Системный анализ констелляции заболеваний: К проблеме синтропий в медицине

Проф., докт. мед. наук Григорий И. Брехман

Государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Доклад на Симпозиуме «Системный подход в научных исследованиях и управление открытыми системами». Хайфа, декабрь 2009.

Резюме. В статье представлен системный анализ констелляции экстрагенитальных заболеваний у больных воспалением гениталий и миомой матки. При этом использован метод направленного подбора контрольной группы и уравновешивания групп с помощью парной выборки. Такой методический прием позволил выявить статистически значимые сочетания болезней. Последующие углубленные, многосторонние исследования некоторых сочетаний (воспаление гениталий-ревмокардит, миома матки-хроническая ишемическая болезнь сердца) подтвердили их патогенетическую общность. Это позволило считать их синтропией. В условиях синтропии клиническое течение сочетаемых заболеваний имеет свои особенности, что затрудняет диагностику. Использование традиционных методов лечения отдельно каждого из входящих в синтропию заболеваний оказывается мало эффективным.

Abstracts. Grigori Brekhman. Systemic analysis of constellation of diseases: to the problem of syntropy in medicine

In the article the system analysis of the constellation of extragenital diseases at the patients with an inflammation of genitalia (uterus and its appendages) and uterine myoma is submitted. The method of the directed selection of control group and counterpoising of groups with the help of copy-pair is used. Such methodical reception has allowed revealing the statistically significant combination of illnesses. The subsequent detailed, multilateral research of some combinations (inflammation of genitalia-chronic rheumatic heart disease, uterine myoma-chronic ischemic heart disease) have confirmed their pathogenetic generality. It has allowed considering them as syntropy. In conditions of syntropy the clinical picture of the combine diseases have the features, that complicates diagnostics. Use of traditional methods of treatment separately of each disease including in syntropy is poorly effective.

Введение. Углубляющаяся специализация клинической медицины при всей важности и прогрессивной роли способствовала постепенному ослаблению, и даже утрате связей между различными ее разделами. Это привело к тому, что заболевания, общие по этиологии и патогенезу, но различные по своей локализации, лечат различные специалисты (в зависимости от преобладающей симптоматики или первого обращения к врачу) без какой-либо определенной последовательности, преемственности и совместности. Это уменьшает эффективность лечения, удлиняет его сроки, мешает проведению профилактических мероприятий. Однако, плодотворное сотрудничество специалистов возможно только в том случае, если установлены этиологические и патогенетические связи между различными заболеваниями, изучены особенности клиники сочетаемых процессов, а у врачей, особенно семейных врачей, воспитана потребность целостного восприятия больного человека и его организма. Возникшая разобщенность врачей выдвинула новую актуальную задачу – интеграции в медицине.

Решение этого вопроса на первом этапе предполагает получение сведений о распространенности сопутствующих болезней при той или иной патологии, что

способствует формированию "панорамного видения проблем" своей специальности (16). Однако, высокая частота сопутствующих болезней еще не означает, что они связаны с изучаемой патологией общностью этиологии и патогенеза. И те и другие заболевания могут быть результатом возрастной перестройки, вредных условий производства, др. Поэтому важно установить вначале статистическими методами являются ли эти сочетания случайными или между ними существуют тесные статистические связи. На втором этапе следует установить, имеются ли между этими заболеваниями патогенетические связи, а возможно и общий этиологический фактор. То есть, необходимо понять, являются ли сочетания заболеваний синтропией[1], в основе которой лежит патогенетическая общность, или
это другой тип связи - интерференция, при которой заболевания оказывают влияние один на другого, или это независимые заболевания. Смысл этих исследований в том, чтобы унифицировать способы лечения и тем самым, не игнорируя индивидуальный подход, повысить эффективность терапии и профилактики. Эти задачи решено было исследовать на примере гинекологических и экстрагенитальных[2] заболеваний.

Цель исследования. Изучить распространенность экстрагенитальных заболеваний у больных хроническим воспалением гениталий и у больных миомой матки и установить, какие сочетания являются синтропией для повышения эффективности лечения и профилактики сочетанных процессов.

Материалы и методы. Анализ заболеваемости проведен у 418 женщин. Из них у 105 – имелись хронические воспалительные заболевания матки и придатков (в контрольной группе – 105 женщин без патологии гениталий), у 104 – была диагностирована фибромиома (миома) матки (в контрольной группе – 104 женщины без патологии гениталий). Выбор этих нозологических форм связан, во-первых, с их высокой частотой в структуре гинекологической заболеваемости, во-вторых, в связи с необходимостью проверки существования закономерностей взаимодействия при различных процессах: инфекционной и неинфекционной этиологии.

