Эндометриоз.....	114
4.10. Прочая патология.....	115
Обсуждение.....	118
Выводы.....	145
Практические рекомендации.....	147
Литература.....	149
Приложения.....	168

## Сокращения и термины, используемые в тексте

АЛТ- аланин-аминотрансфераза

АСТ- аспартат-аминотрансфераза

ГГТ- гаммаглутаминилтранспептидаза

ВМК- внутриматочный контрацептив

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения

ВПР- внутриутробный порок развития

ДЦП- детский церебральный паралич

ИБС - ишемическая болезнь сердца

ЖКТ- желудочно-кишечный тракт

ЛДГ- лактатдегидрогеназа

МКБ - Международная классификация болезней

ОРСТ- общеравномерносуженный таз

ПМК - пролапс митрального клапана

ПОНРП- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

ФАП - фельдшерско - акушерский пункт

ЦРБ - центральная районная больница

ЧМТ- черепно-мозговая травма

D. sp.- *Distantia spinarum*

D. cr.- *Distantia cristarum*

D. tr.- *Distantia trochanterica*

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность**

Республика Алтай (Горный Алтай) - регион Западной Сибири площадью 92,6 тыс. кв. км, 72 % населения проживает в сельской местности, 36,5 % составляют коренные жители - алтайцы. Коренное население проживает преимущественно в сельской местности, в горах. Условия жизни относятся к экстремальным (особо суровым) для человека [5].

Важное значение имеют вопросы, касающиеся воспроизводства населения. Для большинства территорий Сибири характерен так называемый суженный тип воспроизводства населения, не обеспечивающий в полной мере полноценную смену поколений, ведущий к старению населения, снижению доли молодых лиц. Республика Алтай - один из немногих регионов Сибири, в котором еще сохраняется простой тип воспроизводства населения, при котором происходит полноценная смена поколений благодаря относительно высоким показателям рождаемости по сравнению с другими территориями Сибири. Но за последние десять лет в Горном Алтае отмечается стойкая тенденция к ухудшению демографической ситуации: снижение рождаемости и рост смертности в совокупности ведут к уменьшению естественного прироста населения в республике [94]. В связи с этим особое значение приобретает вопрос о репродуктивном здоровье женщин Горного Алтая и особенно представительниц коренного населения.

Правительство Российской Федерации уделяет особое внимание проблемам Республики Алтай, что отражено в Указе Президента Российской Федерации от 02.03.93 г. №309 « О мерах государственной поддержки социально - экономического развития Республики Алтай », рас -поряжении

заместителя Председателя Совета Министров Правительства Российской Федерации от 20.03.93 г. № СШ-ПИ-09863 « Мероприятия по выполнению Указа Президента Российской Федерации от 02.03.93 г. №309 », постановлении Правительства Российской Федерации от 03.02.94 г. № 60 « О мерах по оздоровлению населения Республики Алтай, проживающего в зоне возможного влияния ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, на 1994-95 годы ». О необходимости сохранения здоровья коренных жителей регионов Сибири говорится в постановлениях Правительства Российской Федерации « О дальнейшем развитии медицинской науки в районах Сибири и Дальнего Востока » и « О мерах по дальнейшему экономическому и социальному развитию районов проживания народностей Севера ».

Проживание в суровых климатических условиях, наличие территориальной расчлененности, трудности транспортного сообщения, недостаточная обустроенность населенных пунктов, большое количество временных поселений (чабанских стоянок), наличие вахтовых методов труда, широкая занятость женщин в сельскохозяйственном производстве и ведении домашних подсобных хозяйств - все это самым неблагоприятным образом сказывается на состоянии здоровья женщин-представительниц коренного населения республики.

Ухудшение социально-экономического положения населения, в том числе финансовые трудности в системе российского здравоохранения в последнее десятилетие, представляют собой серьезную проблему, ведущую к ухудшению здоровья населения и способную повлиять на снижение рождаемости и воспроизводство населения в целом.

### **Цель исследования**

Изучение структуры, уровней гинекологической и акушерской патологии у женщин-представительниц коренного населения с учетом влияния социальных, медицинских, географических и этнических факторов.





### **Задачи исследования**

1. Установить особенности репродуктивного поведения, специфических функций женского организма, параметров женского таза у коренных алтаек.
2. Изучить состояние соматического здоровья у коренных жительниц Горного Алтая.
3. Выявить особенности течения беременности, родов и акушерской патологии у женщин коренного населения Республики Алтай.
4. Определить распространенность, структуру и особенности гинекологической патологии у коренных алтаек с учетом природно-географических, этнических, социальных факторов.

Настоящая работа является самостоятельным разделом комплексного исследования, посвященного изучению распространенности гинекологической и акушерской патологии среди сельских женщин Горного Алтая, проведенного в соответствии с вышеуказанными постановлениями и указами Президента и Правительства Российской Федерации.

### **Научная новизна исследования**

В результате проведенного исследования получены новые данные, касающиеся особенностей менструальной, сексуальной, детородной функций женского организма у представительниц коренного сельского населения Республики Алтай. Впервые показано, что у коренных алтаек относительно позднее наступление первой менструации, быстрое становление менструальной функции, низкая частота нарушений менструального цикла, относительно ранняя менопауза. Выявлено, что у коренных алтаек непопулярны искусственные аборты, широко распространена внутри-маточная контрацепция; беременность и роды протекают с невысокой частотой осложнений, но характеризуются и рождением детей с врожденными пороками развития. Впервые показана структура узкого таза у коренных алтаек. Впервые определены распространенность, структура и особенности формирования

гинеколо-гической и акушерской патологии с учетом совокупного влияния природно-географических, этнических и социальных факторов.

Даны практические рекомендации по совершенствованию лечения и профилактики гинекологических заболеваний, устранению нарушений течения беременности и родов, применению методов контрацепции в конкретных условиях Горного Алтая.

Использованный комплексный метод изучения репродуктивного здоровья женщин может служить моделью для более глубоких исследований акушерами-гинекологами других относительно изолированных больших и малочисленных народов Сибири.

### **Практическая значимость**

Полученные показатели распространенности гинекологических заболеваний с особенностями их формирования в популяциях горных алтаек составляют основу для организации им оптимальной акушерско-гинекологической помощи.

Уточненные данные по распространенности, структуре и особенностям формирования гинекологических заболеваний, нарушений беременности и родов, определяют пути и перечень мероприятий для проведения более эффективной их профилактики у женщин Республики Алтай.

Выявленный перечень основных медицинских, социальных, природных и других факторов, влияние которых на формирование структуры и распространенность гинекологической и акушерской патологии в Горном Алтае существенно имеет значение при решении многих социальных и экономических проблем развития региона.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Состояние репродуктивного здоровья женщин малочисленных народов следует рассматривать в комплексе с соматическим здоровьем,

лабораторными показателями, с учетом этнических особенностей народа и физико-географических характеристик местности.

2. Существуют особенности специфических функций женского организма, репродуктивного поведения, а также антропометрических показателей, влияющих на деторождение, характерные для женщин исследованного этноса. Имеются закономерности различий в показателях распространенности женских болезней и акушерской патологии, присущих разным возрастным, профессиональным и этническим группам.

3. Существует необходимость диспансеризации коренного женского населения путем проведения комплексных профилактических медицинских осмотров с последующей своевременной санацией выявленной патологии.

### **Реализация результатов исследования**

Разработанный нами метод комплексного углубленного осмотра женского населения с целью исследования состояния соматического и репродуктивного здоровья, распространенности гинекологических заболеваний, акушерской патологии в регионе Горного Алтая должен быть внедрен в практику выездных бригад республиканской больницы.

### **Апробация работы**

Основные положения работы доложены и обсуждены на VI международной научной конференции «Здоровье семьи- XXI век» (Пермь, 2002), заседании Ученого Совета хирургического факультета Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей (Новокузнецк, 2003).

### **Публикации**

По результатам исследования опубликовано 4 научных работы.

## **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 176 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, характеристики материалов и методов исследования, 2 глав собственных наблюдений и их обсуждения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения.

Указатель литературы включает 182 источника, в том числе 39 зарубежных.

Иллюстративный материал включает 49 таблиц, 14 рисунков. Дизайн исследования, сбор и обработка материала выполнены лично автором.

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии Ново-кузнецкого ГИДУВа. Считаю своим долгом выразить благодарность научному руководителю доктору медицинских наук, профессору Ново-кузнецкого ГИДУВа В.С. Горину и доктору медицинских наук, профессору Новокузнецкого ГИДУВа А.В. Колбаско за помощь в работе. Выражаю также благодарность сотрудникам кафедр Новокузнецкого института усовершенствования врачей, вместе с которыми проводил набор материала в условиях экспедиций.

# **Г Л А В А 1. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПОПУЛЯЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ, ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРНОГО АЛТАЯ И ЕГО НАСЕЛЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

## **1.1. Социально-гигиенические и популяционные аспекты изучения распространенности женских болезней**

Концепция изучения истинной распространенности гинекологической и акушерской патологии в человеческих популяциях по данным медицинских осмотров является одной из основополагающих в медицинской науке. При этом очень важно определить зависимость распространенности болезней от возраста, условий труда и быта, этнических и других характеристик; обязательным является выявление факторов социальной и при-родной среды, способствующих возникновению заболеваний.

Такого рода исследования представляются возможными при всеобщей диспансеризации населения. История возникновения концепции диспансеризации в нашей стране относится к концу двадцатых годов двадцатого столетия, когда Коллегия Наркомздрава одобрила рекомендации о переводе части лечебных учреждений на профилактическую работу - создании так называемого « Единого диспансера », организованного по территориальному принципу. Во многих городах создавались подобные здравобъединения. Накопленный отечественным здравоохранением опыт организации профилактической работы нашел применение в работе современных поликлиник [12]. В восьмидесятые годы был начат переход здравоохранения к профилактической работе в масштабе диспансеризации населения всей страны.

В основе этого профилактического этапа здравоохранения лежит популяционный подход к изучению заболеваемости. Активные медицинские

осмотры широких слоев населения позволяют выявлять не только острые заболевания и хронические в стадии обострения, но и скрыто протекающие и начинающиеся патологические процессы. Особое значение имела профилактическая работа, направленная на выявление онкогинекологических заболеваний: фоновых, предраковых состояний, злокачественных заболеваний женских половых органов на ранних стадиях, что позволяло при своевременных лечебных мероприятиях уменьшить потери населения.

Ясное представление об уровнях, структуре и особенностях распространенности заболеваний в конкретных популяциях, знание условий бытовой и производственной среды, этнических, медицинских и демографо-генетических факторов, климато-географических особенностей и экологической обстановки, а также социально-экономических процессов, способных влиять на здоровье людей - все это дает возможность научно обоснованного распределения медицинских сил и средств для проведения лечебных мероприятий, динамического наблюдения и реабилитации реконвалесцентов, проведение санитарно-профилактических мер и санитарно-просветительной работы в широких слоях населения.

К настоящему времени комплексное изучение гинекологической заболеваемости больших групп населения наиболее полно представлено в трудах отечественных авторов 60 - 70-х годов [93, 109, 110, 117, 118]. Проводились углубленные медицинские осмотры женского населения городов [109, 110, 117, 118], городских и сельских жительниц [93], проживающих в различных климато-географических зонах страны. В этих работах представлен полный перечень гинекологических заболеваний, особое внимание обращалось на выявление онкогинекологической патологии.

Авторы использовали медицинскую статистику для установления наиболее общих закономерностей распространения гинекологических болезней в различных возрастных группах женщин с учетом социально-профессионального аспекта. Показаны причины, уровни, структура и

особенности распространения гинекологических заболеваний. Для определения закономерностей были исследованы широкие слои населения. Предложены научно обоснованные подходы к лечению заболеваний. Проводилась оценка эффективности лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий в динамике [109, 117, 118].

Подробно изложены аспекты распространенности доброкачественных опухолей яичников и фибромиомы матки, показаны структура и анализ причин этих заболеваний в работе [93].

Путем широкомасштабных медицинских осмотров городского и сельского населения Красноярского края исследована распространенность фибромиомы матки с учетом возраста, климато-географических и этнических особенностей [131].

Связь состояния распространенности с местами проживания отражена в работах Г.Я. Рюминой, 1977, Г.А. Паллади, 1988 [93, 110].

Зависимость распространенности от профессиональных факторов наиболее полно представлена в работах М.Д. Спектор, 1968 [117, 118].

Наряду с вышеприведенными исследованиями широких слоев женского населения имеются источники, посвященные изучению заболеваемости меньших групп городских жительниц, отражающие уровень и структуру гинекологической патологии [2, 24, 30, 82, 97, 100] и сельских жительниц различных климато-географических зон СНГ в связи с влиянием профессиональных факторов, в том числе микроклимата рабочих помещений, наличия вибрации, степени физических нагрузок, применения ядохимикатов при работе [10, 34, 41, 48, 55, 67, 68, 78, 81, 84, 134, 142].

Большинство авторов представляют показатели распространенности гинекологических заболеваний в широком возрастном диапазоне, но есть данные, посвященные обследованию женщин старших возрастных групп с присущей их возрасту структурой заболеваемости [8, 9] и вытекающей отсюда необходимостью научно-обоснованной организации как медицинских, так и

социальных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни этой категории женщин.

Метод комплексных медицинских осмотров нашел широкое применение в изучении заболеваемости работниц различных отраслей промышленности в связи с влиянием профессиональных вредностей: в нефтехимической промышленности [46, 25], в химической промышленности [27, 105], в строительстве [29], в ткацкой промышленности [71], резино-техническом производстве [11, 19, 95], эмалировочном производстве [80], в вискозном производстве [22, 135], при вибрации [111], в суперфосфатном производстве [64], в производстве кремнийорганических соединений [27], в рыбной промышленности [59], в производстве железобетона [115].

В сельском хозяйстве большое значение придается профессиональной деятельности, связанной с ядохимикатами, влиянию работы с пестицидами на гинекологическую заболеваемость [1, 78].

Особое значение имеет профилактическая работа, направленная на борьбу с онкологической патологией. Известно, что возникновению злокачественного новообразования всегда предшествует длительная клеточная пролиферация, т.е. предраковое состояние [96]. Злокачественные онкозаболевания обычно выявляются в запущенных стадиях, когда клинические проявления налицо, радикальное лечение зачастую невозможно. Выявление этой патологии на этапе предраковых заболеваний, фоновых состояний с последующей санацией, а также рака на ранних стадиях, допускающих успешное радикальное лечение - положено в основу современной стратегии противораковой борьбы. Метод массовых профилактических осмотров взрослого женского населения нашел успешное применение в борьбе с таким распространенным заболеванием, как рак шейки матки. Скрининговые методики с использованием пребиопсийных исследований (цитологическое, кольпоскопия) и разработанные меры по своевременному и полному лечению фоновых и предраковых состояний шейки матки привели к снижению показателей распространенности рака этой



локализации в нашей стране в 70 - 80-е годы, когда в рамках всеобщей диспансеризации населения уровень скрининга по раку шейки матки во многих регионах достигал 59 - 60 % [20]. На некоторых территориях удалось снизить заболеваемость этой патологией и смертность от нее до минимума. За рубежом (Скандинавские страны) применение общенациональных скрининговых программ по раку шейки матки с массовыми профилактическими осмотрами населения привело к значительному снижению потерь от этого заболевания [161].

Профилактическая работа с женским населением в акушерстве и гинекологии нашла широкое применение в диспансерном наблюдении за беременными женщинами. Проведение активной профилактической работы с беременными позволяет эффективно уменьшить частоту такой патологии, как гестозы и невынашивание беременности.

Для всех работ характерно стремление к единообразию в сборе первичного материала и его статистической обработке.

Анализ приведенных всеми авторами показателей структуры и уровней как общей гинекологической заболеваемости, так и по отдельным нозологиям обращает на себя внимание географической изменчивостью их.

С позиций экологической медицины и общей теории популяционной генетики эта изменчивость показателей распространенности болезней, зависящая от географических условий не случайность, а объективная закономерность. Человеческие популяции приобретают специфические особенности тем в большей степени, чем дальше они находятся под влиянием определенной окружающей среды, и тем больше отличаются друг от друга, чем дальше друг от друга они располагаются территориально [35, 88].

Человеческие популяции несомненно имеют свои особенности, отражающиеся на структуре и уровнях показателей заболеваемости.

Ценность изученных работ для науки и практики представляется очень важной, однако эта концепция популяционного подхода требует безусловного

дальнейшего продолжения и развития. Число публикаций по данному вопросу в последние годы невелико.

В 1989 - 1999 годах в журнале «Акушерство и гинекология» (основном тематическом журнале) опубликована 1721 статья, основная часть статей посвящена клинической тематике - 1123 статьи (62 %), по клинико-биохимической и клинико-лабораторной тематике - 271 статья (15,7 %), вопросам физиологии и экспериментальным работам - по 17 статей (по 0,98 %), организации здравоохранения - 33 статьи (1,9 %), вопросам эпидемиологии гинекологических заболеваний всего - 37 статей (2,1 %), влиянию социальных факторов и факторов внешней среды - 14 статей (0,8 %), генетике - 17 статей (0,98 %).

Вопросу взаимодействия репродуктивной системы с окружающей средой, воздействию различных средовых факторов, в том числе социальных на организм женщины посвящены немногочисленные обобщающие работы. Большинство исследований посвящено профпатологии женского труда в различных областях производства, они освещают лишь частные стороны проблемы воздействия факторов внешней среды на женский организм.

Значение комплексного воздействия генетических факторов и факторов внешней среды на структуру и распространенность гинекологической патологии для конкретной человеческой популяции, проживающей на определенной территории нашей страны остается не изученным.

Изучение здоровья коренных народов достаточно широко развито в ряде стран. В Канаде существуют научные медицинские центры по изучению здоровья индейцев (Institute of Aboriginal People's Health) [169, 170], программы по исследованию индейцев [182], по профилактике ВИЧ - инфекции у коренного населения [163], работы по профилактике распространенного среди индейцев сахарного диабета [147, 148]. В США есть работы по изучению здоровья индейцев [155], работы по изучению распространенности и особенностей течения сахарного диабета [151, 166], скрининговые программы

по профилактике рака шейки матки и рака молочной железы у индейцев и коренных жителей Аляски [165]. В Австралии есть программа против рака шейки матки у аборигенов [149], работы по улучшению здоровья женщин и детей [154, 159], работы по широко распространенному у аборигенов сахарному диабету [172]. В Новой Зеландии существует программа по улучшению здоровья женщин народа маори [162].

Научным исследованиям в области акушерства и гинекологии в регионе Сибири и Дальнего Востока, совершенствованию специализированной помощи женщинам придается большое значение, но изучению здоровья представительниц коренного населения этих регионов посвящены немногочисленные исследования.

## **1.2. Краткая общая физико-географическая и этнографическая характеристика Горного Алтая и его населения**

Республика Алтай занимает территорию площадью в 92,6 тыс. км<sup>2</sup>. Административный центр - г. Горно-Алтайск. Республика Алтай граничит с Кемеровской областью, республиками – Хакасией, Тывой; Казахстаном, Монголией и Китаем. В республике имеется 9 административных районов, районные центры которых расположены на расстоянии от 20 до 50 кило-метров от административного центра. Радиус районов от 30 до 150 и более километров.

Горы региона содержат все основные геологические горизонты от докембрийского до современного и сложены разнообразными, большей частью разновозрастными, метаморфическими и кристаллическими породами [72].

С хребтов высокогорно-ледникового гидрологического района рассматриваемой территории берут свое начало большинство крупных рек региона - Катунь и ее приток Чуя, Кокса, Аргут. Вода рек и озер относится к карбонатному классу с общей минерализацией не более 20 - 30 мг/литр. В среднегорном гидрогеологическом районе на высотах более 1000 м реки берут начало в высокогорье: Катунь, Чуя, Чулышман, верховья Бии и ее притоки.

Вода карбонатного класса. Общая ее минерализация в среднем равна 100 мг/литр. В низкогорном гидрологическом районе также много транзитных рек, имеющих смешанное питание, карбонатный класс и общую минерализацию вод 400 - 500 мг/литр [32]. Концентрация марганца, меди, кобальта и бора в водах нарастает от высокогорий к низкогорьям вместе с увеличением общей минерализации [72].

Распределение основных типов почв подчинено высотной поясности. Выделяются три сменяющих друг друга сверху вниз почвенных пояса: горно-тундровых, горно-луговых и горно-лугово-степных почв высоко-горий (на высотах 1600 - 3500 метров), горно-лесных почв высокогорий и среднегорий (на высотах 800 - 2200 метров), горно-лесных и лесостепных почв низкогорий (на высотах от 200 до 800 метров).

Растительный покров Горного Алтая отличается большим разнообразием, 46,2 % приходится на природные комплексы лесного типа. Около одной трети занимают высокогорные ландшафты, среди которых большинство тундровых, альпийско-субальпийских луговых (10,2 %). На высокоприподнятых хребтах формируются гляциально-нивальные комплексы (5,4 %) и лишь в специфических условиях юго-восточного Алтая существенную роль играют тундрово-степные и полупустынные ландшафты, развитые в среднегорьях (6 %), а также в крупных межгорных котловинах (2,5 %), таких как Чуйская и Курайская. Лесостепные ландшафты распространены главным образом на севере Алтая и занимают 6,5 % его площади [113].

По климатическому режиму изученная территория достаточно отчетливо разделяется на три района - Северный, Центральный и Юго-Восточный Горный Алтай. Северный Алтай в основном избыточно влажный район. В долинах и низкогорьях выпадает 700 - 850 мм осадков в год, возрастающее с увеличением высотности до 1000мм и более. Продолжительность устойчивого снежного покрова 180 - 215 дней, высота его достигает 150 - 200 см. Продолжительность безморозного периода в долинах и низкогорьях составляет

100 - 120 дней. Почвы промерзают незначительно. Среднегодовые температуры воздуха здесь в основном положительны. Высокогорный пояс Центрального Алтая отличается суровыми климатическими условиями: среднегодовое количество осадков - 510 мм, среднегодовая температура от -5,4° до -6,3°, средняя температура июля +6°, +8°, января -17°, -21°, почвы горно-луговые и горно-тундровые.

Юго-Восточный Алтай характеризуется резко континентальным климатом с самыми низкими среднегодовыми температурами: от -42° до -35° в течение 8 - 9 месяцев; сильные заморозки бывают до середины лета. Средняя температура июля не превышает +14°. Высота снежного покрова 10 - 12 см, почва промерзает на глубину 3 метра. Среднегодовое количество осадков в Чуйской котловине составляет 110 мм, а в наиболее увлажненной Улаганской - 292 мм, причем 70 - 80 % их выпадает в летние месяцы.

История Горного Алтая богата событиями и уходит корнями в глубокую древность, о чем свидетельствуют алтайский героический эпос, многочисленные археологические памятники древнекаменного, бронзового и железного веков, изучение которых ведется уже более ста лет.

Наименее изученным остается вопрос об этническом составе населения Алтае-Саянского нагорья, куда входит Горный Алтай. Далекими историческими предками современных алтайцев были хунны (крупное объединение кочевников, сложившееся в древности в Центральной Азии). Из хуннской этнической среды в VI веке нашей эры вышли наиболее многочисленные тюркоязычные племена теле и тюкю, ставшие основными предками современных алтайцев, хакасов, тувинцев, хантов и манси, якутов, киргизов и других [13]. На начало XX века, по Л.П. Потапову [102], к южным алтайским племенам относились: теленгиты, населявшие бассейны рек Чуи и Аргута; собственно алтайцы (алтай-кижи), расселявшиеся по среднему течению Катунь и ее притокам, а также в бассейнах рек Чарыша, Каны, Песчаной; маймалары или майма-кижи, то есть жители с реки Майма; телесы,

обитавшие преимущественно по рекам Чулышману, Башкаусу и Улагану; телеуты, жившие по рекам Черге, Майме и другим. К северным алтайцам относились: тубалары - жители долин рек Иши, Кокши, Пыжи, Уйменя и других притоков Бии; челканцы, расселявшиеся в бассейне реки Лебеди и ее притоке Байгола; кумандинцы, живущие в низовьях рек Бии и Катунь; шорцы, обитающие в Кузнецком Алатау в верхнем течении реки Томи и ее притоков Кондомы и Мрассу.

В настоящее время у алтайцев насчитывается 50 родов и 5 племен. Представители большинства родов проживают на тех же территориях, где их в начале века описал С.П. Швецов. Обнаружено, что в каждом селе имеется 2 - 3 преобладающих рода, численность остальных незначительна. Количество родов в одном селе колеблется от 4 до 33 [140].

Плотность населения республики менее 2-х человек на 1 км<sup>2</sup>. Населенные пункты в Горном Алтае встречаются до высот с отметкой около 2000 метров над уровнем моря. Выше расположены только метеостанции, отдельные дома охотников и животноводов. Тип расселения горно-долинный: почти каждый крупный поселок начинается цепочкой поселений, тянущихся вверх по долине реки в горы. Поселения, как правило, с числом жителей от 500 до 1500 человек.

Современные алтайцы живут в домах по конструкции и убранству, близких к городским. Тем не менее, почти в каждом дворе стоит юрта, старая коническая или современная срубная. Можно встретить национальную повседневную обувь, одежду, посуду, ездового коня. Изменился характер питания. Впервые постоянным стало употребление хлеба, различных круп, жарение мяса с картофелем, добавка специй. Алтайцы научились солить огурцы, помидоры, капусту, грибы, варить варенье и т.д. Культивирование овощей и фруктов не практикуется здесь из-за непригодных к земледелию почв и сурового климата.

Для горных алтайцев характерна низкая миграционная подвижность. Браки заключаются преимущественно между жителями одного села, рай-она. По данным Е.А. Лотоша [69], свыше 85 % браков - это браки жителей одного района. Только около 15 % браков заключается с лицами, родившимися в других районах области, а 76,6 - 95,8 % браков совершается между жителями одного села [44, 71]. Но в целом отношение у алтайцев к кровнородственным бракам отрицательное. Это отражается у них в запрете к вступлению в брак лиц, принадлежащих к одному роду (экзогамная система браков), однако нарушения этой системы имеются. Принадлежность к роду передается по мужской линии от отца к сыну, дочери.

Поло-возрастной состав горных алтайцев отличается значительно высокой долей молодежи в возрасте до 20 лет и очень низкой долей населения в возрасте 20-29 лет. Число лиц в дорепродуктивном возрасте в разных популяциях колеблется от 44,14 % до 51,52 %, число лиц в репродуктивном возрасте от 34,33 % до 43,34 %, а число лиц в пострепродуктивном возрасте от 10,56 % до 17,53 %. Для всех популяций характерно относительно малое число лиц пожилого возраста [69, 71].

## **Г Л А В А 2. ВЫБОР И ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕКТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕТОДИК**

### **2.1. Выбор и обоснование объектов исследования**

Для нас представляло интерес провести клинико-эпидемиологический анализ репродуктивного здоровья женщин-представительниц коренного населения Горного Алтая: выявить особенности специфических функций женского организма, репродуктивного поведения и гинекологическую заболеваемость женщин - алтаек, с учетом сопутствующей терапевтической и неврологической патологии, в тесной связи с рассмотрением климатических, социально- бытовых и профессиональных условий жизни, в том числе привести различия в популяциях с разной степенью пространственно- средовых и популяционных контрастов.

Изучение популяций коренных жителей Горного Алтая было начато учеными нашего города в составе комплексной экспедиции НИИ Гигиены и профессиональных заболеваний СО АМН СССР в 1980 году. В экспедиции были врачи: медицинский генетик, офтальмолог, невропатолог, терапевт, иммунолог. Акушеры-гинекологи в тех исследованиях не участвовали.

В настоящей экспедиционной работе принимали участие: акушер-гинеколог, психиатр, терапевт, эндокринолог, кардиолог, педиатр, невропатолог, отоларинголог, ортопед, инфекционист, офтальмолог, дерматовенеролог, стоматолог и эпидемиолог.

Так как основная часть алтайцев проживает в сельской местности, мы остановили свой выбор на изучении только сельских популяций алтайцев.

В названном регионе были отобраны популяции сел, населенных преимущественно только алтайцами, выборочная совокупность которых по каждому селу и группе сел, представляющих ту или иную этническую группу,



репрезентативно отражала состояние в изученных популяциях и этнических группах.

Мы исследовали женщин-представительниц двух этносов: теленгитов и алтай-кижей. Обследованные нами теленгиты (обозначим их «группа А») - это жители села Балыктуюль Улаганского района. Это наиболее удаленный от республиканского центра район Горного Алтая. Популяция проживает в суровых (экстремальных) высокогорных условиях (высота над уровнем моря свыше 2000 метров). Для этой территории характерно наличие неблагоприятного климата, территориальной расчлененности, трудности транспортного сообщения, большое количество временных поселений (чабанских стоянок) и вахтового метода труда.

Алтай-кижей мы рассматривали по двум группам: проживающие в условиях среднегорья (около 1000 метров над уровнем моря) жители Усть-Канского района (популяции сел Мендур-Соккон, Кайсын, Козуль, Яко-нур) - обозначим их «группа Б» и жители низкогорья (около 500 метров над уровнем моря) - это популяция села Кулада Онгудайского района - обозначим их «группа В».

На картах-схемах территория Горного Алтая разделена по степени комфортности на типы: комфортные, среднекомфортные, малокомфортные, некомфортные и абсолютно некомфортные.

Условия жизни в низко - и среднегорье Горного Алтая относятся к малокомфортным летом и некомфортным зимой. Высокогорье региона абсолютно некомфортное. В результате мы включили в выборку популяции, населяющие основные типы территорий Горного Алтая.

Таким образом, в нашей исследовательской работе мы имеем три группы алтайцев, проживающих в условиях географических и климато-демографических контрастов по отношению друг к другу.

В таблице 1 приведена численность обследованных нами представительниц алтайского этноса и их доля от общей численности женского населения,

проживающего в селах, в которых проведено исследование, с учетом возрастных групп.

Таблица 1

Пространственно-популяционно-этническая и возрастная дифференциация  
изученных популяций женского населения Горного Алтая

Этническая группа	Теленгиты (группа А)		Алтай-кижи среднегорья (группа Б)		Алтай-кижи низкогорья (группа В)		Всего	
	число жителей	число обследованных (%)	число жителей	число обследованных (%)	число жителей	число обследованных (%)	число жителей	число обследованных (%)
10-14	88	0	246	32 (13,0)	50	9 (18,0)	384	41 (10,68)
15-19	58	4 (6,90)	94	9 (9,57)	26	3 (11,54)	178	16 (8,99)
20-29	144	20 (13,9)	234	76 (32,48)	57	21 (36,84)	435	117 (26,90)
30-39	210	22 (10,48)	294	93 (31,63)	91	30 (32,97)	595	145 (24,37)
40-49	223	19 (8,52)	232	87 (37,50)	116	40 (34,48)	571	146 (25,57)
50-59	27	5 (18,52)	74	16 (21,62)	34	6 (17,65)	135	27 (20,0)
60-69	46	2 (4,35)	64	7 (10,94)	41	6 (14,63)	151	15 (9,93)
70 и старше	7	0	23	5 (21,74)	14	3 (21,43)	44	8 (18,18)
Всего	803	72 (8,97)	1261	325 (25,77)	429	118 (27,50)	2393	515 (21,52)

Определение объема выборки нами производилось по формуле бесповторного отбора [57]. Среди теленгитов уровень охвата составил 8,97%, в обследованных популяциях алтай-кижей, за вычетом лиц до 10 лет, которые не брались в статистическую обработку, уровень охвата алтаек обследуемых сел составил более 20 %. Такой объем выборки (>20 % женского населения)

практически в каждом из обследованных сел позволяет рассчитывать на учет основной гинекологической патологии, встречающейся в сельских популяциях.

Средний возраст обследованных женщин-теленгиток  $34,79 \pm 2,49$  лет, популяции алтай-кижей среднегорья  $34,39 \pm 1,42$  лет, алтай-кижей низко-горья  $37,44 \pm 2,48$  года (различия достоверны с  $P < 0,05$  между показателями алтай-кижей среднегорья и низкогорья), то есть возрастной состав осмотренных женщин трех популяций приблизительно одинаков.

Обследуемых женщин мы разделили на указанные в таблице 1 возрастные группы, подобное деление встречается в работе Меркова А.М. [79].

Женщин исследуемой популяции мы рассматривали также по общественно-профессиональным группам: I- учащиеся; II- служащие; III- работницы сельского хозяйства; IV- животноводы; V- рабочие автотранспорта, леса, строители; VI- пенсионеры, студенты, инвалиды; VII- прочие. Распределение осмотренных женщин по этим группам и средний возраст-ной состав в них приведены в таблице 2.

Таблица 2

Средний возраст осмотренных женщин по общественно-профессиональным группам

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа
Средний возраст, лет	$12,71 \pm 0,50^*$	$36,15 \pm 1,20^*$	$39,76 \pm 2,50^{**}$	$41,33 \pm 2,86^*$	$37,91 \pm 5,07$	$49,27 \pm 4,70^*$	$32,87 \pm 1,51^*$

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - со всеми группами, \*\* - со всеми группами, кроме IV.

Выявленные гинекологические заболевания приведены нами в расчете на 1000 женского населения [49].

Таким образом, выборка обследованных нами коренных сельских женщин - алтаек является репрезентативной по отношению к численности женщин

популяций исследованных сел; включает в себя представительниц трех групп алтайцев, проживающих в условиях географических и климато-демографических контрастов по отношению друг к другу и сопоставимых по возрасту; имеет в своем составе лиц различных общественно - профессиональных групп. Все это в целом имеет существенное значение для анализа репродуктивного, соматического здоровья и распространенности женских болезней в изученных популяциях и экстраполяции полученных данных на всю генеральную совокупность.

## **2.2. Выбор и обоснование методов исследования**

Нами проводилась подготовка населения подлежащих исследованию населенных пунктов Горного Алтая к проведению осмотров: заранее в течение 2-х дней были разъяснены цели и задачи массового обследования в наших личных беседах с активом медицинских работников, коллективами учителей школ, чтения лекций населению в клубах.

Осмотры проводились только лично нами по единой программе и стандартным методикам в специально приспособленных помещениях, чаще на фельдшерско-акушерских пунктах.

На каждую обследуемую в среднем затрачивалось 30 минут, не включая время заполнения заранее формализованных опросников по разделу оценки факторов бытовой и производственной среды, а также разработанной нами карты комплексного акушерско-гинекологического обследования (см. в приложениях), включающей жалобы, соматический и акушерско-гинекологический анамнез.

После заполнения анкетных данных, сбора жалоб и анамнеза, проводились антропометрические, клинические и лабораторные обследования, результаты которых также вносились в карту.

Всем выявленным больным с заболеваниями женской половой сферы и патологией беременности было назначено лечение, даны рекомендации по

соблюдению правил личной гигиены, режима труда и отдыха. По показаниям больные направлялись в гинекологические и родильные отделения центральных районных больниц или республиканскую больницу на стационарное обследование и лечение.

Комплекс применяемых методов исследования приведен в таблице 3.

### **2.2.1. Клинические методы**

Взрослым женщинам проводилось гинекологическое обследование, включающее осмотр наружных половых органов, оценку анатомического и функционального состояния промежности и леваторов пальпаторными методами по Kelly [108], осмотр влагалища и шейки матки на зеркалах, бимануальное исследование (влагалищно - брюшностеночное и ректально - брюшностеночное у неживших половой жизнью) .

Девочкам в возрасте 10-18 лет для оценки полового развития производилось определение половой формулы [132].

Для определения наличия и степени тяжести климактерического синдрома у женщин, находящихся в менопаузе, ними была использована методика вычисления модифицированного менопаузального индекса Купермана [129].

При изучении и дальнейшей обработке первичного материала мы пользовались « Руководством по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти » (МКБ, десятый пересмотр), принятой в здравоохранении Российской Федерации.

### **2.2.2. Антропометрические методы**

Проводилось измерение роста, веса, а также размеров женского таза с помощью тазомера и сантиметровой ленты, это следующие параметры: *Distantia spinarum*, *Distantia cristarum*, *Distantia trochanterica*, величина наружной конъюгаты, продольный и поперечный размеры пояснично-крестцового

ромба, прямой и поперечный размеры выхода таза, высота лобково-вого симфиза, измерение высоты таза, окружности таза, величина индекса Соловьева.

Таблица 3

## Выбор и обоснование методов исследования

Предмет исследования	Методы исследования
Исследование специфических функций женского организма, особенностей репродуктивного поведения, выявление гинекологических заболеваний	Клинические
Измерение роста, веса, выявление особенностей женского таза, физического развития девочек - подростков	Антропометрические
Изучение биохимических показателей и данных общего анализа периферической крови	Лабораторные
Вычисление средних, относительных показателей, ошибок, достоверности различий показателей в возрастных, общественно - профессиональных группах, сельских популяциях Нахождение корреляционной зависимости	Статистические

Девочкам в возрасте 10 - 18 лет для оценки физического развития проводилось также измерение роста, веса окружности грудной клетки и межакромиального размера по методике Ставицкой А.Б. и Арон Д.И., 1959 [119]. Возраст ребенка на момент осмотра определен по координатной сетке Соколовой И.А. Для оценки индивидуального физического развития использовался вариационно-статистический метод, для сравнения мы взяли стандарты для одного из регионов Западной Сибири - Кемеровской области [132].

### 2.2.3. Лабораторные методы

Проводился забор крови из пальца утром натощак и клинический анализ крови по общепринятой методике.

Кровь из вены забиралась утром натощак, исследовали биохимические показатели, отражающие функциональное состояние паренхиматозных органов (билирубин, мочевины, аминотрансферазы, лактатдегидрогеназа, ГГТ, мочевины, креатинин), показатели белкового (общий белок, альбумин), углеводного (глюкоза), жирового обменов (триглицериды, холестерин), неспецифические маркеры опухолей ( $\alpha$ -фето-протеин), электролиты крови (хлориды, кальций, калий, натрий), лакто-феррин .

Общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛДГ, определяли биохимическими методами с использованием наборов реактивов, калибраторов и контрольных материалов фирмы «SPINREAST» (Испания) и биохимического анализатора Stat Fax 1904 Plus. Для определения уровня общего белка применялся биуретовый метод, альбумина- бромкрезоловый зеленый, билирубина- метод Ендрассика-Грофа, ГГТ- колориметрический с карбоксильным субстратом, АСТ, АЛТ, ЛДГ- ультрафиолет-кинетический метод, уровень  $\alpha$ -фетопротеина определяли твердофазным иммуноферментным методом с использованием наборов фирмы «Вектор-Бест» (Россия) и комплекса аппаратуры «Bio-Rad» (США).

Содержимое из влагалища и цервикального канала окрашено по Граму и по Романовскому- Гимзе, окрашенные таким образом мазки подвергнуты бактериоскопическому исследованию.

#### **2.2.4. Статистические методы**

Применялись пакеты прикладных программ « Instat -2 » фирмы Sigma (США) и « Primer of biostatistics » (США). Для расчета достоверности различий использовались: дисперсионный метод ANOVA, t - критерий Стьюдента и  $\chi^2$  - квадрат. Применялся также корреляционный анализ по методу Пирсона

(линейная корреляция) и по Спирмену (ранговая корреляция) с целью определения связи между выделенными группами [21, 33].

### **Г Л А В А 3. АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ, СОСТОЯНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЬНИЦ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ**

#### **3.1. Особенности специфических функций женского организма у женщин Горного Алтая**

##### **3.1.1. Менструальная функция**

По данным опроса женщин изучен возраст наступления менархе (491 алтайка от 11 лет и старше, у которых имело место наступление менархе). В среднем по всей выборке он составил  $14,07 \pm 0,06$  лет.

В нормальном для менархе возрасте (12-15 лет) первые месячные наступили у 407 алтаек (82,89 %), в возрасте до 12 лет менархе наступило у 4 человек (0,81 %), в возрасте старше 15 лет - у 79 женщин (16,30 %).

Нами изучен возраст в различных возрастных группах алтайских женщин (таб. 4).

Таблица 4

Средний возраст менархе и доля лиц с наступлением первой менструации у женщин разных возрастных групп алтайского этноса

Возрастная группа, лет	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Всего
Средний возраст менархе, лет	12,29 ± 0,14 *	12,81 ± 0,24 *	13,92 ± 0,14 **	14,03 ± 0,10 **	14,39 ± 0,11	14,67 ± 0,29	14,60 ± 0,36	14,75 ± 0,49	14,07 ± 0,06
Доля лиц с наступ-	-	-	16,38	11,64	19,18	33,33	20,00	37,50	16,30



лением менарче старше 15 лет			%	%	%	%	%	%	%
---------------------------------------	--	--	---	---	---	---	---	---	---

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  со всеми возрастными группами, \*\* - с  $P < 0,05$  с группами 40 - 49, 50 - 59 лет. Тест ANOVA -  $P < 0,0001$ .

Таким образом, у молодых представительниц алтайского этноса наступление менархе происходит достоверно раньше, чем у женщин старших возрастов, средний возраст первых месячных нарастает пропорционально возрасту женщин. Описанные закономерности по нашему мнению, вероятно являются отражением процесса акселерации.

По этническим группам средний возраст наступления менархе имеет небольшие различия, так в группе А он равен  $14,35 \pm 0,20$  лет ( $n=72$ ), в группе Б -  $14,17 \pm 0,08$  лет ( $n=305$ ), однако в группе В менархе наступает раньше - в  $13,63 \pm 0,12$  года ( $n=114$ ). Различия достоверны ( $P=0,0005$ , тест ANOVA); по t - критерию между показателем в группе В и других группах,  $P < 0,05$ .

Доля женщин, у которых менархе наступает в возрасте старше 15 лет достоверно выше у теленгитов  $27,78 \pm 5,28$  %, чем у алтай - кижей: среди женщин группы Б она составляет  $14,42 \pm 2,01$  %, в группе В -  $13,16 \pm 3,17$  % (различия достоверны,  $P < 0,05$ ).

Изучение становления менструальной функции в процессе полового созревания у алтаек показало, что у подавляющего большинства женщин (96,26 %) регулярный менструальный цикл установился сразу, у 2,70 % установление длилось до 1 года и в 1,04 % случаев более года. У 0,58 % женщин месячные были нерегулярными с момента менархе.

В группе А менструации приобрели регулярный характер сразу у 93,05 %, в течение года - у 4,17 %, устанавливались более 1 года - у 2,78 % женщин.

В группе Б темп становления регулярной менструальной функции выше: регулярные месячные установились сразу у 98,32 % женщин, в течение 1 года - у 1 %, в сроки более года - у 0,67 % алтаек .

В группе В установление регулярного менструального цикла сразу после менархе отмечено у 92,86 % алтаек, в течение года - у 6,25 %, более года - у 0,89 % женщин.

Ювенильные маточные кровотечения отмечены в анамнезе у 4 женщин (0,78 %). Все женщины с этой патологией в анамнезе относятся к возрастной группе 20 - 29 лет. У 2 из них имеется альгодисменорея.

Менструации изменили свой характер в связи с замужеством у 2,8 % женщин, родами - у 2,04 % (в основном стали более длительными), климаксом - у 2,04 % женщин. Подобные изменения менструального цикла описаны у сельских женщин в Краснодарском крае - месячные изменились (стали более длительными) после замужества у 2,2 % и в связи с климаксом у 1,6 % женщин [55].

У 479 алтаек (97,55 % менструирующих женщин) менструальная функция была в пределах нормы: menses длились по 3 - 4 дня, с периодичностью от 18 - 20 до 30 - 35 дней с колебаниями периодичности циклов, не превышающие трех дней [74].

Нарушения менструального цикла, не связанные с органической патологией (миома матки, хронический эндометрит, эндометриоз), отмечены у 12 женщин (23,30 случая на 1000 женщин). Эта патология представлена гиперполименореей, первичной и вторичной олигоменореей, первичной альгодисменореей и синдромом предменструального напряжения.

Менопауза наступила у 47 из опрошенных женщин, средний возраст наступления менопаузы составил  $47,47 \pm 0,55$  лет. Этот возраст у алтаек в нашем наблюдении отстает от такового по стране и развитым странам [56, 106].

В группе А этот возраст равен -  $50,25 \pm 1,81$  лет, в группе Б -  $47,00 \pm 0,71$  года, в группе В этот возраст равен  $47,67 \pm 0,84$  лет (различия не достоверны).

Для определения наличия и степени тяжести климактерического синд-

рома у женщин, находящихся в менопаузе, нами была использована методика вычисления модифицированного менопаузального индекса Ку-пермана [129]. Климактерический синдром на момент осмотра или в анамнезе отмечен у 10 алтаек (21,27 % женщин), находящихся в менопаузе (в среднем ММИ -  $24,40 \pm 4,81$  балла, по нейро-вегетативным расстройствам -  $17,40 \pm 2,95$  баллов, по метаболическим -  $2,60 \pm 0,62$  балла, по психо-эмоциональным -  $4,40 \pm 1,38$  балла).

У этих женщин на протяжении перименопаузального периода и в постменопаузе в 7 случаях (14,89 %) имеется климактерический синдром легкой степени, у 2 женщин (4,25 %) - средней степени тяжести, в 1 случае (2,13 %) - климактерический синдром тяжелой степени.

У всех алтаек с этой патологией преобладали нейровегетативные нарушения (приливы, потливость, сердцебиения, головокружения и др.).

Таким образом, менструальная функция у алтаек характеризуется относительно поздним наступлением menarche, влиянием на половое созревание процессов акселерации, быстрым становлением, низкой частотой нарушений менструального цикла. Имеются различия по этническим группам - доля женщин с поздним menarche нарастает от низкогорных популяций к высокогорным, в среднем menarche наступает достоверно раньше у алтайкижей низкогорья.

### 3.1.2. Сексуальная функция

Принимая во внимание этнические и культурные особенности обследуемого женского населения, следует отметить трудность получения информации о половой жизни женщин. Удалось отчетливо выявить лишь возраст начала половой жизни.

По данным опроса женщин в возрасте 15 лет и старше (474 женщины) половой жизнью живут 463 человека (97,68 %), начало половой жизни у алтаек находится в пределах от 15 до 35 лет, в среднем в возрасте  $21,41 \pm 0,14$  лет.

Средний возраст начала половой жизни в разных возрастных группах представлен в таблице 5.

Таблица 5

Средний возраст начала половой жизни у алтаек по возрастным группам

Возрастная группа, лет	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Итого
Средний возраст начала половой жизни, лет	17,50 ± 0,42 *	19,96 ± 0,18 *	22,19 ± 0,25	21,83 ± 0,24	21,78 ± 0,52	21,67 ± 0,67	22,62 ± 2,07	21,41 ± 0,14

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  - со всеми возрастными группами. Тест ANOVA -  $P < 0,0001$ .

Представительницы молодого поколения (15 - 29 лет) начали половую жизнь достоверно раньше, чем женщины более старших возрастных групп.

По этническим группам средний возраст начала половой жизни почти одинаков: в группе А этот возраст составляет  $21,89 \pm 0,36$  год, в группе В -  $22,21 \pm 0,31$  года, в группе Б - немного раньше -  $21,00 \pm 0,16$  (тест ANOVA с  $P < 0,001$  и по t - критерию между группой Б и группами А и В с  $P < 0,05$ ).

Таким образом, прослеживается тенденция к более раннему началу половой жизни у молодежи.

### 3.1.3. Детородная функция

**Число беременностей.** Из 474 женщин возрастной группы старше 15 лет у 425 человек отмечено 1803 случая беременности.

В среднем на 1 женщину в этом возрастном диапазоне приходится  $3,80 \pm 0,26$  случаев беременности. Вообще не беременели 49 алтаек (10,34 %), имели 1 беременность 59 женщин (12,45 %), беременели дважды 73 человека (15,40 %), имели 3 - 5 беременностей 187 опрошенных (39,45 %), 6-8 беременностей - 69 женщин (14,56 %), более 9 - 37 женщин (7,81 %).

С возрастом число беременностей закономерно растет (таб. 6).

Таблица 6

## Среднее число беременностей по возрастным группам

Возрастная группа, лет	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Итого
Среднее число беременностей на 1 женщину	0,12 ± 0,12 *	1,73 ± 0,14 *	3,41 ± 0,16 *	5,44 ± 0,25 **	7,44 ± 0,62 *	4,87 ± 0,85 *	4,50 ± 1,02	3,80 ± 0,13

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  - со всеми возрастными группами, \*\* - с  $P < 0,05$  - со всеми группами, кроме группы 60-69 лет. Тест ANOVA-  $P < 0,0001$ .

Число беременностей по этническим группам различаются мало: в группе А-  $3,36 \pm 0,30$  случаев на 1 женщину ( $n=60$ ), в группе Б -  $3,93 \pm 0,18$  ( $n=265$ , в группе В -  $4,05 \pm 0,25$  ( $n=100$ ). Различия статистически не достоверны.

Возраст наступления первой беременности у представительниц алтайского этноса ( $n=474$ ) колеблется в пределах от 15 до 40 лет, в среднем составляя  $21,92 \pm 0,16$  лет.

Нами рассчитан средний возраст наступления первой беременности в различных возрастных группах (таб.7).

Таблица 7

## Средний возраст наступления первой беременности у алтаек в различных возрастных группах

Возрастная группа, лет	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Итого
Средний возраст наступления первой беременности, лет	20,33 ±0,24 *	22,56 ±0,29	22,18 ±0,28	22,85 ±0,64	21,92 ±0,74	22,62 ±2,07	21,92 ±0,16

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  - со всеми возрастными группами. Тест ANOVA-  $P < 0,0001$ .

Таким образом, у 20-29 - летних женщин первая беременность наступает достоверно раньше на 2 года, чем в других возрастных группах. По остальным возрастным группам этот возраст практически не отличается.

В этнической группе А этот возраст составляет  $22,43 \pm 0,37$  год ( $n=60$ ), в группе В -  $22,52 \pm 0,37$  года ( $n=100$ ), в группе Б первая беременность наступает на 1 год раньше -  $21,57 \pm 0,2$  лет ( $n=265$ ). Тест ANOVA с  $P < 0,0001$  и по  $t$  - критерию между группой Б и группами А и В с  $P < 0,05$ .

Из 425 женщин, имевших беременности в анамнезе, забеременели в течение 1 года с начала регулярной половой жизни 310 человек (98,00 %), на протяжении 2 лет - 11 женщин (2,59 %), более 2 лет - 8 алтаек (1,88 % от всех женщин, имевших беременности).

Таким образом, у молодых алтаек первая беременность наступает в более раннем возрасте, чем у женщин старших групп.

**Исход первой беременности.** У 425 женщин первая беременность была доношена до срока у 392 женщин (92,23 %), преждевременными родами закончились 5 случаев первой беременности (1,18 %), самопроизвольным выкидышем - 21 случай (4,94 %), сальпингоэктомией по поводу трубной беременности закончилась 1 беременность (0,2%случаев). Искусственный аборт стал исходом первой беременности у 6 женщин (1,41 %).

В этнической группе А из 60 случаев первой беременности были доношены до срока у 58 женщин (96,67 %), закончились самопроизвольным выкидышем у 2 алтаек (3,33 %).

В группе Б из 265 человек доносили первую беременность до срока 245 женщин (92,45 %), преждевременными родами закончилось 4 случая первой беременности (1,51 %), закончились искусственными абортами 3 беременности (1,13%), самопроизвольным выкидышем - 12 случаев (4,53 %), трубной беременностью (проведена сальпингоэктомия) - 1 случай (0,38 %).

В группе В исход первой беременности таков: из 100 случаев доношено до срока 89 беременностей (89,00 %) женщин, преждевременными родами закончилась 1 беременность (1,00 %), закончились искусственным абортom 3 беременности (3,00 %), самопроизвольным выкидышем - у 7 женщин (7,00 %).

Итак, у большинства обследованных нами женщин- алтаек первая беременность донашивается до срока.

**Исход всех случаев беременности.** Все 1803 беременности закончились родами в 1176 случаях (65,23 %), искусственным прерыванием беременности - в 501 случае (27,79 %) (соотношение роды : аборты 1 : 0,43), самопроизвольным выкидышем - в 116 случаях (6,43 %), операцией по поводу эктопической беременности - в 10 случаях (0,55 % от всех случаев беременности).

В группе А из 232 случаев беременности закончились родами 192 (82,76 %), абортами - 25 (10,77 %), самопроизвольным выкидышем 15 (6,46%). Соотношение роды : аборты - 1 : 0,13.

В группе Б из 1141 случая беременности закончились родами 743 (65,12 %), абортами - 333 (29,18 %), самопроизвольным выкидышем - 58 (5,08 %), операцией по поводу эктопической беременности - 7 (0,61 %). Соотношение роды : аборты - 1 : 0,49.

В группе В из 430 беременностей завершилась родами 241 (56,04 %), доля абортов в этом селе наибольшая - 143 (32,25 %); самопроизвольными выкидышами - 43 (10,00 %), операцией по поводу эктопической беременности - 3 (0,70 %). Соотношение роды : аборты - 1 : 0,59.

Таким образом, соотношение роды : аборты в популяции обследованных алтаек позволяет утверждать о явном преобладании родов и непопулярности искусственного прерывания беременности. В большей степени это относится к группе А.

**Родоразрешение.** У 474 женщин в возрасте старше 15 лет было 1176 случаев родов, что составляет в среднем  $2,48 \pm 0,08$  родов на 1 женщину. В



анамнезе у 58 человек (12,24 %) родов не было, рожали единожды 80 женщин (16,88 %), дважды - 137 женщин (28,90 %), от 3 до 5 родов имели более трети алтаек - 168 человек (35,44 %), 6 - 8 родов - 27 человек (5,70 %), 9 и более родов было у 4 женщин (0,84 %).

С возрастом число родов закономерно растет (таб.8).

Таблица 8

Число родов в среднем по возрастным группам

Возрастная группа, лет	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Итого
Среднее чис-ло родов	0,12 ±0,12 *	1,21 ±0,08 *	2,17 ±0,08*	3,39 ±0,13 **	4,70 ±0,48 **	4,20 ±0,80	4,00 ±0,89	2,48 ±0,08

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  - со всеми возрастными группами, \*\* - с  $P < 0,05$  - со всеми группами, кроме группы 60-69 лет, 70 лет и старше. Тест ANOVA -  $P < 0,0001$ .

По этническим группам среднее число родов почти одинаково: в группе А на 1 женщину приходится  $2,67 \pm 0,14$  родов, в группе Б этот показатель составляет  $2,56 \pm 0,11$  случая родов, в группе В -  $2,27 \pm 0,12$  случаев родов. Различия недостоверны.

Возраст первых родов находится в пределах от 16 до 37 лет, составляя в среднем  $22,11 \pm 0,15$  лет.

Нами рассчитан возраст первых родов в среднем по возрастным группам (таб.9).

Таблица 9

Возраст первых родов в среднем по возрастным группам

Возрастная группа, лет	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Итого
Средний возраст первых ро-	16 *	20,54 ±0,24	23,00 ±0,29 *	22,26 ±0,24 *	22,46 ±0,62 *	21,54 ±0,65 *	22,87 ±2,00	22,11 ±0,15

дов , лет								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  - с группой 20-29 лет. Тест ANOVA -  $P < 0,0001$ .

Таким образом, в возрастной группе 20-29 лет первые роды наступают на 2 года достоверно раньше, чем в других возрастных группах, по остальным возрастам значительных различий нет.

В группе А возраст первых родов составляет в среднем  $22,80 \pm 0,41$  года, в группе В -  $22,58 \pm 0,32$  года, в группе Б -  $21,78 \pm 0,19$  лет - на 1 год раньше, чем в двух других группах (тест ANOVA с  $P < 0,0001$  и по t - критерию между группой Б и группами А и В с  $P < 0,05$ ).

**Течение беременности.** Без осложнений протекали 1596 беременностей (88,52 %). Различная патология осложнила 207 случаев беременности (11,48 % от общего числа беременностей) (таб. 10).

Таблица 10

#### Осложнения беременностей

Вид осложнения	число осложненных беременностей	доля от числа беременностей (%)	доля от числа родов (%)
Ранние токсикозы	14	0,77	1,19
Поздние гестозы	43	2,38	3,65
Угроза прерывания беременности	38	2,11	3,23
Перенашивание беременности	3	0,17	0,25
Многоплодная беременность (двойня)	5	0,28	0,42
Маловодие (причина- ВПР почек плода)	1	0,05	0,08
ПОНРП	2	0,11	0,17
Предлежание плаценты	1	0,05	0,08

Хроническая гипоксия плода	2	0,11	0,17
Аntenатальная гибель плода	7	0,39	0,59

Несмотря на то, что частота гестозов у алтаек (2,38 %) ниже указанной в литературе (7 - 16 % от всех беременностей [138]), обращают на себя внимание 5 случаев преэклампсии - 0,28 % от всех беременностей (0,42 % от всех родов) и 1 случай с внутриутробной гибели плода - 0,05% (0,08 % от числа родов).

Угроза прерывания беременности - 2,11 % от всех беременностей (3,23 % от всех родов) ниже по сравнению с женщинами-аборигенками Таймыра - 7,30 % [139].

Из 5 случаев многоплодной беременности - 2 случая завершились нормальными родами, в 1 случае - абдоминальным родоразрешением в связи с поперечным положением одного из плодов, в 2 случаях - преждевременными родами.

ПОНРП отмечена в 2 случаях - 0,11 % (0,17 % родов), исход - оперативное родоразрешение. По литературным данным частота ПОНРП - до 1,50 % от числа родов [65].

Предлежание плаценты - 1 случай - 0,05 % (0,08 % от числа родов) с внутриутробной гибелью плода, с оперативным родоразрешением. Эта патология встречается в мире с частотой 0,20 - 0,80 % случаев от числа родов [65].

На хроническую гипоксию плода при опросе указали только 2 женщины - 0,11 % (0,17 % родов), вероятно реальное количество их больше.

Причинами антенатальной гибели плодов явились: поздний гестоз в - 1 случае, предлежание плаценты с отслойкой - в 1 случае, ХФПН при многоплодной беременности - 1 беременность, ВПР - в 1 случае, в остальных случаях причина неизвестна. Две женщины родоразрешены путем плодоразрушающей операции, 3 женщины - путем индуцированных родов, 1

женщина - путем кесарева сечения. Видимых внутриутробных пороков развития выявлено не было.

Наименьшее число осложнений беременностей в этнической группе Б - 99 случаев беременности из 1141 - 8,68 % (13,32 % к числу родов), в группе В осложнений больше - 56 случаев из 430 - 13,02 % (23,24 % от числа родов), наибольшее их число - в группе А - 52 беременности из 232 - 22,32 % (27,08 % родов).

В целом можно отметить, что большинство случаев беременности в исследуемой популяции протекает благоприятно, с относительно небольшой долей осложнений, наибольшее количество акушерской патологии при беременности у теленгитов, т.е. в наиболее удаленном районе (группа А).

**Течение родов.** У 416 рожавших женщин из 1176 родов протекали физиологически 1014 случаев (86,23 %), осложнения были в 162 случаях родов - (13,77 %) (таб. 11).

Таблица 11

## Течение родов

Вид осложнения	число осложненных родов	доля от числа родов (%)
Преждевременные роды	46	3,91
Запоздалые роды	3	0,25
Стремительные и быстрые роды	4	0,34
Затяжные роды	54	4,59
Несвоевременное излитие околоплодных вод	20	1,70
Клинически узкий таз	2	0,17
Поперечное положение плода	1	0,08
Тазовое предлежание	13	1,10
Травмы родовых путей	206	49,52

Послеродовое кровотечение	17	1,44
Послеродовый эндометрит	2	0,17
Травма плода	6	0,51
Мертворождение	14	1,19
Крупный плод	48	4,08
Гигантский плод	2	0,17
ВПП	14	1,19

Из числа преждевременно рожденных умерли вскоре после родов 16 детей (34,78 %).

Из 13 женщин с тазовым предлежанием 11 человек родоразрешены через естественные родовые пути, в 6 случаях роды прошли без осложнений, остальные осложнились затяжными родами, асфиксией плода, травмой плода, послеродовым гипотоническим кровотечением. Вес детей колебался от 2500 до 3800 г, в среднем  $3238,46 \pm 187$  г.

Все случаи клинически узкого таза и поперечного положения плода закончились абдоминальным родоразрешением.

Индукцированные роды были у 4 женщин с внутриутробной гибелью плода - 0,34 % от числа родов.

Применение акушерских щипцов и вакуум - экстракции отмечалось в единичных случаях: акушерские щипцы применялись в 2 случаях (0,17 %), вакуум-экстракция - дважды (0,17 %), в 1 случае (0,08 %) - акушерские щипцы и вакуум - экстракция.

Плодоразрушающая операция по поводу антенатальной гибели плода проведена в 2 случаях ( 0,17 % от числа всех родов).

Среди причин послеродовых кровотечений: в 11 случаях - это гипотоническое кровотечение (0,93 %), задержка частей плаценты - в 5 случаях (0,42 %) - выполнена ручная ревизия полости матки; плотное прикрепление

плаценты - 1 роды (0,08 %) - проведено ручное отделение и выделение последа.

Всего мертворожденных детей было 14 ( $1,19 \pm 0,62$  % от числа всех родов или  $11,90 \pm 6,20$  на 1000 родов), из них погибшие антенатально - 7 детей, интранатально - 7 человек (по 0,59 % от числа всех родов). Среди причин гибели детей в родах - незрелость плода при преждевременных родах в 5 случаях, по 1 случаю травмы плода и асфиксии.

Вес новорожденных у рожавших женщин алтайского этноса составил в среднем  $3605,01 \pm 26,27$  г.

Все случаи родов крупными плодами проведены через естественные родовые пути, они были осложнены у 11 алтаек - 22,92 % (затяжные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, травма плода, гипотоническое послеродовое кровотечение и задержка частей плаценты в полости матки).

Оба случая родов гигантскими плодами - также через естественные родовые пути.

Явные внутриутробные пороки развития были отмечены у 14 детей, рожденных обследованными женщинами ( $1,19 \pm 0,62$  % от общего числа родов или  $11,90 \pm 6,20$  на 1000 родов). Врожденные пороки сердечно - сосудистой системы были диагностированы у 4 детей (28,57 % от всех пороков), « волчья пасть » и « заячья губа » - также у 4 детей - (28,57 % от всех пороков), порок развития почек - у 1 ребенка (7,14 %), дефект наружного уха - у 1 ребенка (7,14 %), лимфангиома кожи лица - у 1 ребенка (7,14 %), деформация пальцев кисти - у 1 ребенка (7,14 %), врожденная вентральная грыжа и кишечная непроходимость - по 1 ребенку (по 7,14 %), врожденная глухота - у 2 детей (14,28 %). Мертвым родился 1 ребенок, умерли в первые годы жизни более половины детей с ВПР (8 детей).

Из 14 женщин, родивших детей с внутриутробными пороками развития, у 12 (85,71 %) эти дети родились, когда они находились в в воз-расте 20 - 29 лет, у 2 (14,28 %) - в возрасте более 30 лет.

3 детей подозрительны на наличие ВПР - 0,25 % от числа всех родов.

Это: в 2 случаях педиатром экспедиции заподозрены (но не подтверждены инструментально) врожденные пороки сердца, в 1 случае родителями были отмечены аномалии развития костей черепа.

По этническим группам ВПР распределены так: в группе А - 2 случая (1,04 % от числа родов), в группе Б - 9 случаев (1,21 %), в группе В - 3 случая (1,24 % от всех родов) - внутриутробные пороки развития распределены равномерно по селам.

В целом течение родов у алтайских женщин характеризуется низким числом осложнений, но обращает на себя внимание высокая частота травм родовых путей, относительно высокий процент рождения детей с ВПР, высокая частота мертворожденности.

**Оперативное родоразрешение.** У 26 женщин проводилось абдоминальное родоразрешение путем операции кесарева сечения, всего выполнено 35 операций, что составляет 2,98 % от общего числа родов, это относительно невысокий показатель в сравнении данными по России и другим странам (10 - 35 % от общего числа родов) [4, 58].

В плановом порядке выполнено 20 операций - 57,14 %, в экстренном - 15 операций - 42,86 % от всех.

Среди показаний к операции на первом месте находится рубец на матке - 9 случаев (25,71 % от общего числа операций).

На втором месте - анатомически узкий таз и клиническое несоответствие - 8 случаев (22,86 %), третье место занимают аномалии родовой деятельности - 5 случаев (14,28 %).

Причиной оперативного родоразрешения были также: тяжелый гестоз в 4 случаях (11,43 %), экстрагенитальная патология в 3 (8,57 %) случаях, тазовое предлежание в 2 случаях (5,71 %), ПОНРП в 2 случаях (5,71 %), первые роды в 37 лет, предлежание плаценты, поперечное положение плода, многоплодная

беременность с поперечным положением одного из плодов - по 1 случаю (2,86 %).

В группе В доля оперативного родоразрешения у опрошенных женщин составила  $4,15 \pm 1,28$  % от числа родов - 10 случаев, в группе Б -  $3,09 \pm 0,63$  % - 23 случая. В группе А частота операции кесарева сечения ниже - 2 случая -  $1,04 \pm 0,73$  % от числа родов (с  $P < 0,05$  между группами А и В).

Таким образом, доля оперативного родоразрешения в исследованной популяции невысока, минимальна она у жительниц села самого отдаленного района.

**Лактация.** Из числа 416 женщин, имевших в анамнезе роды, 397 кормили детей грудью (95,43 %), 10 женщин не кормили грудью (причины - гибель детей, врожденные пороки развития), 9 женщин лактировали на момент опроса.

Длительность грудного вскармливания в среднем у женщин алтайского этноса составляет  $13,57 \pm 0,39$  месяцев. Кормили грудью до полугода 2 человека (0,48 %), от 6 месяцев до года - 158 женщин (37,98 %), от 1 года до полутора - 123 алтайки (29,57 %), более полутора лет - 114 женщин (27,40 %).

Длительность лактации нами изучена по возрастным группам (таб. 12). Длительность грудного вскармливания у женщин - представительниц младших возрастных групп меньше, чем у старших.

В группе А продолжительность грудного вскармливания составляет в среднем  $14,56 \pm 0,99$  месяца (число кормивших грудью  $n=59$ ). В группе Б лактация длится в среднем  $14,20 \pm 0,56$  месяцев, ( $n=246$ ). В группе В длительность лактации в среднем на 3 месяца достоверно меньше, чем в других этнических группах -  $11,24 \pm 0,43$  месяца ( $n=92$ ) ( $P < 0,05$ ).

Таблица 12

Длительность лактации у женщин-алтаек

Возрастная группа, лет	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Всего
Средняя	6,00	11,30	13,13	14,57	14,11	16,61	19,25	13,57



длительность лактации (месяцы)		$\pm 0,55^*$	$\pm 0,59^*$	$\pm 0,86^*$	$\pm 1,08^*$	$\pm 1,38$	$\pm 1,69$	$\pm 0,39$
Лактировали более 18 месяцев (%)	-	16,48 %	22,46 %	30,21 %	38,46 %	69,23 %	87,50 %	27,40 %

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  - со всеми возрастными группами, \*\* - с  $P < 0,05$  - с группой 70 - летних. Тест ANOVA -  $P < 0,0001$ .

Восстановление регулярного менструального цикла у алтаек после родов происходит от 1 месяца до 2 лет, занимая в среднем  $6,47 \pm 0,23$  месяцев, в течение года после родов менструальная функция восстанавливается у 305 (76,82 % рожавших женщин), причем у большинства из них - 277 человек (90,82 % от числа женщин с восстановившимся менструальным циклом) на фоне лактации, у остальных 28 (9,18 %) - с прекращением лактации.

Таким образом, почти все женщины предпочитают грудное вскармливание, отмечается большая длительность грудного вскармливания у женщин более старшего возраста по сравнению с молодыми, имеется небольшое достоверное отличие длительности лактации у алтай-кижей низкогорья, восстановление регулярного менструального цикла у большинства алтаек после родов происходит в течение года после родов, причем как правило на фоне лактации.

**Искусственное прерывание беременности.** Всего из 474 женщин в возрасте 15 лет и старше 220 алтаек (46,41 %) прибегали к искусственному прерыванию беременности (501 случай). В среднем на 1 женщину приходилось по  $1,06 \pm 0,08$  случаев искусственного прерывания беременности.

Искусственным прерыванием закончилась 501 беременность у женщин популяции (27,79 % беременностей), что ниже доли абортных по стране (63,70 %) [7]. Соотношение родов и абортов составило 1 : 0,43.

У 254 женщин не было случаев искусственного прерывания беременности (53,59 %), единственный искусственный аборт в анамнезе был у 84

женщин (17,72 %), 2 случая - у 80 женщин (16,88 %), 3 и более - у 56 ал-таек (11,81 %).

Прерывание беременности у всех женщин проводилось до 12 - недельного срока. Возраст, в котором был произведен первый аборт колеблется от 20 до 45 лет, в среднем  $26,59 \pm 0,36$  лет.

По возрастным группам имеются различия в количестве аборт (таб. 13). С возрастом число аборт закономерно накапливается до возраста 50-59 лет, а в анамнезе женщин старше 60 лет аборт мало.

Таблица 13

Число искусственных аборт в разных возрастных группах

Возрастная группа, лет	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Итого
Среднее количество искусственных аборт	0,35 $\pm 0,06$ **	0,99 $\pm 0,10$ *	1,69 $\pm 0,19$ **	2,30 $\pm 0,42$ *	0,33 $\pm 0,16$	0,25 $\pm 0,25$	1,06 $\pm 0,08$

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  со всеми группами, кроме 70 - летних; \*\* - с  $P < 0,05$  со всеми группами, кроме группы 60-69 лет. Тест ANOVA - с  $P < 0,0001$ - между группами от 20-29 до 60-69 лет.

Имеются различия по этническим группам: наименьшее число искусственных аборт в группе А - 25 случаев на 72 жительницы села (в среднем  $0,35 \pm 0,10$ ), соотношение родов и аборт - 1 : 0,13. У 60 женщин (83,33 %) вообще не было аборт, 1 случай искусственного прерывания был у 7 женщин (9,72 %), 2 случая - у 4 женщин (5,55 %), более 3 - у 1 алтайки (1,39 % женщин села).

В группе Б искусственных аборт больше - 333 случая на 293 женщины (в среднем  $1,14 \pm 0,11$  аборт), соотношение роды : аборт - 1 : 0,45. У 151 (50,53 %) жительницы вообще не было аборт, 1 случай искусственного

прерывания был у 55 женщин (18,77 %), 2 случая - у 53 женщин (18,09 %), более 3 - у 34 алтаек (11,60 % женщин).

В группе В наибольшее количество аборт в анамнезе - 143 случая на 109 женщин (в среднем  $1,31 \pm 0,14$ ). Соотношение роды : аборты - 1 : 0,59. У 43 женщин (39,45 %) вообще не было абортов, 1 случай искусственного прерывания был у 22 женщин (20,18 %), 2 случая - у 23 человек (21,10 %), более 3 - у 21 женщины (19,27 %). Тест ANOVA с  $P=0,0001$ , по t - критерию - в группе А и других группах с  $P<0,05$ .

Таким образом, у женщин алтайского этноса относительно низкая частота искусственного прерывания беременности, анамнез женщин - представительниц старшего поколения свидетельствует о непопулярности аборта (в сравнении с молодыми алтайками), меньше всего искусственных абортов в группе А (теленгитов самого отдаленного Улаганского района).

**Самопроизвольные выкидыши.** Среди 474 опрошенных женщин в возрасте 15 лет и старше - у 86 алтаек (18,14 %) в анамнезе были самопроизвольные выкидыши, всего 116 случаев. На каждую женщину приходилось в среднем  $0,24 \pm 0,03$  случаев. Самопроизвольный выкидыш стал исходом 6,43 % беременностей. Этот показатель близок к таковому по нашей стране - 8,90 % беременностей заканчивается самопроизвольным выкидышем [133].

На I триместр беременности приходилось 97 (83,62 %) выкидышей, на II триместр - 19 (16,38 %).

С возрастом количество самопроизвольных выкидышей увеличивалось (таб. 14.)

Таблица 14

Число самопроизвольных выкидышей в разных возрастных группах

Возрастная группа, лет	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Итого
Среднее количество само-	0,17 $\pm 0,05$	0,20 $\pm 0,06$	0,38 $\pm 0,06$	0,33 $\pm 0,11$	0	0,25 $\pm 0,25$	0,24 $\pm 0,03$

произвольных выкидышей	*	*	*				
------------------------	---	---	---	--	--	--	--

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  - со всеми возрастными группами, Тест ANOVA с  $P = 0,0418$ .

Больше всего самопроизвольных выкидышей в этнической группе В - 43 случая у 109 женщин (в среднем  $0,39 \pm 0,09$  случаев на 1 женщину). В группе А - 15 случаев на 72 женщины (в среднем  $0,21 \pm 0,07$  случаев выкидыша на 1 женщину), в группе Б - 58 случаев на 293 женщины (в среднем  $0,20 \pm 0,03$  случаев). Тест ANOVA с  $P = 0,0021$ , по t - критерию в группе В и Б с  $P < 0,05$ .

Таким образом, в обследованной популяции алтаек относительно невысока частота самопроизвольных выкидышей, их доля выше у алтай-кижей низкогорья, основная масса выкидышей приходится на I триместр беременности.

**Контрацепция.** Не применяли никаких методов контрацепции 172 женщины - 36,29 % от всех алтаек в возрасте 15 лет и старше, 109 женщин (22,99 %) применяли в течение жизни внутриматочные контрацептивы (из них 5 человек, т.е. 1,05 % принимали также гормональные препараты). Применяли современные методы контрацепции на момент опроса почти половина женщин - 193 человека (40,72 %).

Основным методом предохранения от нежелательной беременности является внутриматочная контрацепция - к этому способу прибегали на момент опроса более трети женщин - 179 человек (37,76 %), хирургическая стерилизация проведена у 10 женщин (2,11 %). Принимали оральные гормональные контрацептивы 4 женщины (0,84 %).

Имеются различия по применению контрацепции в различных возрастных группах (таб. 15).

Из данной таблицы следует что, число женщин, использующих методы контрацепции, увеличивается с возрастом. Женщины старшего поколения редко предохранялись от беременности или вообще не предохранялись.

Таблица 15

## Применение контрацепции в различных возрастных группах

Возрастная группа, лет	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Всего
Никогда не применяли (%)	16 (100)	51 (43,59)	43 (29,65)	26 (17,80)	13 (48,15)	15 (100)	8 (100)	172 (36,29)
Когда-либо применяли (%)	0	17 (14,53)	33 (22,76)	48 (32,88)	11 (40,74)	0	0	109 (22,99)
Применяли на момент осмотра (%)	0	49 (41,8)	69 (47,59)	72 (49,31)	3 (11,11)	0	0	193 (40,72)

В этнических группах применение контрацепции различается незначительно. Данные представлены в таблице 16 .

Таблица 16

## Применение контрацепции в этнических группах

Этническая группа	Группа А	Группа Б	Группа В
Никогда не применяли	30 (41,67 %)	98 (33,45 %)	44 (40,37 %)
Когда-либо применяли	14 (19,44 %)	65 (22,18 %)	30 (27,52 %)
Применяли на момент осмотра	28 (38,89 %)	130 (44,37 %)	35 (32,11 %)

Итак, основным и довольно распространенным методом предохранения от беременности среди алтаек является внутриматочная контрацепция.

