

СБОРНИК ТРУДОВ



2022

VI Научно-практической
конференции
«Современные проблемы
подростковой медицины
и репродуктивного здоровья
подростков и молодежи.
Кротинские чтения»

Санкт-Петербург



Малькомы бистрое года
Мне ка зреть так кыкогда
Дуца еще полна весной
Спасибо всем кто был со мной

Handwritten signature

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Кротинские чтения

СБОРНИК ТРУДОВ

VI Научно-практической конференции

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья
подростков "Ювента"»

Общественная организация «Ассоциация специалистов службы охраны
репродуктивного здоровья»

Межрегиональная общественная организация «Лига врачей Северо-Запада»

Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой

2 декабря 2022 года

Санкт-Петербург
2022

УДК 616

Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи / Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. – Санкт-Петербург: 392 с., вклейка – 8 с.

© Коллектив авторов, 2022



*Приветственное слово
вице-губернатора
О.Н. Эргашева*

**Уважаемые коллеги!
Дорогие друзья!**

Искренне рад приветствовать вас на VI Научно-практической конференции «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Кротинские чтения».

Мероприятие традиционно носит имя профессора, заслуженного врача Российской Федерации, основателя и первого главного врача Городского центра охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» – Павла Наумовича Кротина.

В 2022 году конференция посвящена памяти профессора Юрия Александровича Гуркина – одного из основателей системы охраны репродуктивного здоровья подростков России, основателя первой в СССР кафедры детской и подростковой гинекологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, главного внештатного детского гинеколога Комитета по здравоохранению, президента Союза детских гинекологов Санкт-Петербурга.

Наш город – несомненный лидер в создании системы охраны репродуктивного здоровья подростков. Одним из приоритетных направлений современного здравоохранения является охрана и укрепление здоровья подрастающего поколения, а комплексный подход в ведении подростков – это основополагающая составляющая национальных проектов «Демография»,

«Здравоохранение», плана основных мероприятий Минздрава России, проводимых в рамках Десятилетия детства, типового проекта «Репродуктивное здоровье».

Символично, что предлагаемые для обсуждения темы докладов участников конференции, среди которых – представители органов государственной власти, профессионального сообщества, научных и образовательных организаций, соответствуют главным направлениям реализации долгосрочной «Концепции развития медицинской и социальной помощи детям, беременным, матерям и семьям, воспитывающим детей», утвержденной Правительством Санкт-Петербурга в 2022 году.

Желаю участникам мероприятия плодотворной работы, интересных дискуссий и всего самого наилучшего!

Вице-губернатор Санкт-Петербурга Олег Эргашев

ДЕТСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ В РОССИИ: ВКЛАД ПРОФЕССОРА ЮРИЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА ГУРКИНА

Ипполитова М.Ф., Куликов А.М., Городкова Н.А., Уерги У.Н.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Городской центр охраны
репродуктивного здоровья подростков «Ювента»»,
Санкт-Петербург, Россия*



Медицина представляет ствол
дерева, а ее специальности –
отдельные ветви. Но когда ветвь
достигает размеров целого
дерева, то она приобретает право
на самостоятельное значение.

Н.П. Гундобин

...Жизнь призывает к более
широкому пониманию цели
нашей субспециальности,
а именно, как оптимизация
репродуктивного потенциала.

Ю.А. Гуркин

Аннотация. Статья посвящена профессору Ю.А. Гуркину, замечательному врачу, ученому и педагогу. С позиций сегодняшнего дня становится понятным его вклад в создание и развитие нового направления клинической и научной медицины – детской гинекологии. Опираясь на опыт предшественников, профессор Ю.А. Гуркин стал одним из основных идеологов ювенильной гинекологии, создателем первой в России кафедры детской гинекологии и основных руководств по этой

дисциплине. Эти традиции сегодня успешно развивают его ученики и последователи.

История развития гинекологии неразрывно связана с формированием всех медицинских знаний, накопленных за время существования человечества. Гинекология неотделима от акушерства и находится в тесной связи со смежными науками — хирургией, терапией, неврологией, и прежде всего педиатрией и подростковой медициной.

Уместно отметить, что предтечей и отечественной педиатрии, и отечественного акушерства следует считать профессора Повивального института Нестора Максимовича Максимовича Амбодика (1744–1812), который в 1784–1786 годах опубликовал обстоятельную книгу «Искусство повивания, или наука о бабичем деле...». А основоположник российской педиатрии Степан Фомич Хотовицкий (1796–1885) с 1836 года руководил кафедрой «акушерства и вообще учения о женских и детских болезнях» Медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге [1].

Уже в конце XIX — начале XX столетия стали появляться отечественные научные публикации, посвященные заболеваниям репродуктивной системы девочек. Россия была одной из первых стран в мире, в которой начала развиваться ювенильная гинекология. Первые российские научные исследования в этой области были выполнены на рубеже XIX–XX веков на кафедре педиатрии Императорской военно-медицинской академии (Д.Д. Попов, 1893; К.Ф. Славянский, 1897; К.К. Скробанский, 1901). В частности, диссертация К.К. Скробанского (1903) была посвящена влиянию скарлатины на яичники девочек [2].

Примечательно, что, будучи гинекологами, они проводили исследования на кафедре педиатрии под руководством профессора Николая Петровича Гундобина (1860–1908), сыгравшего ключевую роль в создании Санкт-Петербургской школы педиатров и российской научной педиатрии. В историю отечественной

педиатрии он также вошел как основатель Союза борьбы с детской смертностью в России и создатель возрастной классификации детства, на которую ориентируются и современные детские гинекологи.