Для получения достоверных данных мы применили метод направленного отбора контрольной группы и уравновешивания групп с помощью парной выборки (15). Суть метода состоит в том, что для каждой единицы наблюдения исследуемой группы подбирается из генеральной совокупности «копия—пара» по одному или нескольким признакам. Это позволяет на сравнительно небольшом объеме материала установить и измерить силу влияния исследуемых факторов при устранении влияния других.

Порядок работы состоял в следующем. Вначале были отобраны группы больных (основные группы). Отбор группы больных с воспалением гениталий произведен с соблюдением условий: а) наличие хронических метритов и сальпингоофоритов (отдельно или в сочетании) неспецифической этиологии. (Воспалительные процессы гонорейной и туберкулезной этиологии не включались); б) длительность воспалительного процесса не менее трех лет; в) возраст больных от 21 года до 50 лет, г) постоянное наблюдение одной поликлиникой и женской консультацией не менее 5 лет.

Отбор группы больных миомой матки произведен с соблюдением условий: а) возраст 40—50 лет; б) активное состояние опухоли(рост, кровотечение и др.); в) выявление миомы в течение 1—2 лет, предшествовавших поступлению в стационар г) поступление в стационар в одном году; г) постоянное наблюдение одной поликлиникой и женской консультацией не менее 5 лет.

Затем были отобраны контрольные группы женщин, равные по количеству. При отборе контрольной группы к когорте больных воспалением гениталий учитывались следующие признаки: а)отсутствие гинекологических заболеваний, подтвержденное в том же году при профилактическом осмотре врачом–гинекологом, б) возраст (разница в пределах 2-3 лет), в) профессия и стаж работы идентичные таковым у больных основной группы, г) постоянное наблюдение той же поликлиникой и женской консультацией не менее 5 лет.

При отборе контрольной группы к когорте больных миомой матки учитывались следующие признаки: а) отсутствие гинекологических заболеваний, подтвержденное в

[1] Синтропия - сочетание патогенетически связанных, закономерно развивающихся заболеваний

[2] Экстрагенитальные заболевания – заболевания, которые могут возникнуть в любых органах женщины, кроме половых.

том же году при профилактическом осмотре врачом–гинекологом, б) возраст (разница в пределах 2-3 лет), в) профессия и стаж работы, идентичные таковым у больных основной группы, г) постоянное наблюдение той же поликлиникой и женской консультацией не менее 5 лет.

После сформирования обеих групп из амбулаторных индивидуальных карт произведена выкопировка обращаемости за 3 года по схеме: дата обращения, диагноз, число дней нетрудоспособности. При анализе обращаемости заболевания распределены по классам согласно Международной классификации болезней девятого пересмотра, принятой Ассамблеей ВОЗ в 1981 г. Для установления уровня обращаемости взята усредненная обращаемость за 3 года и рассчитана на 100 женщин. Изучение структуры и уровня хронических экстрагенитальных заболеваний проведено на основании 3-летнего периода наблюдений, в течение которого они выявляются наиболее полно. (1). При этом хронические заболевания учитывали один раз независимо от числа обращений по поводу данного заболевания и рассчитывали на 100 женщин. Уровень обращаемости и частоту хронических заболеваний в исследуемых и контрольных группах сравнивали попарно путем определения коэффициента соответствия хи-квадрат с помощью ЭВМ.

Результаты исследований.

Анализ полученных данных показал, что суммарная обращаемость больных с хроническим воспалением матки и придатков по поводу различных экстрагенитальных заболеваний на 105,2% выше, чем у женщин контрольной группы ($p<0,002$). Обращаемость в основной группе была выше во всех классах болезней(Рис.1), но статистически достоверное превышение отмечено в классах болезней органов дыхания, пищеварения ($p<0,002$) и психических расстройств ($p<0,05$). Что касается структуры обращаемости, то она была идентичной в обеих группах: первое место по частоте занимали болезни органов дыхания, второе - пищеварения, третье – системы кровообращения. Обращаемость по поводу острых заболеваний, связанных с инфекцией (ангины, респираторные заболевания, воспаление дыхательных путей, ушей, глаз, кожи, подкожно-жировой клетчатки, др.) у больных основной группы была на 61,0% больше, чем у женщин контрольной группы.