Нами проанализирована длительность нахождения ВМК в полости матки у женщин. Она колеблется у женщин от нескольких месяцев до 20 лет, составляя в среднем  $5,96 \pm 0,30$  лет (число женщин, использовавших на момент опроса ВМК - 179 человек). Продолжительность непрерывного применения

ВМК в целом по этносу и по различным возрастным группам представлена в таблице 17. Отмечено длительное (более 3 лет) беспре-рывное использование ВМК, пик длительности нахождения контрацептива приходится на 40-49 лет.

Таблица 17

Длительность непрерывного применения ВМК в различных возрастных группах

Возраст-ная груп-па, лет	20-29	30-39	40-49	50-59	Всего
до 3 лет	27 (62,79 %)	21 (31,34 %)	8 (12,12 %)	0	56 (31,28 %)
3-5 лет	11 (23,25 %)	18 (26,86 %)	10 (15,15 %)	0	38 (21,23 %)
6-9 лет	6 (13,95 %)	22 (32,83 %)	19 (28,79 %)	0	47 (26,26 %)
10 и более лет	0	6 (8,95 %)	29 (43,94 %)	3 (100 %)	38 (21,23 %)
средняя длитель-ность, лет	3,16 ±0,31 *	4,77 ± 0,38 *	8,25 ±0,49	13,33 ±3,33	5,96 ± 0,30

Примечание:

В группах 15-19, 60-69 лет, 70 и старше ВМК никогда не применяли. \* - с  $P < 0,05$  - со всеми возрастными группами.

Таким образом, около половины женщин пользуются современными методами контрацепции, с возрастом растет число женщин, использующих методы контрацепции, женщины-представительницы старшего поколения редко предохранялись от беременности или вообще не предохранялись. Основным методом предохранения от нежелательной беременности является внутриматочная контрацепция. Этот метод популярен во всех возрастных группах женщин репродуктивного периода, начиная с 20-летнего возраста. С увеличением возраста растет частота применения ВМК, достигая максимума в возрасте старше 40 лет. Для алтаек, использующих этот метод, характерно длительное (более 3 лет) непрерывное применение внутриматочного

контрацептива, длительность нахождения ВМК в полости матки увеличивается с возрастом женщины, достигая пика в возрасте 40-49 лет.

### 3.2. Антропометрические данные

По результатам антропометрических измерений у 464 женщин в возрасте 18 лет и старше нами получены следующие данные:

Средний рост алтаек составил  $154,83 \pm 0,24$  см, средний вес -  $57,13 \pm 0,47$  кг.

Нормальные размеры женского таза оказались у 356 (76,72 %) обследованных, доля женщин с анатомически узким тазом составила 23,27 % - 108 женщин исследуемой популяции.

В структуре анатомически узкого таза по нашим данным (рис. 1) на первом месте находится общеравномерносуженный таз, он выявлен нами у 75 женщин (69,44 % от числа женщин с анатомически узким тазом), общеравномерносуженный таз 1 степени у 64 человек (59,26 %) и 2 степени - у 11 женщин (10,18 %). На втором месте простой плоский таз, он выявлен у 22 женщин, его доля составляет 20,37 % в структуре. Третье место занимает плоскорихитический таз - у 7 женщин (6,48 % в структуре).

Поперечносуженный таз отмечен у 2 алтаек (1,85 % женщин с узким тазом). По 1 случаю выявлено таких форм сужения таза, как общесуженный плоский и высокий таз (по 0,93 % в структуре анатомически узкого таза).

Доля узкого таза в трех этнических группах не имеет существенных различий и колеблется от 21,70 % в группе В до 25,00 % в группе А. Обращает внимание различие в структуре сужений таза. У алтай-кижей преобладает ОРСТ (доля ОРСТ в группе Б 74,26 %, в группе В - 65,22 %) по сравнению с теленгитами (группа А) - 47,06 % ( $P < 0,05$  между группами А и Б с  $P < 0,05$ ). У теленгитов (группа А) чаще встречается простой плоский таз (41,18 % в структуре), чем у алтай-кижей (12,86 % в группе Б и 26,09 % в группе В) ( $P < 0,05$  между группами А и Б). Степени выраженности сужения

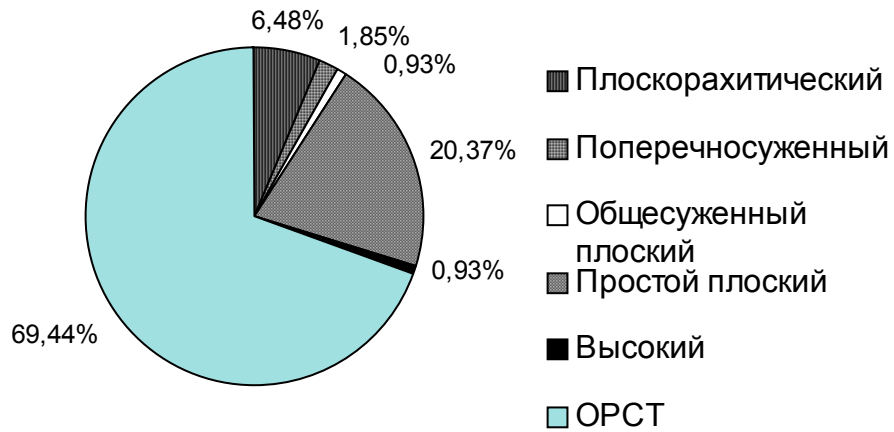


Рис.1. Структура узкого таза у алтаек

таза при ОРСТ в этнических группах также выражены неодинаково: в группе А 1 и 2 степени составляют по 23,53 % в структуре узкого таза, в группе Б 1 степень выявлена у 67,14 % и 2 степень - у 7,14 %, в группе В - 1 степень у 56,52 % и 2 степень - у 8,63 %.

Таким образом, по селам доля узкого таза приблизительно одинаковая, структура также сходная, однако у теленгитов чаще, чем у алтай-кижей встречается простой плоский таз и реже - ОРСТ, у теленгитов выше доля ОРСТ 2 степени.

В различных возрастных группах распространенность анатомически узкого таза неодинакова (рис.2). У 3 женщин из 6 (50,00 %) в возрасте старше 18 и моложе 20 лет имеет место узкий таз. В возрасте 20-29 лет из 117 женщин узкий таз выявлен у 34 (29,06 %), в возрастной группе 30-39 лет - из 145 человек имеет место у 34 (23,45 %), у 40-49 - летних выявлен у 28 женщин из 146 (19,18 %), в возрастной группе 50-59 лет - у 2 из 27 женщин (7,41 %), среди женщин 60-69 лет узкий таз встречается у 4 женщин из 15 (26,67 %), в группе старше 70 лет - у 3 из 8 человек (37,50 %). Таким образом, анатомическое сужение таза присуще в большей степени женщинам молодого и старшего поколений, чем представительницам среднего возраста.



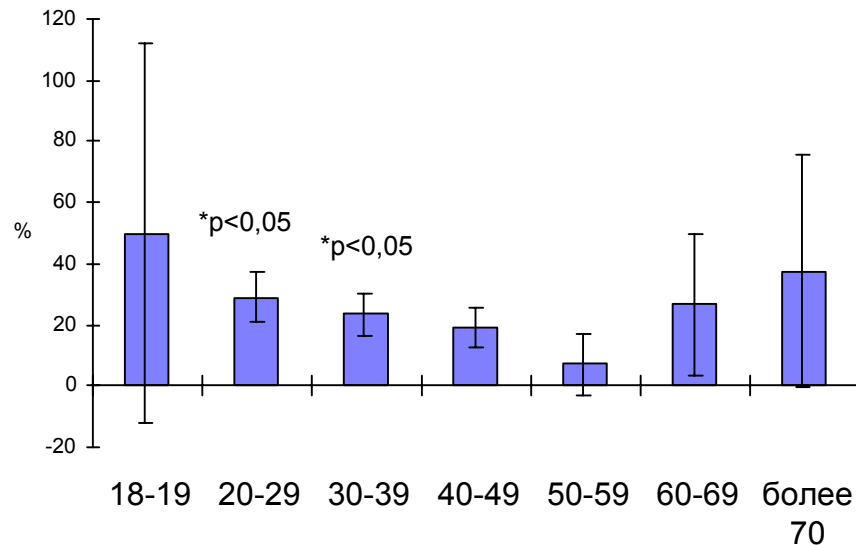


Рис.2. Доля анатомически узкого таза в различных возрастных группах женщин Горного Алтая

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  с группой 50-59 лет.

Структура узкого таза в возрастном аспекте также имеет определенные различия (таб.18). В старших возрастных группах узкий таз представлен почти исключительно общеравномерносуженным тазом, наблюдается рост удельного веса простого плоского таза, начиная с возрастной группы 20-29 лет и достигает пика у 40-49 - летних. Такие формы таза, как плоскоррахитический, поперечносуженный, общесуженный плоский и высокий таз распространены среди лиц молодого и среднего возраста.

В приведенной выборке параметры таза таковы:

D. sp. в среднем составил  $25,93 \pm 0,05$  см, D. cr. имеет средний размер  $27,91 \pm 0,06$  см, D tr. в среднем -  $30,36 \pm 0,06$  см, средняя величина наружной конъюгаты равняется  $20,13 \pm 0,05$  см, средние параметры пояснично-крестцового ромба составили  $10,90 \pm 0,04$  см и  $10,18 \pm 0,04$  см для продольного и поперечного размеров соответственно, прямой размер выхода таза в среднем  $11,39 \pm 0,04$  см, поперечный размер -  $10,73 \pm 0,36$  см, высота лобкового симфиза в данной группе равняется в среднем  $4,26 \pm 0,02$  см, средняя

высота таза по данным измерений  $9,78 \pm 0,02$  см, средняя величина индекса Соловьева у обследованных женщин  $15,51 \pm 0,04$  см.

Таблица 18

## Структура анатомически узкого таза в различных возрастных группах

Вид сужения таза	18-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70 лет и старше
ОРСТ	2 (66,67)	25 (73,53)	21 (61,76)	19 (67,86)	2 (100)	4 (100)	3 (66,67)
простой плоский таз	1 (33,33)	6 (17,65)	8 (23,53)	7 (25)	0	0	0
плоскорахитический	0	2 (5,88)	4 (11,76)	1 (3,57)	0	0	0
поперечносуженный	0	0	1 (2,94)	0	0	0	1 (33,33)
общесуженный плоский	0	1 (2,94)	0	0	0	0	0
высокий таз	0	0	0	1 (3,57)	0	0	0
Всего	3 (100)	34 (100)	34 (100)	28 (100)	2 (100)	4 (100)	3 (100)

## Примечание:

В таблице приведены абсолютное число женщин с видами сужения таза и структура сужений таза в процентах.

Абдоминальное родоразрешение путем операции кесарева сечения было проведено в 11 случаях (4,31 % от общего числа родов среди женщин с анатомически узким тазом) - это в 2 раза выше, чем во всей выборке - 2,97 %. В плановом порядке абдоминальным путем родоразрешено 8 (3,14 %) женщин этой группы, в экстренном - 3 женщины (1,18 %). Только в 1 случае

оперативное родоразрешение проведено по поводу клинического несоответствия.

Средний вес детей, рожденных женщинами с анатомически узким тазом составил  $3033,098 \pm 56,45$  г (всего 255 детей). Менее 3000 г имели 148 (58,04 %) детей, от 3001 до 3500 г - 80 (31,37 %), от 3501 до 4000 г - 23 (9,02 %) и более 4001 г - 4 (1,57 %) детей.

Таким образом, почти у четверти женщин-алтаек имелось анатомическое сужение таза, в структуре узкого таза доминирует общеравно-мерносуженный таз. По этническим группам доля узкого таза приблизительно одинаковая, структура различается незначительно. Сужение таза присуще в большей степени женщинам молодого и старшего поколений, чем представительницам среднего возраста. В старших возрастных группах узкий таз представлен почти исключительно общеравномерносуженным тазом. Плоскоррахитический, поперечносуженный, общесуженный плоский и высокий таз распространены среди лиц молодого и среднего возраста. Роды у женщин с анатомически узким тазом протекают в основном через естественные родовые пути, с невысокой долей осложнений.

### **3. 3. Физическое и половое развитие девочек-подростков**

Проведен анализ физического и полового развития девочек-подростков 51 человек в возрасте 10 - 17 лет.

Возраст ребенка на момент осмотра определен по координатной сетке Соколовой И.А. Для оценки индивидуального физического развития использовался вариационно-статистический метод, для сравнения мы взяли стандарты для одного из регионов Западной Сибири - Кемеровской области [132].

Средний для соответствующей возрастной группы рост отмечен у 30 девочек (58,82 %), рост ниже среднего - у 15 (29,41 %), низкий рост - у 4 (7,84 %), рост выше среднего - у 1 девочки (3,92 %).

Гармоничное физическое развитие определено у 43 детей (84,31 %), ухудшенное дисгармоничное - у 7 (13,72 %) детей (за счет дефицита массы тела - у 2 человек, избытка массы - у 2 девочек, узкой грудной клетки - 2 человека и широкой - 1 человек). Плохое дисгармоничное развитие имеет место у 1 девочки (за счет узкой грудной клетки).

Размеры таза соответствуют возрасту в 37 случаях (72,55 %), опережают рост - у 13 человек (25,49 %), отстают - в 1 случае (1,96 %).

Половое развитие соответствует возрастным нормам у 27 детей (52,94 %), отстают - у 20 человек (39,21 %), в том числе умеренное отставание - у 16 детей (31,37 %), значительное и резкое - по 2 детей (по 3,92 %). С опережением половое развитие идет у 4 детей (7,84 %), в том числе умеренное - у 3 (5,88 %) и значительное - у 1 девочки (1,96 %).

Таким образом, преобладает гармоничное физическое развитие, рост детей почти у половины ниже среднего и низкий - вероятно этническая норма. У четверти детей - дисгармоничное физическое развитие, у трети - отстает половое развитие.

### **3.4. Микрофлора влагалища**

Степень чистоты влагалища по данным микроскопии влагалищного содержимого у обследованных 474 женщин в возрасте 15 лет и старше такова: 1 степень выявлена у 167 (35,23 %) женщин, 2 степень - у 112 (23,63 %), 1 - 2 степень - у 279 (58,86 %) женщин. 3 степень чистоты выявлена - у 159 (33,54 %) и 4 степень имеет место у 36 (7,59 %) женщин.

Обнаружены фузиформная палочка - у 31 (6,54 %) женщин, грубая спирохета - у 13 (2,74 %), дрожжеподобные грибы - у 8 (1,69 %), лептотрихии - у 3 (0,63 %) женщин, гарднерелла - у 1 (0,21 %) и мобилункус - у 4 (0,84 %) женщин. « Ключевые клетки » выявлены у 2 женщин (0,42 %).

Проведена оценка степени чистоты влагалища и микрофлоры влагалища в различных возрастных группах (таб. 19, 20).



лепто-трихии (%)	0	1 (0,85)	0	2 (1,37)	0	0	0	3 (0,63)
мобилункус (%)	0	0	1 (1,38)	3 (2,05)	0	0	0	4 (0,84)
стрепто-трикс (%)	0	1 (0,85)	0	2 (1,37)	0	0	0	3 (0,63)

Таким образом, в возрасте 15-19 лет у большинства алтаек преобладает 1 степень чистоты влагалища, в возрасте старше 20 лет растет доля 3 - 4 степени и снижается распространенность 1 - 2 степени (что связано с началом половой жизни - у алтаек этот возраст по данным нашего опроса в среднем  $21,41 \pm 0,27$  года, первыми родами, абортами) и у женщин старше 50 лет растет доля 1 степени чистоты и отсутствует 4 степень. У женщин 30-39 и 40-49 лет чаще, чем в других группах обнаруживается фузи-формная палочка и грубая спирохета.

Проведена оценка степени чистоты влагалища и микрофлоры влагалища в различных общественно-профессиональных группах (таб. 21,22.)

Таблица 21

Степень чистоты влагалища в различных общественно-профессиональных группах

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Всего
1 степень (%)	48 (100,00)	66 (31,43)	10 (29,41)	9 (30,00)	3 (30,00)	22 (40,00)	50 (39,06)	167 (35,23)
2 степень (%)	0	50 (23,81)	9 (26,47)	8 (26,67)	2 (20,00)	7 (12,73)	36 (28,13)	112 (23,63)

3 степень (%)	0	76 (36,19)	13 (38,23)	10 (33,33)	4 (40,00)	24 (43,64)	32 (25,00)	159 (33,54)
4 степень (%)	0	18 (8,57)	2 (5,88)	3 (10,00)	1 (10,00)	2 (3,63)	10 (7,81)	36 (7,59)

Таблица 22

Микрофлора влагалища в различных общественно-профессиональных группах

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Всего
фузиформная палочка (%)	0	14 (6,67)	3 (8,82)	4 (13,33)	3 (30,00)	1 (1,82)	6 (4,69)	31 (6,54)
грубая спирохета (%)	0	6 (2,86)	1 (2,94)	0	1 (10,00)	0	5 (3,91)	13 (2,74)
дрожжеподобные грибы (%)	0	4 (1,90)	0	1 (3,33)	0	0	3 (2,34)	8 (1,69)
гарднерелла (%)	0	0	0	0	0	0	1 (0,78)	1 (0,21)
лептотрихии (%)	0	1 (0,85)	0	1 (3,33)	0	1 (1,82)	1 (0,78)	3 (0,63)
мобилункус (%)	0	3 (1,43)	1 (2,94)	0	0	0	0	4 (0,84)
стрептотрикс (%)	0	3 (1,43)	0	0	0	0	0	3 (0,63)

Таким образом, степень чистоты влагалища выше в группах учащих и безработных, в остальных группах она почти одинакова. У работниц сельского хозяйства чаще, чем в других группах обнаруживается фузиформная палочка. В группе служащих наиболее широк спектр выявляемой микрофлоры.

Проведен анализ степени чистоты влагалища у женщин различных этнических групп (таб. 23, 24).

Таблица 23

## Степень чистоты влагалища в различных этнических группах

Этническая группа	группа А	группа Б	группа В
1 степень (%)	17 (23,61)	106 (36,18)	44 (40,37)
2 степень (%)	31 (43,06)	64 (21,84)	17 (15,60)
3 степень (%)	19 (26,39)	102 (34,81)	38 (34,86)
4 степень (%)	5 (6,94)	21 (7,17)	10 (9,17)

Таблица 24

## Микрофлора влагалища в различных этнических группах

Этническая группа	группа А	группа Б	группа В
фузиформная палочка (%)	0	23 (7,85)	8 (7,34)
грубая спирохета (%)	0	8 (2,73)	5 (4,59)
дрожжеподобные грибы (%)	0	3 (1,02)	5 (4,59)
гарднерелла (%)	0	0	1 (0,92)
лептотрихии (%)	0	3 (1,02)	0



мобилункус (%)	2 (2,78)	1 (0,34)	1 (0,92)
стрептотрикс (%)	1 (1,39)	2 (0,68)	0

Как видно, степень чистоты влагалища примерно одинакова по всем этническим группам, но в группе А процент 1 - 2 степени немного выше, чем в других селах, не выявляется фузиформная палочка и грубая спирохета. В группе В выше распространенность такой флоры, как фузиформная палочка, грубая спирохета, дрожжеподобные грибы. Не выявляются мобилункус, стрептотрикс.

При бактериоскопии содержимого влагалища и цервикального канала выявлена грам - положительная палочковая флора у 198 (41,77 %) женщин, кокковая - у 115 (24,26 %), в том числе внутриклеточные кокки - у 13 (2,74 %), внеклеточно расположенные диплококки - у 1 (0,21 %), палочко- кокковая флора - у 56 (11,81 %); грам - отрицательная палочковая флора у 348 (73,42 %) женщин, кокковая - у 244 (51,48 %), в том числе внутриклеточные кокки - у 27 (5,69 %), диплококки внеклеточно и внутриклеточно расположенные соответственно - у 6 (1,26 %) и 2 (0,42 %) женщин, палочко-кокковая флора - у 129 (27,21 %) женщин.

Итак, более, чем у половины женщин выявляется 1 - 2 степень чистоты влагалища, это свидетельствует о сохранности механизмов саногенеза на этом уровне. До 20-летнего возраста преобладает 1 степень чистоты влагалища, старше 20 лет растет доля 3 - 4 степени (связь с началом половой жизни, первыми родами, абортами) и у женщин старше 50 лет растет доля 1 степени чистоты и отсутствует 4 степень. По общественно-профессиональным группам различия небольшие, степень чистоты влагалища выше в группах учащихся и безработных, у работниц сельского хозяйства чаще обнаруживается фузиформная палочка, у служащих шире спектр выявляемой микрофлоры. Степень чистоты влагалища примерно одинакова по всем этносам, но у

теленгитов (группа А) доля 1 - 2 степени немного выше, чем в других этнических группах, есть различия в спектре выявляемых микроорганизмов.

### **3.5. Соматическое здоровье женщин**

Нами использованы данные терапевта, кардиолога, эндокринолога, дерматовенеролога, невропатолога и психиатра, работавших в экспедиции. Этими специалистами было осмотрено 369 женщин (71,65 %) из выборки.

#### **3.5.1. Эндокринная система**

Эндокринная патология выявлена у 266 человек (72,09 % осмотренных эндокринологом женщин), у 262 человек (71,01 %) - это патология щитовидной железы.

Почти у половины осмотренных эндокринологом выявлен зоб - 181 человек (49,05 %), преобладающей формой является диффузный зоб - у 175 женщин (47,42 %), диффузно-узловой зоб определялся у 6 женщин (1,63 %). Среди женщин с увеличением щитовидной железы - у трети - 61 человек (33,7 %) функция щитовидной железы в пределах нормы, у 39 человек (21,55 %) имеется субклинический гипотиреоз, у 81 женщины (44,75 %) - клинически выраженный гипотиреоз.

Гипотиреоз без зоба - у 53 человек (14,36 %), субклинический гипотиреоз без зоба - у 22 человек (5,96 %).

Функция щитовидной железы у женщин обследованной популяции находится в пределах нормы у 167 женщин (45,26 %), субклинический гипотиреоз имеется у 66 человек (17,89 %), явный гипотиреоз - у 136 женщин (36,85 %).

Среди патологии, не относящейся к щитовидной железе - выявлены 6 случаев ожирения (1,63 %), 4 случая гипоталамического синдрома (1,08 %), 3 случая галактореи (0,81 %), 2 женщины с неуточненной недостаточностью питания (0,54 %).

Имеются различия в частоте и структуре эндокринной патологии в этнических группах, функции щитовидной железы (таб. 25, 26).

Таблица 25

Эндокринная патология в этнических группах обследованной популяции алтаек

Этническая группа	группа А	группа Б	группа В
Эндокринная патология (%)	97,87 ± 2,15	67,81 ± 3,12	69,66 ± 4,97
Патология щитовидной железы (%)	93,62 ± 3,63	66,95 ± 3,14	69,66 ± 4,97
Зоб (%)	34,04 ± 7,05	56,22 ± 3,32	38,20 ± 5,25
Гипотиреоз без зоба (%)	19,15 ± 5,86	9,44 ± 1,95	24,72 ± 4,66
Субклинический гипотиреоз (%)	29,79 ± 6,81	1,29 ± 0,75	5,62 ± 2,49

Таблица 26

Функция щитовидной железы в этнических группах обследованной популяции алтаек

Этническая группа	Группа А	Группа Б	Группа В
Эутиреоз (%)	19,15 ± 5,86	51,93 ± 3,34	41,57 ± 5,33
Субклинический гипотиреоз (%)	48,94 ± 7,44	10,73 ± 2,07	20,23 ± 4,35
Гипотиреоз (%)	31,91 ± 6,94	37,34 ± 3,23	38,20 ± 5,25

В группе А (теленгиты) частота эндокринной патологии в целом и

патологии щитовидной железы достоверно выше (соответственно с  $P < 0,0001$  и  $P < 0,05$ ), чем среди групп Б и В (алтай-кижи), вероятная причина - более низкое содержание иода в почве и водах высокогорной территории. Наиболее распространенный вид патологии щитовидной железы у теленгиток - это субклинический гипотиреоз, причем без увеличения щитовидной железы (чаще встречается в группе А, чем в группах Б и В,  $P < 0,0001$ ). Говоря о функции щитовидной железы - видно, что доля эутиреоза в группе А достоверно ниже, в группах Б и В ( $P < 0,05$  и  $P < 0,0001$  соответственно). Нарушения функции щитовидной железы представлены в основном субклиническим гипотиреозом (различия достоверны с другими этническими группами с  $P < 0,05$ ).

Алтай-кижи, таким образом, реже страдают патологией щитовидной железы, субклиническим гипотиреозом без увеличения щитовидной железы, чаще распространен зоб. Функция щитовидной железы характеризуется большей частотой эутиреоидного состояния, чем у теленгитов. В группе Б наиболее частая патология щитовидной железы - это эндемический зоб (различия достоверны с другими этническими группами с  $P < 0,05$ ). Заметно реже встречается гипотиреоз без зоба (различия достоверны с группой В,  $P < 0,05$ ) и субклинический гипотиреоз без увеличения щитовидной железы (различия достоверны с группами А и В с  $P < 0,0001$  и  $P < 0,05$  соответственно). Частота гипотиреоза приблизительно одинакова во всех группах.

В зависимости от возраста частота, структура эндокринной патологии, функция щитовидной железы характеризуется так: (таб. 27, 28) частота эндокринной патологии в целом и патологии щитовидной железы находится на одинаковом уровне во всех возрастных группах, кроме групп 10-14 и 15-19 - летних (различия не достоверны).

Примечательно достоверно более высокая частота эндемического зоба в возрастной группе 10-14 лет (с группами 40-49, 50-59 и старше 70 лет,  $P < 0,05$ ),

все случаи снижения функции щитовидной железы в этом возрасте связаны исключительно с увеличением объема железы.

Нарастает с возрастом такая патология, как гипотиреоз без зоба (различия достоверны в группах 20-29 и 40-49, 50-59, 60-69, старше 70 лет;

Таблица 27

Эндокринная патология в возрастных группах обследованной популяции  
алтаек

Возрастная группа, лет	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше
Эндокринная патология (%)	71,87 ±7,95	90,00 ±9,43	75,00 ±4,97	69,70 ±4,62	69,91 ±4,31	80,00 ±8,87	69,23 ±12,76	66,67 ±19,21
Патология щитовидной железы (%)	71,87 ±7,95	90,00 ±9,43	73,68 ±5,05	69,70 ±4,62	69,02 ±4,35	75,00 ±9,63	69,23 ±12,76	66,67 ±19,21
Зоб (%)	71,87 ±7,95	35,56 ±15,46	63,16 ±5,53	53,53 ±5,01	40,71 ±4,62	35,00 ±10,61	0	16,67 ±15,18
Гипотиреоз без зоба (%)	0	0	3,94 ±2,23	10,10 ±3,03	21,24 ±3,90	25,00 ±9,63	53,85 ±13,79	50,00 ±20,39
Субклинический гипотиреоз (без зоба) (%)	0	30,00 ±14,45	6,58 ±2,84	5,05 ±2,20	10,62 ±2,90	0	15,38 ±9,95	0

Таблица 28

Функция щитовидной железы в возрастных группах обследованной  
популяции алтаек

Возрастная группа, лет	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше
Эутиреоз (%)	65,53 ±8,39	30,00 ±14,45	51,32 ±5,73	50,50 ±5,02	37,17 ±4,55	25,00 ±9,63	30,77 ±12,76	50,00 ±20,39

Субкли- нический гипотиреоз (%)	31,25 ±8,19	40,00 ±15,46	18,42 ±4,45	16,17 ±3,70	15,04 ±3,36	15,00 ±7,92	15,38 ±9,95	0
Гипотиреоз (%)	3,12 ±3,07	30,00 ±14,45	30,26 ±5,27	33,33 ±4,74	47,79 ±4,70	55,00 ±11,07	53,85 ±13,79	50,00 ±20,39

30-39 лет и 40-49, 60-69, старше 70 лет; 40-49 и 60-69 лет,  $P < 0,05$ ). Субклинический гипотиреоз (без увеличения щитовидной железы) чаще всего встречается в возрасте 15-19 лет (с группами 20-29 и 30-39 лет,  $P < 0,05$ ).

Рассматривая функцию щитовидной железы в возрастных группах следует отметить редкость клинически выраженного гипотиреоза в группе 10-14 - летних (различия достоверны с другими группами,  $P < 0,05$ ) и рост гипотиреоза, начиная с возраста 40-49 лет (различия достоверны в группах 40-49 лет и 20-29, 30-39 лет; 50-59 и 20-29 лет,  $P < 0,05$ ). Субклинический гипотиреоз имеет пик в возрастных группах 10-14 и 15-19 лет (различия достоверны в группах 10-14, 15-19 лет и 40-49 лет,  $P < 0,05$ ).

Несмотря на высокие показатели частоты эндемического зоба и снижения функции щитовидной железы, в обследованной выборке женщин достаточно редко встречаются нарушения менструальной функции (23,30 на 1000 женщин) и эндокринное бесплодие.

В анамнезе женщин со сниженной функцией щитовидной железы чаще отмечалось осложненное течение беременностей (у 32,65 и 29,84 % женщин с соответственно субклиническим и явным гипотиреозом против 20 % с эутиреозом, правда различия не достоверны), в том числе чаще имелся поздний гестоз (у 8,04 % женщин с гипотиреозом против 4,61 % с эутиреозом, различия также не достоверны).

Роды у женщин с нормальной функцией и гипотиреозом протекали приблизительно с одинаковым числом различных осложнений.

Среднее число самопроизвольных выкидышей в группах женщин с нормальной и сниженной функцией щитовидной железы отличается друг от друга: их число выше при гипотиреозе ( $19,64 \pm 10,62$  и  $19,26 \pm 6,79$  % соответственно при субклиническом и явном гипотиреозе против  $15,75 \pm 6,03$  % при эутиреозе, однако различия не достоверны).

Таким образом, почти у 3/4 обследованных женщин выявлена патология щитовидной железы, почти у 1/2 женщин - это зоб. Более, чем у половины женщин - сниженная функция щитовидной железы (явный или субклинический гипотиреоз). Редко встречаются другие виды эндокринной патологии (ожирение, гипоталамический синдром, не выявлен вовсе сахарный диабет). Патология щитовидной железы чаще выявляется в высокогорье. В возрастном разрезе - достоверно более высокая частота субклинического гипотиреоза в группах 10-14 и 15-19 лет, зоб - достоверно чаще у девочек 10-14 лет, с возрастом растет доля лиц с клинически выраженным гипотиреозом. Несмотря на высокие показатели частоты эндемического зоба и снижения функции щитовидной железы, у обследованных женщин редко встречаются нарушения менструальной функции и эндокринное бесплодие.

### ***3.5.2. Заболевания внутренних органов, неврологическая и кожная патология***

Заболевания внутренних органов, неврологическая и кожная патология представлена в таблице 29.

В исследуемой популяции заболевания сердечно-сосудистой системы представлены в основном нарушениями ритма и проводимости (2,98 %), гипертонической болезнью (14,63 %), артериальной гипотонией (17,07 %). Выявлены также: ИБС (2,70 %), приобретенные пороки сердца (2,44 %),

Таблица 29

Заболевания внутренних органов, неврологическая и кожная патология,  
выявленные у алтаек



Вид патологии	Частота (%)
Сердечно-сосудистая патология	40,65 ± 2,56
Патология желудочно-кишечного тракта	43,09 ± 2,58
Патология органов дыхания	19,51 ± 2,06
Неврологическая и психическая патология	68,02 ± 2,43
Кожные заболевания	24,93 ± 2,25

ПМК (4,34 %), врожденные пороки сердца - дефект межжелудочковой перегородки (0,54 %), недостаточность кровообращения (2,7 %).

Наиболее распространенная патология желудочно-кишечного тракта - хронический гастрит 33,87 %). Также обнаружены: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (1,08 %), ЖКБ (1,08 %), хронический холецистит (4,08 %), дискинезия желчевыводящих путей (4,88 %), дискинезия толстой кишки (8,13 %), гепатомегалия (0,81 %), гепатоспленомегалия (0,27 %), хронический вирусный гепатит (0,27 %).

Выявленная патология органов дыхания - преимущественно хронические заболевания: простые слизисто-гнойные хронические бронхиты (4,33 %), бронхиты у лиц старше 15 лет, неуточненные, как острые или хронические (6,23 %), бронхиальная астма (9,4%), хроническая обструктивная болезнь легких неуточненная (1,63 %); острый бронхит (0,81 %) (терминология по МКБ 10).

Неврологическая патология представлена остеохондрозом шейного и поясничного отделов - соответственно 31,98 % и 36,31 %, явления вегетативной дистонии и синдром вегетативной дистонии - у 21,41 % и 91,78 % соответственно, головными болями (20,87 %), церебровертебральной болезнью (6,23 %), последствиями ЧМТ (5,15 %), мигренью (1,90 %), последствиями перенесенных нейроинфекций (0,54 %), последствиями перинатального

поражения ЦНС (0,27 %), гиперкинезами (0,54 %), эпилепсией (0,81 %). Психическая патология: тревожные расстройства (4,06 %), невротизм (1,35 %), расстройства сна (12,19 %), умственная отсталость (1,35 %).

Наиболее распространенная кожная патология - микозы (19,24 %), также выявлен атопический дерматит (2,98 %), ихтиоз (1,90 %), инфекционная патология кожи (1,63 %), псориаз и нарушения пигментации (0,54 %), угревая сыпь (0,27 %).

Заболевания внутренних органов, неврологическая и кожная патология в различных возрастных группах коренных алтаек представлены в таблице 30.

Таблица 30

Частота заболеваний внутренних органов, неврологической и кожной патологии в различных возрастных группах коренных алтаек

Возрастная группа, лет	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше
Сердечно-сосудистая патология	6,25 ±4,28 % *	20,00 ±13,33 % **	40,79 ±5,64 % **	41,41 ±4,95 % **	38,94 ±4,59 % **	75,00 ±9,93 % ***	30,77 ±13,32 % ***	83,33 ±16,47 %
Патология желудочно-кишечного тракта	9,37 ±5,15 % *	10,00 ±10,00 % *	36,84 ±5,53 % **	49,49 ±5,02 % ***	51,33 ±4,70 % ***	50,00 ±11,47 % ***	30,77 ±13,32 % ***	83,33 ±16,47 %
Патология органов дыхания	0 % *	20,00 ±13,33 % *	14,47 ±4,04 % **	17,17 ±3,79 % ***	25,66 ±4,11 % ***	35,00 ±10,94 % ***	38,48 14,05 % ***	16,67 16,67 %
Неврологическая и психическая патология	34,37 ±8,40 % *	50,00 ±16,67 % **	61,84 ±5,57 % **	48,48 ±5,02 % ***	79,65 ±3,79 % ***	80,00 ±9,18 % ***	76,92 ±12,16 % ***	66,67 ±21,08 %
Кожные	0	0	14,47	24,24	21,24	5,00	38,46	50,00

заболевания			±4,04	±4,31	±3,85	±5,00	±14,04	±22,36
	%	%	%	%	%	%	%	%
				*	*		*	

Примечание:

Различия достоверны с  $P < 0,05$ . По сердечно-сосудистой патологии: \*- с группами в возрасте 20-59 лет и группой 70 лет и старше; \*\* - с группами 50-59 лет и 70 лет и старше; \*\*\* - с последующей группой. По патологии желудочно-кишечного тракта: \* - с группами в возрасте 20-59 лет и группой 70 лет и старше; \*\* - с группами 40-49 и 70 лет и старше; \*\*\* - с группой 70 лет и старше. По неврологической и психической патологии: \*- с группой 20-29 лет и группами в возрасте 40-69 лет; \*\* - с группой 40-49 лет; \*\*\* - с группами 40-49 и 50-59 лет. По кожным заболеваниям: \*- с группой 50-59 лет.

По сердечно - сосудистой патологии: в группе 10-14 заболеваемость минимальна - 6,25% - это ПМК. В возрасте 15-19 лет патология выявлена у 20% - это случай ПМК и артериальной гипотонии.

В группе 20-29 лет патология обнаружена у 40,79%. В основном это артериальная гипотония - 38,16%, гипертоническая болезнь - 1,31%, ПМК - 5,26%.

В возрасте 30-39 лет частота заболеваний - 41,41%. Она представлена: артериальная гипотония - 19,19%, гипертоническая болезнь - 10,10%, ПМК - 3,03%, нарушения ритма и проводимости - 2,02%, приобретенные пороки сердца - 4,04%, врожденные пороки сердца - 1,01%, недостаточность кровообращения - 5,05%.

В группе 40-49 лет заболевания сердечно-сосудистой системы обнаружены у 38,94%. Это артериальная гипотония - 16,81%, гипертоническая болезнь - 17,70%, ПМК - 3,54%, нарушения ритма и проводимости - 1,77%, приобретенные пороки сердца - 1,77%, ИБС - 0,88%, недостаточность кровообращения - 1,77%.

В группе 50-59 лет заболевания сердечно-сосудистой системы обнаружены у 75%. Это гипертоническая болезнь - 55%, ПМК - 5%, нарушения ритма и проводимости - 10%, приобретенные пороки сердца - 5%, ИБС - 20%, недостаточность кровообращения - 5%.

В возрасте 60-69 лет сердечно-сосудистая патология выявлена у 76,92%. Это гипертоническая болезнь - 53,85%, нарушения ритма и проводимости - 15,38%, приобретенные пороки сердца - 7,69%, ИБС - 23,08%, недостаточность кровообращения - 15,38%.