Учителями Н.П. Гундобина на медицинском факультете Императорского московского университета были известные педиатры Николай Алексеевич Тольский (1832–1891) и Нил Фёдорович Филатов (1847–1902), которые по праву считаются родоначальниками Московской школы педиатров. Тесные взаимосвязи акушерства, гинекологии и педиатрии проявились в создании в СССР под руководством выдающегося педиатра Георгия Несторовича Сперанского (1873–1969) системы охраны материнства и детства [12]. Таким образом, развитие в России двух направлений клинической и научной медицины – гинекологии и педиатрии – послужило основой для появления ювенильной гинекологической помощи.

Важнейшим этапом в становлении ювенильной гинекологии стало открытие в 1905 году в Санкт-Петербурге Городской детской больницы «В память Священного коронования Их Императорских Величеств». На ее базе в 1925 году был создан Ленинградский научно-практический институт охраны материнства и младенчества им. К. Цеткин. В последующие годы (1928–1932) он расширял свою деятельность, углублял научные исследования, что отразилось в его названии – Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества (НИИ). В 1935 году на его базе был создан институт (сейчас – ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ) – первое в мире специализированное учреждение для подготовки педиатров [3]. Не случайно, что интерес к детской гинекологии должен был появиться именно в педиатрическом медицинском институте. Уже в 1956 году на кафедре акушерства и гинекологии профессор Александр Иванович Петченко совместно с сотрудниками начал исследования в области

гинекологии детского возраста. В 1960 году профессор Исая Исаакович Богоров издал первую тематическую монографию «Гинекология детского возраста». Практически в это время (1954 год) по инициативе заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Киевского медицинского института О.Ю. Лурье в женской консультации акушерско-гинекологической клиники был открыт кабинет, названный «Диспансер гигиены и патологии физического развития девочек» [2].

Нелегкий путь почти в полвека привел к зарождению службы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, стал прочным фундаментом для ее дальнейшего становления, укрепления и развития в России и в международном научно-практическом сообществе.

Последующие 20 лет были периодом накопления знаний и опыта практической работы в детской гинекологии. В 1964–1984 годах кафедрой акушерства и гинекологии Ленинградского педиатрического медицинского института руководила доктор медицинских наук, профессор Нина Васильевна Кобозева. Она организовала плановый и поликлинический прием и койки для девочек в гинекологическом отделении для взрослых женщин. Н.В. Кобозевой и сотрудникам кафедры принадлежит большая заслуга в дальнейшей разработке в нашей стране вопросов детской гинекологии. Позднее Юрий Александрович Гуркин говорил о Н.В. Кобозевой: «...Ее я считал одним из своих первых и главных учителей» [4].

В 1970–1980-х годах предметом особого внимания Юрия Александровича являлись вопросы детской и подростковой гинекологии. В 1981 году Ю.А. Гуркин был назначен внештатным специалистом Главного управления здравоохранения Ленинграда по детской гинекологии. В этот период активного процесса формирования службы детской гинекологии в нашей стране Юрий Александрович регулярно проводил научно-практические

конференции по всему Советскому Союзу с целью популяризации знаний по вопросам диагностики, лечения, диспансеризации девочек и девушек с гинекологической патологией. Он активно участвовал в международных конгрессах акушеров-гинекологов. Научную, клиническую, педагогическую деятельность Юрий Александрович всегда сочетал с активной жизненной позицией и общественной работой: в обществе «Знание», редакции «Советского педиатра» (1978–1983).

Важной вехой становления специализированной службы детской гинекологии и решения кадровых вопросов стало создание в 1989 году кафедры детской и подростковой гинекологии под руководством доктора медицинских наук, профессора Юрия Александровича Гуркина на факультете усовершенствования врачей при Ленинградском педиатрическом медицинском институте (в настоящее время – ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ). Результат работы ученого – сотни научных работ в российских и зарубежных изданиях, сотни учеников по всему миру. Ю.А. Гуркиным написано и опубликовано более 160 научных работ, 12 монографий, 9 глав в руководствах [5–7]. Вот только небольшой перечень научных, методических и учебных трудов: в содружестве с профессором Н.В. Кобозевой издал монографию «Плод и внешняя среда» в 1973 году, в 1986 году – «Перинатальная эндокринология», в 1988 году вышло руководство для врачей «Гинекология детей и подростков». Совместно с В.Г. Баласанян изданы методические материалы, предназначенные акушерам-гинекологам, оказывающим специализированную помощь подросткам, медикам службы планирования семьи, подростковым врачам, слушателям факультета усовершенствования врачей «Контрацепция для подростков», пособие для врачей «Ювенильная гинекология», руководство для врачей «Гинекология подростков»,

«Клинические лекции по детской гинекологии», «Детская и подростковая гинекология» (руководство для врачей). В соавторстве с А.Д. Зернюк издана статья «Дифференцированный подход при подборе гормональных контрацептивов для юных женщин», в соавторстве с А.Д. Зернюк и Г.Ф. Кутушевой – «Анализ нарушений менструальной функции у девочек, страдающих декомпенсированной хронической экстрагенитальной патологией».

Ю.А. Гуркин с 1990 года исполнял почетную обязанность вице-президента, а с 1995 по 2007 годы – члена президиума Всемирной ассоциации детских гинекологов. Закономерный результат длительной работы Юрия Александровича – должность главного детского гинеколога Санкт-Петербурга, президента Союза детских гинекологов Санкт-Петербурга, члена редколлегии крупных профессиональных журналов, члена экспертного совета при Министерстве здравоохранения Российской Федерации. В 1995 году Ю.А. Гуркин был избран членом-корреспондентом Международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности (МАНЭБ). Он награжден знаком «Отличник здравоохранения», Почетной грамотой Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, медалью «В память 300-летия Санкт-Петербурга», дипломом почетного профессора СПбГПМУ. В июне 2008 года прошел 11-й Европейский конгресс детских и подростковых гинекологов. Президентом конгресса был профессор Ю.А. Гуркин.