Среди отдельных нозологических форм заболеваний у женщин основной группы заметно преобладала обращаемость по поводу острых респираторных инфекций (81,6 против 50,2 в контрольной группе, $p<0,002$), гастритов (26,0 и 7,0 соответственно, $p<0,002$) и холециститов (10,8 и 1,9 соответственно, $p<0,01$).

Хронические экстрагенитальные заболевания выявлялись у 98,7% женщин основной группы, а их суммарное число было в 2,35 раза выше, чем у женщин контрольной группы ($p<0,002$). Это преобладание отмечено во всех классах болезней, за исключением классов новообразований и болезней костно-мышечной системы.

Высокий уровень болезней в классе психических расстройств в основной группе обусловлен неврозами и неврозоподобными состояниями. Повышенный уровень хронических болезней в других классах был преимущественно связан с заболеваниями инфекционной природы. Так, среди заболеваний системы кровообращения преобладали ревматические болезни сердца (22,8 против 6,7 в контроле, $p<0,01$). Хронические болезни органов дыхания у женщин основной группы встречались в 3 раза чаще, чем в контроле. В основном это было обусловлено частотой ларингитов (9,5 и 0,95 соответственно, $p< 0,01$) бронхитов (7,6 и 0,95, $p<0,05$), назофарингитов (10,5 и 3,8, $p<0,05$). Среди заболеваний органов пищеварения преобладали гастрит (32,4 против 10,5, $p<0,002$), холецистит (10,5 и 2,9, $p<0,05$) колит (4,8 и 0,95, $p<0,05$), а среди заболеваний органов моче-выделительной системы – циститы, пиелонефриты (12,4 и 5,7, $p<0,05$). Всего на 100 больных исследуемой группы приходилось 87,7 заболеваний инфекционной природы против 34.3 – в контрольной.

В группе больных воспалением гениталий временная нетрудоспособность была в случаях на 63,9% и днях на 102,0% выше, чем в контроле. При этом, она была существенно выше в случаях в классе болезней органов дыхания ($p<0,002$), а в днях – в большинстве классов болезней ($p< 0,002$-$0,01$).

Обращала на себя внимание высокая стоматологическая заболеваемость: обращаемость в основной группе была выше на 22,3%. Для уточнения значимости этого фактора совместно со стоматологом проведен осмотр зубов у 110 больных с воспалением гениталий, поступивших в гинекологический стационар. В стоматологической помощи нуждались 71 больная (64,5%), у которых лечения требовали 192 пораженных зуба, т.е. в

среднем 2,7 зуба у каждой больной. Причем, среди остальных 39 больных, не нуждавшихся на момент осмотра в помощи стоматолога, 16 - санированы в течение года предшествовавшего госпитализации, а 11-санированы накануне поступления в стационар. Следовательно, у подавляющего большинства больных перед обострением воспалительного процесса, повлекшим за собой необходимость стационарного лечения, в течение длительного времени имелись очаги одонтогенной инфекции. Высокая стоматологическая заболеваемость, а также временнЫе и клинические сопоставления позволяют высказать предположение о значении одонтогенной инфекции в обострении хронического воспаления гениталий.

Таким образом, нами установлено, что у больных с хроническим воспалением матки и придатков частота обращаемости по поводу экстрагенитальных заболеваний и временная нетрудоспособность, а также число хронических экстрагенитальных заболеваний выше, чем у женщин без патологии половых органов. Как показали наши исследования (9), в основе патогенеза этих заболеваний лежит иммунологическая недостаточность. Учитывая наличие патогенетической общности, сочетание хронического воспаления матки и придатков и экстрагенитальных заболеваний инфекционной этиологии следовало бы рассматривать как синтропию. Вместе с тем, в этой группе заболеваний мы выявили определенную интерференцию между болезнями зубов и обострениями воспалительного процесса. После того, как по нашей рекомендации больные с хроническим периодонтитом проводили санацию зубов (удаление, лечение) частота обострений воспаления гениталий резко уменьшалась. В тоже время появление экстрагенитального очага инфекции (панариций, абсцесс, гайморит) вызывало новое обострение хронического воспаления гениталий(10).