В группе женщин старше 70 лет заболевания сердечно-сосудистой системы обнаружены у 83,33%. Это гипертоническая болезнь - 66,67%, нарушения ритма и проводимости - 33,33%, приобретенные пороки сердца - 16,67%, ИБС - 16,67%, недостаточность кровообращения - 16,67%.

Таким образом, в возрастных группах распространенность сердечно-сосудистой патологии закономерно нарастает с возрастом, достигая максимума в возрастных группах старше 50 лет, в репродуктивном периоде распространена артериальная гипотония - колеблется от 10,00 до 38,16 %; с возрастом нарастает доля таких заболеваний, как гипертоническая болезнь - 53,85 - 66,67 % в возрасте старше 50 лет, появляется ИБС - 16,67 - 23,08 % и нарушения сердечного ритма - 10,00 - 33,33 % в возрасте старше 50 лет.

По заболеваниям ЖКТ: в группе 10-14 лет болеют 9,30%: это хронический гастрит и дискинезия желчевыводящих путей.

В возрасте 15-19 лет патология выявлена у 10% - это случай дискинезии толстой кишки.

В группе 20-29 лет патология обнаружена у 36,84%. Это хронический гастрит - 28,95%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - 1,31%, хронический холецистит - 1,31%, дискинезия желчевыводящих путей - 9,21%, дискинезия толстой кишки - 9,21%.

В возрасте 30-39 лет частота заболеваний желудочно-кишечного тракта - 49,49%. Это хронический гастрит - 40,40%, ЖКБ - 1,01%, хронический

холецистит - 4,04%, дискинезия желчевыводящих путей - 7,07%, дискинезия толстой кишки - 11,11%.

В группе 40-49 лет частота заболеваний ЖКТ - 51,33%. Они представлены: хронический гастрит - 39,82%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - 2,65%, ЖКБ - 0,88%, хронический холецистит - 7,08%, дискинезия желчевыводящих путей - 1,77%, дискинезия толстой кишки - 6,19%.

В группе 50-59 лет заболевания обнаружены у 50% женщин. Это хронический гастрит - 45%, ЖКБ и хронический холецистит - по 5%, дискинезии желчевыводящих путей и дискинезии толстой кишки - по 5%.

В возрасте 60-69 лет патология ЖКТ выявлена у 30,77%. Это - хронический гастрит - 30,77%, дискинезия толстой кишки - 7,69%.

В группе женщин старше 70 лет заболевания ЖКТ обнаружены у 83,33%. Выявленная патология: хронический гастрит - 33,33%, ЖКБ и хронический холецистит - по 16,67%.

Таким образом, отмечается нарастание с возрастом патологии желудочно-кишечного тракта. Во всех возрастных группах - ведущая патология - хронический гастрит - его частота колеблется от 9,30 до 45,00 %, достигая пика в возрасте 50-59 лет.

По заболеваниям органов дыхания: в группе 10-14 лет патология не выявлена вовсе.

В возрасте 15-19 лет заболевания выявлены у 20% - это хронические бронхиты и бронхиальная астма.

В группе 20-29 лет патология обнаружена у 14,47%. Острый бронхит у 1,31%. Простые слизисто-гнойные хронические бронхиты - у 2,63%, бронхиты у лиц старше 15 лет, неуточненные, как острые или хронические - у 9,34%, бронхиальная астма - у 7,89%.

В возрасте 30-39 лет частота дыхательных заболеваний 17,17%. Острый бронхит отмечен у 1,01%. Простые слизисто-гнойные хронические бронхиты -

у 5,05%, бронхиты у лиц старше 15 лет, неуточненные, как острые или хронические - 5,05%, бронхиальная астма - у 7,07% и хроническая необструктивная болезнь легких неуточненная - у 1,01%.

В группе 40-49 лет заболевания органов дыхания обнаружены у 25,66%. Они представлены: простыми слизисто-гнойными хроническими бронхитами - 5,31%, бронхитами у лиц старше 15 лет, неуточненными, как острые или хронические - у 9,96%, бронхиальной астмой - у 13,27% и хронической необструктивной болезнью легких неуточненной - у 1,77%.

В группе 50-59 лет заболевания обнаружены у 35%. Это: простые слизисто-гнойные хронические бронхиты - 10%, бронхиты у лиц старше 15 лет, неуточненные, как острые или хронические - 10%, бронхиальная астма - 20% и хроническая необструктивная болезнь легких неуточненная - у 5%.

В возрасте 60-69 лет патология выявлена у 38,48%. Это: острый бронхит у 7,69%, простые слизисто-гнойные хронические бронхиты у 7,69%, бронхиты у лиц старше 15 лет, неуточненные, как острые или хронические у 23,08%, бронхиальная астма у 15,38%.

В группе женщин старше 70 лет дыхательные заболевания обнаружены у 16,67%. Выявленная патология - хроническая необструктивная болезнь легких неуточненная.

Итак, частота заболеваний органов дыхания нарастает в возрасте старше 40 лет, патология представлена в основном хроническими бронхитами и бронхиальной астмой.

По неврологической патологии: в группе 10-14 лет она минимальна - имеется у 34,37%: это вегетативная дистония - 12,50%, остеохондроз шейного отдела позвоночника - 3,12%, головные боли - 15,62%, расстройства сна - 3,12%.

В возрасте 15-19 лет патология выявлена у 50,00%. Это остеохондроз поясничного отдела позвоночника - 20,00%, вегетативная дистония - 40,00%, расстройства сна - 10,00%.

В группе 20-29 лет патология обнаружена у 61,84%. Остеохондроз шейного и поясничного отделов выявляется соответственно у 23,68% и 19,74%, вегетативная дистония у 25,00%, головные боли у 4,47%, последствия черепно-мозговой травмы у 3,95%, эпилепсия у 2,63%, расстройства сна у 5,26%.

В возрасте 30-39 лет неврологическая и психическая патология отмечена у 48,48% женщин. Это остеохондроз шейного и поясничного отделов соответственно у 34,34% и 41,41%, вегетативная дистония у 28,28%, головные боли у 22,22%, церебровертебральная болезнь у 1,01%, последствия черепно-мозговой травмы у 3,03%, невроты у 2,02%, расстройства сна у 13,13%.

В группе 40-49 лет неврологические и психические отклонения отмечены у 79,65% женщин. Это остеохондроз шейного и поясничного отделов - соответственно у 44,25% и 51,33%, вегетативная дистония у 17,70%, головные боли у 28,32%, церебровертебральная болезнь у 6,19%, последствия черепно-мозговой травмы у 10,62%, гиперкинезы у 0,88%, невроты у 1,77%, расстройства сна у 17,70%.

В группе 50-59 лет неврологическая и психическая патология выявлена у 80% женщин. Это остеохондроз шейного и поясничного отделов - соответственно у 60,00% и 50,00%, вегетативная дистония у 10,00%, головные боли у 25,00%, церебровертебральная болезнь у 40,00%, последствия черепно-мозговой травмы у 5,00%, расстройства сна у 20,00%.

В возрасте 60-69 лет патология есть у 76,92% женщин. Это остеохондроз шейного и поясничного отделов - соответственно у 30,77% и 46,15%, вегетативная дистония у 15,38%, головные боли у 7,69%, церебровертебральная болезнь у 30,77%, гиперкинезы у 7,69%, эпилепсия у 7,69%, расстройства сна у 15,38%.

В группе женщин старше 70 лет патология отмечена у 66,67% женщин. Это остеохондроз шейного и поясничного отделов у 33,33%, головные боли у 16,67%, церебровертебральная болезнь у 50,00%, мигрень у 16,67%.

Итак, частота нервной и психической патологии у женщин нарастает с возрастом. Распространенность вегетативной дистонии колеблется от 10,00 до 40,00 %, достигая пика в группе 15-19-летних (с группами 10-14, 50-59 лет,  $P < 0,05$ ). Частота остеохондроза шейного отдела позвоночника колеблется в пределах 3,12 - 60,00 % (пик - группа 60-69 лет), поясничного отдела позвоночника - 19,74 - 50,00 % (пик - группа 60-69 лет), различия достоверны с  $P < 0,05$ . Церебровентральная болезнь встречается преимущественно в старших возрастных группах. Тревожные расстройства выявлены у 2,02 - 20,00 % женщин в разных возрастных группах, максимум отмечен в возрасте 15-19 лет.

В общественно-профессиональных группах частота заболеваний внутренних органов, неврологической и кожной патологии представлены в таблице 31.

Таблица 31

Частота заболеваний внутренних органов, неврологической и кожной патологии в различных общественно-профессиональных группах коренных алтаек

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа
Сердечно-сосудистая патология	8,11 ±4,49 % *	40,41 ±4,06 % **	34,37 ±8,39 % **	52,00 ±10,20 %	44,44 ±17,57 %	65,85 ±7,41 %	41,77 ±5,54 % **
Патология желудочно-кишечного тракта	10,81 ±5,10 % *	50,68 ±4,14 %	40,62 ±8,68 %	52,00 ±10,20 %	55,55 ±17,57 %	39,02 ±7,62 %	43,04 ±5,57 %



Патология органов дыхания	2,70 ±2,66 % *	19,86 ±3,30 %	21,81 ±7,30 %	20,00 ±8,16 %	44,44 ±17,57 %	21,95 ±6,46 %	21,52 ±4,62 %
Неврологическая и психическая патология	32,42 ±7,69 % *	78,77 ±3,38 %	62,50 ±8,56 %	68,00 ±9,52 %	66,67 ±16,67 %	65,85 ±7,40 %	68,35 ±5,23 %
Кожные заболевания	0	18,49 ±3,21 %	3,12 ±3,07 %	16,00 ±7,48 %	11,11 ±11,11 %	21,95 ±6,46 %	27,85 ±5,04 %

Примечание:

\*- с  $P < 0,05$  - со всеми группами, \*\*- с  $P < 0,05$  с группой VI.

Частота патологии сердечно-сосудистой системы у женщин максимальна в группе пенсионеров, что связано с возрастом женщин этой группы (различия достоверны с II, III, VII общественно-профессиональными группами с  $P < 0,05$ ), в этой же группе наиболее высока распространенность ИБС и гипертонической болезни - 31,37 % (различия достоверны с группой VII с  $P < 0,05$ ).

Частота желудочно-кишечной патологии минимальна в группе учащихся, в других она незначительно отличается друг от друга, имеющиеся различия статистически не достоверны.

Дыхательная патология реже встречается в группе учащихся, в остальных - мало отличается друг от друга. Частота бронхиальной астмы в разных группах колеблется в пределах 2,70 - 18,75 %, пик приходится на группу работниц сельского хозяйства (различия не достоверны).

Частота нервной и психической патологии выше в группе служащих (не достоверно) и ниже среди учащихся (различия достоверны с  $P < 0,05$ ). В группе учащихся патология представлена в основном вегетативной дистонией, в

прочих группах ведущая патология - остеохондроз поясничного и шейного отделов.

В этнических группах частота заболеваний внутренних органов, неврологической и кожной патологии представлены в таблице 32.

Нарастает с возрастом такая патология, как гипотиреоз без зоба (различия достоверны в группах 20-29 и 40-49, 50-59, 60-69, старше 70 лет). Это касается гипертонической болезни и артериальной гипотонии ( $P < 0,05$ ).

Таблица 32

Частота заболеваний внутренних органов, неврологической и кожной патологии в этнических группах коренных алтаек

Этническая группа	Группа А	Группа Б	Группа В
Сердечно-сосудистая патология	68,83 * ±7,07 %	36,05 ±3,15 %	40,45 * ±5,20 %
Патология желудочно-кишечного тракта	31,91 ±6,80 %	44,63 ±3,26 %	44,94 ±5,27 %
Патология органов дыхания	25,53 ** ±6,36 %	21,89 ±2,71 %	10,11 * ±3,19 %
Неврологическая и психическая патология	59,57 ±7,16 %	69,10 ±3,03 %	69,66 ±4,87 %
Кожные заболевания	44,68 * ±7,25 %	19,74 ±2,61 %	28,09 ±4,76 %

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  -с группой Б, \*\* - с  $P < 0,05$  -с группой В.

Заболевания ЖКТ встречаются реже в группе А, чем в группах Б и В (различия не достоверны).

Частота дыхательной патологии нарастает от низкогорья к высокогорью (группа В и другие группы,  $P < 0,05$ ). Это касается всего спектра заболеваний органов дыхания.

Неврологическая и психическая патология распространена равно-мерно во всех исследованных этнических группах. В группе А достоверно чаще ( $P < 0,05$ ) встречается вегетативная дистония  $38,30 \pm 7,09$  %, чем в группе Б -  $20,17 \pm 2,63$  % и группе В -  $15,79 \pm 3,86$  %, это вероятно связано с жизнью в высокогорье.

В группе А (теленгиты) чаще встречаются кожные заболевания, чем в группах Б и В (алтай-кижи), различия достоверны в группах А и В с  $P < 0,05$ .

Таким образом, нами выявлена частота соматической патологии, имеются различия в возрастных, общественно-профессиональных и этнических группах.

### 3.6. Лабораторные показатели крови

#### 3.6.1. Клинический анализ крови

Данные клинического анализа крови приведены в таблицах 33, 34. Интерпретация данных проводилась в соответствии с отечественными нормативами [40].

Таблица 33

Средние показатели красной крови и тромбоцитов в обследованной популяции алтаек

Название показателя	Нв (г/л)	эритроциты ( $10^*12/л$ )	ретикулоциты, (%)	тромбоциты ( $10^*9/л$ )
Средний показатель	$129,15 \pm 1,01$	$3,85 \pm 0,04$	$6,46 \pm 0,18$	$238,21 \pm 3,32$

Таблица 34

Средние показатели лейкоцитов и лейкоцитарной формулы в  
обследованной популяции алтаек

Назва- ние показа- теля	лейко- циты, 10*9/л	юные, %	палоч- кядер- ные, %	сегмен- тоядер- ные, %	лимфо- циты, %	моно- циты, %	эозино- филы, %	базо- филы, %
Средний показа- тель	5,39 ±0,09	0,05 ±0,02	4,59 ±0,14	51,26 ±0,46	36,51 ±0,46	4,57 ±0,15	2,71 ±0,11	0,35 ±0,02

Выявлены следующие особенности:

Гемоглобин находится в пределах нормы (120 - 145 г/л) у 44,59 % женщин. Ниже нормы - у 24,40 %. Выше нормы - у трети женщин - 31,01 %.

Количество ретикулоцитов, превышающее норму (норма 2 - 10 %) имеется у 13,03 % женщин. Такие показатели гемоглобина и ретикулоцитов следует считать адаптивной мерой, связанной с жизнью в горных условиях.

Число тромбоцитов находится в пределах нормы (180 - 320 на 10\*9/л) у 61,87 % женщин. Ниже нормы - у 24,46 %. Выше нормы - у 13,67 %.

Количество лейкоцитов - в пределах нормы (4 - 9 на 10\*9/л) у 78,33 % женщин. Ниже нормы - у 18,18 %. Выше нормы - у 3,49 %.

В лейкоцитарной формуле:

Палочкядерный сдвиг влево (более 6 %) отмечался почти у четверти женщин - у 23,21 %, юные формы имеются в крови 1,78% женщин.

Лимфоциты - в пределах нормы (19-37 %) - у 56,43 %, ниже нормы- 1,43 %, выше - 42,14 %.

Моноциты - в пределах нормы (3 - 11 %) - у 66,07 %, ниже нормы- 31,07 %, выше - 2,86 %.

Высокий процент эозинофилии (более 5%) - у 11,78 % женщин, предположительная причина - глистные инвазии.

Базофильные лейкоциты- выше нормы (более 1 %) - у 6,45 % женщин.

### 3.6.2. Биохимические показатели крови

Средние показатели приведены в таблицах 35, 36.

Заслуживают внимание следующие моменты:

Высока доля женщин с уровнем общего белка ниже нормы (норма 65 - 83 г/л) и альбумина (норма 35 - 50 г/л) - соответственно 23,08 % и 39,02 %.

Низкий средний уровень альбумина. Уровень АСТ, превышает нормальный (0,1 - 0,45 ммоль/ч\*- л) имеет место у четверти женщин - 26,31 %.

Таблица 35

Средние биохимические показатели обследованной популяции алтаек

Назва-ние показа- теля	общий белок, г/л	общий били- рубин, мг/л	АСТ, ммоль /ч*л	АЛТ, ммоль /ч*л	ГГТП, Е/л	альбу- мин, г/л	лакто- фер- рин, мкг/мл	глюкоза, ммоль /л
Средний показа- тель	69,52 ±0,62	7,10 ±0,25	0,39 ±0,01	0,29 ±0,005	19,59 ±0,54	36,46 ±0,21	0,85 ±0,01	3,84 ±0,03

Таблица 36

Средние биохимические показатели обследованной популяции алтаек

Название показа- теля	моче- вина, мг/л	моче- вая кис- лота, мг/л	креа- тинин, мг/л	тригли- цери- ды, мг/л	холес- терин, мг/л	каль- ций, мг/л	магний, мг/л	фосфор, мг/л
Средний показа- тель	284,40 ±4,44	41,82 ±0,61	9,60 ±0,15	806,00 ±22,81	1742,9 ±19,79	92,90 ±0,46	21,16 ±0,07	335,26 ±2,86

Выявлен достаточно низкий средний показатель содержания глюкозы в сыворотке крови и высокий процент женщин с содержанием глюкозы в сыворотке крови ниже нормы (норма 3,3 - 5,5 ммоль/л) - у 20,45 % женщин.

Содержание лактоферрина выше нормы (более 1 мкг/мл) отмечено более, чем у каждой четвертой женщины - 26,49 %.

Снижение содержания общего белка и альбумина в сыворотке крови, АСТ выше нормы у четверти женщин, низкий средний показатель содержания глюкозы и высокий процент женщин с содержанием глюкозы в сыворотке крови ниже нормы - могут свидетельствовать о высоком уровне катаболизма белков и ориентированности организма на потребление мясной пищи.

Итак, нами выявлены: особенности менструальной функции у коренных алтаек (относительно позднее наступление менархе, быстрое становление, низкая частота нарушений менструального цикла, ранняя менопауза). Особенности детородной функции, характеризующиеся тем, что беременность и роды протекают с малым количеством осложнений, с невысокой долей оперативного родоразрешения. Широкое распространение грудного вскармливания. Почти половина осмотренного женского населения использует современные методы предохранения от нежелательной беременности, основным является внутриматочная контрацепция. Имеются антропологические особенности, выражающиеся в высокой доле женщин с анатомически узким тазом, преобладанием в структуре сужений таза общеравномерносуженного. Имеются различия по этническим группам (возраст наступления менархе, соотношение аборт и родов, длительность лактации). Выявлены возрастные особенности специфических функций женского организма и в репродуктивном поведении алтаек: влияние процессов акселерации на наступление менархе, тенденция к более раннему началу половой жизни у молодежи, снижение возраста первой беременности и родов, уменьшение продолжительности грудного вскармливания у молодых женщин. Высокая частота распространенности соматической и эндокринной патологии.

Выявлены особенности обмена веществ по данным лабораторных исследований, присущие представительницам исследованного этноса .

**Г Л А В А 4. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ  
У ПРЕДСТАВИТЕЛЬНИЦ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРНОГО  
АЛТАЯ – АЛТАЕК ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО  
ОСМОТРА  
(СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ)**

В главе рассматриваются все группы гинекологической патологии, вошедшие в блоки N70 -77, N80-98, N99, а также A56.0, A59.0, B37.3, D25, L58.1, L68.9, Q 51 Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра.

**4.1.Общая распространенность гинекологических заболеваний**

Изучалась с целью определения нозологического спектра, относительной частоты отдельных групп болезней и наиболее общих закономерностей их распространения в различных возрастных, общественно-производственных, а также этнических группах сельских женщин-аборигенок Горного Алтая.

По данным нашего исследования общий показатель распространенности гинекологических заболеваний всего алтайского этноса Горного Алтая равен 957,28 на 1000 женщин. Нами установлено, что 45,50 % обследованных женщин не имеют гинекологических заболеваний, а показатели лабораторных и клинических исследований оказались в границах, принятых в настоящее время для нормы. У 55,50 % женщин выявлена гинекологическая патология и осложнения беременности, у 54,17 % - гинекологические заболевания. Имеется зависимость распространенности гинекологических заболеваний обследованного населения от принадлежности его представительниц к различным возрастным группам (рис.3).



В возрасте 10-14 лет -  $48,78 \pm 33,40$  на 1000 женщин, в группе 15-19 лет -  $187,50 \pm 100,70$  на 1000 женщин. Максимальная распространенность гинекологических заболеваний отмечена в возрастных группах 20-29, 30-39 и 40-49 лет и составляет 1213,67, 1013,79 и 1136,99 на 1000 женщин соответственно. Следует отметить, что высокие показатели распространенности в этих возрастных группах обусловлены тем, что у многих больных было выявлено не одно, а несколько заболеваний. Заболевания выявлены соответственно у 52,83 %, 58,90 % и 64,30 % обследованных в этих группах. Распространенность гинекологических заболеваний в этих возрастных группах в основном представлена показателями хронических неспецифических воспалительных процессов гениталий, доля которых во всей распространенности гинекологических заболеваний составляет 40,60 - 70,42 %, где ведущие места занимают хронические сальпингоофорит и эндометрит.

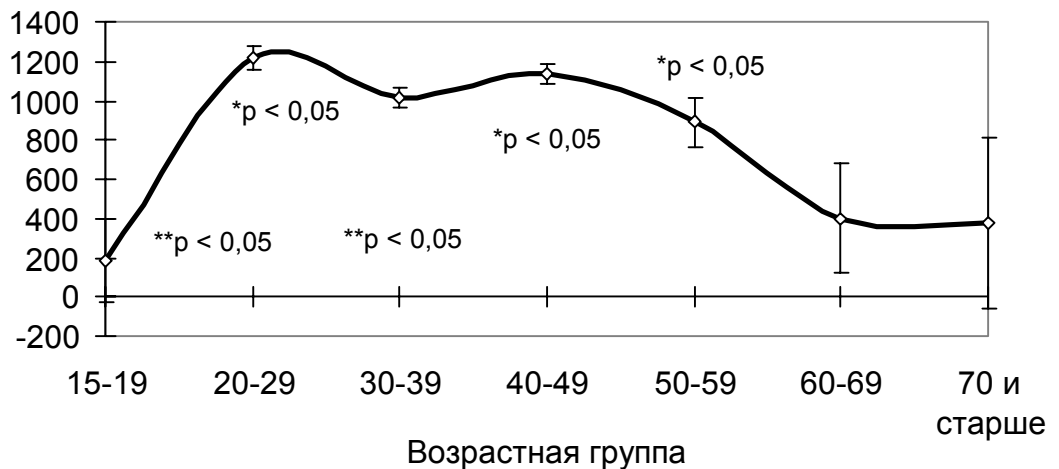


Рис.3. Распространенность гинекологических заболеваний в зависимости от возраста

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  со всеми группами; \*\* - с  $P < 0,05$  со всеми кроме групп 60-69 лет и 70 лет и старше.

После 50 лет распространенность гинекологических заболеваний снижается до 888,89 на 1000 женщин, в возрасте 60-69 лет и 70 лет и старше - до 400,00 и 375,00 случаев заболеваний на 1000 женщин.

Это относительно высокие показатели в данном возрасте. Распространенность гинекологических заболеваний в этих возрастных группах образуется в основном из показателей распространенности такой патологии, как несостоятельность мышц тазового дна (опущения и выпадения матки, стенок влагалища), доля которой составляет 33,33 - 100,00 % от всей распространенности гинекологических заболеваний в этом возрасте.

Нами просчитана корреляционная зависимость распространенности гинекологических заболеваний от возраста женщин в группах 20-70 лет, получена достоверная обратная сильная корреляционная связь по методу Пирсона - коэффициент корреляции  $r = - 0,9216$  (95 % доверительный интервал от - 0,9916 до - 0,4365),  $P=0,009$  и по методу Спирмена - коэффициент ранговой корреляции  $\rho = - 0,9429$ ,  $P=0,0167$ .

Показатели и структура распространенности гинекологических заболеваний зависят также от общественно-производственных групп населения (таб. 37).

Таблица 37

Распространенность гинекологических заболеваний в общественно-  
профессиональных группах (на 1000 женщин)

Общественно- профессиональ- ная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Итого
Распростра- ненность	41,67 ± 28,84	1047,62 ± 17,97 *	1235,29 ± 101,52 **	966,67 ± 122,35	1100 ± 338,48 ***	581,82 ± 66,51	1226,36 ± 29,14 ***	957,28 ± 8,91

Примечание:

\*- с  $P < 0,05$  с группами III, VI, VII; \*\* - с  $P < 0,05$  с группами IV, VI; \*\*\* - с  $P < 0,05$  с VI группой.

Наименьшая распространенность свойственна группе учащихся.

Мало различается распространенность в группах служащих, животноводов, рабочих автотранспорта. Наибольшую частоту заболеваний женских половых органов дают работницы сельского хозяйства и женщины из группы « прочие », занятые преимущественно ведением собственного хозяйства (преобладает овцеводство).

Имеются различия в показателях распространенности по этносам: достоверно наибольшая распространенность гинекологических заболеваний в группе А -  $1763,89 \pm 50,65$  на 1000 женского населения. Гинекологические заболевания выявлены у 72,22 % осмотренных, у большинства женщин было выявлено несколько заболеваний.

В группе Б распространенность гинекологических заболеваний по данным осмотров составляет  $833,85 \pm 20,65$  на 1000 женского населения. Гинекологические заболевания выявлены у 50,56 % осмотренных женщин.

В группе В распространенность гинекологических заболеваний наименьшая -  $805,08 \pm 36,47$  на 1000 женского населения. Гинекологические заболевания выявлены у 54,37 % осмотренных (различия достоверны в группе А и группами Б и В,  $P < 0,05$ ).

Итак, у половины женщин обследованной популяции имеется гинекологическая патология. Максимальная распространенность гинекологических заболеваний отмечена в репродуктивном возрасте, причем пик распространенности заболеваний приходится на возрастную группу 20-29 лет (у женщин этого возраста, имеющих гинекологическую патологию, как правило несколько заболеваний гениталий), максимальная пораженность гинекологической патологией отмечена в возрасте 40-49 лет (накопление заболеваний к концу репродуктивного периода). Больше всего гинекологических заболеваний в группе А (теленгиты).

## **4.2. Клинико-эпидемиологический анализ воспалительных заболеваний женских половых органов**

В этой группе рассматриваются следующие нозологии, выявленные у обследованного населения: хронический сальпингоофорит, хронический эндометрит, хронический цервицит, кольпит, хронический вульвовагинит (это нозологии: N70.1, N71.1, N72, N76.1, N76.3 Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра). В целом группа хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов по частоте (506,79 на 1000 женщин) занимает 1-е место в структуре распространенности гинекологических заболеваний алтаек, составляя 52,83 % всех выявленных заболеваний.

### ***4.2.1. Общая характеристика распространенности хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов***

Распространенность хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов на 1000 женщин в возрастных группах представлена на рисунке 4. В возрасте 10-14 лет -  $24,39 \pm 24,09$  (представлена хроническим вульвовагинитом), в группе 15-19 лет -  $125,00 \pm 85,39$ . Максимальная распространенность воспалительных заболеваний отмечена в возрастной группе 20-29 лет -  $854,70 \pm 32,58$ . В группе 30-39 лет -  $579,31 \pm 40,99$ , 40-49 лет -  $458,90 \pm 41,24$ , 50-59 лет -  $296,30 \pm 89,55$ . Идет рост показателей по мере увеличения возраста в репродуктивном периоде с последующим снижением показателей по мере угасания репродуктивной функции.

Различия достоверны : а) по t -критерию с  $P < 0,05$ : \*- со всеми группами; \*\* - с группами в возрасте 20 - 60 лет; # - с предшествующими группами; #\* - с предшествующими группами, кроме группы 40-49 лет;

б) по критерию  $\chi^2$  в группе 10-14 и прочих, кроме 15-19 лет; 15-19 лет и прочих, кроме 50-59 лет; 20-29 лет и других; 30-39 лет и 50-59 лет,  $P < 0,05$ .

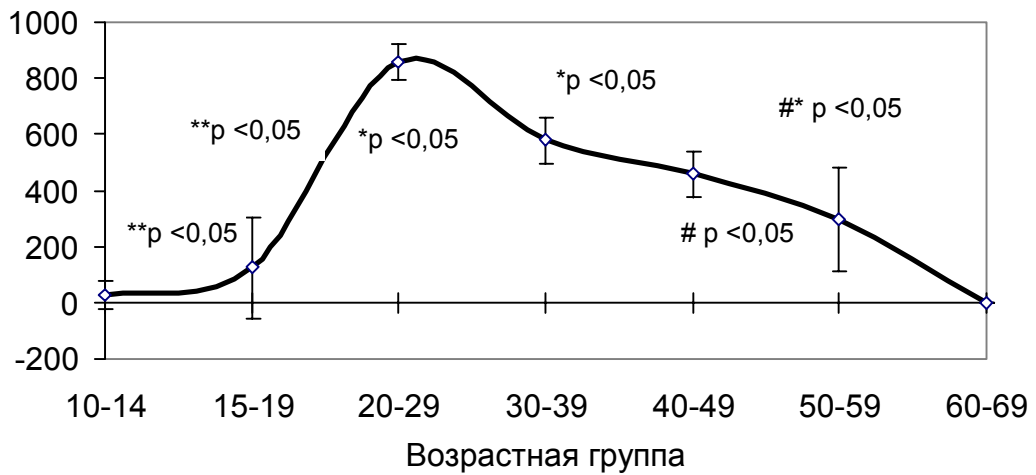


Рис.4. Распространенность хронических воспалительных заболеваний гениталий в зависимости от возраста

Распространенность хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов в различных общественно-производственных группах представлена в таблице 38.

Таблица 38

Распространенность хронических воспалительных заболеваний гениталий в общественно - профессиональных группах (на 1000 женщин)

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Итого
Распространенность	20,83 ± 20,61 *	566,67 ± 34,20 **	767,70 ± 72,75 **	500,00 ± 92,85 ***	700,00 ± 152,75 ***	181,82 ± 52,01	656,25 ± 41,98 ***	506,79 ± 22,03

Примечание:

по t - критерию с  $P < 0,05$  : \* - со всеми группами ; \*\* - с последующей и VI; \*\*\* - с VI . По критерию  $\chi^2$  между показателями в I, VI и других группах; во II и III, IV группах; в III и VI группах,  $P < 0,05$ .

Как видно из таблицы, наименьшие показатели в группе учащихся и пенсионеров - это связано с возрастным составом лиц этих групп. Среди работающего контингента лиц наибольшие показатели у работниц сельс-кого хозяйства, работников автотранспорта. Немного меньшие показатели у служащих, животноводов и в группе « прочие » .

Имеются различия в показателях распространенности хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов по этническим группам. Достоверно наибольшая распространенность в группе А -  $1097,22 \pm 50,65$  на 1000 женского населения.

В группе Б распространенность хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов составляет  $433,85 \pm 27,49$  на 1000 женского населения.

В группе В распространенность воспалительных заболеваний по дан-ным профилактических осмотров наименьшая -  $335,93 \pm 43,48$  на 1000 женского населения. Различия достоверны по t -критерию между пока-зателями в группе А и группами Б и В,  $P < 0,05$ . По критерию  $\chi^2$  между группой А и группами Б и В,  $P < 0,05$ .

#### ***4.2.2. Распространенность хронического сальпингоофорита, хронического эндометрита***

Выявленная нами распространенность хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов представлена в основном показателями распространенности хронического сальпинго-офорита и хронического эндометрита и составляет соответственно 143,69 и 132,04 на 1000 женщин.

Распространенность хронического сальпингоофорита на 1000 женщин в возрастных группах представлена на рисунке 5. В возрасте 15-19 лет она составляет  $62,50 \pm 62,50$ . Максимальная распространенность отмечена в возрастной группе 20-29 лет -  $222,22 \pm 38,43$ . В группе 30-39 лет -  $206,90 \pm 33,64$ , 40-49 лет -  $102,74 \pm 25,13$ , 50-59 лет -  $74,07 \pm 51,36$ . С увеличением возраста распространенность постепенно снижается. В возрасте старше 60 лет она не встречается вовсе.

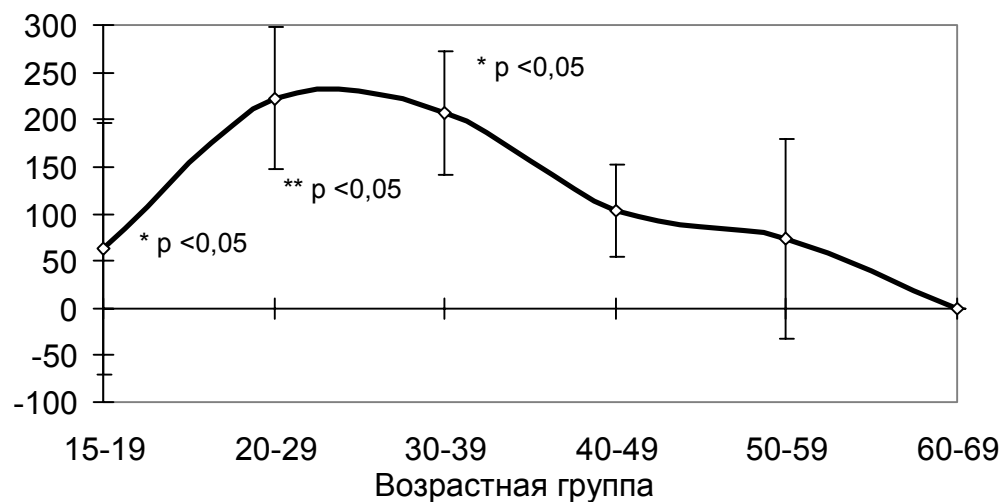


Рис.5. Распространенность хронического сальпингоофорита в зависимости от возраста

Примечание:

с  $P < 0,05$ : \*- с двумя последующими группами; \*\* - с группами 40-49 и 50-59 лет. По критерию  $\chi^2$  - в группах 20-29 и 40-49 лет; 30-39 и 40-49 лет,  $P < 0,05$ .

Нами просчитана корреляционная зависимость распространенности от возраста женщин в группах 20-50 лет, получена достоверная обратная сильная корреляционная связь по методу Пирсона - коэффициент корреляции Пирсона  $r = - 0,9702$  ( 95% доверительный интервал от - 0,9969 до - 0,7458),  $P = 0,0013$  и по методу Спирмена - значение коэффициента корреляции  $\rho = - 0,9856$ ,  $P = 0,0028$ .

Распространенность хронического сальпингоофорита в различных общественно-производственных группах представлена в таблице 39.

Наименьшие показатели в группе пенсионеров - это связано с возрастным составом лиц этой группы. Среди работающего контингента лиц наибольшие показатели у работниц автотранспорта, работниц сельского хозяйства и в группе «прочие». Меньшие показатели у служащих и животноводов.

Таблица 39

Распространенность хронического сальпингоофорита в общественно-профессиональных группах на (1000 женщин)

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Итого
Распространенность	0	152,38 ± 24,80	205,88 ± 69,34 *	133,33 ± 63,12	300 ± 152,75 *	54,54 ± 30,62	195,31 ± 35,04 *	143,69 ± 15,46

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  с группой VI.

Имеются различия в показателях распространенности хронического сальпингоофорита по этническим группам. Достоверно наибольшая - в группе А -  $347,22 \pm 56,11$  на 1000 женского населения (по  $t$ -критерию с  $P < 0,05$  в группе А и в группах Б и В, по критерию  $\chi^2$  - между группой А группами Б и В с  $P < 0,05$ ).

В группе Б распространенность хронического сальпингоофорита по данным осмотров составляет  $123,08 \pm 18,22$  на 1000 женского населения.

В группе В распространенность хронического сальпингоофорита наименьшая -  $76,27 \pm 24,43$  на 1000 женского населения.

У всех женщин с хроническим сальпингоофоритом отмечаются болевой синдром, нарушение секреторной функции (слизистые и слизисто-гнойные



бели) выявлено у 54 женщин (72,97 %), нарушения менструального цикла имеют место у 16 (21,62 %) больных и представлены гиперполименореей - 5 случаев (6,76 %), гиперменореей - в 10 случаях (13,51 %), синдромом предменструального напряжения - в 1 (1,35 %) случае. При вагинальном осмотре у всех больных выявляется болезненность при пальпации области придатков матки с обеих сторон, у 2/3 женщин с хроническим сальпингоофоритом определяются рубцово-спаечные изменения в области придатков матки.

Длительность хронического сальпингоофорита менее 2 лет имеет место у 14 (18,92 %) больных, от 2 до 5 лет - у 26 (35,13 %) женщин, страдающих этим заболеванием, 6 лет и более - 34 (45,95 %) женщины. У большинства женщин (2/3 больных хроническим сальпингоофоритом) обострения отмечаются 2 - 3 раза в год, преимущественно в осенне-весенний период.

Хроническому сальпингоофориту у 19 (25,67 %) женщин сопутствовал хронический цервицит и у 15 (20,27 %) - неспецифический кольпит. Одновременно проявления хронического цервицита и кольпита были у 9 женщин (12,62 %). Это свидетельствует об отграничении инфекционного процесса в придатках матки и санации воспаления в цервикальном канале и влагалище.

Степень чистоты влагалища по данным микроскопии влагалищного содержимого у больных хроническим сальпингоофоритом такова: 1 - 2 степень выявлены у 38 женщин (51,35 %): 1 степень - у 12 (16,22 %) женщин, 2 степень - у 26 (35,13 %); 3 - 4 степень чистоты выявлена у 36 человек (48,65%): 3 степень - у 29 (39,19 %) женщин и 4 степень - у 7 человек (9,46 %) женщин.