Заслугой профессора Ю.А. Гуркина стало открытие специализированного отделения гинекологии в детской городской больнице № 21, которая со второй половины XX века располагалась в зданиях Волковской богадельни (с 1918 года на территории Волковской богадельни размещалась больница для детей-беженцев Петроградского общества памяти Н.И. Пирогова, позднее – больница для детей-беженцев им. Н.И. Пирогова).

В октябре 1996 года при слиянии двух больниц: ДГБ № 21 и детской инфекционной больницы № 18 (до революции – Императорская Николаевская детская больница, а с 1918 года – имени Н.Ф. Филатова) – образована Детская городская клиническая больница № 5 имени Н.Ф. Филатова. С 2000 года основным направлением развития больницы стала скорая помощь пациентам, в том числе по детской гинекологии. Сегодня гинекологическое отделение для несовершеннолетних развернуто на 22 койки.

В 1993 году профессор Ю.А. Гуркин, получив поддержку главного акушера-гинеколога профессора М.А. Репиной, выступил инициатором и организатором создания первого в Санкт-Петербурге Городского консультативно-диагностического центра для детей «Ювента», предназначенного для охраны репродуктивного здоровья подростков. В течение 23 лет (1993–2016) Центр «Ювента» возглавлял ученик Юрия Александровича, ставший опытным организатором, – профессор Павел Наумович Кротин. Это был первый случай в истории отечественной медицины: до него ни в одном городе России не существовало подобной медицинской организации. Впоследствии этот опыт был распространен на многие города – Новосибирск, Барнаул, Томск, Тверь, Рязань, Калач-на-Дону, Хабаровск, Владивосток, Братск, Уфу, Улан-Удэ, Сургут, Нефтеюганск, Ижевск и др. Уникальный опыт Санкт-Петербурга на протяжении более 25 лет показал необходимость, востребованность, а главное, эффективность мероприятий, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья подростков и молодежи.

Диапазон научных изысканий учеников Юрия Александровича достаточно широк: судебно-медицинские проблемы (А.В. Попова), неинвазивные методы исследования – ультразвуковая диагностика (Н. Аль-Тахери), аппендикулярно-генитальный синдром (Н.Ю. Жарова), неспецифические вульвовагиниты (С.М. Абрамян), гормональная контрацепция (А.Д. Зернюк), возможности

физической коррекции репродуктивного потенциала (Н.Ю. Соломкина), возрастная мастопатия (Б.Ф. Хурасева), маточные кровотечения при гипоталамическом синдроме (Т.В. Кольцова), микробный пейзаж половых путей у девочек (М.Е. Кравченко). Ю.А. Гуркин акцентировал внимание на том, что в современных условиях детская и подростковая гинекология включается в состав репродуктологии, куда входят также перинатология, неонатология, клиническая генетика, планирование семьи, гигиена зачатия, некоторые разделы педиатрии и биоэтики.

Рассмотрение детской и подростковой гинекологии в разрезе репродуктологии продиктовано крайне неблагоприятной демографической ситуацией. Больше внимание уделялось медико-социальным факторам формирования репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала девочек как будущих матерей. В последующие годы эти направления развивали ученики Юрия Александровича: доктор медицинских наук профессор Галия Феттяховна Кутушева [8] и доктор медицинских наук Николай Николаевич Рухляда [9].

С 2019 года вопросы детской гинекологии вошли в сферу интересов новой кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО, которую возглавляет профессор, доктор медицинских наук, главный внештатный неонатолог Минздрава России, ректор ФГБОУ ВО СПбГМУ Минздрава России Дмитрий Олегович Иванов.

Возрождение интереса педиатрии к проблемам репродуктивного здоровья детей и подростков связано с кафедрой подростковой медицины и валеологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (заведующие кафедрой – профессора В.П. Медведев и А.М. Куликов). Ныне это кафедра педиатрии и детской кардиологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова (заведующая кафедрой – профессор И.Ю. Мельникова). Примечательно, что одной из основных

клинических баз кафедры в течение более чем четверти века остается Центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» (ныне – СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»). За эти годы совместной работы были созданы и реализованы концепции: клиник, дружественных к молодежи, с акцентом на репродуктивное здоровье; единства соматического, психического и репродуктивного здоровья подростков; обучения медицинских работников и психологов по вопросам комплексного подхода к обеспечению репродуктивного потенциала подрастающего поколения [10–13].

Задающим вектором в современном развитии детской и подростковой гинекологии в России является огромная научная и практическая работа, которая ведется во 2-м гинекологическом отделении (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России. Этим подразделением руководит Елена Витальевна Уварова – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), врач высшей категории, заслуженный деятель науки, член-корреспондент РАН, главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Минздрава России.

Елену Витальевну Уварову по праву можно считать одной из ключевых фигур современного этапа развития гинекологии детского и подросткового возраста: она является автором 551 научной работы, в том числе 12 монографий и 51 главы в руководствах, монографиях и пособиях, 15 методических рекомендаций, а также соавтором 7 оригинальных методик.