Обращаемость больных миомой матки по поводу экстрагенитальных заболеваний была в среднем на 19,6% ниже, чем у женщин контрольной группы. При этом существенно преобладала обращаемость по поводу болезней крови (анемии) ($p<0,002$) и органов кровообращения ($p<0,01$) (Рис.2). В последнем классе обращаемость была выше по поводу хронической ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, дистрофии миокарда, заболеваний сосудов. Больные миомой матки обращались реже по поводу болезней органов дыхания, пищеварения и психических расстройств ($p<0,002$), а также по поводу острых заболеваний, связанных с инфекцией (89,6 на 100 больных против 112,0 в контрольной группе) и заболеваний зубов ($p<0,05$).

Хронические экстрагенитальные заболевания выявлены у 96,6% больных миомой матки. При этом хронические заболевания неинфекционной природы встречались в 2 раза чаще, чем инфекционной (168 заболеваний протии 84,6 на 100 женщин). Наибольшая частота отмечена в классах болезней крови в 20 раз (20,2 и 0,96 соответственно; $p<0,002$) и болезней органов кровообраще-ния в 2 раза (82,6 и 40,4 соответственно; $p<0,002$). Среди последних преобладали гипертоническая болезнь (24,96 и 11,5 соответственно; $p<0,002$), хроническая ишемическая болезнь сердца(ИБС) (23,0 и 9,6 соответственно; $p<0,002$), дистрофия миокарда (9,6 и 0,96 соответственно; $p<0,002$).

Уровень хронических болезней органов дыхания у больных миомой матки также в 2 раза превышал таковой у женщин контрольной группы (30,7 и 15,5 соответственно; $p<0,002$). Среди хронических заболеваний этого класса преобладали бронхиты (12,5 в основной и 2,9 в контрольной группе; $p<0,002$) и назофарингиты (11,5 и 5,8 соответственно; $p<0,05$).

Уровень болезней нервной системы и органов чувств у больных миомой матки также был выше, чем в контрольной группе (25,9 и 15,3 соответственно; $p<0,05$).

Уровень хронических психических заболеваний у больных миомой был ниже, чем у женщин контрольной группы (12,4 и 32,0 соответственно; $p<0,002$). То же выявлено и в отношении болезней кожи и подкожно-жировой клетчатки (4,8 и 16,3 соответственно; $p<0,002$), болезнёй костно-мышечной системы (23,96 и 33,56 соответственно; $p<0,05$).

Особого внимания заслуживает факт, что у больных миомой матки обнаруживается тесная статистическая связь с заболеваниями органов кровообращения, в основном с ИБС, гипертонической болезнью. Указанные заболевания рассматривают как результат нарушений в нейроэндокринной системе и относят к психосоматическим расстройствам (14). Наши исследования показали, что у больных миомой матки имеют место нарушения психического статуса, функционального состояния нервной, сердечно-сосудистой,

эндокринной систем и электролитного баланса, что позволило нам и миому матки отнести к заболеваниям психосоматического генеза (12). Патогенетическая общность миомы матки и болезней системы кровообращения (ИБС, гипертоническая болезнь) позволяет рассматривать их как синтропию.

Дискуссия. Поводом к изучению констелляции заболеваний послужили ранее проведенные исследования, которые выявили особенности клинического течения воспаления матки и придатков у больных с вялотекущим ревмокардитом (2). Взаимное влияние указанных процессов выражалось в том, что впервые возникающий воспалительный процесс гениталий после инфицированных абортов и родов начинался вяло, как бы исподволь, характеризовался подострым течением. Спустя 2-3 недели обнаруживались признаки активации ревматического процесса и оба заболевания принимали вялое, затяжное течение. Другой вариант: активация ревмокардита после ангин, острых респираторных инфекций через некоторое время могла проявиться многочисленными разнообразными жалобами, в том числе болевым симптомом в нижних отделах живота. При гинекологическом исследовании отмечалось преимущественно двустороннее поражение придатков матки с относительно небольшим их увеличением, но с выраженной болевой реакцией при их пальпации. Как правило, клиника этих сочетающихся процессов сопровождалась признаками декомпенсации порока сердца. Наконец, обострение хронического воспаления гениталий могло совпадать с активацией ревматического процесса, а возможно быть его следствием. При этом выявлялась комбинированная утяжеляющая клинику симптоматика, резистентность воспалительного процесса к традиционным методам лечения.