Хронический эндометрит проявлялся в период обострений в виде гнойных и слизисто-гнойных выделений из половых путей, а также нарушений менструального цикла по типу постменструальных, предменструальных и межменструальных кровянистых выделений.

Возрастные особенности распространенности хронического эндо-метрита на 1000 женщин представлены на рисунке 6. В возрасте 15-19 лет она составляет  $62,50 \pm 62,50$ . Максимальная распространенность отмечена в возрастной группе 20-29 лет -  $196,58 \pm 36,74$ . В группе 30-39 лет -  $186,21 \pm 32,32$ , 40-49 лет -  $102,74 \pm 25,12$ , 50-59 лет -  $74,07 \pm 51,36$ . В возрасте старше 60 лет она не встречается вовсе.

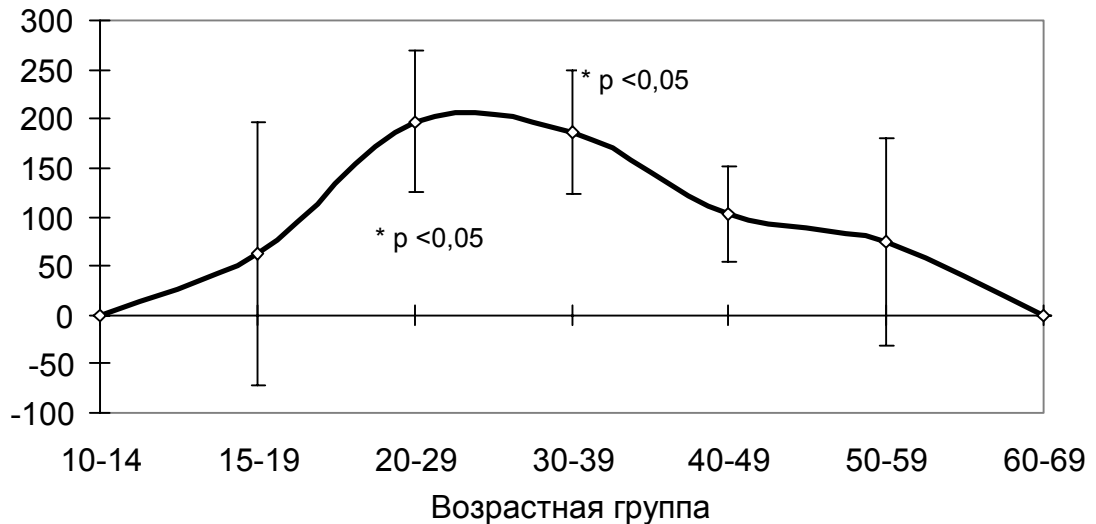


Рис.6. Распространенность хронического эндометрита у сельского населения в зависимости от возраста

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  с группой 40-49 лет.

Распространенность хронического эндометрита в общественно-профессиональных группах приведена в таблице 40.

Таблица 40

Распространенность хронического эндометрита в общественно-профессиональных группах на (1000 женщин)

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Итого
Распространенность	0	147,61 ± 24,48 *	205,88 ± 69,34 *	166,67 ± 69,21	200 ± 133,33	54,54 ± 30,62	156,25 ± 32,09 *	132,04 ± 14,93

Примечание:

\*- с  $P < 0,05$  с группой VI ( $P < 0,05$ ).

Наименьшая распространенность в группе пенсионеров - это связано с возрастным составом группы. Среди работающего контингента наибольшие показатели у работников автотранспорта, работниц сельского хозяйства. Меньшие показатели у животноводов, в группе «прочие» и у служащих.

Имеются различия в показателях распространенности хронического эндометрита по этническим группам. Наибольшая распространенность в группе А  $-319,44 \pm 56,96$  на 1000 женского населения (по  $t$ -критерию в группе А и группами Б и В с  $P < 0,05$ , по критерию  $\chi^2$  - между группой А и группами Б и В с  $P < 0,05$ ).

В группе Б распространенность составляет  $116,92 \pm 17,82$  на 1000 женского населения.

В группе В распространенность хронического эндометрита по данным осмотров наименьшая -  $59,32 \pm 21,75$  на 1000 женского населения.

#### **4.2.3. Распространенность хронического цервицита**

Распространенность хронического цервицита (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра эта патология выделена под рубрикой N72) составляет 100,97 случаев заболевания на 1000 женщин.

Показатели распространенности по возрастным группам представлены на рисунке 7. Патология начинает выявляться и достигает пика в возрастной группе 20-29 лет -  $239,32 \pm 39,44$  на 1000 женщин (на этот возрастной период приходится начало половой жизни, первая беременность и роды), с увеличением возраста распространенность снижается - в группе 30-39 лет -  $68,96 \pm 21,04$ , 40-49 лет -  $89,04 \pm 23,57$ , в группе 50-59 лет -  $37,07 \pm 37,04$  на 1000 женщин.

Нами просчитана корреляционная зависимость заболеваемости от возраста женщин в группах 20-50 лет, получена достоверная обратная сильная корреляционная связь - коэффициент корреляции Пирсона  $r = - 0,8711$ ; 95 % доверительный интервал от  $- 0,9858$  до  $- 0,2029$ ,  $P=0,0238$ . Коэффициент ранговой корреляции Спирмена  $\rho = - 0,9276$  указывает на достоверную обратную сильную корреляционную связь,  $P=0,016$ .

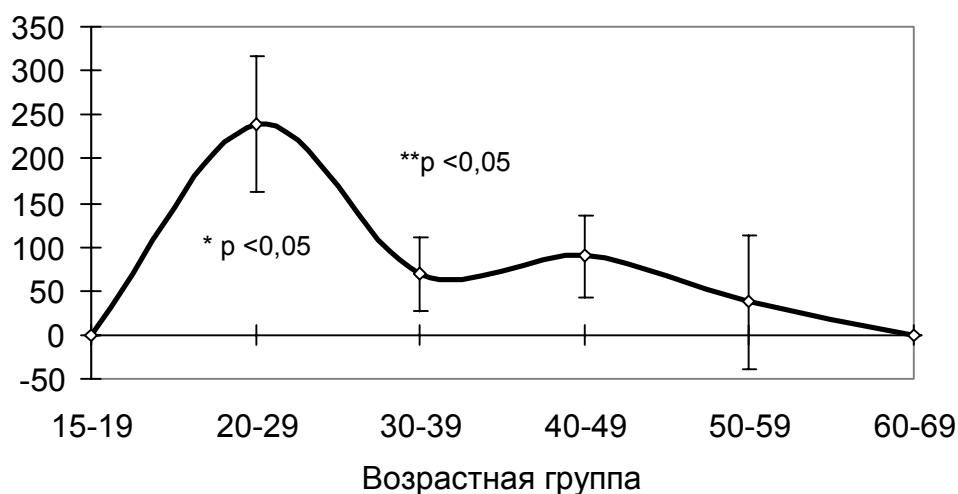


Рис.7. Распространенность хронического цервицита в зависимости от возраста

Примечание:

\* - по t - критерию с  $P<0,05$  с группами 30-39, 40-49, 50-59  $P<0,05$  с; \*\* - с  $P<0,05$  с группой 40-49 лет. По критерию  $\chi^2$  в группах 20-29 и 30-39; 20-29 и 40-49; 20-29 и 50-59 лет,  $P<0,05$ .

Распространенность хронического цервицита в общественно-профессиональных группах приведена в таблице 41.

Распространенность хронического цервицита в общественно-профессиональных группах на (1000 женщин)

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Итого
Распространенность	0	109,52 ± 21,55	147,06 ± 60,74	100,00 ± 55,71	100,00 ± 100,00	0	156,25 ± 32,09	100,97 ± 13,93

Наибольшая распространенность у работниц сельского хозяйства и в группе «прочие». Меньшие показатели у служащих, животноводов и работников автотранспорта. Различия статистически недостоверны.

Имеются различия в показателях распространенности хронического цервицита по этническим группам. Достоверно наибольшая в группе А -  $277,78 \pm 52,79$  на 1000 женского населения (по t - критерию в группе А и группах Б, В с  $P < 0,05$ , по  $\chi^2$  - в группе А и группах Б, В с  $P < 0,05$ ).

В группе Б распространенность хронического цервицита по данным осмотров составляет  $76,92 \pm 14,78$  на 1000 женского населения.

В группе В распространенность наименьшая -  $59,32 \pm 21,75$  на 1000 женского населения.

Хроническому цервициту у 32 (61,54 %) женщин сопутствовал неспецифический кольпит и у 19 человек (36,54 %) - хронический сальпингофорит.

У 31 женщины (59,61 %) с хроническим цервицитом выявлена эрозия шейки матки воспалительного генеза.

#### **4.2.4. Распространенность неспецифического кольпита**

Распространенность неспецифического кольпита (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого

пересмотра эта патология выделена под рубрикой N76) составляет 130,10 случаев заболевания на 1000 женщин.

В возрастных группах распространенность неспецифического кольпита приведена на рисунке 8. Эта патология начинает выявляться и достигает пика в возрастной группе 20-29 лет -  $196,58 \pm 36,7$  на 1000 женщин (на этот возрастной период приходится начало половой жизни, первая беременность и роды), затем в возрасте 30-39 лет немного снижается -  $117,24 \pm 26,72$ , в возрастной группе 40-49 лет снова возрастает -  $164,38 \pm 30,67$ . В группе 50-59 распространенность вновь снижается -  $111,11 \pm 61,63$  на 1000 женщин.

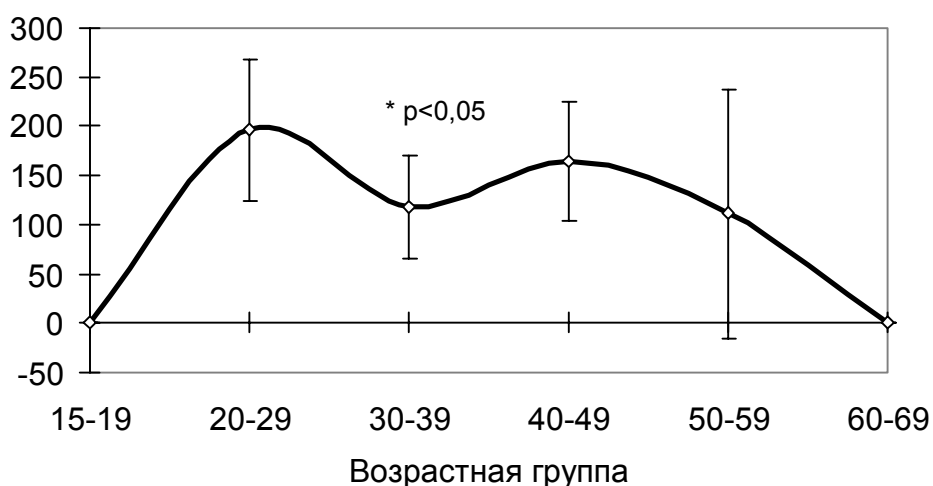


Рис.8. Распространенность неспецифического кольпита в зависимости от возраста

Примечание:

\* - с группой 40-49 лет ( $P < 0,05$ ).

Мы определили корреляционную зависимость распространенности заболевания от возраста женщин в группах 20 - 50 лет, получена достоверная обратная сильная корреляционная связь: коэффициент корреляции Пирсона  $r = - 0,9013$ ; 95 % доверительный интервал от  $- 0,9893$  до  $- 0,3340$ ,  $P = 0,0141$ ; коэффициент корреляции Спирмена  $\rho = - 0,9276$ ,  $P = 0,0167$ .

Распространенность хронического кольпита в различных общественно-производственных группах приведена в таблице 42.

Распространенность неспецифического кольпита в общественно-  
профессиональных группах на (1000 женщин)

Общественно- профессио- нальная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Итого
Распростра- ненность	0	157,14 ± 25,11	205,88 ± 69,34 *	100,00 ± 55,71	100,00 ± 100,00	72,73 ± 35,02	148,44 ± 31,43	130,10 ± 14,82

Примечание:

\* - с VI группой ( $P < 0,05$ ).

Наибольшая распространенность у работниц сельского хозяйства. Меньшие показатели у служащих, в группе « прочие », у животноводов и работников автотранспорта. Наименьшие показатели в группе пенсионеров. В группе учащихся это заболевание не выявлено.

Выявлены различия в показателях распространенности этой патологии по этническим группам. В группе А она составляет  $152,78 \pm 42,40$  на 1000 женского населения.

В группе Б распространенность наименьшая -  $113,85 \pm 17,62$  на 1000 женского населения.

В группе В распространенность -  $161,01 \pm 33,83$  на 1000 женского населения. Различия по селам статистически недостоверны.

Неспецифическому кольпиту у 32 (47,76 %) женщин сопутствовал хронический цервицит и у 15 (22,39 %) - хронический сальпингоофорит.

При бактериоскопии содержимого влагалища и цервикального канала у женщин с этой патологией выявлена грам - положительная палочковая флора у 20 (29,85 %) женщин, кокковая - у 31 (46,27 %), в том числе внутриклеточные кокки - у 5 (7,46 %), палочко-кокковая флора - у 14 (20,89 %); грам-отрицательная палочковая флора у 37 (55,22 %) женщин, кокковая - у 53

(79,10 %), в том числе внутриклеточные кокки - у 11 (16,41 %), внеклеточные диплококки - у 1 (1,49 %), палочко-кокковая флора - у 26 (38,80 %). Обнаружены фузиформная палочка - у 5 (7,46 %) и лептотрихии - у 1 (1,49 %) женщины.

К факторам, способствующим возникновению и развитию воспалительных процессов гениталий относятся искусственные аборты [18]. Связь искусственного прерывания беременности и воспалительных заболеваний такова:

Среди алтаек старше 15 лет, ни разу не прибегавших к искусственному прерыванию беременности (254 женщины) хронический сальпинго-офорит отмечен у 27 (10,62 %) женщин, у перенесших один медицинский аборт (84 женщины) - у 10 (11,90 %), два аборта (80 женщин) - у 18 (22,50 %) и более трех (56 женщин) - у 19 (33,93 %) женщин.

У 20-29 - летних женщин не имеющих в анамнезе искусственных абортов (90 человек) хронический сальпингоофорит выявлен у 15 (16,67 %) человек, у перенесших один медицинский аборт (17 женщин) - у 4 (23,53 %), два аборта (7 женщин) - у 4 (57,14 %) и более трех у всех 3 женщин.

В группе женщин 30-39 лет, из числа не прибегавших к искусственному прерыванию беременности (70 женщин) это заболевание имеют 8 (11,43 %) женщин, у имеющих один аборт (29 женщин) - у 4 (13,79 %), два аборта (34 женщины) - у 10 (29,41 %), три и более - у 8 женщин из 12 (66,67 %).

Среди женщин 40-49 лет, не имеющих случаев искусственного прерывания беременности (53 женщины) хронический сальпингоофорит выявлен у 3 (5,66 %) женщин, у имеющих один аборт (30 женщин) - у 2 (6,67 %), два аборта - у 3 из 31 женщины (9,68 %), три и более - у 7 из 32 (21,87 %) женщин.

По этническим группам Горного Алтая:

В группе А старше 15 лет, без искусственных абортов в анамнезе (60 женщин) хронический сальпингоофорит отмечен у 17 женщин (28,33 %), у



перенесших один медицинский аборт (7 женщин) - у 5 (71,43 %), два аборта - у 3 из 4 женщин (75,00 %).

В группе Б у женщин из числа не прибегавших к искусственному прерыванию беременности (151 женщина) хронический сальпингоофорит имеют 9 (5,96 %) женщин, у имеющих один аборт (55 человек) - у 3 (5,45 %), два аборта (53 женщины) - у 12 человек (22,64 %), три и более - у 16 из 34 женщин (47,06 %).

В группе В среди женщин, не имеющих случаев искусственного прерывания беременности (43 женщины) это заболевание выявлено у 1 женщины (2,32 %), у имеющих один аборт (22 женщины) - у 2 (9,09 %), два аборта (23 женщины) - у 3 (13,04 %), три и более - у 3 из 21 человека (14,28 %) женщин.

Таким образом, с увеличением искусственных аборт растет число случаев воспалительных процессов придатков матки.

Способствует развитию воспалительных процессов гениталий и поддержанию их в хронической форме внутриматочная контрацепция [18, 61, 98]. Среди алтаек, использующих ВМК (179 человек) чаще встречаются хронические неспецифические воспалительные заболевания гениталий, чем у не использующих (295 женщин) - у 56 (31,28 %) и 83 (28,13%) женщин соответственно, хронический аднексит - у 32 (17,48 %) и 42 (14,24 %), цервицит - у 29 (16,20 %) и 23 (7,80 %), кольпит - у 22 (12,29 %) и 45 (15,25 %) женщин соответственно.

Наибольшая распространенность хронических неспецифических воспалительных заболеваний гениталий у молодых, а именно в группе 20-29 - летних может быть объяснена достоверно более ранним началом половой жизни, а также тем, что на этот возраст приходится основная часть родов у женщин исследуемой популяции - 76,36 %, 5,78 % родов приходится на возраст до 20 лет и 17,86 % на возраст старше 30 лет. Подобное распределение имеет место во всех исследованных этнических группах: в группе А основная масса родов у женщин приходится на возраст 20-29 лет в 77,48 % случаев,

2,08 % родов приходится на возраст до 20 лет и 23,44 % на возраст старше 30 лет. В группе Б на возраст 20-29 лет приходится 76,78 % родов, 7,11 % родов - на возраст до 20 лет и на возраст старше 30 лет - 16,11 %. В группе В на возраст 20-29 лет приходится 76,77 % случаев, до 20 лет - 4,56 % и 18,67 % на возраст старше 30 лет.

Итак, среди воспалительных заболеваний гениталий наиболее распространен хронический сальпингоофорит. Не более, чем в четверти случаев хроническому сальпингоофориту сопутствовали хронический цервицит и неспецифический кольпит, что свидетельствует об отграничении инфекционного процесса в придатках матки и санации воспаления в цервикальном канале и влагалище. Воспалительные заболевания распространены преимущественно в репродуктивном возрасте, пик распространенности приходится на возраст 20-29 лет. В общественно-профессиональных группах воспалительные заболевания гениталий чаще встречались среди работниц сельского хозяйства и неработающих, неспецифический кольпит чаще выявлялся у служащих. При хроническом цервиците более, чем у половины женщин имеется эрозия шейки матки. При микроскопии мазков из влагалища и цервикального канала преобладает условно-патогенная микрофлора. Прослеживается связь распространенности заболеваний с искусственными абортами, применением внутриматочной контрацепции, родами.

#### **4.3. Распространенность несостоятельности мышц тазового дна**

Несостоятельность мышц тазового дна (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра эта патология выделена под рубрикой N81) занимает второе место в структуре гинекологической патологии у жительниц Горного Алтая. Распространенность этого заболевания составляет 166,00 на 1000 женщин.

Имеется четкая возрастная зависимость распространенности этого заболевания от возраста женщин (рис. 9). В группе 20-29 лет - рас-

пространенность составляет  $25,64 \pm 14,6$  на 1000 женщин, в группе 30-39 лет -  $117,24 \pm 26,71$  на 1000 женщин, в группе 40-49 лет -  $342,46 \pm 8,75$ , в группе 50-59 лет -  $296,30 \pm 89,55$ , 60-69 лет -  $400 \pm 118,81$ , старше 70 лет -  $250 \pm 163,66$  на 1000 женщин. Частота этой патологии нарастает от младших к старшим возрастным группам, что закономерно связано с увеличением числа беременностей и родов, возрастными изменениями в мышцах тазового дна.

Существует корреляционная зависимость распространенности от возраста женщин в группах 20 - 60 лет.

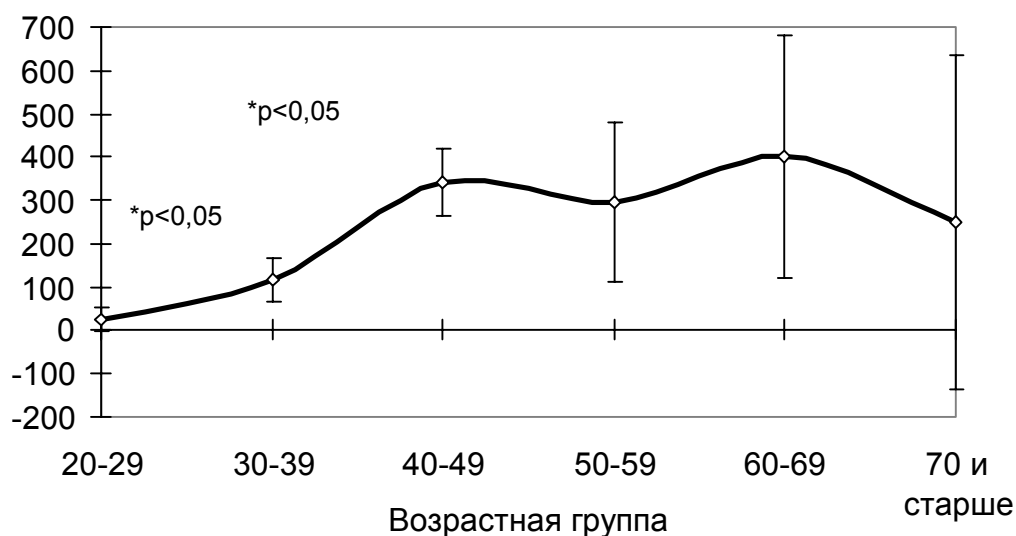


Рис.9. Распространенность несостоятельности мышц тазового дна в зависимости от возраста

Примечание:

\* - по t- критерию со всеми группами до возраста 70 лет ( $P < 0,05$ ). По  $\chi^2$  - в группе 20-29 и другими возрастными группами; в группе 30-39 и группах 40-49, 50-59, 60-69 лет,  $P < 0,05$ .

Получена достоверная прямая сильная корреляционная связь по методу Пирсона - коэффициент корреляции  $r = 0,9437$ ; 95 % доверитель-ный интервал от 0,3665 до 0,9964,  $P = 0,0159$ .

Отмечаются различия распространенности этой патологии в зависимости от профессиональной деятельности (таб. 43).

Распространенность несостоятельности мышц тазового дна в общественно-профессиональных группах на (1000 женщин)

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Итого
Распространенность	0	161,9 ± 25,42	264,70 ± 75,66	200,00 ± 74,28	200,00 ± 133,33	254,54 ± 58,74	164,06 ± 32,73	166 ± 16,40

Наибольшие показатели в группе пенсионеров - это связано с возрастным составом лиц этой группы и работниц сельского хозяйства. Немного меньшие показатели у работниц автотранспорта, леса, строителей и животноводов. В этих группах женщины заняты физическим трудом, немеханизированным, зачастую тяжелым. Наименьшие показатели у служащих, профессиональная деятельность которых не связана с физическим трудом и в группе « прочие » - преобладают лица молодого возраста. Различия статистически не достоверны.

Есть различия в показателях распространенности по этническим группам. Наибольшая - в группе А -  $208,33 \pm 47,86$  на 1000 женского населения. Различия статистически недостоверны.

В группе Б она составляет  $156,92 \pm 20,18$  на 1000 женского населения.

В группе В распространенность по данным профилактических осмотров -  $169,49 \pm 34,54$  на 1000 женского населения.

Клинические проявления несостоятельности мышц тазового дна у обследованных женщин таковы: чувство дискомфорта, тяжести в области наружных половых органов - у 66 женщин (76,74 %), нарушения мочеиспускания - у 30 (34,88 %): у всех учащение мочеиспускания, затруднение - у 10 (11,63 %), болезненное мочеиспускание - у 8 (9,30 %), недержание мочи при физическом напряжении - у 4 женщин (4,64 %) с этой патологией. Бессимптомное течение отмечается у 20 алтаек (23,74 %).

Опущение передней стенки влагалища имело место у 33 женщин (38,37 %), опущение передней и задней стенки влагалища, опущение шейки матки ниже уровня спинальной плоскости таза - у 53 (61,63 %), у всех женщин пальпаторно выявляется несостоятельность леваторов. Выпадения половых органов выявлено не было.

Длительность заболевания в 16 случаях (18,60 %) выявить не удалось, в остальных случаях она колеблется от 4 до 20 лет, причем от 1 до 5 лет - у 4 женщин (4,65 %) , длится 6-9 лет - у 26 (30,23 %), 9 и более лет - у 40 женщин (47,06 %).

Несостоятельность мышц тазового дна I степени выявлена у 33 женщин (38,37 %). Протекает бессимптомно у 20 человек (60,61 %), с явлениями дискомфорта, тяжести в области наружных половых органов - у 13 (39,39 %) женщин, с учащением мочеиспускания - у 1 алтайки (3,03%). Длительность заболевания - у 16 женщин (49,49 %) выявить не удалось, длится 6 - 9 лет у 10 (30,30 %), 9 и более лет - у 6 (18,18 %) человек.

Несостоятельность мышц тазового дна II степени выявлена у 45 (52,32 %) алтаек. Протекает с чувством дискомфорта и тяжести в области наружных половых органов у всех женщин, с учащением мочеиспускания- у 21 (46,67 %), с затрудненным мочеиспусканием у 2 (4,44 %) женщин. Длительность заболевания до 5 лет - у 3 (6,67 %), 6 - 9 лет - у 14 (31,11 %), 9 и более лет - у 28 (62,22 %) женщин.

Несостоятельность мышц тазового дна III степени - выявлена у 8 человек (9,30 %), течет у всех женщин с нарушениями мочеиспускания: у всех учащение мочеиспускания, затрудненное и болезненное мочеиспускание. Недержание мочи при физическом напряжении отмечается у 4 (50,00 %) женщин с этой патологией. Длительность заболевания: 6 - 9 лет у 2 (25,00 %), 9 и более лет - у 6 (75,00 %) женщин.

С возрастом растет степень тяжести и длительность заболевания. В возрастной группе 20-29 лет отмечается несостоятельность мышц тазового дна I - II степени, длительность заболевания не более 5 лет.

В возрастной группе 30-39 лет несостоятельность мышц тазового дна I и II степени выявлено по 8 случаям (по 47,06 %), III степени - по 1 случаю (5,88 %). Заболевание длится до 5 лет у 1 (5,88 %), 6 - 9 лет - у 12 (70,59 %), 9 и более лет - у 3 (17,65 %) женщин.

В возрастной группе 40-49 лет несостоятельность мышц тазового дна I степени отмечена у 19 женщин (38,00 %), II степени - у 25 (50,00 %), III степени - у 6 (12,00 %) женщин. Продолжительность заболевания у 11 человек (22,00 %) выявить не удалось, 6 - 9 лет - у 13 (26,00 %), 9 более лет - у 26 (52,00 %) женщин.

В группе 50-59 несостоятельность мышц тазового дна I степени имеется у 1 женщины (12,50 %), II степени - у 6 (75,00 %), III степени - у 1 женщины (12,50 %). Длительность заболевания в 1 случае (12,50 %) выявить не удалось, до 5 лет и в интервале 6 - 9 лет - по 1 (12,50 %) случаю, 9 более лет - 5 случаев (62,50 %).

В возрасте 60-69 лет выявлена несостоятельность мышц тазового дна II степени, у всех женщин (6 случаев) продолжительность заболевания более 9 лет.

У женщин старше 70 лет отмечена несостоятельность мышц тазового дна I степени (2 случая).

Среди факторов, способных повлиять на частоту этого заболевания следует отметить большое число вагинальных родов, осложнения родов в виде травм родовых путей [73], рождение крупных детей.

Роды приводят к растяжению мышц тазового дна, нередко к их травматизации и сдавлению, что становится звеном патогенеза несостоятельности мышц тазового дна. У нерожавших женщин эта патология встречается только в виде исключения [73]. Появление несостоятельности мышц тазового дна связано с родами и чаще встречается у многорожавших женщин [34, 107]. В наших наблюдениях у женщин, не имевших родов этой патологии не выявлено. У алтайских женщин с увеличением числа родов в

анамнезе у женщины распространенность несостоятельности мышц тазового дна на 1000 женщин возрастает (рис. 10).

Проведенный анализ корреляции показал наличие достоверной прямой сильной корреляционной связи между числом родов у женщины и заболеваемостью несостоятельностью мышц тазового дна: по методу Пирсона коэффициент корреляции  $r = 0,926$  (95 % доверительный интервал 0,711 - 0,983),  $P=0,0001$ ; по методу Спирмена коэффициент ранговой корреляции  $\rho = 0,927$ ,  $P = 0,0003$  (программа INSTAT).

На формирование несостоятельности мышц тазового дна у алтайских женщин вероятно влияет такой фактор, как рождение крупного плода (4000 г и более). Так у рожавших женщин без патологии тазового дна (331 женщина) рождение плода весом 4000 г и более отмечено у 27 (8,16 %),

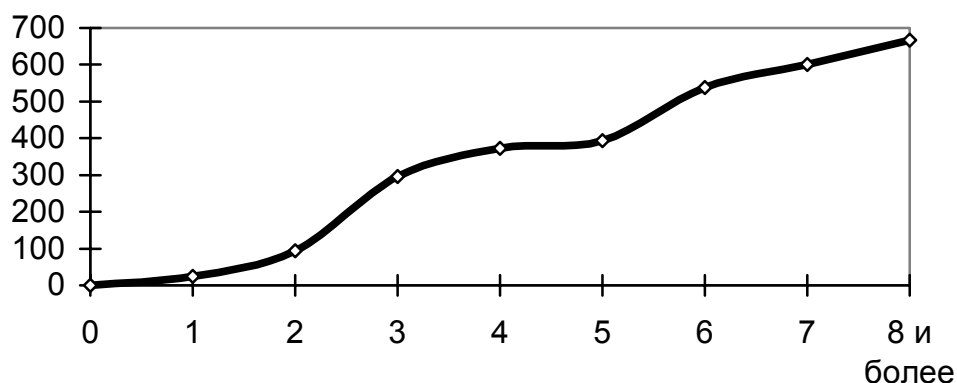


Рис.10. Распространенность несостоятельности мышц тазового дна в зависимости от числа родов

а среди женщин, имеющих несостоятельность мышц тазового дна (86 человек) рожали крупных детей 17 (19,67 %) женщин.

У женщин без патологии тазового дна разрывы промежности осложняли роды у 178 (53,78 %) человек, а среди имеющих несостоятельность мышц тазового дна - ненамного больше - у 58 (67,44 %) женщин. Вероятно, для формирования несостоятельности мышц тазового дна (в рамках нашего исследования) важно не само наличие травмы родовых путей в анамнезе у

осмотренных женщин, а его степень, методика и качество ушивания, послеродовая реабилитация (выяснить это с помощью опроса нельзя).

Таким образом, второе место в структуре гинекологической патологии занимает несостоятельность мышц тазового дна. Распространенность вполне закономерно нарастает с возрастом женщин, имеется прямая корреляционная связь с числом родов, имеет значение рождение крупных детей и травмы родовых путей. Наибольшая частота этой патологии выявлена у женщин, чей труд связан с физическими нагрузками - у работниц сельского хозяйства, в группе служащих - частота наименьшая. Максимальная заболеваемость в самой отдаленной высокогорной популяции - теленгитов. В мазках из влагалища и цервикального канала преобладает условно-патогенная микрофлора. У половины женщин 3 - 4 степень чистоты влагалища.

#### **4.4. Распространенность эрозии шейки матки**

Распространенность эрозии и эктропиона шейки матки (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра эта патология выделена под рубрикой N86) составляет 85,44 случаев заболевания на 1000 женщин .

Показатели распространенности эрозии и эктропиона шейки матки представлены на рисунке 11. Эта патология начинает выявляться в возрасте 20-29 лет -  $128,20 \pm 30,91$ , в возрастной группе 30-39 лет достигает пика -  $151,72 \pm 29,79$  (вероятно это связано с накоплением в женской популяции числа родов), затем снижается - в группе 40-49 лет -  $47,94 \pm 17,68$ . Низкая распространенность этой патологии в старших возрастных группах может быть объяснена проводимой в восьмидесятые годы санацией шейки матки в рамках программы всеобщей диспансеризации.



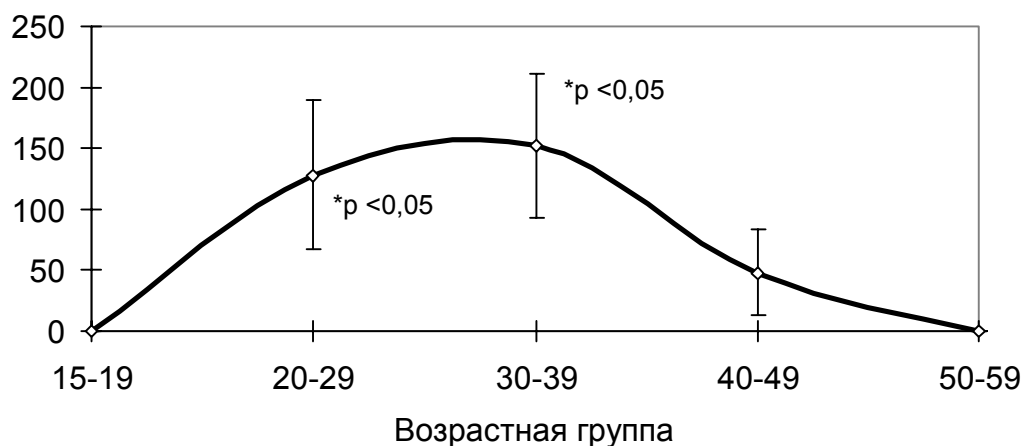


Рис.11. Распространенность эрозии и эктропиона шейки матки в зависимости от возраста

Примечание:

\* - по t - критерию с группой 40-49 лет ( $P < 0,05$ ). По  $\chi^2$  в группах 20-29 и 40-49 лет; 30-39 и 40-49 лет,  $P < 0,05$ .

Нами просчитана корреляционная зависимость распространенности от возраста женщин в группах 20 - 50 лет, получена достоверная обратная сильная корреляционная связь: коэффициент корреляции Пирсона  $r = - 0,9068$ ; 95 % доверительный интервал от  $- 0,9939$  до  $- 0,1226$ ,  $P = 0,0337$ . Распространенность эрозии и эктропиона шейки матки в общественно-производственных группах обследованного населения приведена в таблице 44.

Таблица 44

Распространенность эрозии и эктропиона шейки матки в общественно-профессиональных группах на (1000 женщин)

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Итого
Распространенность	0	104,76 ± 21,13 *	29,41 ± 28,98	33,33 ± 33,33	0	18,18 ± 18,01	148,44 ± 31,43 *	85,44 ± 12,32

Примечание:

\*- с показателем в VI группе ( $P < 0,05$ ).

Наибольшая распространенность в группе « прочие » и у служащих. Значительно меньшие показатели у работниц сельского хозяйства, животноводов и пенсионеров.

Имеются различия в показателях распространенности этой пато-логии по этническим группам. Она наибольшая в группе А -  $166,67 \pm 43,92$  на 1000 женского населения.

В группе Б она составляет  $67,69 \pm 13,93$  на 1000 женского населения.

В группе В распространенность эрозии и эктропиона -  $84,74 \pm 25,64$  на 1000 женского населения. Различия достоверны с  $P < 0,05$  между показателями в группе А и Б, по  $\chi^2$  между группами А и Б с  $P < 0,05$ .

Эрозии и эктропиону шейки матки у 4 (9,09 %) женщин сопутствовал неспецифический кольпит и у 5 (11,36 %) - хронический сальпингоофорит.

Таким образом, эрозия и эктропион шейки матки занимает третье место в структуре гинекологической патологии. Это заболевание имеет пик распространенности в возрастной группе 30-39 лет, в старших группах частота ниже, что может быть объяснено проводимой в восьмидесятые годы санацией шейки матки в рамках программы всеобщей диспансеризации. Максимальная заболеваемость в самой отдаленной высокогорной популяции - теленгитов. Частота выше у служащих и безработных, что объяснить весьма сложно. В мазках из влагалища у большинства женщин 1 - 2 степень чистоты влагалища.

#### **4.5. Распространенность миомы матки**

Распространенность миомы матки (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра эта патология выделена под рубрикой D25) составляет  $44,66 \pm 9,48$  случаев заболевания на 1000 женщин.

Распространенность миомы матки представлена на рисунке 12.

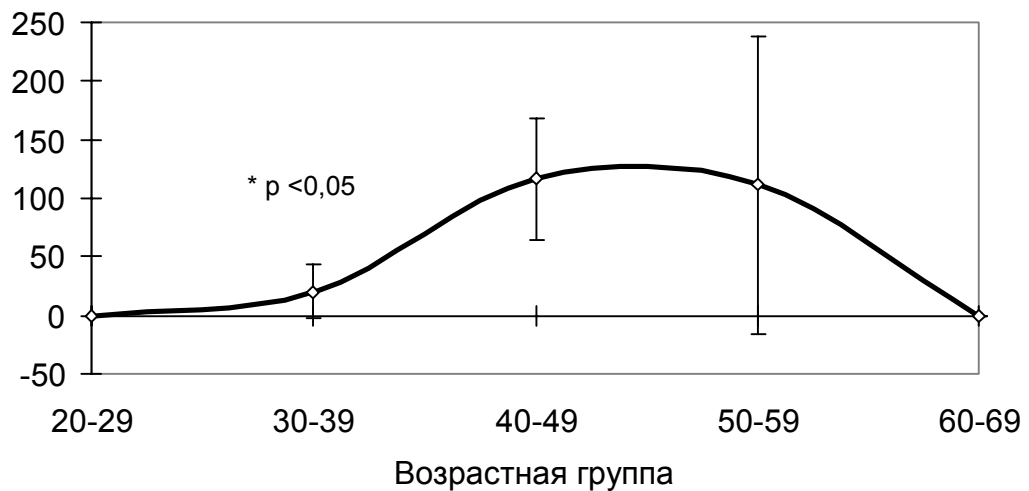


Рис. 12. Распространенность миомы матки  
в зависимости от возраста

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  с группой 40-49 лет.