Е.В. Уварова приняла участие в разработке Порядка оказания медицинской помощи женщинам на фоне беременности и после родов, стандартов и протоколов оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями, паспорта репродуктивного здоровья мальчиков и девочек. В настоящее время Елена Витальевна руководит разработкой региональных стандартов физического развития и полового созревания девочек школьного возраста и решением научно-организационных вопросов акушерско-гинекологической помощи сексуально активным подросткам и юным беременным, координирует научно-практическую работу по комплексному решению проблемы психологической и медицинской реабилитации девочек в возрасте до 18 лет с преждевременным и задержанным половым созреванием, с эстрогендефицитными состояниями, ХУ-реверсией пола, пороками развития половых органов, маточными кровотечениями, задержкой и отсутствием менструаций, воспалительными заболеваниями наружных и внутренних половых органов [14–17]. Кроме того, Е.В. Уварова является главным редактором журнала «Репродуктивное здоровье детей и подростков», президентом межрегиональной общественной организации «Объединение детских и подростковых гинекологов», членом президиума Европейской ассоциации детских и подростковых гинекологов (ЕВРАПАГ).

Тем не менее, историческая справедливость требует вновь вернуться к истокам детского акушерства и гинекологии в Санкт-Петербурге. С 2016 года динамичное развитие фундаментального направления охраны репродуктивного здоровья в СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”» возглавляет Марина Фёдоровна Ипполитова. В настоящее время в Центре активно ведется лечебно-диагностическая, профилактическая и просветительская работа. Особое внимание уделяется анализу состояния

репродуктивного потенциала, репродуктивным установкам молодого поколения, что позволяет прогнозировать демографическую ситуацию в регионе, состояние здоровья будущих беременных, рожениц, родильниц и рожденных ими детей, поскольку это послужит основой перспективного планирования развития акушерско-гинекологической и педиатрической служб [18–19, 14]. На практике реализована расширенная междисциплинарная модель охраны репродуктивного здоровья, что на современном этапе позволяет укреплять и развивать социально-психологическую помощь подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, за счет кадрового потенциала Центра «Ювента», а также налаженных механизмов межведомственного взаимодействия.

Заключение. Современная детская гинекология неразрывно связана с именем профессора Юрия Александровича Гуркина, заложившего фундамент этого направления, а также его учеников и последователей. Первый этап формирования этой дисциплины (1990–2000 годы) был связан с формированием понятийной сферы, определения приоритетов и подготовкой специалистов для этой работы. На втором этапе (2000–2020 годы) последовательно развивались как специализированная стационарная гинекологическая помощь, так и система охраны репродуктивного здоровья в первичном звене здравоохранения. Новой формой оказания медико-социальной помощи подросткам стали клиники, дружественные к молодежи. Современный этап можно связать с утверждением в 2020 году Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Совершенствуется стационарная медицинская помощь с внедрением новых методов диагностики и лечения гинекологических заболеваний у несовершеннолетних. В системе формирования репродуктивного потенциала страны особую значимость приобретают центры охраны репродуктивного здоровья подростков.

Список литературы

1. Микиртичан Г.Л., Суворова Г.Л. История отечественной педиатрии: Лекции. Санкт-Петербург: ГПМА, 1998. 156 с.
2. Уварова Е.В. История развития специализированной гинекологической помощи детям и подросткам в России // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2019. Т. 15. № 1. С. 20–23. DOI: 10.24411/1816-2134-2019-11002.
3. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет: страницы истории / Под ред. Д.О. Иванова. Санкт-Петербург: СПбГПМУ, 2020. 608 с.
4. Зернюк А. Интервью с Юрием Александровичем Гуркиным в преддверии 70-летия со дня рождения // Акушерство, гинекология и репродукция. 2009. № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/intervyu-s-yuriem-aleksandrovichem-gurkinym-v-preddverii-70-letiya-so-dnya-rozhdeniya> (дата обращения – 10.10.2022).
5. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. Санкт-Петербург: Фолиант, 2000. 574 с.
6. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей. Москва: Медицинское информационное агентство, 2009. 692 с.
7. Гуркин Ю.А., Суслопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. Санкт-Петербург: Фолиант, 2001. 350 с.
8. Кутушева Г.Ф. К 75-летию Юрия Александровича Гуркина // Педиатр. 2015. № 1. Т. VI. С. 120–123.
9. Гуркин Ю.А., Рухляда Н.Н. Гинекология детского и подросткового возраста: Руководство для врачей. Москва: Медицинское информационное агентство, 2019. 392 с.
10. Кротин П.Н., Юрьев В.К., Куликов А.М., Юрьев В.В. Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков и пути его сохранения // Гедеон Рихтер в СНГ. 2001. № 3. С. 5–8.
11. Куликов А.М., Кротин П.Н. Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты. Учебное пособие. Санкт-Петербург:

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, 2001. 60 с.

12. Кротин П.Н., Куликов А.М., Кожуховская Т.Ю. Клиники, дружественные к молодежи: Руководство для врачей и организаторов здравоохранения. Москва, 2006. 60 с.

13. Медведев В.П., Куликов А.М. Роль семейного врача в охране здоровья подростков. Задачи и проблемы. Часть I // Российский семейный врач. 1997. Т. 1. № 1. С. 33–38.

14. Уварова Е.В., Филиппов О.С., Ипполитова М.Ф. и др. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2020. Т. 16. № 4(89). С. 6–49.

15. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI века // Акушерство и гинекология. 2006. № S1. С. 21–30.

16. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей. Москва: Литтерра, 2009. 375 с.

17. Уварова Е.В., Кулаков В.И. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005. № 1. С. 6–10.