Бактериологические исследования показали, что у больных с воспалением гениталий и ревмокардитом патогенная и условно патогенная микрофлора высевалась в 2 раза чаще, чем у больных воспалением гениталий, но без ревматизма. При этом наблюдалось перемещение микрофлоры в места не типичные для ее пребывания: например, золотистый стафилококк и зеленящий стрептококк обнаруживался в половых путях, энтерококк – в носоглотке, причем нередко в виде ассоциаций (5). Одновременно была установлена общность патогенеза воспаления гениталии и ревмокардита в виде иммунологической недостаточности и высокой сенсибилизации организма. Проявлением этого являлась недостаточная реакция на острый воспалительный процесс лейкоцитов, глобулиновых фракций белков крови, сиаломукопротеидов, С-реактивного белка, иммуноглобулинов класса А и G. Указанное сопровождалось высокой степенью сенсибилизации и аутосенсибилизации в виде повышенной концентрации аутоантител к антигенам матки, маточных труб и яичников. гиперчувствительностью замедленного типа к стрептоаллергену (3,4). Вышеизложенное позволило выдвинуть положение о том, что сочетание воспаление гениталий – ревматизм является **синтропией** в виде стрептококковой иммунопатологии с преимущественным поражением сердца и половых органов и может рассматриваться как качественно особая форма воспалительных заболеваний матки и придатков. Своевременное проведение противоревматической терапии создавало благоприятные условия для лечения острых и подострых воспалительных заболеваний матки и придатков и предупреждало рецидив вялотекущего ревмокардита (9).

Дальнейшие исследования показали, что подобные особенности клинического течения воспаления гениталий наблюдаются не только при ревмокардите, но и при сочетании с другими хроническими инфекционно-аллергическими заболеваниями (ХИАЗ): тонзиллите, бронхите, периодонтите, др.

Обнаруженная нами достоверная статистическая связь миомы матки с заболеваниями системы кровообращения психосоматического генеза явилась побудительным мотивом для проведения исследований по выявлению у больных этой патологией синдрома психоэмоционального напряжения (СПЭН). Он был выявлен у большинства (77,6%) больных миомой матки и связан с длительным воздействием высоко значимых психотравмирующих ситуаций у личностей с интровертированными чертами характера и высоким уровнем невротизма. Вовлечение центральной нервной системы в процесс подтверждалось изменениями биоэлектрической и рефлекторной активности головного мозга. Психоэмоциональный стресс совпадал по времени или предшествовал появлению миомы матки(8). У больных миомой матки, сочетающейся с

заболеваниями или расстройствами системы кровообращения, имело место нарушение микроциркуляции в различных отделах матки, где на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях с помощью электронной микроскопии выявлены процессы компенсации и повреждения (6,7). Указанное сопровождалось нарушениями водно-электролитного и азотистого обмена в тканях матки. Совокупность выявленных изменений свидетельствовала о тканевой гипоксии и ишемическом состоянии матки. Подобные изменения при ультраструктурных исследованиях обнаружены при ишемической болезни сердца (13).

Включение в комплекс лечения больных миомой матки психотерапевтического пособия и электротранквилизации способствовало уменьшению или устранению СПЭН, нормализации функционального состояния центральной нервной, эндокринной сердечно-сосудистой систем, электролитного баланса, торможению роста миомы, приводило к снижению обращаемости по поводу экстрагенитальной патологии (11).

Заключение. Анализ полученных данных показал, что для больных хроническим воспалением гениталий характерны полиморбидность, выраженная склонность к заболеваниям инфекционной этиологии, множественность и высокая частота экстрагенитальных очагов инфекции, сочетание с неврозами и неврозоподобными состояниями, а также тенденция к затяжному течению заболеваний и их резистентность к общепринятым методам лечения. Для больных миомой матки также характерна полиморбидность, однако у них отмечалась повышенная склонность к заболеваниям неинфекционной этиологии и обнаруживалась достоверная статистическая связь с заболеваниями системы кровообращения и крови.

Сопоставление заболеваемости больных воспалением гениталий и миомы матки позволило выдвинуть положение о том, различные гинекологические заболевания закономерно сочетаются с определенными экстрагенитальными патологическими процессами. В основе этих сочетаний лежит этиологическая и/ или патогенетическая общность. Так, патогенетической основой сочетания воспаление гениталий-ревмокардит является иммунологическая недостаточность, а при сочетании миомы матки и ИБС и/или гипертонической болезни - эмоциональный дистресс и СПЭН могут выполнять и этиологическую и патогенетическую роль. С этих позиций их следует рассматривать как синтропии. В условиях синтропии клиническое течение сочетаемых заболеваний имеет свои особенности, что затрудняет диагностику. Использование традиционных методов лечения отдельно каждого из входящих в синтропию заболеваний оказывается мало эффективным. Это явилось основанием для изменения врачебной стратегии и тактики при ведении синтропий, что способствовало улучшению диагностики, а также результатов лечения и профилактики рецидивов и обострений заболеваний составляющих синтропию.