В популяции обследованных алтаек миома матки выявлялась, начиная с возраста 30-39 лет, в этой группе распространенность этого заболевания составила  $20,69 \pm 11,82$  на 1000 женщин, затем с увеличением возраста она растет - в возрастной группе 40-49 лет - приближается к пику (в этом возрасте распространенность миомы матки достигает максимума как среди городских жителей, так и среди сельского населения) [93] - к  $116,44 \pm 26,54$  на 1000 женщин, в группе 50-59 -летних -  $111,11 \pm 61,63$  на 1000 женщин в этом возрасте, в более старших группах это заболевание не выявлено.

Распространенность миомы матки в различных общественно-производственных группах обследованного населения приведена в таблице 45.

Таблица 45

Распространенность миомы матки в общественно-профессиональных группах на (1000 женщин)

Общественно-профессиональная группа	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа	VII группа	Итого
Распространенность	0	66,67 ± 17,21	58,82 ± 40,35	100,00 ± 55,71 *	0	18,18 ± 18,01	23,44 ± 13,37	44,66 ± 9,10

Примечание:

\* - с  $P < 0,05$  с группой VII.

Наибольшая распространенность в группе животноводов, служащих и у работников сельского хозяйства. Меньшие показатели в группе « прочие » и среди пенсионеров.

По этническим группам распространенность миомы матки приблизительно одинаковая: в группе А  $41,67 \pm 23,55$  на 1000 женского населения, в группе Б -  $46,15 \pm 11,64$ ; в группе В -  $42,37 \pm 18,54$  на 1000 женского населения.

Бессимптомное течение миомы имеет место в 14 (60,87 %) случаях. Симптомное течение у 15 женщин (39,13 %): у 6 (26,09 %) женщин с миомой матки отмечается чувство дискомфорта внизу живота и поясничной области, боли в гипогастральной области ноющего характера - у 4 (17,39 %) больных. Патологический характер менструаций отмечается у 9 (39,19 %): гиперполименорея - у 6 (26,09 %) больных, полименорея - у 1 (4,34 %), альгоменорея - у 2 (8,68 %) женщин с миомой матки. Бессимптомное течение миомы имеет место в 14 (60,87 %) случаях.

Размеры матки не превышали 8 -недельный срок беременности у 15 (65,21 %) женщин с миомой. У 1 (4,34 %) больной выявлена субмукозная миома, у остальных женщин миоматозные узлы располагались интра-мурально и интрамурально-субсерозно.

Миома матки выявлена впервые почти у половины женщин - 10 человек (43,47 %) больных миомой, имелась в анамнезе до 1 года у 4 (17,39 %) человек,

1 - 5 лет и в интервале 6 - 9 лет - по 3 человека (по 13,04 %), 9 и более лет - в 1 (4,34 %) случае.

Миома сочеталась с аденомиозом у 9 (17,39 %) больных, с хроническим сальпингоофоритом и эндометритом у 2 (8,68 %), с эрозией шейки матки и полипом цервикального канала - по 1 (4,34 %) больной.

Таким образом, миома матки относительно часто выявлялась среди женщин- алтаек обследованной популяции.

#### **4.6. Распространенность нарушений менструального цикла**

Распространенность нарушений менструального цикла, не связанных с грубой органической патологией, составляет 23,30 случая на 1000 женского населения (или 2,33 % обследованных женщин). Выявленная патология представлена гиперполименореей (5,82 на 1000 женщин), первичной и вторичной олигоменореей (по 5,82 на 1000 женщин), первичной альгодисменореей (3,88 на 1000 женщин), синдромом предменструального напряжения (1,94 на 1000 женщин) (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра эта патология выделена под рубриками N91.3, N91.4, N92, N94.3, N94.4).

Уровень выявленной нами распространенности патологии менструального цикла у алтаек не является высоким или низким, он вполне сопоставим с распространенностью этих нарушений у сельского населения других регионов 1,10 - 2,70 % [55, 112].

Все нарушения менструального цикла приходятся преимущественно на репродуктивный возраст: в группе 20-29 лет - 34,19 на 1000 женщин, в группе 30-39 лет - 41,38 на 1000 женщин и в возрасте 40-49 лет составляет 13,70 на 1000 женщин.

Нарушения менструального цикла выявлены в таких общественно-производственных группах населения, как служащие - 4 случая (19,05 на 1000

женщин), в группе « прочие » - 7 случаев (54,69 на 1000 женщин) и 1 случай у работниц автотранспорта, леса, строителей.

#### **4.7. Распространенность специфических воспалительных заболеваний женских половых органов**

Выявленные нами специфические воспалительные заболевания женских половых органов представлены хламидийной инфекцией, трихомониазом, кандидозом вульвы и влагалища (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пере-смотра эта патология выделена под рубриками A56.0, A59.0, B37.3).

Трихомониаз (у всех явления кольпита, обнаружение возбудителя в мазках) распространен у  $17,47 \pm 6,02$  на 1000 женщин. Заболевание не выявлено в возрастных группах до 20 и старше 50 лет. В возрасте 20-29 лет распространенность трихомониаза  $8,55 \pm 8,51$  на 1000 женщин, в группе 30-39 лет заболеваемость нарастает до  $20,69 \pm 11,82$  на 1000 женщин и достигает пика в возрастной группе 40-49 лет -  $34,25 \pm 15,05$  на 1000 женщин.

Распространенность трихомониаза в различных общественно-производственных группах обследованного населения характеризуется схожими показателями: в группе животноводов ( $33,33 \pm 33,33$  на 1000 женщин), работниц сельского хозяйства ( $29,41 \pm 28,97$  на 1000 женщин) и в группе «прочие» ( $31,25 \pm 15,38$  на 1000 женщин). Среди служащих распространенность трихомониаза ниже, чем в других группах -  $14,28 \pm 8,19$  на 1000 женщин. В других общественно-производственных группах заболевание не выявлено.

Имеются различия в показателях распространенности трихомониаза по этническим группам. Наибольшая - в группе А - она составляет  $41,67 \pm 23,55$  на 1000 женщин, в группе Б -  $15,3 \pm 6,83$ , в группе В -  $8,47 \pm 8,44$  на 1000

женского населения. Хламидийная инфекция выявлена лишь в 1 случае -  $1,94 \pm 1,93$  на 1000 женщин.

Кандидоз влагалища (кольпит, обнаружен мицелий гриба *Candida albicans* в отделяемом из влагалища) имеет распространенность у  $11,65 \pm 4,93$  на 1000 женщин. В возрасте 20-29 лет распространенность кандидоза влагалища  $8,55 \pm 8,51$  на 1000 женщин, у 30-39 -летних заболеваемость растет и составляет  $13,79 \pm 9,63$  на 1000 женщин и достигает пика в возрасте 40-49 лет -  $20,55 \pm 11,74$  на 1000 женщин. Заболевание не выявлено в возрастных группах до 20 и старше 50 лет.

Кандидоз влагалища выявлен в группе животноводов ( $33,33 \pm 33,33$  на 1000 женщин), в группе « прочие » ( $23,44 \pm 13,37$  на 1000 женщин) и среди служащих ( $9,52 \pm 6,70$  на 1000 женщин). Заболевание не выявлено в других общественно-производственных группах.

Наиболее распространен кандидоз влагалища в группе В -  $25,42 \pm 14,49$  на 1000 женского населения, его меньше в группе Б -  $9,23 \pm 5,30$ ; не выявлен вовсе в группе А.

Все различия статистически недостоверны.

Всем женщинам с выявленной патологией даны соответствующие рекомендации.

#### **4.8. Бесплодие и привычное невынашивание беременности**

Бесплодие (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра женское бесплодие выделено под рубрикой N97) отмечено у 19 женщин -  $36,89$  на 1000 женщин (или у  $3,69\%$

осмотренных алтаек). Первичное бесплодие имеется у 63,16 % женщин с этой патологией, вторичным бесплодием страдают 36,84 % женщин. Среди причин бесплодия удалось выявить эндокринные нарушения у 26,31 % больных, у них имеются нарушения менструального цикла по типу первичной и вторичной олигоменореи. У 26,31 % больных причиной бесплодия является трубно-перитонеальный фактор, у всех имеется длительно текущий хронический сальпингоофорит. В 5,26 % случаев имеется гипоплазия матки. Выяснить причину бесплодия в 42,10 % не удалось. Кроме того отмечено 3 случая бесплодного брака, где вероятно имеет место мужское бесплодие.

Привычным невынашиванием беременности страдают 2 женщины (в МКБ X рубрика N96) - 3,88 на 1000 женщин. Причины неясны.

#### **4.9. Эндометриоз**

Эндометриоз (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра эта патология выделена под рубрикой N80) выявлен нами у 6 женщин (11,65 на 1000 женщин). У всех отмечались клинические явления аденомиоза (болезненные обильные менструации, пред- и постменструальные мажущие выделения из половых путей, увеличение матки до срока 6 - 8 недельной беременности). В 1 случае аденомиозу сопутствовал эндометриоз шейки матки. Эндометриоз обнаружен у 4 женщин в возрастной группе 20-29 лет и у 2 женщин в группе 30-39 летних.

#### **4.10. Прочая патология**

Полип цервикального канала (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра рубрика N84.1) выявлен нами у 6 женщин (11,65 на 1000 женщин), 5 из них



находились в возрастной группе 40-49 лет, 1 женщина - в возрастной группе 50-59 лет.

В 1 случае у девочки 14 лет отмечался выраженный гипертрихоз конечностей, белой линии живота (в МКБ X рубрика L68.9 - гипертрихоз неуточненный). Соматическое и половое развитие соответствовало возрастным нормам. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Рекомендовано дообследование в условиях республиканской больницы с применением гормональных исследований.

У 1 женщины в возрастной группе 40-49 лет отмечена лейкоплакия вульвы (в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра рубрика N90.4). В 1 случае у женщины возрастной группы 50-59 лет жалобы на кровянистые выделения из половых путей в менопаузе (патологии шейки матки не выявлено, тело матки и придатки при вагинальном исследовании не увеличены, подвижны, безболезненны - в МКБ X рубрика N 95.0 - постменопаузное кровотечение). Женщины направлены в республиканскую больницу на дообследование.

Посткастрационный синдром отмечен в 1 случае у женщины возрастной группы 50-59 лет ( в МКБ X рубрика N95.3).

Явления, связанные с послеоперационными тазовыми перитонеальными спайками (боли, жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, выраженные признаки спаечного процесса в малом тазе при бимануальном исследовании - в МКБ X рубрика N99.4) у женщин, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости отмечались в 9 случаях (17,47 на 1000 женщин).

Хронический радиационный дерматит в области крестца (в МКБ X рубрика L58.1) отмечен у женщины 70 лет, перенесший несколько лет назад курс лучевой терапии по поводу рака шейки матки (признаков рецидива нет).

Гипоплазия матки (в МКБ X рубрика Q51) обнаружена у 1 женщины 21 года (страдает первичным бесплодием).

Итак, проведенный нами анализ распространенности гинеколо-гической патологии у сельских жительниц Горного Алтая имеет свои структурные особенности: преобладание хронических воспалительных заболеваний гениталий, высокая частота несостоятельности мышц тазового дна, в то же время невысокие показатели частоты нарушений менструального цикла. Имеются различия распространенности заболеваний по этническим группам - почти по всем нозологиям максимальная частота гинекологической патологии у теленгитов, проживающих в высокогорной отдаленной от республиканского центра части региона. Выявлены возрастные различия, главные из которых: хронические воспалительные заболевания гениталий распространены преимущественно в репродуктивном возрасте с пиком в 20-29 лет, что неблагоприятно для дальнейшего воспроизводства населения; несостоятельность мышц тазового дна - удел женщин старших возрастных групп, но развиваться эта патология начинает в раннем репродуктивном возрасте. Имеются различия в общественно-профессиональных группах, с преобладанием воспалительной патологии гениталий и несостоятельности мышц тазового дна у работниц сельского хозяйства и неработающих (занятые в основном ведением собственного подсобного хозяйства). Среди причин заболеваемости - социальные (отдаленность от центра республики, широкая занятость населения в ведении сельскохозяйственных работ, практически весь объем медицинской помощи осуществляется на уровне фельдшерско-акушерских пунктов), природные (суровость климата, очаг иодной эндемии), особенности репродуктивного поведения (тенденция к более раннему началу половой жизни, достаточно большое количество родов, широкое применение внутриматочной контрацепции, существование искусственного аборта на правах метода избавления от нежелательной беременности).

**ОБСУЖДЕНИЕ**

Рассматривая специфические функции женского организма в изученных популяциях коренных алтаек, начнем с анализа менструальной функции.

Следует отметить относительно позднее менархе у обследованных нами алтаек ( $14,07 \pm 0,13$  лет). Несмотря на то, что полученный нами показатель находится в пределах нормы, он превышает приводимые в литературе. Так в США средний возраст менархе равен 12,80 годам [106], в странах Европы (Великобритании - около 13 лет [181], во Франции - 13,02 лет), в Нигерии - 13,60, в Индии - 12,50 - 13,20 лет [145], в Иране - 12,91 - 13,96 лет [145, 158], в одном из регионов Западной Сибири - Кемеровской области наступление менархе происходит в  $12,60 \pm 0,50$  года [132]. Возраст наступления менархе в популяции зависит от различных факторов: генетических [31, 152, 176], условий внешней среды [173], в том числе географических условий; стрессовых факторов, особенностей диеты [176], социально-экономических условий [171], что обуславливает различие этого возраста в разных популяциях. Поздний возраст менархе у алтаек можно считать этнической особенностью. Позднее наступление менархе у алтаек можно объяснить также проживанием в горных условиях, полученный нами показатель вполне сравним с таковым у живущих в сходных природных условиях женщин села Киргизии ( $14,69 \pm 0,03$  лет) [128].

У молодых представительниц алтайского этноса наступление менархе происходит достоверно раньше, чем у женщин старших возрастов, средний возраст первых месячных нарастает пропорционально возрастной группе женщин. Наступление менархе позже 15 лет встречается чаще у представительниц старшего поколения, чем у молодых и наоборот, приход месячных в возрасте до 12 лет отмечается лишь у молодых алтаек. Описанные закономерности по нашему мнению, вероятно являются отражением процесса акселерации у женщин - представительниц коренного сельского населения Горного Алтая. Есть работы, в которых указывается, что за последние десятилетия нет изменений в возрасте менархе [38, 181]. Снижение

возраста менархе, связанные с акселерацией описаны у сельских жительниц Краснодарского Края [55] и Киевской области [112]. Об ускорении темпов полового созревания свидетельствует увеличение числа случаев раннего менархе у девочек Кемеровской области (по данным исследований 1979 - 80 годов и 1994 года) в 2,4 раза [132].

Имеющиеся различия среднего возраста менархе в трех группах алтаек, характеризующиеся более ранним его наступлением у алтай - кижей, живущих в условиях низкогорья (группа В), доля женщин с поздним менархе нарастает от низкогорных популяций к высокогорным. Различия между этносами могут быть обусловлены генетическими особенностями (чему способствует относительная изоляция этносов, высокий уровень инбридинга в сельских популяциях алтайцев) [44, 70] и влиянием высоты над уровнем моря, так в Киргизии средний возраст наступления менархе и доля лиц с поздним менархе растет от низкогорных популяций к высокогорным [128].

Становление менструальной функции у алтаек происходит относительно быстро. Ювенильные маточные кровотечения у алтаек встречаются у 0,78 % обследованных женщин - это существенно меньше, чем в других популяциях: 3,3 % по Кемеровской области [132], 5 - 10 % по России [45]. Причем эта патология в анамнезе отмечается только у молодых алтаек (возрастная группа 20 - 29 лет).

У большинства менструирующих женщин длительность и периодичность менструаций находятся в пределах физиологической нормы. Нарушения менструального цикла, не связанные с грубой органической патологией (миома матки, воспалительные заболевания гениталий, эндометриоз) встречаются достаточно редко (23,30 случая на 1000 женского населения).

Возраст наступления менопаузы у алтаек в нашем наблюдении ( $47,47 \pm 1,08$  лет) отстает от такового по СНГ и развитым странам. В СНГ средний возраст наступления менопаузы равен 49,5 годам в Москве, 50 годам в Сухуми; для сельской местности этот возраст составляет 50,2 лет. За последние 10 лет

возраст прекращения менструаций увеличился [56]. В США менопауза наступает в среднем в 51 год [106, 179]. По данным ВОЗ средний возраст наступления менопаузы в странах Западной Европы находится в пределах 49 - 51 года, в странах Азии и Африки - на уровне 44 -48 лет, то- есть имеются этнические различия, у индейцев США- 47,0 лет [157]. По литературным данным среди причин различия возраста прекращения менструаций нет явных доказательств влияния климата [56], однако есть сообщение [153], о том, что в условиях высокогорья (2000 - 3000 метров над уровнем моря) менопауза наступает на 1 - 1,5 года раньше, чем у живущих на высоте ниже 1000 метров. В Киргизии в высокогорной популяции менопауза наступает позже, чем в низкогорье и среднегорье [128]. В нашем случае проживание алтайской популяции в горных условиях может служить, наряду с этническими особенностями, вероятной причиной таких различий.

Частота климактерического синдрома в популяции алтайских жен-щин перименопаузального возраста и находящихся в постменопаузе (21,27 %) вполне сопоставима с данными литературы: 20 - 70 % [45, 56, 62, 114], причем среди сельского населения нашей страны она ниже, чем у городского и находится, как и в нашем наблюдении на уровне 20 - 25 % [45]. Клинические проявления этой патологии не имеют каких - либо отличных от описанных в литературе и характеризуются преобладанием нейро-вегетативных нарушений (приливы, потливость, сердцебиения, головокружения и др.).

Таким образом, менструальная функция алтаек связана с этническими особенностями и проживанием в горах (позднее menarche, ранняя менопауза). Отмечается влияние процессов акселерации (наступление menarche). В целом менструальную функцию алтаек можно считать благо-получной (быстрое становление, низкая частота нарушений менструаль-ного цикла).

Отмечается тенденция к более раннему началу половой жизни у молодежи, что можно считать фактором риска развития воспалительных процессов гениталий у женщин молодого поколения.

Детородная функция характеризуется так: 2/3 всех беременностей доношиваются до срока - 65,23 %, на долю искусственных абортов приходится 27,79 % случаев беременности. По стране родами заканчивается гораздо меньше беременностей, чем в популяции алтайских женщин - 33,50 %, доля искусственного прерывания беременности в сельской популяции алта-ек более, чем в 2 раза ниже таковой по РФ - 63,70 % [7] (рис. 13, 14).

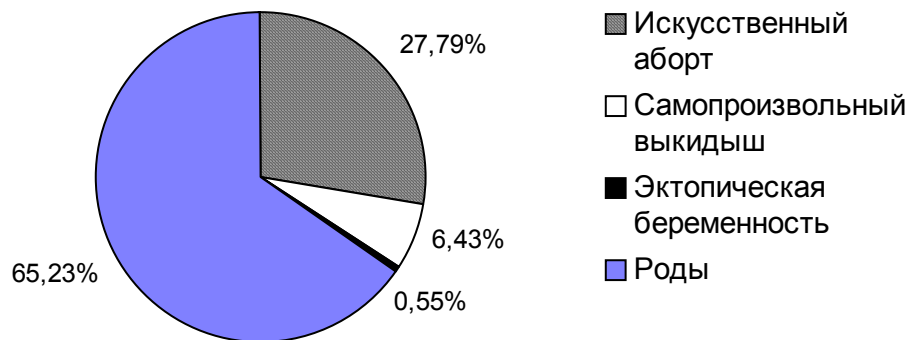
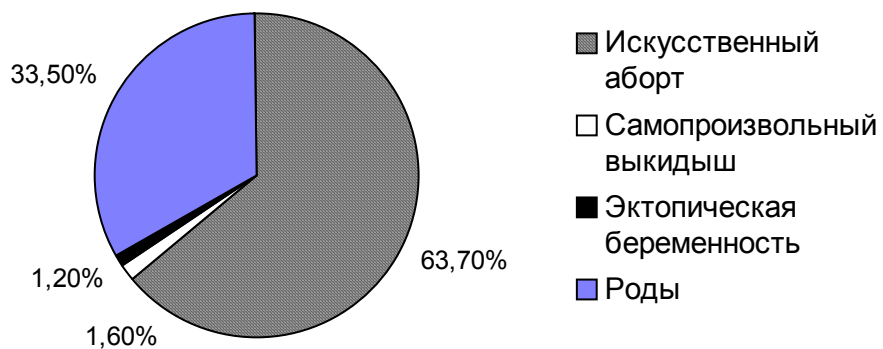


Рис.13. Исход беременностей у женщин Республики Алтай

Первая беременность, наступая в среднем в  $21,92 \pm 0,31$  лет, почти у всех алтаек заканчивается родами. Достаточно много женщин, имеющих 3 и более детей (41,97 %). У молодого поколения женщин первые беременность и роды наступают раньше, чем у женщин старших поколений.



#### Рис.14. Исход беременностей у женщин Российской Федерации

Имеются различия по этническим группам: у алтай-кижей среднегорья (группа Б), наряду с более ранним началом половой жизни, достоверно раньше наступают первые беременность и роды. У теленгитов (группа А) выше соотношение роды: аборт, удаленность района, возможно, делает производство искусственного аборта менее доступным.

Течение беременности у алтаек в целом относительно благополучное, доля осложненных беременностей всего 11,47 %. По РФ доля нормальных родов не превышает 31 % [28]. Низкая частота позднего гестоза (2,38 % от числа беременностей или 3,65 % от всего числа родов), частота его по данным литературы составляет 7 - 21 % от всех беременностей [28, 138]. В то же время отмечены преэклампсия в 5 случаях и обусловленный поздним гестозом случай внутриутробной гибели плода, что можно объяснить недостаточным медицинским наблюдением в сельских районах.

Угроза прерывания беременности встречается редко - 3,23 % от числа всех родов, это в 2 раза меньше, чем у женщин - аборигенок Таймыра - 7,30 % [139].

В единичных случаях отмечены: перенашивание беременности, маловодие. ПОНРП отмечена в 2 случаях - 0,11 % (0,17 % родов), предлежание плаценты - 1 случай (0,42 % от числа родов). По литературным данным частота ПОНРП - до 1,50 % от числа родов, предлежания плаценты - 0,20 - 0,80 % случаев от числа родов [65]. На хроническую гипоксию плода при опросе указали только 2 женщины - 0,11 % (0,17 % родов), реальное количество их вероятно больше.

Течение родов у алтайских женщин характеризуется низким числом осложнений, доля осложненных родов всего 13,77 %.

Преждевременные роды составили 3,91 % от всех родов. По данным литературы частота этой патологии в разных регионах выше, чем в наших наблюдениях, так по данным ВОЗ этот показатель находится на уровне 4,50 -



7,30 % от числа всех родов [83], у женщин-аборигенок Таймыра - 6,70 % [139], по Санкт-Петербургу этот показатель находится на уровне 7,60 % от числа всех родов [85], в Таджикистане доля преждевременных родов достигает 12,00 % [123].

Из числа преждевременно рожденных умерли вскоре после родов 34,78 % детей - это соответствует данным литературы - смертность недоношенных детей находится в пределах 250 - 780 на 1000 рожденных недоношенными (т.е. 25,00 - 78,00 %) [60].

Относительно немного запоздалых родов - 0,25 % от всех родов (по нашей стране 5,40 % от всех родов [92]).

Стремительные и быстрые роды наблюдались в единичных случаях.

По данным опроса женщин затяжных родов (сюда следует отнести слабость и дискоординацию родовой деятельности) отмечалось также немного (4,59 % от числа родов) по сравнению с данными литературы - частота этих аномалий родовой деятельности составляет 15,00 - 17,00 % [3].

Несвоевременное излитие околоплодных вод осложнило всего 1,70 % родов [14], частота несвоевременного излития околоплодных вод достигает  $15,00 \pm 0,10$  % родов).

В единичных случаях отмечается клинически узкий таз (0,17 %), поперечное положение плода (0,08 %).

Тазовое предлежание отмечено у 1,10 % (по стране 3,72 %, [92]), причем почти все женщины родоразрешены через естественные родовые пути, в то время как в мире женщин с тазовым предлежанием родо-разрешают преимущественно абдоминальным путем (до 80% женщин в США, 64% в нашей стране [4]) во избежание высоких перинатальных потерь. Все же почти у половины этих женщин отмечались осложнения в родах (затяжные роды, асфиксия плода, травма плода, послеродовое гипо-тоническое кровотечение).

В единичных случаях применялись индуцированные роды, плодоразрушающая операция, применение акушерских щипцов (0,17 %) и вакуум -

экстракции (0,17 %), (такая операция, как вакуум - экстракция в отечественном родовспоможении используется в 1,3 - 3,6 % всех родов [3].

Велика доля травм родовых путей различной степени (49,52 % всех рожавших женщин).

Практически все женщины рожали через естественные родовые пути, доля оперативного родоразрешения составляет всего 2,97 % от общего числа родов, это относительно невысокий показатель по сравнению, как с общероссийскими данными (11 % от общего числа родов в 1995 году), так и показателями в других странах : 21 % в США в 1995 г [4], 14 % в Англии в 1993 г., по странам Европы - 10 - 15 %, Латинской Америке - до 35 %, в то время как ВОЗ считает оптимальной долей оперативного родоразрешения 10 - 15 % от общего числа родов [58].

Среди показаний к операции на первом месте у алтаек находится рубец на матке - 25,71 % от общего числа операций, по данным литературы рубец на матке занимает 1 место в структуре показаний к оперативному родоразрешению [4].

Частота абдоминального родоразрешения ниже всех у теленгитов, что можно объяснить отдаленностью района.

Отмечается высокая частота мертворожденности - 1,19 % от числа родов или  $11,90 \pm 6,20$  на 1000 родов.

Крупный плод отмечен в 4,07 % от числа всех родов (10,34 % от всех рожавших женщин). Все родились через естественные родовые пути. Гигантский плод (5000 г и более) отмечен в единичных случаях.

Травма плода, асфиксия, гибель детей в родах отмечена также в единичных случаях.

Относительно высока доля внутриутробных пороков развития - они имели место у 14 детей, рожденных обследованными женщинами (1,19 % от общего числа родов или  $11,90 \pm 6,20$  на 1000 родов). По странам СНГ частота ВПР находится на уровне 4,36 - 40,40 на 1000 родов [87, 104, 127, 63]. На фоне

таких показателей наши данные не выделяются. По Сибири частота ВПР - 4,00 - 17,60 на 1000 детского населения, а по Республике Алтай - 6,70 на 1000 детского населения [50], наши данные превышают литературные.

По данным литературы в структуре врожденных пороков около трети приходится на врожденные пороки сердечно-сосудистой системы [16], в нашем случае также этот вид пороков составляет почти треть. Около трети приходится на « волчью пасть » и « заячью губу », хотя по данным печати они занимают не первые места в структуре ВПР [104, 127].

По селам ВПР распределены равномерно. Более половины детей с ВПР умерли в первые годы жизни.

Таким образом, в целом беременность и роды у коренных алтаек протекают относительно благоприятно, роды протекают через естественные родовые пути, с небольшим количеством осложнений, в то же время обращает на себя внимание высокая частота рождения детей с ВПР и мертворожденности. Много травм родовых путей.

Почти все женщины предпочитают грудное вскармливание, лишь такие причины, как гибель ребенка или ВПР явились причинами отказа от кормления грудью. Длительность грудного вскармливания в среднем у женщин алтайского этноса составляет  $13,57 \pm 0,77$  месяцев. В странах Западной Европы и США с 60 - х годов отмечается снижение популярности грудного вскармливания [126]. В Москве продолжительность естественного вскармливания составляет в среднем  $4,10 \pm 1,80$  месяцев [75], причем до 6 месяцев кормят грудью лишь 32 - 50 % женщин, а к 10 месяцам все переходят на искусственное вскармливание, в Киеве и Тернополе до полугода кормят грудью соответственно 35 и 50 % женщин, до 1 года - 10 и 40 % [126]. В сельской местности описывается большая длительность лактации, чем в городах - в Киевской области кормят грудью до 1 года - 40,9 % (город - 10 %), в Казахстане - 55 % (город - 25 %). Таким образом, наши данные по продолжительности грудного вскармливания у алтаек значительно отли-

чаются от приводимых в литературе как по крупным городам, так и по сельской местности в Российской Федерации и СНГ.

Большая длительность лактации у алтаек может быть объяснена этническими особенностями, так в литературе есть указания на этнические различия в продолжительности грудного вскармливания- казашки кормят грудью в 2 раза продолжительней, чем русские ( $10,30 \pm 2,40$  против  $4,50 \pm 1,80$  месяцев) [75], в Турции около 95 % всех детей получали грудное вскармливание [178].

Несмотря на то, что женщины всех возрастных групп предпочитают грудное вскармливание, длительность лактации у молодых меньше, чем у представительниц старших поколений. Приводимые в литературе данные также свидетельствуют о большей длительности грудного вскармливания у женщин более старшего возраста по сравнению с молодыми, так в Казани до 1 года кормят грудью в возрасте 25-30 лет 44,50 % женщин, а до 20 лет -лишь 3,80 % [66], в Новосибирске среди матерей до 34 лет, кормящих в 2 раза больше, чем некормящих, после 34 лет наблюдается обратная картина [103].

Отмечается небольшое отличие длительности лактации у алтай-кижей низкогорья (группаВ).

По данным литературы восстановление регулярного менструального цикла после нормальных родов зависит от частоты и длительности кормления и происходит у некормящих женщин в течение 55 - 60 дней, у кормящих - 80 - 120 дней и как правило после прекращения кормления грудью. У 24 % женщин менструальный цикл восстанавливается на фоне лактации [75].

Восстановление регулярного менструального цикла у большинства алтаек после родов (76,82 % рожавших женщин) происходит в течение года после родов, причем у большинства (90,82 % от числа женщин с восстановившимся менструальным циклом) на фоне лактации. Такую особенность можно, вероятно, считать этнической спецификой.

Относительно невелика доля самопроизвольных выкидышей - 6,43 % беременностей. Этот показатель близок к таковому по нашей стране - 8,90 % [133], по данным ВОЗ процент самопроизвольных аборт в мире намного выше - находится в пределах 15 - 20 % беременностей [83]. Доля этой патологии выше у алтай-кижей низкогорья (группа В).

У алтаек низкая частота искусственных аборт - 27,79 % беременностей, что ниже доли аборт по стране (63,70 %) [7].

В нашей стране по данным опроса к концу репродуктивного периода только 22 % женщин не прибегали к искусственным абортам и почти половина - 46 % - имели 3 и более аборт в анамнезе [141]. По нашим сведениям у половины алтаек не было случаев искусственного прерывания беременности - 53,59 %, единственный искусственный аборт в анамнезе был у 17,72 % женщин, 2 случая - у 16,88 %, 3 и более - у 11,81 % алтаек.

Частота аборт в разных регионах СНГ в силу неодинаковой степени выраженности репродуктивного поведения различна, соотношение аборт: роды колеблется от 1 : 2,7 (Алтайский Край) до 1 : 5,9 (Алма-Ата) [101].

Низкая частота искусственного прерывания беременности у алтаек может быть объяснена этническим фактором, отдаленностью населенных пунктов от республиканского и районных центров, широким применением внутриматочной контрацепции.

Существует много факторов, определяющих отношение женщин к абортам: экономические, социальные и др. Описано влияние национально-этнических различий на частоту этого метода регуляции рождаемости: в США афроамериканки прибегают к прерыванию беременности в 3 раза, а женщины-выходцы из стран Латинской Америки в 2 раза чаще, чем белые. Имеются различия в частоте аборт у женщин различной религиозной принадлежности [156]. Как и у алтайцев, аборт также непопулярны у многих коренных народов Сибири, Средней Азии и Закавказья: по данным Т.М. Укыбасовой, 1988 [130], у сельских жительниц Казахстана искусственные аборт были в

анамнезе лишь у 25 % женщин, причем к этому методу прибегали только 6,80 % женщин коренного казахского этноса и 50,70 % представительниц русского населения; у ненук и долганок Красноярского Края аборт отмечены в анамнезе 41,90 % женщин [139]. М.Т.Индербиев, 1975 [52] указывал на редкость абортов у женщин Чечено-Ингушской АССР и Дагестана, в Агинском автономном округе Бурятии- бурятки в 2 раза реже прибегают к абортам, чем русские [101]. Таким образом, этнический фактор, вероятно, определяет непопулярность искусственного прерывания беременности у алтаек.

Имеются различия по селам: меньше всех искусственных абортов в группе А - у теленгитов с. Балыктуюль (в самом отдаленном от центра республики Улаганском районе), следовательно отдаленность также можно считать одной из причин низкой частоты абортов у алтаек.

Таким образом, низкая частота искусственного прерывания беременности у алтаек может быть объяснена этническим фактором, отдаленностью населенных пунктов от республиканского и районных центров, а также (будет обсуждено ниже) широким применением внутриматочной контрацепции.

С возрастом число абортов закономерно накапливается до возраста 50-59 лет, а затем абортов мало - представительницы старшего поколения предпочитали воздерживаться от этого способа регуляции рождаемости и на уровне районных больниц не всегда были условия для проведения искусственного прерывания беременности.

Почти половина осмотренного женского населения (40,72 %) использует современные методы предохранения от нежелательной беременности. По данным печати распространенность современных методов контрацепции растет, на сегодняшний день число женщин фертильного возраста, использующих современные методы контрацепции в развитых странах Европы достигает 72 %, в США - 59 % [168], в странах Азии - Пакистан - 24 % [173], во Вьетнаме - 60 % [150], в странах Африки - до 18 % [144, 146, 164], в Новой

Гвинее - 28 % [160]. Полученный нами показатель приближается к данным по развитым странам.

Основным методом является внутриматочная контрацепция - к этому способу прибегают более трети женщин - 37,76 %. По стране современными методами контрацепции пользуются 8,25 - 50,12 % женщин фертильного возраста, в среднем 17,80 %. [7, 121], что в 2 раза выше распространенности этого метода по стране. Оральные гормональные контрацептивы принимают лишь 0,84 %, в стране ими пользуются 6,80 % женщин [7], в единичных случаях имеет место хирургическая стерилизация.

С возрастом растет число женщин, использующих методы контрацепции, причем уже у женщин возрастной группы 20-29 лет достаточно высока частота применения ВМК (37,07 %), что может служить одной из возможных причин распространенности воспалительных заболеваний гениталий у женщин этого возраста. Женщины - представительницы старшего поколения редко предохранялись от беременности или вообще не предохранялись.

Для алтаек, использующих метод внутриматочной контрацепции характерно длительное (более 3 лет) непрерывное применение внутриматочного контрацептива. Длительность нахождения ВМК в полости матки увеличивается с возрастом женщины, достигая пика в возрасте 40-49 лет (женщины, после рождения желаемого количества детей, прибегают к использованию ВМК и не торопятся его удалить до возраста естественной менопаузы). Зачастую назначение ВМК врачами ЦРБ проводится без учета противопоказаний (хронические воспалительные процессы гениталий), без предварительной санации влагалища при кольпитах и цервицитах. Все это может служить фактором, влияющим на высокую распространенность воспалительной патологии гениталий.

По результатам измерения параметров женского таза у алтаек доля женщин с анатомически узким тазом составила 23,27 % в исследуемой популяции. Это достаточно высокий показатель по сравнению с приводимыми в

литературе по стране - 1,04 - 7,70 % [3, 83]. Среди женщин коренных народов Сибири и Севера распространенность анатомически узкого таза высока - у эвенков, ненцев, якуток, долганок и женщин других народностей доля узкого таза превышает полученные нами у алтаек результаты и достигает 53,20 % [139].

В структуре узкого таза в нашей стране по данным литературы в настоящее время на первом месте повсеместно находится поперечно-суженный таз - 37,7- 49,5 % [3, 86, 99]. В наших же наблюдениях первое место среди форм узкого таза у алтаек во всех возрастных группах уверенно занимает общеравномерносуженный таз, который доминировал в числе разновидностей узкого таза в нашей стране в XIX и начале XX века [99]. На сегодняшний день его доля в структуре узкого таза по стране составляет около 8,50 % [3]. Доминирующее положение общеравномерносуженного таза в структуре анатомических сужений таза типично для женщин коренного населения Сибири и Севера (ненцы, эвенки, долгане) - его доля составляет 80,30 % (42,70 % всех женщин) [139]. На долю же поперечносуженного таза у алтаек приходится всего лишь 1,85 % узких тазов, у коренного населения Сибири и Севера такой вид сужения таза также редко распространен - 1,51 % (0,80 % всех женщин) [139].

На втором месте по данным литературы - таз с уменьшением прямого размера широкой части, на его долю приходится около 22 % всех узких тазов [86, 99]. Второе место в исследуемой нами популяции занимает простой плоский таз. У коренного населения Сибири и Севера (ненцы, якуты и др.) этот вид сужения таза также находится на втором месте, но его доля ниже, чем у алтаек и составляет 7,57 % (4,10 % всех женщин) [139].

Доля плоскорихитического таза у алтаек (6,48 %) эквивалентна таковой по стране - 6,80 % [3]. У женщин народов Сибири и Севера плоскорихитический таз встречается немного чаще и составляет 9,09 % (4,80 % всех женщин) [139].



Таким образом, особенности, присущие анатомически узкому тазу в популяции алтайских женщин отличаются от таковых по стране и в общем сходны со спецификой структуры сужений таза у женщин коренных народов Сибири и Севера. В исследованных этносах Алтая доля узкого таза приблизительно одинаковая, структура также практически одинаковая.