18. Симаходский А.С., Ипполитова М.Ф. Репродуктивное здоровье подростков: проблемы сохранения // Российский педиатрический журнал. 2016. Т. 19. № 6. С. 373–380.

19. Куликов А.М., Ипполитова М.Ф. Задачи подростковой медицины в современном обществе // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения: Сб. трудов 2-й Всероссийской научно-практ. конф., Санкт-Петербург, 29–30 ноября 2018 года / Под ред. А.С. Симаходского, В.П. Новиковой, М.Ф. Ипполитовой. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский общественный фонд «Поддержка медицины», 2018. С. 11–29.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ипполитова М.Ф.¹, Куликов А.М.^{1,2}, Смирнова Е.В.¹

¹ Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»,
Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Понятие репродуктивного потенциала выходит за рамки собственно репродуктивного здоровья. Оно базируется на холистическом понимании здоровья – единстве его репродуктивного, соматического, психического компонентов, а также социального благополучия и формирования ответственного родительства. Обеспечение полноценного репродуктивного потенциала требует объединения усилий акушеров-гинекологов, урологов-андрологов, педиатров, медицинских психологов и социальных работников. Это означает, что в учреждениях охраны репродуктивного здоровья для несовершеннолетних должна оказываться комплексная медико-психолого-социальная помощь. В настоящее время такой подход может быть реализован только в центрах охраны репродуктивного здоровья подростков.

Ключевые слова: подростки; репродуктивное здоровье; репродуктивный потенциал; соматические заболевания; психическое здоровье; социальное благополучие; психосоциальная дезадаптация; центр охраны репродуктивного здоровья подростков (ЦОРЗП)

Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал подрастающего поколения служит фактором национальной безопасности страны. Репродуктивный потенциал – возможность мальчиков и девочек при вступлении в период социальной зрелости воспроизвести здоровое потомство. При оценке репродуктивного потенциала целесообразно использовать следующие параметры: общесоматическая заболеваемость и ее влияние на репродуктивную функцию, состояние физического и полового развития, заболеваемость органов репродуктивной системы (гинекологическая, андрологическая), оценка факторов, определяющих влияние условий и образа жизни на репродуктивную функцию; уровень полового воспитания и образованности детей и подростков, психологическая готовность к материнству (отцовству), уровень репродуктивных установок [1].

Благодаря реализации национальных программ в социальной сфере достигнуты значимые результаты. В соответствии с данными Росстата, положительные тенденции последнего десятилетия проявляются в постоянном снижении смертности: материнской и младенческой, детей всех возрастов от всех причин. За 5 лет, с 2016-го по 2020 год, количество прерываний беременности у несовершеннолетних 15–17 лет снизилось почти в 2 раза – с 7179 до 3862 [2]. Вместе с тем остается и ряд серьезных нерешенных проблем. Суммарный коэффициент рождаемости (число родившихся детей в расчете на 1 женщину) в РФ с 2015 года по 2021 год уменьшился с 1,78 до 1,51. В Санкт-Петербурге эти показатели ниже – соответственно 1,47 и 1,38 [2]. По прогнозам Росстата, в ближайшие 10 лет положительной динамики не ожидается. В перспективе неизбежно уменьшение численности детей 0–15 лет. К 2035 году их может стать меньше на 5–10 млн человек. Количество лиц в возрасте 25–35 лет, формирующих основной репродуктивный потенциал, с 2010-го по 2022 год уменьшилось с 23 тысяч до 20 тысяч

человек. Это одна из серьезных причин неуклонного снижения рождаемости в 2015–2021 годы на 542 тысячи человек [2].

Институт семьи испытывает серьезные трудности. Количество браков в РФ в 2010–2020 годы уменьшилось в 1,5 раза (с 1 215 066 до 770 857). Число разводов остается высоким. В течение последних 10 лет оно держится на уровне около 600 тысяч [2]. Как одно из возможных последствий можно рассматривать популярное среди российской молодежи пришедшее с Запада явление чайлдфри («свободный от детей»). В соответствии с этой концепцией дети рассматриваются исключительно как обуза, мешающая полноценной жизни. В Санкт-Петербурге около 30% 17-летних девушек, обратившихся в Центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента», сообщили, что не любят детей [5].

В 2020 году 433,5 тысячи детей (массой тела 1000 г и более) родились больными или заболели в период новорожденности. Это 30,9% от числа детей, родившихся живыми. Отметим, что в 1980 году таких детей было почти в 4 раза меньше – 7,9% [3].

Полноценный репродуктивный потенциал в значительной степени определяется и соматическим здоровьем матерей. Неуклонно снижается количество здоровых беременных. Из числа закончивших беременность удельный вес страдавших анемией с 1980-го по 2020 год возрос в 10 раз (с 3,6 до 35,5), сахарным диабетом – в 78 раз (с 0,1 до 7,8), болезнями мочеполовой системы – почти в 8 раз (с 2,3 до 16,3%). Соматические заболевания все чаще становятся причиной осложненных родов. Число заболеваний, осложнивших роды (на 1000 родов), с 1980-го по 2020 год также неуклонно возрастало: анемия – 19,6–261,7, болезни системы кровообращения – 24,6–48,1, сахарный диабет – 1,0–86,2, болезни мочеполовой системы – 17,0–47,3.

Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет в РФ в целом имеет положительную динамику. С 2011-го по 2020 год в РФ она снизилась у детей в возрасте 0–14 лет на 3,7%, а в возрасте 15–17 лет – на 10,2%. В Санкт-Петербурге за этот период она возросла соответственно на 30,2 и 10,1%.