Библиография

1. Бедный МС, Савин СИ, Стягов ГИ. Социально-гигиеническая характеристика заболеваемости городского и сельского населения. М:Медгиз.1975. 230с.
2. Брехман ГИ, Волкова ВА, Фетисов НС. Особенности клинического течения воспалительных заболеваний матки и придатков у женщин, страдающих ревматизмом. Акуш. и гинек.1971.11:41-44.
3. Брехман ГИ, Каунов Л.А. Кожно-аллергические пробы при воспалительных заболеваниях половых органов у женщин с ревматизмом. В кн.: Вялотекущий ревматизм (возрастной аспект). Иваново, 1979. С.52-54.
4. Брехман ГИ, Гудина Р.В. Некоторые реакции гуморального иммунитета при воспалительных заболеваниях гениталий у женщин-текстильщиц. В кн.: Влияние производственных факторов и условий труда на состояние здоровья работниц текстильных предприятий/ Республиканский сборник научных работ. Иваново,1979.-С.128-130.
5. Брехман ГИ, Седов ВИ, Кроль ЯЯ. Микрофлора носоглотки и половых органов у женщин-текстильщиц, страдающих воспалением гениталий. В кн.: Вопросы гигиены, физиологии труда и заболеваемости работниц текстильных предприятий/ Республиканский сборник научных работ. Иваново,1980.С.145-148.
6. Брехман ГИ, Миронов АА Ультраструктурная характеристика микроциркуляции в опухолевых узлах миомы матки. Акуш. и гинек.1983.9: 65-67.
7. Брехман ГИ, Миронов АА Ультраструктурное исследование лейомиомы матки. Акуш. и гинек. 1986.2: 22-24.
8. Брехман ГИ, Синдром психоэмоционального напряжения и миома матки. Акуш. и гинек.1990.2:13-17.
9. Брехман ГИ, Роль экстрагенитальной патологии в генезе некоторых гинекологических заболеваний. Докторская диссертация. Иваново,1990.
10. Брехман ГИ, Неупокоев НИ. Стоматологическая заболеваемость у женщин-текстильщиц с воспалением половых органов. Охрана и укрепление здоровья текстильщиц /Сборник научных трудов ИГМИ. Иваново,1990.С.14-15.
11. Брехман ГИ, Психоэлектрорегуляция в консервативной терапии больных миомой матки. Акуш. и гинек.1991. 2: 48-51.

12. Брехман Г.И. Роль экстрагенитальной патологии в генезе некоторых гинекологических заболеваний. Автореферат докт. дисс. Ленинград, 1990
13. Брехман ГИ, Мазорчук БФ, Масиброда НГ. Миома матки: психосоматические аспекты, консервативное лечение и профилактика. Иваново-Винница. 2000. 220.
14. Серов В.В., Пауков В.С. Ультраструктурная патология. М.: Медицина, 1975.234с
15. Тополянский ВД, Струковская МВ Психосоматические расстройства. М:.Медицина. 1986.С. 87-130.
16. Шиган ЕН Принципы направленного отбора и уравновешивания групп в социально-гигиенических исследованиях. М:Медгиз.1968. С. 122-126.
17. Эльштейн НВ. Общемедицинские проблемы терапевтической практики. Таллин: Валгус. 1983. 246с.