По данным изучения микрофлоры влагалища, более, чем у половины женщин выявляется 1 - 2 степень чистоты влагалища, что говорит о сохранности защитных механизмов на этом уровне. С 20 -летнего возраста растет доля 3 - 4 степени чистоты (41,03 %) (это связано с началом половой жизни, первыми родами, абортами), снижение эффективности этого защитного барьера является фактором не только для развития воспалительных процессов гениталий, но и их хронизации.

Степень чистоты влагалища примерно одинакова по всем этносам, но у теленгитов доля 1 - 2 степени немного выше, чем в других селах. Есть различия в спектре выявляемых микроорганизмов, что можно объяснить относительной изоляцией друг от друга рассматриваемых этнических групп.

Имеющиеся различия по общественно-профессиональным группам небольшие, степень чистоты влагалища несколько выше в группах учащихся и безработных, у работниц сельского хозяйства чаще обнаруживается фузиформная палочка. У служащих шире спектр выявляемой микрофлоры (это группа женщин, как правило имеющих высшее или среднее специальное образование), возможная причина связана с началом половой жизни не в относительно изолированном этносе, а во время проживания в республиканском центре или за пределами республики во время учебы.

Горный Алтай - иоддефицитный регион [39]. Почти у 3/4 обследованных женщин выявлена патология щитовидной железы, у половины женщин (49,05 %) - это зоб. Частота эндемического зоба в разных регионах страны - 15 - 80 %, в Сибири - 25 - 40 % [39], так что полученный нами показатель выделяется на фоне приведенных в печати. Более, чем у половины женщин - сниженная

функция щитовидной железы (явный или субклинический гипотиреоз). Редко встречаются другие виды эндокринной патологии (редко ожирение, гипоталамический синдром, не выявлен вовсе сахарный диабет), что можно считать этнической особенностью. Патология щитовидной железы чаще выявляется в высокогорье, так как с увеличением высоты над уровнем моря снижается содержание иода в почве. Настораживает достоверно более высокая частота субклинического гипотиреоза в группах 10-14 и 15-19 лет, более высокая частота зоба у девочек 10-14 лет. Подобная ситуация описана в другом эндемичном по зобу регионе - Туве - наибольшая частота зоба и гипотиреоза именно у детей и подростков [91].

В литературе описано, что у жителей Тянь-Шаня и Памира функция щитовидной железы несколько снижена и это следует рассматривать не как патологию, а как своеобразную норму, характерную для горцев и горных условий, обусловленную влиянием гипоксии и других факторов горного климата, это имеет компенсаторно - приспособительное значение для обмена веществ и сердечной деятельности. Этим же объясняется редкость тиреотоксикоза у жителей гор [15, 54]. В наших исследованиях, несмотря на высокие показатели частоты эндемического зоба и снижения функции щитовидной железы, у обследованных женщин редко встречаются нарушения менструальной функции и эндокринное бесплодие, такую особенность вероятно следует считать признаком адаптированности женского организма коренных алтаек к жизни в йоддефицитном высоко-горном регионе.

Редко встречаются другие виды эндокринной патологии (ожирение, гипоталамический синдром, не выявлен вовсе сахарный диабет). Описано, что у коренных жителей Севера Сибири (эвенки) [42], а также горных жителей редко выявляется ожирение и сахарный диабет [6]. Подобная ситуация у алтаек, вероятно, обусловлена проживанием в горных климатических условиях и этническими особенностями обмена веществ.

Высока частота соматической патологии у женщин. Сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 40 % женщин. Этот показатель превышает среднероссийский (14,39 %) [121] и данные медосмотров в сельских регионах России и стран СНГ (6,68 - 33,94 %) [47, 53, 76, 77]. В молодом возрасте распространена артериальная гипотония (у 17,07 %), что свидетельствует о нарушениях вегетативной регуляции сосудистого тонуса. Явления вегетативной дистонии и синдром вегетативной дистонии встречается в 21,41 % и 91,78 % женщин соответственно. В среднем и пожилом возрасте - у 14,50 % - гипертоническая болезнь.

Заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены у 43,09 % осмотренных женщин. Это также выше среднероссийских данных (9,38 %) [36] и данных по сельским территориям РФ и СНГ (1,92 - 11,60 %) [47, 53, 76]. Наиболее распространенная патология - хронический гастрит, имеет место у трети осмотренных женщин популяции.

Патология органов дыхания выявлена у 19,51 %. Показатель на уровне среднероссийского (19,66 %) [36] и сельских регионов России и стран СНГ (4,70 - 25,03 %) [47, 53, 76]. Преобладают хронические бронхиты. Высока частота бронхиальной астмы - почти у каждой десятой женщины.

Наиболее распространенной неврологической патологией является остеохондроз шейного и поясничного отделов, он имеет место более, чем у трети осмотренных женщин, причина - вероятно физические нагрузки.

Заболевания кожи выявлены у каждой четвертой женщины в выборке, наиболее распространенная патология - это микозы.

Распространенность соматической патологии нарастает с возрастом - без своевременной санации идет хронизация и накопление заболеваний.

Имеются различия по этническим группам - патология сердца и сосудов, дыхательная и кожная патология в целом встречается достоверно чаще в высокогорной популяции алтайских женщин, чем у женщин средне-горья и

низкогорья, что обусловлено проживанием в неблагоприятных климатических условиях.

Выявлены особенности в лабораторных показателях, характеризующие специфику обмена веществ у коренного населения.

Как адаптивная мера, связанная, вероятно, с жизнью в горных условиях - это повышение уровня гемоглобина крови у трети женщин. Подобные изменения описаны у жителей Памира, причем с высотой нарастает уровень гемоглобина и эритроцитов [17]. О достаточно активном внутри-клеточном и внеклеточном обмене железа и кислорода у жительниц горной местности свидетельствует также высокий средний показатель лактоферрина и количество ретикулоцитов, превышающее норму (2 - 10 %) более, чем у каждой десятой женщины.

Низкое содержание моноцитов у значительного числа женщин свидетельствует о низкой резистентности тканей к инфекционным агентам склонностью населения к воспалительным заболеваниям.

Высок процент эозинофилии (более 5 %) - возможная причина- глистные инвазии.

Высокая доля женщин с уровнем общего белка и альбумина ниже нормы, низкий средний уровень альбумина, уровень АСТ, превышающий нормальный у четверти женщин - такие особенности могут говорить о высоком катаболизме белков, а также ориентированности организма алтайских женщин на потребление преимущественно мясной пищи. Достаточно низкий средний показатель содержания глюкозы в сыворотке крови и высокий процент женщин с содержанием глюкозы в сыворотке крови ниже нормы также свидетельствует об ориентации организма алтаек на потребление белковой пищи.

По данным нашего исследования общий показатель гинекологической заболеваемости всего алтайского этноса Горного Алтая равен 957,28 на 1000 женщин.

Приводимые различными авторами данные по результатам профилактических осмотров сельских жительниц существенно отличаются друг от друга (таб. 46).

Таблица 46

Распространенность гинекологических заболеваний у сельского населения (профосмотры) по данным различных авторов (на 1000 женщин)

Авторы	Год исследования	Место исследования	Распространенность гинекологических заболеваний
Джангишиев Н.Х.	1970	Дагестан	129,60
Николов С.Х.	1976	Краснодарский край	232,00 - 338,00
Муратова Р.М.	1987	Московская область	630,00
Паллады Г.А.	1988	Молдавия	467,40
Жаркинов Е.Ж.	1989	Казахстан	808,00
Хабаров С.В.	1997	Тульская область	623,00
Наши данные	1999	Горный Алтай	957,28

Несомненно, что столь существенное варьирование показателей распространенности гинекологических заболеваний отражает влияние на их уровни различных условий средовых и популяционных контрастов, разными формами репродуктивного поведения, организации медицинской помощи женскому населению, присущих территориям и человеческим популяциям Казахстана, Молдавии и Дагестана, Московской и Тульской области, Краснодарского края и Горного Алтая.

Как видно из таблицы, полученный нами показатель распространенности гинекологической патологии достаточно высокий по сравнению с данными профосмотров сельского населения на пространстве СНГ. Распространенность превышает даже данные по заболеваемости болезнями мочеполовой системы в

РФ (86,49 в пересчете на 1000 женского населения). [122. Полученный нами показатель близок к данным Е.Ж. Жаркинова, 1989 [48], который привел данные профилактического осмотра женского населения в Чуйском районе Джамбульской области и четырех районах Алма-Атинской области, занятого преимущественно отгонным овце-водством.

У 55,50 % женщин выявлена гинекологическая патология и осложнения беременности, у 54,17 % - гинекологические заболевания, что превышает долю больных лиц по данным авторов, исследовавших путем медицинских осмотров распространенность заболеваний у сельского населения в разных регионах СНГ - 23,2 - 45,7 % [10, 84, 143].

Максимальная распространенность отмечена в репродуктивном периоде, представлена она в основном хроническими неспецифическими воспалительными процессами гениталий. Именно на репродуктивный возраст приходится максимум гинекологической заболеваемости по данным литературы [55, 134, 143]. Наибольшая распространенность гинекологических заболеваний у алтаек приходится на возрастную группу 20-29 лет (женщины с гинекологической патологией в этом возрасте как правило имеют несколько заболеваний гениталий). Причем пик гинекологической заболеваемости по литературным данным, как и в наших наблюдениях, оказывается в возрасте до 30 лет [43, 143]. Наибольший процент женщин, имеющих гинекологическую патологию отмечается в возрастной группе 40-49 лет, это объясняется накоплением заболеваний к концу репродуктивного периода.

После 50 лет распространенность гинекологических заболеваний снижается (375,00 - 888,00 на 1000 женщин), но это относительно высокие показатели в данном возрасте. Так М.В. Алехнович, 1976 [9] приводит показатели вновь выявленных заболеваний женской половой системы у сельских женщин Гродненской области старше 55 лет на уровне 58,80 - 251,00 (на 1000 женщин). Распространенность гинекологических заболеваний в этих возрастных группах представлена такой патологией как несостоятельность

мышц тазового дна (опущение и выпадение матки, стенок влагалища). Частота этой патологии нарастает от младших к старшим возрастным группам и занимает первое место в структуре заболеваемости в возрасте старше 50 лет [8], что закономерно связано с увеличением числа беременностей и родов, возрастными изменениями в мышцах тазового дна.

В общественно-производственных группах населения наибольшую распространенность заболеваний женских половых органов дают работницы сельского хозяйства и женщины из группы « прочие », занятые преимущественно ведением собственного хозяйства с преобладанием овцеводства, связанным с физическими нагрузками, длительным пребыванием на пастбищах, контактам с шерстью. Наименьшая распространенность свойственна группе учащихся (это можно объяснить возрастом) и группе пенсионеров, студентов, инвалидов (преобладают пожилые лица).

Больше всего гинекологических заболеваний выявлено у теленгитов, проживающих в наиболее отдаленном высокогорном районе. Этому безусловно способствуют суровость климата, худшие социально-бытовые условия жителей высокогорья и отдаленность от республиканского центра.

Более половины среди выявленных гинекологических заболеваний у алтаек составляют хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов, занимая первое место в структуре распространенности гинекологической патологии (506,79 на 1000 осмотренных женщин). По литературным данным эта группа заболеваний также занимает первое место среди гинекологических заболеваний как по данным обращаемости, так и по результатам профилактических осмотров сельского населения [37], но показатели распространенности их ниже полученных нами у сельских жительниц Горного Алтая и находятся в пределах 127 - 382 случая на 1000 женщин [10, 81, 93, 134], в целом по РФ -123,08 на 1000 женщин [61].

Имеет место вполне закономерный рост показателей по мере увеличения возраста в репродуктивном периоде с последующим снижением показателей

по мере угасания репродуктивной функции в возрастных группах старше 50 лет. Максимум распространенность достигает в возрастной группе 20-29 лет, на подобный пик распространенности воспалительных заболеваний женских половых органов в возрасте именно до 29 лет среди сельского населения Молдавии указывает Г.А. Паллади, 1988 [93] и связывает это с активной половой жизнью и родами. В нашем случае это может быть объяснено достоверно более ранним началом половой жизни у молодых алтаек, а также тем, что на этот возраст приходится основная часть родов у женщин исследуемой популяции. Сюда можно отнести популярность метода внутриматочной контрацепции, начиная с 20 -летнего возраста более трети женщин (36,75 %) этого возраста пользовались ВМК на момент осмотра и 14,56 % использовали ранее.

В общественно-профессиональных группах воспалительные заболевания гениталий чаще встречались среди работниц сельского хозяйства и неработающих, занятые преимущественно ведением собственного хозяйства с преобладанием овцеводства, связанным с физическими нагрузками, длительным пребыванием на пастбищах, контактам с шерстью.

Максимальная распространенность в самой отдаленной высоко-горной популяции- теленгитов.

Среди воспалительных заболеваний гениталий наиболее распространен хронический сальпингоофорит - 143,69 на 1000 женщин, это намного превышает показатели по РФ (13,95 на 1000 женщин) [51]. Не более, чем в четверти случаев хроническому сальпингоофориту сопутствовали хронический цервицит и неспецифический кольпит, что свидетельствует об отграничении инфекционного процесса в придатках матки и санации воспаления в цервикальном канале и влагалище. Клинические проявления хронического сальпингоофорита у алтаек практически не отличаются от описанных в литературе, частота симптомов вписывается в литературные данные - болевой синдром, нарушения секреторной функции - 35 - 85 %,



нарушения менструальной функции - 37,5 - 39 % [18, 93, 116]. Характерно длительное течение заболевания у алтаек - длительность хронического сальпингоофорита более 6 лет отмечается почти у половины больных - 45,94 % женщин. Достаточно часто бывают обострения заболевания - у 2/3 больных хроническим сальпингоофоритом обострения отмечаются 2 - 3 раза в год.

При хроническом цервиците более, чем у половины женщин имеется эрозия шейки матки.

При микроскопии мазков из влагалища и цервикального канала преобладает условно-патогенная микрофлора.

Среди вероятных причин столь высоких показателей распространенности хронических воспалительных заболеваний гениталий у женщин исследуемой популяции следует считать относительно низкую санитарно-гигиеническую культуру женщин, проживающих в сельской местности, в особенности в наиболее удаленных от республиканского центра пунктах. Также это почти повсеместное участие женщин в подсобном скотоводстве. При такой деятельности имеет место работа на чабанских стоянках на открытом воздухе зачастую при низкой температуре воздуха, физические нагрузки, контакт с мясом животных, шерстью, выделениями, растительной и животной пылью, которые обладают высокой степенью бактериальной обсемененности [89, 137], все перечисленное относится к факторам воспалительных заболеваний гениталий у сельских женщин [81].

Следует отметить достаточно большое количество родов, приходящееся на алтайскую женщину, высокий родовой травматизм (разрывы промежности, влагалища, шейки матки создают условия, способствующие проникновению микробов во влагалище и дальнейшего инфицирования восходящим путем) [18], не всегда полноценном периоде послеродовой реабилитации.

К общепризнанным факторам, способствующим возникновению и развитию воспалительных процессов гениталий относятся искусственные аборты [18]. По данным литературы возникновению или обострению

воспалительных процессов гениталий у 44 - 50 % предшествуют искусственные аборты. Несмотря на то, что искусственное прерывание беременности распространено у алтаек меньше, чем по стране, следует отметить - хронический сальпингоофорит в исследуемой популяции чаще встречается у женщин, в анамнезе которых имелись медицинские аборты. Таким образом, можно утверждать, что такой фактор, как искусственный аборт вносит свой вклад в поддержание высокого уровня заболеваемости хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями гениталий у женщин исследуемой популяции.

Еще один фактор, способствующий развитию воспалительных процессов гениталий и поддержанию их в хронической форме - внутриматочная контрацепция [18, 61, 98]. Частота воспалительных заболеваний половых органов у женщин, использующих ВМК по данным литературы достигает 25,90 % [98]. Довольно широкое использование внутриматочных контрацептивов способно повлиять на распространенность хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов. Высокая частота и длительность применения ВМК у женщин обследованной популяции - фактор для развития воспалительных процессов гениталий. Среди алтаек, использующих ВМК чаще встречаются хронические неспецифические воспалительные заболевания гениталий, чем у не использующих.

Хронизации процесса способствуют: редкая обращаемость женщин в районные больницы (где не обязательно есть врач акушер-гинеколог) ввиду удаленности населенных пунктов от районных центров и трудности транспортного сообщения, не всегда адекватные лечебные мероприятия, проводимые на уровне фельдшерско-акушерских пунктов (применение антибиотикотерапии без учета чувствительности возбудителя, узкий спектр препаратов - в основном пенициллин, не используются средства, направленные на подавление анаэробной микрофлоры, препараты, повышающие резистентность организма, нормализующие микрофлору влагалища, редко

применяется физиотерапия), зачастую не учитываются противопоказания к применению ВМК.

Специфические воспалительные заболевания гениталий (хламидиоз, кандидоз, трихомониаз) имеют невысокую частоту.

Второе место в структуре гинекологической патологии у жительниц Горного Алтая занимает несостоятельность мышц тазового дна. Распространенность этого заболевания составляет 166,00 на 1000 женщин. Это достаточно высокий показатель в сравнении с данными по нашей стране и республикам СНГ: распространенность этой патологии находится в пределах 28,10 - 67,00 на 1000 женщин [55, 81, 84, 134]. Лишь у женщин-овцеводов Казахстана этот показатель (263 на 1000 женщин) превышает наши данные [48].

Среди возможных причин высокой распространенности этого заболевания у алтаек - это физические нагрузки [177], связанные с почти повсеместным участием женщин в подсобном скотоводстве. При такой деятельности имеет место каждодневная работа с физическими нагрузками, причем наибольшая частота этой патологии выявлена у женщин-работниц сельского хозяйства, а наименьшая - в группе служащих. По данным И.А. Рогозина, 1988 г. [107], 35 % женщин связывают появление опущения стенок влагалища именно с тяжелым физическим трудом, особенно в раннем репродуктивном и климактерическом периоде.

Среди факторов, способных повлиять на частоту этого заболевания следует отметить число родов, осложнения родов в виде травм родовых путей [69, 73, 167, 174, 180], рождение крупных детей. Роды приводят к растяжению мышц тазового дна, нередко к их травматизации и сдавлению, что становится звеном патогенеза несостоятельности мышц тазового дна. У нерожавших женщин эта патология встречается только в виде исключения [73]. Появление несостоятельности мышц тазового дна связано с родами и чаще встречается у многорожавших женщин [34, 107]. У алтайских женщин с увеличением числа родов в анамнезе у женщины распространенность несостоятельности мышц

тазового дна возрастает. Относительно большое количество вагинальных родов у алтаек ( $4,70 \pm 0,99$  родов в возрастной группе 50-59 лет) - также причина высокой частоты этой патологии. Высокая частота травм родовых путей в сочетании с не вполне качественной послеродовой реабилитацией также является важнейшим условием для развития несостоятельности мышц тазового дна.

Клинические проявления несостоятельности мышц тазового дна у обследованных женщин мало отличаются от описанных в печати. У 76,74 % женщин имеется чувство дискомфорта, тяжести в области наружных половых органов, у 34,88 % - нарушения мочеиспускания. По данным печати нарушения со стороны мочевыделительной системы являются ведущими в клинике этой патологии и имеют место у 46,00 - 57,50 % больных [34, 107]. У алтаек преобладают I - II степени несостоятельности мышц тазового дна.

Отмечается длительность заболевания - почти у половины больных - 47,06 % симптомы проявляются в течение 9 и более лет. Несостоятельность мышц тазового дна у алтаек имеет большую продолжительность по сравнению с данными литературы - более 10 лет заболевание длится у 23 - 25 % женщин [23, 34, 90, 107]. Это свидетельствует, что патология тазового дна начинает формироваться в молодом возрасте. Анализируя длительность течения заболевания можно отметить, что его появление приходится на наиболее напряженный в плане деторождения возраст 20-29 лет.

У половины женщин - 3 - 4 степень чистоты влагалища, что свидетельствует о снижении защитных механизмов. В мазках из влагалища и цервикального канала преобладает условно-патогенная микрофлора.

Третье место в структуре гинекологической патологии у жительниц Горного Алтая эрозия и эктропион шейки матки (85,44 случаев заболевания на 1000 женщин), что намного превышает показатели по РФ (17,20 на 1000 женщин) [120]. Пик распространенности в возрастной группе 30-39 лет, в старших группах частота ниже, что может быть объяснено проводимой в

восьмидесятые годы санацией шейки матки в рамках программы всеобщей диспансеризации.

Отмечаются относительно высокие показатели распространенности миомы матки - 44,66 случая заболевания на 1000 женщин. Это соответствует показателям распространенности этого заболевания у жительниц сельской местности в других регионах СНГ (11 - 82 на 1000 женщин) [25, 26, 81, 93, 124]. Обычно среди городских жителей заболеваемость миомой матки выше, чем среди женщин села [93]. Заболеваемость алтайских женщин находится на уровне показателей заболеваемости (даже превышает их) в крупных городах страны (11,10 - 14,70 на 1000 женщин по данным Г.Я. Рюминой, 1977 [110]). Такие данные, соизмеримые с показателями городского и сельского населения СНГ, вообще не типичны для народов Сибири и Крайнего Севера - по данным И.И. Усоскина [131] в Красноярском Крае при профилактических осмотрах населения миомы матки выявлены у 1,17 - 2,30 % женщин, причем у аборигенов Края (ненцы, нганасаны, эвенки) миомы встречались лишь в единичных случаях, так в г. Дудинка за 5 лет только у 2 женщин-аборигенок отмечались миомы матки. Так как миома матки - мультифакториальное наследственное заболевание [26, 31, 136], то среди возможных объяснений высокой частоты этой патологии - относительная изоляция этносов с высоким уровнем близкородственных браков в сельских популяциях алтайцев [44], сложившаяся веками система брака у алтайцев при малой численности популяций в условиях географической разобщенности расстоянием и высоким уровне инбридинга могла быть причиной случайного накопления миомы матки у женщин популяций Горного Алтая.

Распространенность в возрастном разрезе не отличается от приводимых в печати - приближается к пику в возрасте 40-49 лет (в этом возрасте распространенность миомы матки достигает максимума как среди городских жителей, так и среди сельского населения [93]). Клинические проявления также вписываются в описываемые в литературе [93]. Миома матки выявлена впервые

почти у половины женщин - 41,67 % больных миомой, это свидетельствует о том, что сельские женщины редко обращаются к врачу акушеру-гинекологу.

Прочие нозологии, выявленные у алтаек (эндометриоз, бесплодие, гипоплазия матки и другие), имеют невысокую частоту. Некоторые нозологии вообще не встречались при обследовании. Методы исследования, которые применялись нами в экспедиционной работе не всегда давали возможность детальной диагностики гинекологической патологии.

На основании полученных нами данных комплексного обследования женщин- коренных жительниц Горного Алтая мы можем сделать выводы о соматическом здоровье, репродуктивном здоровье (особенностях специфических функций женского организма, репродуктивного поведения, гинекологической и акушерской патологии с выявлением их причин) женщин - коренных жительниц Горного Алтая, с учетом возрастных различий и тенденций, географических и общественно-профессиональных факторов.

## **ВЫВОДЫ**

1. Установлено, что у коренных алтаек относительно позднее наступление первой менструации, быстрое становление менструальной функции, низкая частота нарушений менструального цикла, ранняя менопауза.

2. Две трети всех беременностей (65,23 %) заканчиваются родами, преимущественно осложняющимися травмами родовых путей, с высокой частотой мертворождаемости и рождения детей с врожденными пороками развития.

3. Высокий материнский травматизм и мертворождаемость связаны с антропологическими особенностями алтаек, а именно с высокой частотой

(23,27 %) анатомически узкого таза, при низкой частоте оперативного родоразрешения.

4. Большинство женщин-алтаек (95,43 %) предпочитает естественное вскармливание новорожденных при средней продолжительности лактации  $13,57 \pm 0,77$  месяцев.

5. При низкой частоте искусственных абортов (27,79 %) основным методом предохранения от нежелательной беременности является внутриматочная контрацепция, к которой прибегает более трети женщин - 37,76 % репродуктивного возраста.

6. Увеличение щитовидной железы выявлено у 49,05 % алтаек, что отражает дефицит иода на данной территории.

7. Уровень распространенности гинекологических заболеваний у коренных жительниц Горного Алтая составляет 957,28 на 1000 женщин, что превышает показатели в других сельских регионах Российской Федерации. Ведущей патологией являются хронические неспецифические воспалительные заболевания гениталий (506,79 на 1000 женщин), несостоятельность мышц тазового дна (166,00 на 1000 женщин), эрозия и эктропион шейки матки (85,44 на 1000 женщин), миома тела матки (44,66 на 1000 женщин).

8. Распространенность акушерской и гинекологической патологии зависит от удаленности территории от республиканского центра, а следовательно от доступности, своевременности и качества медицинской помощи.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Учитывая высокую частоту встречаемости анатомически узкого таза, мертворожденности - необходимо выделение беременных в группы риска, всех беременных из групп риска направлять на дородовую госпита-лизацию в 36 - 37 недель с целью определения метода родоразрешения с учетом параметров таза, размеров плода, предлежания, толерантности плода к естественному родоразрешению, акушерской и соматической пато-логии. Все беременные женщины должны рожать в родовспомогательных учреждениях, имеющих врача акушера-гинеколога. Из-за высокой частоты травм родовых путей у алтаек необходимо более тщательно учитывать показания к абдоминальному родоразрешению, применять перинео-томию и эпизиотомию при угрозе разрыва тканей промежности в родах.



2. Принимая во внимание высокую частоту мертворожденности и врожденных пороков развития - необходимо скрининговое ультразвуковое исследование всех беременных до 22 недель с целью выявления врожденных пороков развития, это даст возможность своевременно прервать беременность плодом с ВПР. Все мертворожденные должны подвергаться патологоанатомическому исследованию. Целесообразно все супружеские пары направлять на медико-генетическое консультирование.

3. Имеющаяся гинекологическая и сопутствующая патология как результат этнических особенностей, условий проживания, климато-географических особенностей диктуют необходимость активной диспансеризации женского населения с обязательными ежегодными профилактическими осмотрами акушером-гинекологом.

4. Внедрение современных методов планирования семьи требует тщательного учета показаний и противопоказаний к применению ВМК, не нужно превышать использование более пяти лет. Шире использовать гормональные контрацептивы.

5. Учитывая высокую распространенность воспалительных заболеваний гениталий, необходимо лечить острый эндометрит и сальпинго-офорит только в условиях стационара, применять адекватную антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры, с обязательным удалением ВМК, с применением физиолечения и рассасывающих средств, эубиотиков. Женщины с хроническими воспалительными заболеваниями малого таза подлежат обязательному диспансерному наблюдению.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов М.К., Каспарова А.Э., Абдурахманов Ф.М. Влияние профессионального контакта с пестицидами на функцию фетоплацентарной системы // Акушерство и гинекология. - 1993. - № 1. - С. 46-49.
2. Абдушукурова Х.М. О состоянии гинекологической заболеваемости и путях ее снижения в Таджикской ССР (по данным проф-осмотров) // Здравоохранение Таджикистана. - 1972. - № 3. - С. 48-52.
3. Абрамченко В.В. Активное ведение родов: Рук-во для врачей. - СПб.: «Специальная литература», 1996. - 668 с.
4. Абрамченко В.В. Пути снижения абдоминального родоразрешения // Журнал акушерства и женских болезней. - 2000. - Вып. 3. - С. 89-90.
5. Авцын А.П., Жаворонков А.А. Основные вопросы географической патологии Восточной Сибири // Медико - географическое районирование и прогнозирование здоровья популяций. - Новосибирск: Наука, 1981. - С. 114-123.
6. Акматкулова Д.А., Федорова Л.П., Молдобаева М.С. Эндемическое увеличение щитовидной железы, ожирение и сахарный диабет у жителей горных районов Центрального Тянь-Шаня // Эндемический зоб: Сб. науч. тр. - Фрунзе, 1985. - Т. 154. - С. 55-61.
7. Акушерско-гинекологическая помощь: Руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН проф. В.И. Кулакова. - М.: МЕДпресс, 2000. - 512 с.
8. Алехнович М.В. Об эффективности деятельности смотровых кабинетов сельских участковых больниц // Здравоохранение Белоруссии. - 1974. - № 11 - С. 53-54.
9. Алехнович М.В. Гинекологическая заболеваемость женщин старших возрастов // Советское здравоохранение. - 1976. - № 12. - С. 36-39.
10. Алимбекова О.А., Калиева Л.К., Айгырбаева А.Н. Гинеколо-

гические заболевания у сельских жительниц Казахстана // Акушерство и гинекология. - 1991. - № 6. - С. 56-58.

11. Антропова В.Г. Социально-гигиенические аспекты гинеко-логических заболеваний // Гигиена и санитария. - 1975. - № 11. - С. 56-60.

12. Базанов Н.В. Из истории организации диспансерного наблюдения в стране // Здоровоохранение Российской Федерации. - 1972. - № 2. - С. 37-39.

13. Бартольд В.В. Сочинения. - М.: Восточная литература, 1963. - Т.2. - 1020 с.

14. Безнощенко Г.Б., Кравченко Е.Н. Прогнозирование исхода родов при преждевременном излитии околоплодных вод // Медико-социальные аспекты перинатологии и современные технологии родоразрешения: Сб. науч. тр. - Челябинск, 1992. - С. 47.

15. Белекова Р.Б. Функциональное состояние щитовидной железы у жителей низкогорья, среднегорья и высокогорья Тянь-Шаня и Памира: выводы и практические рекомендации // Эндемический зоб: Сб. науч. тр. - Фрунзе, 1985. - Т. 154. - С. 20-33.

16. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. -М.: Медицина, 1991. - С. 8-9.

17. Бободжанов Ю.Р. Изменения периферической крови людей в условиях высокогорья Восточного Памира как показатель адаптации кроветворного аппарата // Материалы 2-го съезда терапевтов Таджикистана. - Душанбе, 1980. - С. 40-41.

18. Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. - М.: Медицина, 1978. - 320 с.

19. Боров И.И., Савиных В.Н., Семке Т.И. и др. Гинекологическая заболеваемость работниц основных цехов Барнаульского шинного комбината // Избранные вопросы акушерства и гинекологии: Сб. науч. тр. - Новокузнецк, 1972. - Т.7. - С. 332-335.

20. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - М.: Медицина, 1989. - С. 3-10.
21. Вальвачев Н.И., Римжа М.И. Статистический метод в медицинской практике с применением микроЭВМ и персональных компьютеров. - Минск: «Беларусь», 1989. - 112 с.
22. Васильева И.А. Гинекологическая заболеваемость работниц вискозного производства и методы профилактики // Гигиена труда. - Вып. 10. - 1974. - С. 179-181.
23. Васильева Л.П. Опыт лечения опущений и выпадений женских половых органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев, 1975. - 23 с.
24. Вердеревская И.С., Макаров Г.И. Некоторые итоги профосмотров работниц промышленных предприятий г. Рязани // Некоторые вопросы акушерско-гинекологической практики: Сб. научн. тр. - Рязань, 1970. - Т. 38. - С. 103-106.
25. Вихляева Е.М., Паллади Г.А. Патогенез, клиника и лечение миом матки. - Кишинев: «Штиинца», 1982. - 300 с.
26. Вихляева Е.М., Ходжаева З.С., Фанченко Н.Д. Клинико-генеалогическое изучение семейной предрасположенности к заболеванию миомой матки // Акушерство и гинекология. - 1998. - № 1. - С. 27-30.
27. Вишневский А.А., Ворожба Н.В., Миловидова Н.В. Влияние условий труда на специфические функции женщин, занятых в производстве кремнийорганических соединений // Некоторые вопросы гигиены и профпатологии Сибири: Сб. науч. тр. - М., 1974. - С. 62-68.
28. Вопросы охраны репродуктивного здоровья в решениях коллегии Минздрава РФ 2002 г. // Акушерство и гинекология. - 2003. - № 4. - С. 63-64.

29. Ворожба Н.В. Анализ данных гинекологического обследования строительниц Братской ГЭС // Особенности клинического течения беременности, родов и некоторых гинекологических заболеваний по материалам Восточной Сибири и Крайнего Севера: Сб. науч. тр. - Иркутск, 1973. - С. 96-98.
30. Гаджиев З.М. К вопросу о выявлении гинекологических и онкологических больных путем профосмотров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Баку, 1971. - 19 с.
31. Генетика в акушерстве и гинекологии: Пер. с англ. / Дж.Л. Симпсон, М.С. Глобус, Э.О. Мартин. - М.: Медицина, 1989. - С.172-178.
32. Гидрография Западной Сибири / Я.И. Марусенко, А.А. Земцов, Л.П. Семлянская и др. - Томск, 1961. - Т.1. - С.170.
33. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. / Под. ред. Е.Е. Бузикашвили, Д.В. Самойлова. - М.: Практика, 1998. - 459 с.
34. Глебова Н.Н., Вехновский В.О. Лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия у женщин с опущением и выпадением стенок влагалища и матки // Диагностика и реконструктивно-хирургические методы лечения заболеваний репродуктивной системы женщины: Сб. науч. тр. - М., 1988. - С. 58-62.
35. Глотов Н.В. Популяция как естественно- историческая структура // Генетика и эволюция природных популяций. - Махачкала, 1975. - Вып.1. - С. 17-25.
36. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1996 году // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - № 4. - С.3-21.
37. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году // Здравоохранение Российской Федерации. - 2004. - № 2. - С.3-23.

38. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Рук - во для врачей. - СПб.: Фолиант, 1998. - С. 35.
39. Дедов И.И., Свириденко И.Ю. Стратегия ликвидации иод-дефицитных заболеваний в Российской Федерации // Проблемы эндокринологии. - 2001. - № 6. - С. 3-12.
40. Диагностический справочник терапевта: Клинические симптомы, программы обследования больных, интерпретация данных / А.А. Чиркин, А.Н. О कोरोков, И.И. Гончарик. - Мн.: Беларусь, 1993. - 688 с.
41. Джангишиев Н.Х. Заболеваемость в Дагестане (на примере одного района) // Здравоохранение Российской Федерации. - 1975. - № 3. - С.25-28.
42. Догадин С.С., Ноздрачев К.Т., Смирнова Н.П. и др. Гормональные и метаболические особенности ожирения у коренных народов Севера Сибири // Проблемы эндокринологии. - 1999. - № 6. - С. 21-23.
43. Догле Н.В., Яковлева Т.П. Влияние бытовых, семейных и профессиональных факторов на гинекологическую заболеваемость // Здравоохранение Российской Федерации. - 1974. - № 12 - С. 22-27.
44. Дранишников А.Н., Лотош Е.А., Лузина Ф.А. Влияние популяционной среды на распространенность наследственных болезней у сельского населения Горного Алтая // Комплексные гигиенические исследования здоровья населения Сибири: Тез. региональной конф. - Барнаул, 1986. - С. 44-45.
45. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническая гинекология: в 2-х т. - Мн.: Выш. шк., 1999. - Т.2. - С. 69.
46. Ермакова В.Г., Егорова А.Т., Олмедова О.Л. Гинекологическая заболеваемость женщин, работающих на предприятиях главнефтеснаба Красноярска // Влияние климатических факторов северных широт Красноярского Края на специфические функции женского организма: Сб. науч. тр. под ред. проф. И.И. Усопкина. - Красноярск, 1979. - С. 88-90.

47. Жакашов Н.Ж. Здоровье сельских женщин в условиях врачебных амбулаторий // Гигиена труда и состояние здоровья работников промышленных предприятий и сельского хозяйства Казахстана: Сб. науч. тр. - Алма-Ата, 1989. - С. 173-177.

48. Жаркинов Е.Ж., Сасырбаева Х.С., Тотанов Ж.С. и др. Некоторые итоги изучения условий труда и заболеваемости женщин, занятых в отгонном скотоводстве // Гигиена труда и состояние здоровья работников промышленных предприятий и сельского хозяйства Казахстана: Сб. науч. тр. - Алма-Ата, 1989. - С. 160-166.

49. Журавлева К. И. Статистика в здравоохранении. -М.: Медицина, 1981. - С. 50.

50. Заболеваемость детей в регионах Сибири / Под общей ред. академика РАМН В.А. Труфакина, Б.П. Маштакова. - Новосибирск, 1997. - С. 61-64.

51. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2001 г. // Здравоохранение Российской Федерации. -2003. - № 1. - С. 36-54.

52. Индербиев М.Т. Социально-гигиеническая характеристика аборт-тов в Чечено-Ингушской АССР // Здравоохранение Российской Федерации, 1975. - № 5. - С. 24-26.

53. Калжеков Т.К. Общая заболеваемость сельских жителей Казахской ССР (по материалам выборочного комплексного изучения) // Итоги комплексного изучения здоровья населения в 1969-71 гг.: Материалы Всесоюзной конференции. - М., 1978. - С. 40-46.

54. Калюжный И.Т. Эндемический зоб в прошлом и теперь: распространение, клиника и течение в горных условиях и рекомендации ВОЗ по борьбе с эндемическим зобом // Эндемический зоб: Сб. науч. тр. - Фрунзе, 1985. - Т.154. - С. 5-20.