Существенно, что заболевания, оказывающие серьезное влияние на формирование репродуктивного потенциала, имеют тенденцию к росту. Так, отмечено увеличение количества новообразований в 1,2 раза, сахарного диабета – в 1,9 раза, ожирения – в 1,4 раза. Быстрыми темпами растет гинекологическая и соматическая заболеваемость подростков [4].

Распределение российских детей по группам здоровья остается достаточно стабильным. В 2020 году I группу здоровья имели 26,7%, II – 56,3%, III – 13,9%, IV – 0,7%, V – 2,4% детей. Показатели Санкт-Петербурга вызывают меньший оптимизм: I группа здоровья – 10,7%, II – 66,8%, III – 19,7%, IV – 0,3%, V – 2,4% детей. Доля детей в возрасте до 18 лет, имеющих плохое и очень плохое состояние здоровья (в процентах к общему числу детей в соответствующей группе), за последние пять лет в РФ составила 0,7–1,2% [3]. По данным ВОЗ, в России только 32% мальчиков и 17% девочек 15 лет считают свое здоровье отличным [6]. Состояние соматической заболеваемости детей и подростков в Санкт-Петербурге представлено в таблице 1.

Показано, что соматические заболевания неизбежно сказываются на качестве менструально-овариальной функции [7]. Взаимосвязь между соматической сферой и половым развитием осуществляется на двух уровнях: центральный – через гипоталамические механизмы путем регуляции висцеральных систем и репродуктивной сферы по механизмам прямой и обратной связи (рис. 1), местный – по типу «внутренний орган – яичник».

Таблица 1. Соматические заболевания у детей в 2021 году, зарегистрированные в Санкт-Петербурге (Петростат, 2021)

Код МКБ-Х	Заболевания	Возрастные группы, лет		
		0–9	10–17	Всего
C00-C96	Злокачественные новообразования	294	206	500
D50-D64	Анемии	4244	2420	6664
D65-D69	Нарушения свертываемости крови	430	728	1158
E00-E07	Болезни щитовидной железы	2785	10203	12988
E10-E14	Сахарный диабет	882	6220	7102
E66	Ожирение	6861	17284	24145
G90	Расстройства вегетативной (автономной) нервной системы	5275	28843	34118
I42	Кардиомиопатия	130	176	306
J12-J16, J18	Пневмонии	2539	661	3200
J30.1	Аллергический ринит (поллиноз)	3657	3984	7641
J44	Хроническая обструктивная легочная болезнь	545	254	799
J45-J46	Астма, астматический статус	3656	10123	13779
K25-K26	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	17	407	424
K70- K76	Болезни печени	105	121	226
K80- K83	Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	8736	10452	19188
B15-B19	Острый и хронический вирусный гепатит	103	128	231
M08	Ревматоидный артрит (серопозитивный и серонегативный), юношеский (ювенильный) артрит	453	1017	1470
M30-M35	Системные поражения соединительной ткани	731	344	1075
N00-N07, N09-N15, N25-N28	Гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек	6426	4930	11356
Q00-Q99	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	34546	14346	48892
Q90	Синдром Дауна	311	163	474

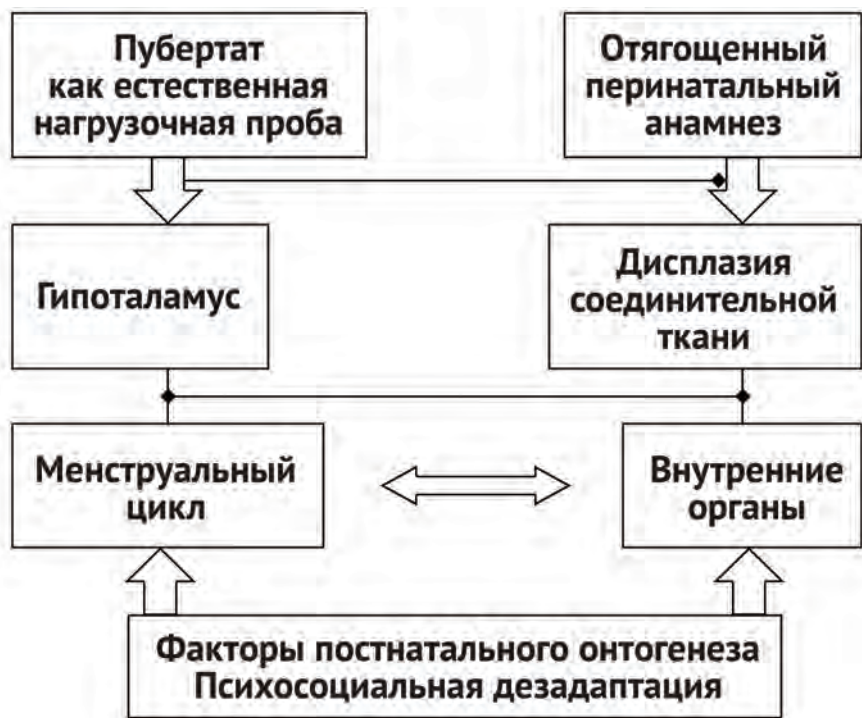


Рис. 1. Взаимосвязь соматического, психического и репродуктивного здоровья подростков

Интеграцию всех видов биологического развития, репродуктивного и соматического здоровья в пубертатном периоде обеспечивает гипоталамус. Именно он ответствен за оптимальное функционирование единой системы нейроэндокринной, психологической и иммунной регуляции. Объединяют заболевания внутренних органов и нарушения менструального цикла единые причины и механизмы их формирования – нарушенное течение пубертатного периода, вегетативная дисфункция и дисплазии соединительной ткани.