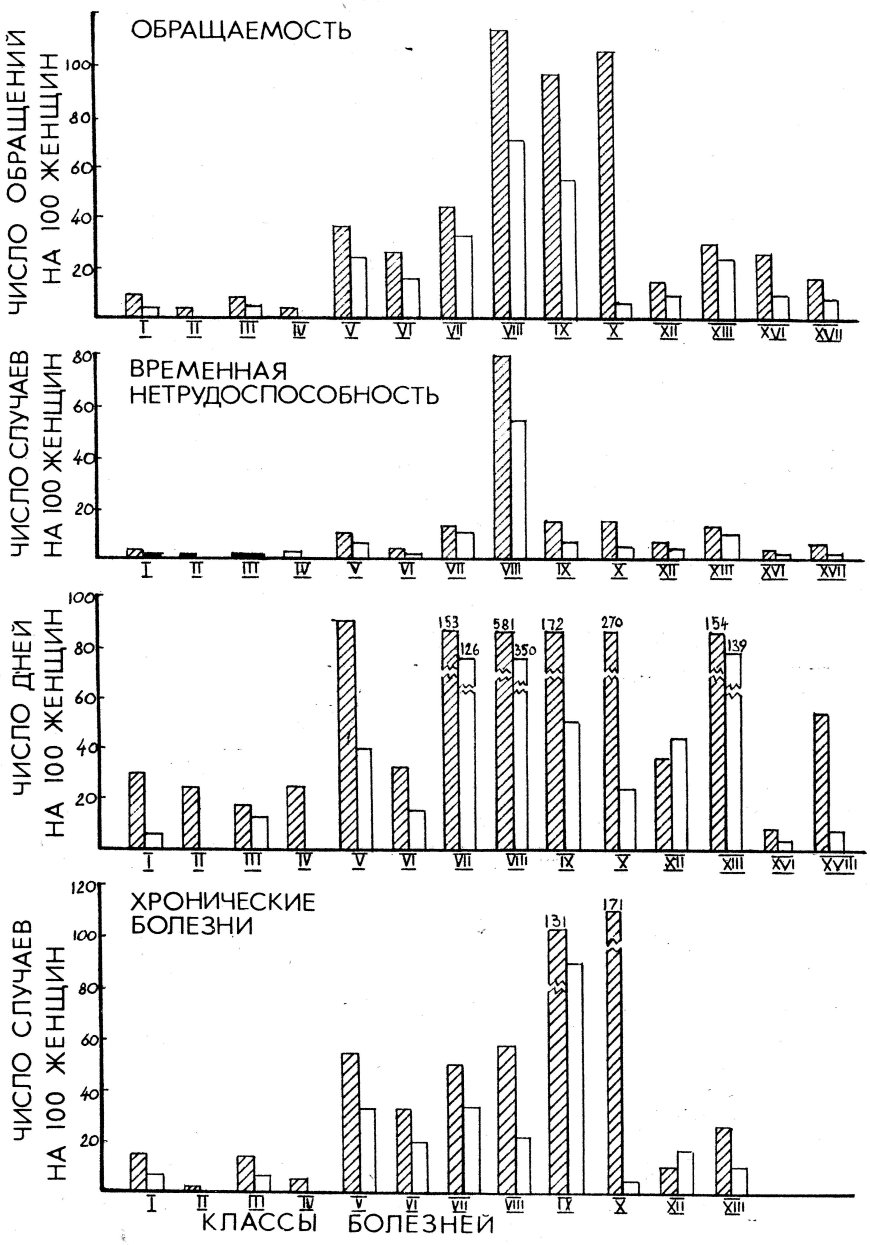
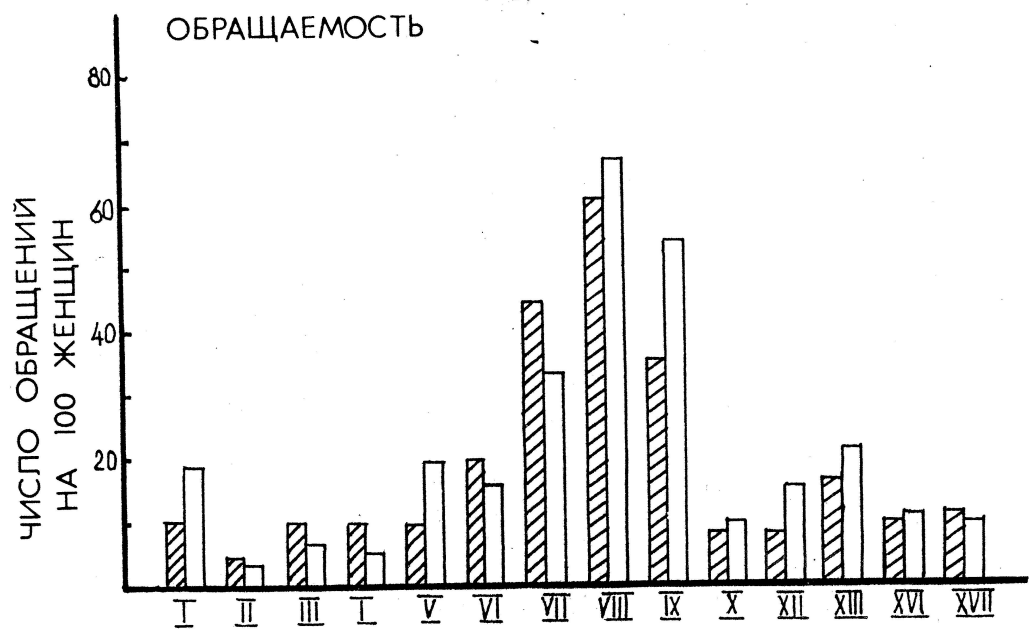