55. Килимник А.М., Маметова У.Э.С., Невейко Т.А. и др. Менструальная функция и гинекологическая заболеваемость женщин - животноводов некоторых хозяйств Краснодарского края (сообщение 1) // Гигиена труда животноводов: Сб. науч. тр. Кубанского мед. ин-та под ред. С.Х. Николова. - Краснодар, 1976. - С. 121-125.
56. Климактерический синдром / В.П. Сметник, Н.М. Ткаченко, Г.А. Глезер и др. - М.: Медицина, 1988. - С.13-15.
57. Колбаско А.В. Этническая офтальмопатология населения Республики Алтай: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М, 2000. - 20 с.
58. Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Оптимизация кесарева сечения // Акушерство и гинекология. - 2000. - № 1. - С. 17-18.
59. Корчилава М.А. Гинекологическая заболеваемость у работниц рыбного промысла Дагестанской ССР и пути ее снижения // Акушерство и гинекология. - 1973. - № 10. - С. 78-79.
60. Краснопольский В.И., Логунова Л.С. Альтернативное родоразрешение при наличии относительных показаний к кесареву сечению // Журнал акушерства и женских болезней. - 2000. - Вып. 1. - С. 88-94.
61. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки. - М.: «МЕДпресс», 1999. - 240 с.
62. Крымская М.Л. Климактерический период. - М.: Медицина, 1989. - С. 64.
63. Куандыков Е.У., Бекембаева Г.Р., Колесова Т.Н. и др. Частота и структура ВПР // Здравоохранение Казахстана. - 1988. - № 12. - С. 6-8.
64. Кузнецова Л.С. Влияние производственных факторов суперфосфатного производства на состояние женских половых органов работниц // Гигиена труда и профзаболеваний. - 1969. - № 5. - С. 21-25.
65. Кулаков В.И., Прошина И.В. Экстренное родоразрешение. - М.: Медицина, 1994. - 272 с.
66. Кулакова Г.А., Шонина Н.К., Зиятдинов И.Г. и др. О причинах

гипогалактии у // Казанский медицинский журнал. - 1991. - № 2. - С. 118-121.

67. Лаврентьева Л.А. Методика обследования и лечения гинекологических больных в условиях сельского района с широким использованием цитологических исследований // Акушерство и гинекология. - 1969. - № 3. - С. 48-51.

68. Лебедева И.В. Заболеваемость сельского населения Южно-Уральского экономического района // Здравоохранение Российской Федерации. - 1988. - № 7. - С. 26-29.

69. Лотош Е.А., Колбаско А.В., Лузина Ф.А. Популяционное медико-генетическое изучение коренного населения Горного Алтая // Социально-экономические аспекты развития Алтайского края и здоровье трудящихся: Тез. докл. науч. - практ. конф. - Барнаул, 1981. - С. 43-50.

70. Лузина Ф.А., Каркавин В.Н., Лотош Е.А. Оценка уровня инбридинга коренного населения Горного Алтая методом изонимии // Комплексные гигиенические исследования в районах интенсивного промышленного освоения: Тез. докладов Всесоюзной науч. конф. - Новокузнецк, 1982. - С. 83-84.

71. Малышева З.В. Гинекологическая заболеваемость работниц шелкоткацкой промышленности и мероприятия по ее предупреждению и снижению (на опыте двух шелкоткацких комбинатов г. Москвы - им. Щербакова и «Красная Роза»): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М, 1968. - 18 с.

72. Мальгин М.А. Биогеохимия микроэлементов в Горном Алтае. - Новосибирск: Наука, 1978. - 272 с.

73. Мандельштам А.Э. Об опущении и выпадении влагалища // Акушерство и гинекология. - 1974. - № 6. - С. 52-56.

74. Мандельштам А.Э. Семиотика и диагностика женских болезней. - Ленинград: «Медицина», 1976 - С. 170.

75. Мануилова И.А., Укыбасова Т.М., Сперанская Н.В. Особенности лактации и секреции пролактина у женщин после нормальных родов // Вопросы охраны материнства и детства. - 1989. - № 4. - С. 43-46.

76. Медведева А.А. Опыт изучения состояния здоровья животноводов // Гигиена труда животноводов: Сб. науч. тр. Кубанского мед. ин-та под ред. С.Х. Николова. - Краснодар, 1976. - С. 107-110.

77. Медик В.А. Показатели комплексной оценки здоровья сельского населения Новгородской области // Советское здравоохранение. - 1991. - № 1. - С. 31-36.

78. Мельникова М.М., Шафер М.М., Горикова Г.П. и др. Влияние различных видов сельскохозяйственного производства на гинеко-логическую заболеваемость // Вопросы организации медицинской помощи женщинам и детям в сельской местности: Сб. науч. тр. - М., 1976.- С.78-83.

79. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика (пособие для врачей). - М.: Медицина, 1974. - С.203.

80. Морозов Т.К, Котов А.А., Павлова Т.Г. и др. Условия труда в современном эмалировочном производстве и влияние их на организм женщин // Избранные вопросы акушерства и гинекологии: Сб. науч. тр. - Новокузнецк, 1972. - Т.7. - С. 339-342.

81. Муратова Р.М. Роль комплексных медицинских осмотров в профилактике заболеваний работниц сельскохозяйственного производства // Здравоохранение Российской Федерации. - 1987. - № 5. - С. 20-23.

82. Муталходжаева М.Х. Заболеваемость городского женского населения болезнями женских половых органов // Мед. журнал Узбекистана. - 1973. - № 11. - С. 61-64.

83. Неотложное акушерство: Руководство для врачей / Под ред. Г.К. Степанковской, Б.М. Венцовского. - Киев: Здоров'я, 1994. - 384 с.

84. Николов С.Х., Хачатурян Г.А., Захаркина Г.Г. О состоянии здоровья животноводов // Гигиена труда животноводов: Сб. науч. тр. Кубанского мед. ин-та под ред. С.Х. Николова. - Краснодар, 1976. - С.74-8

85. Новиков Б.Н. Основные показатели работы акушерско-гинекологической службы Санкт-Петербурга за 1999 год // Журнал акушерства и женских болезней. - 2000. - Вып. 3. - С. 89-90.

86. Новикова З.В. Узкий таз в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. - 1979. - № 6. - С. 3-5.

87. Нуруева З.А. Частота и структура ВПР (врожденных пороков развития) у детей раннего возраста // Здравоохранение Киргизии. - 1989. - № 2. - С. 43-44.

88. Оленов Ю.М. О роли пространственной изоляции в видо-образовании // Успехи современной биологии, 1959. - Т.48. - № 3. - С. 329-342.

89. Олефир А.И., Орловская Э.П. Гигиенические аспекты воздействия биологических факторов в современном животноводстве // Гигиена труда. - 1981. - № 1. - С. 12-15.

90. Олиферко Н.Ф. Частота и степень смещения женских половых органов в зависимости от возраста больных // Здравоохранение Белоруссии. - 1976. - № 2. - С. 32-33.

91. Осокина И.В., Манчук В.Т. Состояние зубной эндемии в Республике Тыва // Проблемы эндокринологии. - 1999. - № 4. - С. 24-27.

92. Паллади Г.А., Штемберг М.И. Современные показания к абдоминальному кесареву сечению // Акушерство и гинекология. - 1980. - № 11. - С. 13-15.

93. Паллади Г.А., Штемберг М.И., Самойлова О.Г. Эпидемиологические аспекты гинекологических заболеваний в Молдавской ССР. - Кишинев: «Штиинца», 1988. - 213 с.

94. Переверзев С.А., Новикова И.В., Мешкинов А.К. и др. Особенности состояния здоровья и организации медицинской помощи населению Республики Алтай // Вестник Межрегиональной Ассоциации «Здравоохранение Сибири». - 1998. - № 3. - С. 17-23.

95. Перфильева Г.Н., Савиных В.Н., Цибизова С.А. Функции яичников при нарушении менструального цикла у работниц шинного комбината // Избранные вопросы акушерства и гинекологии: Сб. науч. тр. - Новокузнецк, 1972. - Т.7. - С. 335-338.

96. Петров, Н.Н. Профилактика злокачественных новообразований // Злокачественные опухоли. - Л., 1948. - С. 33-48.

97. Петров, П.П. Комплексные углубленные медосмотры как метод получения данных об «исчерпанной» заболеваемости городского населения // Здравоохранение Казахстана. - 1971. - № 7. - С. 6-10.

98. Петров Ю.А., Рымашевский Н.В., Павлова А.П. Воспалительные заболевания органов малого таза при внутриматочной контрацепции (лит. обзор) // Вопросы охраны материнства и детства. - 1990. - № 11. - С. 57-59.

99. Побединский Н.М., Чернуха Е.А., Новикова З.В. Течение и исход родов при поперечно - суженном тазе // Акушерство и гинекология. - 1981. - № 5. - С. 39-42.

100. Поддубная Г.В. Материалы о заболеваемости женщин дето-родного возраста г. Иркутска // Здравоохранение Российской Федерации. - 1976. - № 11. - С. 16-18.

101. Попов А.А. Медико-демографические и социально-гигиенические причины и факторы искусственных абортов (обзор литературы) // Здравоохранение Российской Федерации. - 1980. - № 9. - С. 27-31.

102. Потапов Л.П. Этнический состав и происхождение алтайцев (историко-этнографический очерк). - Л.: Наука, 1969. - 196с.

103. Прокудина З.И., Шарабарин Н.И., Жеребцов Э.С. и др. О сохранении естественного вскармливания // Вопросы охраны материнства и детства. - 1984. - № 4. - С. 71.

104. Резник Б.Я., Минков И.П. К вопросу о распространенности ВПР // Советское здравоохранение. - 1990. - № 1. - С. 41-43.

105. Репродуктивная функция женщин, работающих на химическом производстве // В.И. Алипов, Н.И. Бескровная, Н.Г. Кошелева и др.. -М.: Медицина, 1984. - С. 3-10.

106. Репродуктивная эндокринология: Пер. с англ. / Под. ред. С.С. Йена, Р.Б. Джаффа. -М.: Медицина, 1998. - Т. 1. - С. 423.

107. Рогозин И.А., Супрутская Г.Г. Хирургическое лечение опущений женских половых органов // Диагностика и реконструктивно-хирургические методы лечения заболеваний репродуктивной системы женщины: Сб. науч. тр. - М., 1988. - С. 77-79.

108. Роткина И.Е. Неоперативная урогинекология. - Новокузнецк, 1995. - С. 41-42.

109. Рымашевский В.К. Результаты массовых гинекологических профосмотров женщин на Северо-Кавказской железной дороге в 1959-65 гг. // Актуальные вопросы эндокринологической и онкологической гинекологии: Сб. научн. тр. - Ростов- на Дону, 1968. - С. 277-282.

110. Рюмина Г.Я., Леонтьева Л.А. Комплексное исследование гинекологической заболеваемости по данным трех городов // Здравоохранение Российской Федерации. - 1977. - № 12. - С. 28-32.

111. Сагаченко В.С., Шаповал А.С. Снижение гинекологической заболеваемости среди работниц цеха столовых приборов // Вопросы теоретической и клинической медицины: Материалы итоговой науч. конф. института. - Запорожье, 1970. - С. 72-74.

112. Сай С.Ю. Менструальная функция у животноводов и растение-водов // Гигиена труда. - Киев, 1981. - Вып.17. - С. 96-100.

113. Самойлова Г.С. Ландшафтная структура физико-географических регионов Горного Алтая // Вопросы географии. Ландшафтоведение: теория и практика под ред. С.А. Ковалева: Сб. науч. тр. МФГО СССР № 121. - М.: Мысль, 1982. – С. 155-164.

114. Сметник В.П., Тумилович Л.Р. Неоперативная гинекология: Рук-во для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 1997. - С. 242.

115. Соболев, Р.Е. Влияние основных профвредностей в производстве железобетона на специфические функции и заболевания женской половой системы (клинико-экспериментальные исследования): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ставрополь, 1969. - 20 с.

116. Сольский Я.П., Иванюта Л.И. Воспалительные заболевания женских половых органов. - Киев, 1975. - С. 87.

117. Спектор М.Д., Лельчук П.Я., Панков А.Н. и др. Заболеваемость работающего контингента женщин г. Новошахтинска за 1965-66 гг. // Актуальные вопросы эндокринологической и онкологической гинекологии: Сб. научн. тр. - Ростов- на Дону, 1968. - С. 294-297.

118. Спектор М.Д., Лельчук П.Я., Панков А.Н. и др. Результаты массовых профосмотров и оздоровительных мероприятий среди женского населения г. Новошахтинска за 3 года 7 месяцев // Актуальные вопросы эндокринологической и онкологической гинекологии: Сб. научн. тр. - Ростов- на Дону, 1968. - С. 288-293.

119. Ставицкая А.Б., Арон Д.И. Методика исследования физического развития детей и подростков. - М.: Медицина, 1959. - С. 74.

120. Статистические материалы // Здоровоохранение Российской Федерации. - 1997. - № 4. - С. 3-23.

121. Статистические материалы // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2001. - № 5. - С. 34-38.

122. Статистические материалы // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2004. - № 1. - С. 3-18.

123. Степанова Р.Н. Пренатальная технология профилактики преждевременных родов и ранней неонатальной смертности // Журнал акушерства и женских болезней. - 2000. - Вып 3. - С. 28-29.

124. Стефановская О.А., Макатова В.А. Гинекологическая заболеваемость женщин, проживающих в сельской местности // Здоровоохранение и здоровье сельского населения: Сб. науч. тр. -Алма-Ата, 1987. - С. 108-110.

125. Суханова В.А., Петровская Р.С., Мельникова Н.В. и др. Влияние условий труда на состояние здоровья женщин-работниц нефте-химического производства // Гигиена производственной и бытовой среды, охрана здоровья рабочих в нефтедобывающей и нефтегазовой промышленности: Сб. науч. тр. - М., 1983. - С. 43-47.

126. Тамбовцева В.И., Фомина О.П. Современные проблемы грудного вскармливания // Советская педиатрия. - Вып.7. - М., Медицина, 1989. - С. 239-251.

127. Тератология человека: Руководство для врачей / Под. ред. Г.И. Лазюка. - М.: Медицина, 1991. - 480 с.

128. Токторбаева С. Менструальная, детородная функции и гинекологическая заболеваемость женщин, проживающих в условиях горного климата Киргизии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Фрунзе, 1974. - 17 с.

129. Уварова Е.В., Вихляева Е.М. Восстановительное лечение и реабилитация больных миомой матки переходного возраста после операции // Акушерство и гинекология. - 1982. - № 6. - С. 26.

130. Укыбасова Т.М. Роль искусственных абортов в регулировании длительности интервалов между рожденьями детей // Факторы риска акушерской и гинекологической патологии: Сб. науч. тр. - Алма-Ата, 1988. - С. 135-141.



131. И.И. Усоскин, В.А. Вакаров, Р.Т. Полянская и др. Об эпидемиологии фибромиом матки в Красноярском Крае // Влияние климатических факторов северных широт Красноярского Края на специфические функции женского организма: Сб. научн. тр. под ред. проф. И.И. Усоскина. - Красноярск, 1979. - С. 78-79.
132. Ушакова Г.А., Ёлгина С.И. Репродуктивное здоровье детей и подростков: (Методическое пособие). - Кемерово, 1996. - 121 с.
133. Фролова О.Т. Проблема аборта и контрацепции у женщин групп социального риска // «Право на репродуктивный выбор. Безопасный аборт и контрацепция»: Третья Российская конф. по планированию семьи.: Материалы конф. - М., 1996. - С. 55-59.
134. Хабаров С.В. Гинекологическая заболеваемость у сельских жительниц: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М, 1997. - 22 с.
135. Хейфец С.Н., Аграновская Б.А. Гинекологическая заболеваемость работниц основных профессий вискозного производства // Избранные вопросы акушерства и гинекологии: Сб. науч. тр. - Новокузнецк, 1972. - Т.7. - С. 327-331.
136. Ходжаева З.С. О так называемых семейных формах миом матки // Акушерство и гинекология. - 1995. - № 2. - С. 14-16.
137. Цапко В.Г., Аграновская В.А. Проблемы гигиенических исследований в животноводстве // Гигиена и санитария. - 1986. - № 2. - С. 30-33.
138. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М.: Медицина, 1991. - С. 284.
139. Шапранова Э.В., Украинцева А.В., Левкович К.К. Течение беременности и родов у аборигенок Таймырского национального округа // Адаптация человека на Крайнем Севере: Сб. науч. тр. - Красноярск, 1976. - С. 71-76.
140. Швецов С.П. Горный Алтай и его население. - Барнаул, 1900. - Вып.1. - С. 21-36.

141. Шнейдерман Н.А., Проказова Н.Ю., Сандлер М.В. О формах и методах профилактики искусственных абортсв // Здравоохранение Российской Федерации. - 1987. - № 6. - С. 14-18.

142. Шустрова К.С., Григорьев В.Ф., Дорофеева Е.В. Гинекологическая заболеваемость у работниц Некрасовского АПК // Комплексные исследования здоровья сельского населения Сибири: Тез. докладов конф. -Барнаул, 1986. - С. 180-181.

143. Яковлев Ю.Г., Негерев И.А., Федорова Н.Н. Социально - гигиенические аспекты гинекологической заболеваемости работниц промышленных предприятий // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 4. -С. 64-65.

144. Amin R. Contraceptive use and desire for more children in two rural districts of Sierra-Leone // Journal of Biosocial Science.-1998.- Vol.30, № 3. - P.287-296.

145. Ayatollahi S.M.T., Dowlatabadi E., Ayatollahi S.A.R. Age of menarche and its correlates in Shiraz, Southern Iran // Iranian Journal of Medical Science. - 1999. - Vol.24, № 1&2.- P.120-126.

146. Bella N. Fertility in Cameroon: rates and trends // Population.-1995.- Vol.50, № 19.- P.35-60.

147. Benyshek D.C., Martin J.F., Johnstone C.S. A reconsideration of the origins of the type 2 diabetes epidemic among Native Americans and the implications for intervention policy // Med. Anthropol. - 2001. - Vol.20 (1). - P.25-64.

148. Campbell A. Type 2 diabetes and children in Aboriginal communities: the array of factors that shape health and access to health care // Health Law J. - 2002. - Vol.10. - P. 147-168.

149. Coory M.D., Fagan P.S., Muller J.M. Participation in cervical cancer screening by women in rural and remote Aboriginal and Torres Strait Islander communities in Queensland // Med. J. Aust. - 2002.- Vol.177 (10). - P. 544-547.

150. Dang A. Differentials in contraceptive use and method choice in Vietnam // *International Family Planning Perspectives* .- 1995. - Vol.21, № 1. - P.2-5.
151. Diabetes among young American Indians - Montana and Wyoming, 2001 - 2002 // *MMWR Morb. Mortal Weekly Rep.* - 2003. - Vol 52 (46). - P.1127-1129.
152. Eveleth P.B., Tanner J.H. *Worldwide variation in human growth.*- Cambridge, 1976. - P. 213-219.
153. Flint, M. *Cross cultural factors that affect age of menopause // Consensus of menopause research.*- Lancaster: MTP Press, 1976. - P.73-83.
154. Gracey M. Maternal health, breast-feeding and infant nutrition in Australian aborigines // *Acta Paediatr. Jpn.* - 1999. - Vol 31 (4). - P.377-380.
155. Health status of American Indians compared with other social / ethnic minority populations - selected states, 2001 - 2002 // *MMWR Morb. Mortal Weekly Rep.* - 2003. - Vol 52 (47). - P.1148-1152.
156. Johnes R. K., Darrock J.E., Henshaw S. K. Patients in the socioeconomic characteristics of women obtaining abortion in 2000-2001 // *Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* - 2002. - Vol.34 (5). - P.226-235.
157. Johnstone S.L. Menopause of Blackfeet women - a life span perspective // *Coll. Anthropol.* - 2003. - Vol.27 (1). - P.57-66.
158. Kazerooni T., Taley A. R., Sagedhi-Hassanabadi A. Reproductive behavior in women in Shiraz, Republic of Iran // *Eastern Mediterranean Health Journal.* - 1999. - Vol.6 (2/3). - P.517-521.
159. Kildea S., Bowden F.J. Reproductive health, infertility and sexually transmitted infections in indigenous women in a remote community in the Northern Territory // *Aust. NZ J. Public Health.* - 2000. - Vol. 24 (4). - P.382-386.
160. Klufio C.A., Amoa A.B., Kariwige G. A survey of Papue New Guinean parturients at the Port Moresby General Hospital: family planning // *Journal of Biosocial Science.*-1995. - Vol. 27, № 1. - P.8-11.

161. Laara E., Day N. E., Nakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organized programmes // *Lancet*. - 1987. - № 8544. - P.1247-1249.
162. Lawton B., Reid P., Cormack D. Maori women and menopause // *Pac. Health Dialog*. - 2001. - Vol. 8 (1). - P.163-165.
163. Majumdar B.B, Chambers T.L., Roberts J. Community - based, culturally sensitive HIV / AIDS education for aboriginal adolescents: implications for nursing practice // *J. Transcult. Nurs.* - 2004. - Vol. 15 (1). - P.69-73.
164. Onnoha N.C., Timaeus J. M. Has a fertility transition begun in West Africa? // *Journal of International Development*.-1995. - Vol. 7, № 1. - P.93-116.
165. Orians C.E., Erb J., Kenyon K.L. Public education strategies for delivering breast and cervical cancer screening in American Indian and Alaska Native populations // *J. Public Health. Manag. Pract.* - 2004. - Vol 10 (1). - P.46-51.
166. Pegler J., De Bruyn L., Burrows N.K. Sharing a vision of hope for diabetes care among American Indians and Alaska Native communities // *J. Public Health. Manag. Pract.* - 2003. - Suppl. - P.26-29.
167. Persson J., Wolner-Hanssen P., Rydhstroem H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population based study // *Obstetrics and Gynecology*.- 2000.- Vol. 96, № 3. - P.440-455.
168. Peterson L. S. Contraceptive use in the United States: 1982-90. Advanced data from Vital and Health Statistics.- National Center for Health Statistics [NCHS]: Hyattsville, Maryland.- 1995.- No 260.- P.16.
169. Reading J., Nowgesic E. Improving the health of future generation: the Canadian Institutes of Health Research, Institute of Aboriginal People's Health // *Am. J. Public Health*. - 2002. - Vol 92 (9). - P.1396-1340.
170. Reading J. The Canadian Institutes of Health Research, Institute of Aboriginal People's Health: a global model and national network for Aboriginal Health research excellence // *Can. J. Public Health*. - 2003. - Vol 94 (3). - P.185-189.

171. Roberts D.F., Danekin M.J., Chinn S. Menarcheal age in Northumberland // *Acta Paediatr. Scand.*- 1975.- № 6. - P. 845-852.
172. Rowley K.G., O'Dea K. Diabetes in Australian and Torres Strait Islander peoples // *DNG Med. J.* - 2001.- Vol.44 (3-4). - P. 164-170.
173. Saar E., Stalev C., Sod-Moriah V.A. Age of menarche: The influence of environmental condition // *Int. J. Biometeorol.*- 1988. - Vol 32. - P.33-35.
174. Sampsel C.M., Miller J.M., Mims B.L. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence three during pregnancy and after birth // *Obstetrics and Gynecology.*- 1998. - Vol.91, № 3. - P.406-412.
175. Sathar Z.A., Casterline J.B. The onset of fertility transition in Pakistan // *Population and Development Review.* -1998. - Vol.24, № 4. - P.773-796.
176. St. George I. M., Williams S., Silva P.A. Body size and the menarche: the Dunedin Study // *Journal of adolescent health.*- 1996.- 15 (7).- P.573-576.
177. Sustersic O., Kralj B. The influence of obesity, constitution and physical work on the phenomenon of urinary incontinence in women // *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Disfunct.*- 1998.- Vol.9, № 3. - P.140-144.
178. Teskin L. Major barriers to breastfeeding: Education and urbanization. // *The Turkish journal of population studies.*- 1998.- Vol.20. - P.31-41.
179. Walsh B.W. Menopause // *Kistner's gynecology.* - Baltimore: Williams and Wilkins Incorporated, 1995. - P.408-431.
180. Wilson P.D., Herbison R.M., Herbison G.P. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery // *Br. J. Obstet.Gynecol.*- 2000.- Vol.103, № 2. - P.154-161.
181. Whincup P.H., Gilg J. A., Odoki K., Taylor S.J.C., Cook D.G. Age of menarche in contemporary British teenagers: survey of girls born between 1982 and 1986 // *BMJ.*-2001.- Vol.322. - P.1095-1096.
182. Young T.K. Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs // *BMJ.* - 2003. - Vol. - 327 (7412). - P. 419-422.



## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица 47

Распространенность гинекологической патологии у женщин  
коренного сельского населения Республики Алтай – алтаек  
в зависимости от возраста (на 1000 женщин)

Нозо- логия	10-14 n=41	15-19 n=16	20-29 n=117	30-39 n=145	40-49 n=146	50-59 n=27	60-69 n=15	70 и старше n=8	Всего n=515
N 70.1		1 / 62,50	26 / 222,22	30 / 206,90	15 / 102,74	2 / 74,07			74 / 143,69
N 71.1		1 / 62,50	23 / 196,58	27 / 186,21	15 / 102,74	2 / 74,07			68 / 132,04
N 72			28 / 239,32	10 / 68,96	13 / 89,04	1 / 37,04			52 / 100,97
N 76.1			23 / 196,58	17 / 117,24	24 / 164,38	3 / 111,11			67 / 130,10
N 76.3	1 / 24,39								1 / 1,94
N 80			4 / 34,19	2 / 13,79					6 / 11,65
N 81			3 / 25,64	17 / 117,24	50 / 342,46	8 / 296,30	6 / 400,00	2 / 250,00	86 / 166,00
N 84.1					5 / 34,25	1 / 37,04			6 / 11,65
N 86			15 / 128,20	22 / 151,24	7 / 47,94				44 / 85,44
N 90.4					1 / 6,85				1 / 1,94
N 91.3			2 / 17,09	1 / 6,90					3 / 5,82
N 91.4				3 / 20,69					3 / 5,82
N 92			2 / 17,09		1 / 6,85				3 / 5,82
N 94.3					1 / 6,85				1 / 1,94
N 95						1 / 37,04			1 / 1,94
N 95.1					2 / 13,70	1 / 37,04			3 / 5,82

N 95.3						1 / 37,04			1 / 1,94
N 96			1 / 8,55		1 / 6,85				2 / 3,88
N 97			9 / 76,92	8 / 55,17	2 / 13,70				19 / 36,89
N 99.4			3 / 25,64	2 / 13,79	3 / 20,55	1 / 37,04			9 / 17,47
D 25				3 / 20,69	17 / 116,44	3 / 111,11			23 / 44,66
A 56.0					1 / 6,85				1 / 1,94
A 59.0			1 / 8,55	3 / 20,69	5 / 34,25				9 / 17,47
B 37.3			1 / 8,55	2 / 13,79	3 / 20,55				6 / 11,65
L 58.1								1 / 125,00	1 / 1,94
L 68.9	1 / 24,39	1 / 62,50							2 / 3,88
Q 51			1 / 8,55						1 / 1,94
Все нозо- логии	2 / 48,78	3 / 187,50	142 / 1213,67	147 / 1013,79	166 / 1136,99	24 / 888,89	6 / 400,00	3 / 375,00	493 / 957,28

Примечание: верхняя строка - абсолютные числа, нижняя - ‰.

Коды МКБ X:

- N 70.1 - Хронический сальпингит и оофорит
- N 71.1 - Хроническая воспалительная болезнь матки
- N 72 - Воспалительная болезнь шейки матки
- N 76.1 - Подострый и хронический вагинит
- N 76.3 - Подострый и хронический вульвит
- N 80 - Эндометриоз
- N 81 - Выпадения женских половых органов
- N 84.1 - Полип шейки матки
- N 86 - Эрозия и эктропион шейки матки
- N 90.4 - Лейкоплакия вульвы
- N 91.3 - Первичная олигоменорея
- N 91.4 - Вторичная олигоменорея
- N 92 - Частые, обильные и нерегулярные менструации
- N 94.3 - Синдром предменструального напряжения
- N 95 - Постменопаузальное кровотечение



- N 95.1 - Менопауза и климактерическое состояние у женщин
- N 95.3 - Состояние, связанное с искусственно вызванной менопаузой
- N 96 - Привычный выкидыш
- N 97 - Женское бесплодие
- N 99.4 - Тазовые перитонеальные спайки послеоперационные
- D 25 - Миома матки
- A 56.0 - Хламидийная инфекция нижнего отдела мочеполового тракта
- A 59.0 - Урогенитальный трихомониаз
- B 37.3 - Кандидоз вульвы и вагины
- L 58.1 - Хронический радиационный дерматит
- L 68.9 - Гипертрихоз неуточненный
- Q 51 - Гипоплазия матки

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Таблица 48

Распространенность гинекологической патологии у женщин коренного  
сельского населения Республики Алтай – алтаек в зависимости  
от принадлежности к общественно-профессиональной  
группе (на 1000 женщин)

Нозоло- гия	I n=48	II n=210	III n=34	IV n=30	V n=10	VI n=55	VII n=128	Всего n=515
N 70.1		32 (152,38)	7 (205,88)	4 (133,33)	3 (300,00)	3 (54,54)	25 (195,31)	74 (143,69)
N 71.1		31 (147,61)	7 (205,88)	5 (166,67)	2 (200,00)	3 (54,54)	20 (156,25)	68 (132,04)
N 72		23 (109,52)	5 (147,06)	3 (100,00)	1 (100,00)		20 (156,25)	52 (100,97)
N 76.1		33 (157,14)	7 (205,88)	3 (100,00)	1 (100,00)	4 (72,73)	19 (148,44)	67 (130,10)
N 76.3	1 (20,83)							1 (1,94)
N 80		3 (14,28)	1 (29,41)	1 (33,33)			1 (7,81)	6 (11,65)
N 81		34 (161,90)	9 (264,70)	6 (200,00)	2 (200,00)	14 (254,54)	21 (164,06)	86 (166,00)
N 84.1		1 (4,76)	1 (29,41)	1 (33,33)			3 (23,44)	6 (11,65)
N 86		22 (104,76)	1 (29,41)	1 (33,33)		1 (18,18)	19 (148,44)	44 (85,44)
N 90.4							1 (7,81)	1 (1,94)
N 91.3		1 (4,46)					2 (15,62)	3 (5,82)
N 91.4		1 (4,46)					2 (15,62)	3 (5,82)
N 92		1 (4,46)			1 (100,00)		1 (7,81)	3 (5,82)
N 94.3							1 (7,81)	1 (1,94)
N 95						1 (18,18)		1 (1,94)
N 95.1		1				1	1	3

		(4,46)				(18,18)	(7,81)	(5,82)
N 95.3		1 (4,46)						1 (1,94)
N 96		1 (4,46)					1 (7,81)	2 (3,88)
N 97		10 (47,61)			1 (100,00)	2 (36,36)	6 (46,87)	19 (36,89)
N 99.4		4 (19,05)	1 (29,41)			2 (36,36)	2 (15,62)	9 (17,47)
D 25		14 (66,67)	2 (58,82)	3 (100,00)		1 (18,18)	3 (23,44)	23 (44,66)
A 56.0							1 (7,81)	1 (1,94)
A 59.0		3 (14,28)	1 (29,41)	1 (33,33)			4 (31,25)	9 (17,47)
B 37.3		2 (9,52)		1 (33,33)			3 (23,44)	6 (11,65)
L 58.1							1 (7,81)	1 (1,94)
L 68.9	1 (20,83)	1 (4,76)						2 (3,88)
Q 51		1 (4,76)						1 (1,94)
Все нозологии	2 (41,67)	220 (1047,62)	42 (1235,29)	29 (966,67)	11 (1100,00)	32 (581,82)	157 (1226,36)	493 (957,28)

Примечание:

I- учащиеся, II- служащие, III- работницы сельского хозяйства, IV- животноводы, V- рабочие автотранспорта, леса, строители, VI- пенсионеры, студенты, инвалиды, VII- прочие.

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Таблица 49

Распространенность гинекологической патологии у женщин коренного сельского населения Республики Алтай – алтаек в зависимости от принадлежности к этнической группе (на 1000 женщин)

Нозология	Группа А n=72	Группа Б n=325	Группа В n=118	Всего n=515
N 70.1	25 (347,22)	40 (123,08)	9 (76,27)	74 (143,69)
N 71.1	23 (319,44)	38 (116,92)	7 (59,32)	68 (132,04)
N 72	20 (277,78)	25 (76,92)	7 (59,32)	52 (100,97)
N 76.1	11 (152,78)	37 (113,85)	19 (161,01)	67 (130,10)
N 76.3		1 (3,08)		1 (1,94)
N 80	2 (27,78)	3 (9,23)	1 (8,47)	6 (11,65)
N 81	15 (208,33)	51 (156,92)	20 (169,49)	86 (166,00)
N 84.1	2 (27,78)	2 (6,15)	2 (16,95)	6 (11,65)
N 86	12 (166,67)	22 (67,69)	10 (84,74)	44 (85,44)
N 90.4			1 (8,47)	1 (1,94)
N 91.3	1 (13,89)	1 (3,08)	1 (8,47)	3 (5,82)
N 91.4		3 (9,23)		3 (5,82)
N 92	3 (41,67)			3 (5,82)
N 94.3			1 (8,47)	1 (1,94)

N 95		1 (3,08)		1 (1,94)
N 95.1		2 (6,15)	1 (8,47)	3 (5,82)
N 95.3		1 (3,08)		1 (1,94)
N 96		2 (6,15)		2 (3,88)
N 97	4 (55,55)	12 (36,92)	3 (25,42)	19 (36,89)
N 99.4	2 (27,78)	4 (12,31)	3 (25,42)	9 (17,47)
D 25	3 (41,67)	15 (46,15)	5 (42,37)	23 (44,66)
A 56.0	1 (13,89)			1 (1,94)
A 59.0	3 (41,67)	5 (15,38)	1 (8,47)	9 (17,47)
B 37.3		3 (9,23)	3 (25,42)	6 (11,65)
L 58.1			1 (8,47)	1 (1,94)
L 68.9		2 (6,15)		2 (3,88)
Q 51		1 (3,08)		1 (1,94)
Все нозоло- гии	127 (1763,89)	271 (833,85)	95 (805,08)	493 (957,28)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### Карта комплексного акушерско-гинекологического исследования

Номер карты \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 Возраст / Дата рождения \_\_\_\_\_ Место жительства \_\_\_\_\_  
 Место работы \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Стаж \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_  
 Соматические заболевания \_\_\_\_\_

Акушерско-гинекологический анамнез:  
 Возраст менархе \_\_\_\_\_ Установились через \_\_\_\_\_ Ювенильные кровотечения в анамнезе \_\_\_\_\_  
 Менструальные до замужества - по \_\_\_\_\_ дней, через \_\_\_\_\_ дней, характер \_\_\_\_\_  
 после замужества - по \_\_\_\_\_ дней, через \_\_\_\_\_ дней, характер \_\_\_\_\_  
 после родов - по \_\_\_\_\_ дней, через \_\_\_\_\_ дней, характер \_\_\_\_\_  
 в настоящее время - по \_\_\_\_\_ дней, через \_\_\_\_\_ дней, характер \_\_\_\_\_

Нарушения менструального цикла в анамнезе \_\_\_\_\_  
 Возраст менопаузы \_\_\_\_\_ Наличие климактерического синдрома \_\_\_\_\_  
 Тип \_\_\_\_\_ Степень тяжести \_\_\_\_\_ Кровотечения в менопаузе \_\_\_\_\_  
 Возраст начала половой жизни и вступления в брак \_\_\_\_\_ Число половых партнеров \_\_\_\_\_  
 Число беременностей \_\_\_\_\_ Возраст 1 беременности \_\_\_\_\_ наступила через \_\_\_\_\_ от начала регулярной  
 половой жизни, исход 1 беременности \_\_\_\_\_ Осложнения  
 беременностей \_\_\_\_\_  
 Число родов \_\_\_\_\_ Возраст 1 родов \_\_\_\_\_ Возраст последних родов \_\_\_\_\_ Осложнения  
 родов \_\_\_\_\_  
 Оперативное родоразрешение \_\_\_\_\_ причина \_\_\_\_\_  
 Вес детей \_\_\_\_\_ Мертворождение \_\_\_\_\_ ВПР,  
 вид \_\_\_\_\_ Травмы родовых путей \_\_\_\_\_  
 Число искусственных абортов \_\_\_\_\_ в сроки \_\_\_\_\_ возраст 1 аборта \_\_\_\_\_ возраст  
 последнего \_\_\_\_\_  
 Число самопроизвольных выкидышей \_\_\_\_\_ в сроки \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_  
 возможные причины \_\_\_\_\_  
 Контрацепция в настоящее время - вид \_\_\_\_\_ длительность применения \_\_\_\_\_  
 Контрацепция в анамнезе - вид \_\_\_\_\_ длительность применения \_\_\_\_\_  
 Наличие бесплодия \_\_\_\_\_  
 Гинекологические заболевания в анамнезе, течение, длительность \_\_\_\_\_

---

Заболевания, передающиеся половым путем \_\_\_\_\_  
 Операции на органах брюшной полости \_\_\_\_\_  
 Заболевания молочных желез \_\_\_\_\_  
 Длительность грудного вскармливания \_\_\_\_\_ (если не было - причина \_\_\_\_\_)  
 восстановление менструального цикла после родов \_\_\_\_\_

Отягощенная наследственность \_\_\_\_\_  
 Заболевания в детстве \_\_\_\_\_  
 Травмы, нейроинфекции \_\_\_\_\_

Данные гинекологического осмотра \_\_\_\_\_

---

Параметры таза: D. spinarum \_\_\_\_\_ D. cristarum \_\_\_\_\_ D. trochanterica \_\_\_\_\_ Conjugata externa /  
 vera \_\_\_\_\_ Ромб Михаэлиса \_\_\_\_\_ Окружность таза \_\_\_\_\_ Индекс  
 Соловьева \_\_\_\_\_ Высота таза \_\_\_\_\_ Высота лобкового симфиза \_\_\_\_\_ Поперечный / продольный  
 размер выхода таза \_\_\_\_\_  
 Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_ Межакромиальный размер \_\_\_\_\_ Окружность грудной клетки \_\_\_\_\_

У детей - половая формула \_\_\_\_\_

Заключение акушера- гинеколога \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Заключение смежных специалистов \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---