У 85% девушек в качестве пускового фактора формирования отклонений в биологическом развитии, соматическом и репродуктивном здоровье отмечена роль неблагоприятного

течения беременности и родов матери. В детстве и препубертатном периоде эти нарушения чаще всего компенсированы и клинически проявляются слабо. Далее подросток вступает в период полового созревания, который действует как яркий дестабилизирующий фактор гипоталамической дефектности и усиления врожденной неполноценности соединительной ткани. В этой связи пубертатный период исполняет роль естественной функциональной нагрузочной пробы. На уровне межорганного взаимодействия наиболее тесными представляются связи яичников с заболеваниями печени, почек, желудочно-кишечного тракта, респираторной системы и анемиями. Такие пациенты взяты под наблюдение педиатрами, однако в Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» (далее – Центр «Ювента») для комплексной оценки репродуктивного потенциала не направляются (таблица 2).

Это означает, что без усиления внимания к соматическому здоровью детей и подростков проблему не только увеличения, но и сохранения репродуктивного потенциала не решить.

Резерв для повышения репродуктивного потенциала состоит в активизации работы с соматически больными детьми и подростками, родители которых игнорируют необходимость контроля их репродуктивного здоровья, не считая его значимым в данное время. Именно у этой категории пациентов, которые обычно сосредоточены только на своем соматическом заболевании, велик риск формирования отклонений в развитии и половом созревании.

Однако по мере взросления каждый подросток хочет любить, быть любимым и в идеале создать семью. Но это время может оказаться упущенным. Поэтому необходимо максимальное сближение и взаимодействие участковой педиатрической службы и ЦОРЗП в стабилизации репродуктивного потенциала.

**Таблица 2. Соматические заболевания,
зарегистрированные в 2021 году у девушек 15–17 лет
в Санкт-Петербурге и Центре «Ювента»**

Код МКБ-Х	Нозологические формы	Санкт-Петербург (данные Петростата)	Из них обратились в Центр «Ювента»
C00-C96	Злокачественные новообразования	33	1
D50-D64	Анемии	1246	249
D65-D69	Нарушения свертываемости крови	188	11
E00-E07	Болезни щитовидной железы	3899	38
E10-E14	Сахарный диабет	380	3
E66	Ожирение	3743	146
G90	Расстройства вегетативной (автономной) нервной системы	9332	692
I42	Кардиомиопатия	44	0
J44	Хроническая обструктивная легочная болезнь	15	2
J45-J46	Астма, астматический статус	1519	34
K25-K26	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	105	0
K29	Гастрит и дуоденит	3732	123
B15-B19	Острый и хронический вирусный гепатит	27	4
M05-M06M08	Ревматоидный артрит (серопозитивный и серонегативный); юношеский (ювенильный) артрит	262	5
M30-M35	Системные поражения соединительной ткани	79	0
N00-N07, N09-N15, N25-N28	Гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек	1339	58
Q00-Q99	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2223	0
Q90	Синдром Дауна	25	0

Важным фактором развития нарушений менструально-овариальной функции в постнатальном онтогенезе является психосоциальная дезадаптация детей и подростков. Поэтому в последние годы увеличивается потребность в оказании не только акушерско-гинекологической, но и психологической и психотерапевтической помощи. Так, медицинскими психологами Центра «Ювента» в 2021 году проведено 4 775 консультаций подростков, что на 30,4% выше по сравнению с 2020 годом (3 323 консультации), из них: индивидуальное консультирование – 2 078 (увеличение показателя на 19,2% – 1 680), семейное консультирование – 326 (увеличение показателя в 2,5 раза – 133), консультации по репродуктивному выбору – 196 (показатель увеличился на 9,2% – 178), консультации до аборта – 133 (снижение на 9,0% – 145), консультации после аборта – 162 (увеличение показателя на 6,8% – 151), психодиагностика – 457 (показатель увеличился в 2,2 раза – 204), профилактическое консультирование – 1 423 (увеличение на 71,0% – 832). Количество звонков от детей и подростков, обратившихся на «Телефон доверия» в Центр «Ювента», в 2021 году – 5 918, что на 30,9% выше, чем в 2020 году.

Высоко востребована и помощь социального работника, роль которого в обеспечении репродуктивного потенциала подрастающего поколения понимается в полной мере. Под эгидой ВОЗ международные эксперты раз в четыре года проводят межнациональный опрос о поведении подростков, связанном со здоровьем, с охватом социальных детерминант здоровья и благополучия подростков. Этот опрос проводится у подростков 11, 13 и 15 лет, проживающих в 45 странах Европы и Северной Америки. Унификация методики позволяет провести сравнительное исследование и определить рейтинг страны по каждому направлению исследования. Анализ показывает крайне тревожную высокую степень психосоциальной

дезадаптации российских школьников. Они имеют низкий уровень удовлетворенности жизнью, недовольны школой, процессом обучения и одноклассниками; имеют сложности в поиске друзей и общении со сверстниками; значительно чаще, чем в других странах, подвергаются насилию в школе; отмечают серьезные проблемы в общении с родителями (таблица 3). Эти психосоматические факторы служат важной предпосылкой проблем и в репродуктивном здоровье. Отметим основные неблагоприятные и тревожные социальные факторы российских подростков по данным международного исследования: травля в школе (2-е место в рейтинге ВОЗ из 45 возможных), отсутствие поддержки со стороны сверстников и одноклассников (42-е место в рейтинге ВОЗ), поддержка преподавателей (38-е место в рейтинге ВОЗ).