Рис. 1. Структура и уровень обращаемости, временной нетрудоспособности и хронических болезней у женщин с хроническим воспалением матки и придатков и без патологии гениталий

Условные обозначения. Классы болезней: I - инфекционные и паразитарные болезни; II - новообразования; III - болезни эндокринной системы и обмена веществ: IV - болезни крови: V - психические расстройства; VI - болезни нервной системы и органов чувств; VII - болезни органов кровообращения; VIII - болезни органов дыхания; IX - болезни органов пищеварения; X - болезни мочевыделительных органов: XII - болезни кожи и подкожной жировой клетчатки: XIII - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; XVI - симптомы и неточно

обозначенные состояния; XVII - несчастные случаи, отравления и травмы. Светлые столбики - женщины без патологии гениталий, заштрихованные - больные миомой матки.
ПО оси абсцисс - классы болезней; по оси ординат - число обращений/ заболеваний на 100 женщин.



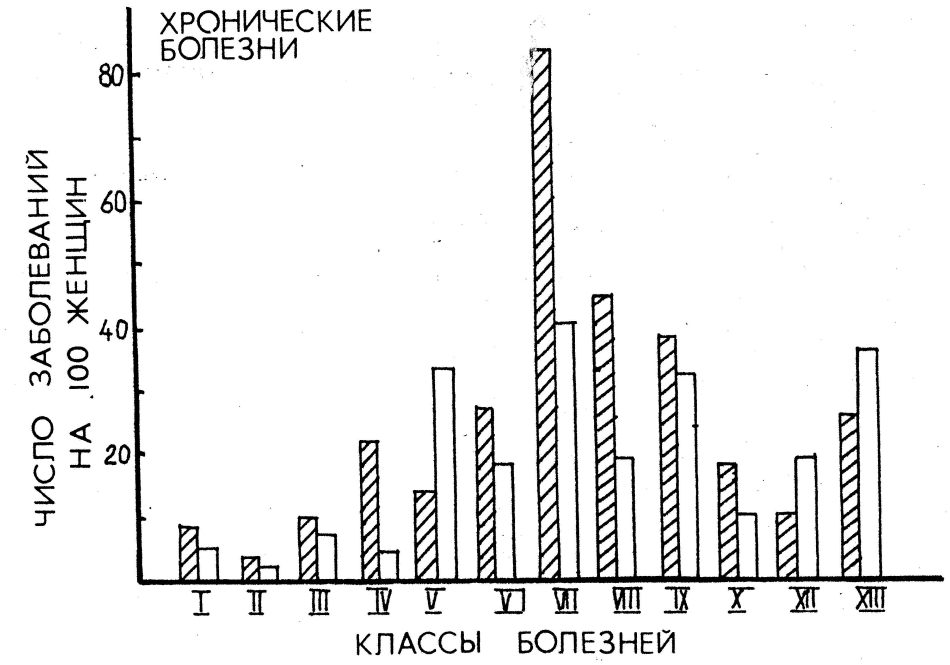


Рис. 2. Структура и уровень обращаемости и хронических болезней у женщин с миомой матки и без патологии гениталий

Условные обозначения. Классы болезней: I - инфекционные и паразитарные болезни; II - новообразования; III - болезни эндокринной системы и обмена веществ: IV - болезни крови: V - психические расстройства; VI - болезни нервной системы и органов чувств; VII - болезни органов кровообращения; VIII - болезни органов дыхания; IX - болезни органов пищеварения; X - болезни мочевыделительных органов: XII - болезни кожи и подкожной жировой клетчатки: XIII - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; XVI - симптомы и неточно обозначенные состояния; XVII -

несчастные случаи, отравления и травмы. Светлые столбики - женщины без патологии гениталий, заштрихованные - больные миомой матки.
ПО оси абсцисс - классы болезней; по оси ординат - число обращений/ заболеваний на 100 женщин.