Таблица 3. Социальные навыки, предпочтения и благополучие российских подростков. Начало

Показатель	Возраст, лет	Россия, %		Средний показатель по странам Европы, %	
		юноши	девушки	юноши	девушки
Отдают явное предпочтение онлайн-коммуникации	11	22	13	11	8
	15	19	27	17	16
Характерно проблемное использование социальных сетей	11	9	6	6	5
	15	7	8	7	10
Интенсивная электронная коммуникация с лицами, не входящими в число друзей	11	17	21	20	19
	15	13	13	16	16
Считают свое здоровье отличным	11	45	35	45	31
	15	32	17	39	25
Средняя удовлетворенность жизнью	11	8	8	8	8
	15	7	7	8	7
Множественные жалобы на здоровье, возникающие чаще одного раза в неделю	11	26	31	27	33
	15	29	44	30	52

**Таблица 3. Социальные навыки, предпочтения
и благополучие российских подростков. Окончание**

Показатель	Возраст, <i>лет</i>	Россия, %		Средний показатель по странам Европы, %	
		юноши	девушки	юноши	девушки
Подвергались травле в школе по крайней мере дважды за последние 2 месяца	11	12	10	8	8
	15	23	21	13	13
Легко или очень легко разговаривать с матерью	11	89	90	91	91
	15	77	77	82	79
Легко или очень легко разговаривать с отцом	11	80	74	84	76
	15	72	64	74	57
Ощущают значительную поддержку со стороны семьи	11	78	76	79	79
	15	59	59	67	68
Получают значительную поддержку со стороны сверстников	11	38	44	57	66
	15	40	45	55	65
Очень нравится школа	11	27	31	35	43
	15	14	13	21	22
Большая школьная нагрузка	11	15	15	26	25
	15	20	25	38	51
Значительная поддержка со стороны одноклассников	11	59	54	67	64
	15	40	33	60	51
Значительная поддержка со стороны преподавателей	11	55	58	70	73
	15	33	29	48	41

Таким образом, обеспечение должного репродуктивного потенциала детей и подростков является задачей не только гинекологов детского и юношеского возраста, но и всего здравоохранения и органов социальной и правовой защиты.

Эта концепция уже была сформулирована ранее [8]. В первую очередь, необходимы дальнейшие усилия по интеграции системы охраны репродуктивного здоровья подростков. Данная концепция может быть эффективно реализована только в условиях ЦОРЗП.

Список литературы

1. Кротин П.Н., Юрьев В.К., Куликов А.М., Юрьев В.В. Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков и пути его сохранения // Гедеон Рихтер в СНГ. 2001. № 3. С. 5–8.
2. Здравоохранение в России. 2021: Стат. сб. Москва: Росстат, 2021. 171 с.
3. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения – 10.10.2022).
4. Симаходский А.С., Ипполитова М.Ф. Репродуктивное здоровье подростков: проблемы сохранения // Российский педиатрический журнал. 2016. 19(6). С. 373–380.
5. Ипполитова М.Ф., Куликов А.М. Особенности психо-сексуального развития и гендерной идентичности у современных девушек-подростков // Сб. трудов III научно-практ. конф. с междунар. участием «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения». Санкт-Петербург, 28–29 ноября 2019 года. Санкт-Петербург, 2019. С. 7–13.
6. World Health Organization. Regional Office for Europe (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Vol. 2. Key data. World Health Organization. Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104>. (accessed 22.09.2022).
7. Куликов А.М., Кротин П.Н. Биопсихосоциальный подход в охране репродуктивного здоровья подростков // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2012. № 5(16). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения – 22.10.2022).
8. Ипполитова М.Ф. Организация гинекологической помощи девушкам-подросткам // Гуркин Ю.А., Рухляда Н.Н. Гинекология детского и подросткового возраста: Руководство для врачей. Москва: Медицинское информационное агентство, 2019. С. 20–44.

Гинекология

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ЦЕНТРЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ «ЮВЕНТА»

Ипполитова М.Ф., Смирнова Е.В.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Городской центр
охраны репродуктивного здоровья подростков
“Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. В статье рассматриваются перспективы развития и неиспользованный потенциал дневного стационара, история появления дневных стационаров в России и дневного стационара Центра «Ювента», проанализированы показатели его деятельности.

Ключевые слова: подростки; Центр «Ювента»; дневной стационар; стационарзамещающие технологии

В современных условиях, требующих поиска новых оптимальных и экономически обоснованных организационных мероприятий, большую роль получили стационарзамещающие технологии (СЗТ).

Именно различные вариации СЗТ являются своеобразной основой, позволяющей многопрофильным медицинским организациям сосредоточиться на наиболее сложных в диагностическом и лечебном планах пациентах, эффективно использовать кадровый потенциал, высокотехнологичную лабораторную и лечебную базы [1].

СЗТ могут быть представлены в различных вариантах: стационар одного дня, стационар кратковременного пребывания, дневной стационар, производство плановых операций в день поступления больных и др.

Дефицита выбора СЗТ в настоящее время не отмечается, каждая медицинская организация вправе сама выбрать наиболее подходящий вид с учетом социальной и экономической эффективности. Для разумного внедрения новых технологий требуется разработка адекватной системы оценки эффективности с целью принятия наиболее рациональных управленческих решений [2].

Наиболее распространенной формой СЗТ являются дневные стационары. Приоритетность их развития прослеживается в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно принимаемой Правительством РФ.

За 2016–2021 годы объемы планируемой медицинской помощи в условиях дневного стационара на одного застрахованного возросли на 5,43%, а тариф – в 2 раза [3]. Но в некоторых статьях все-таки существуют разногласия в организации работы СЗТ.

К факторам, препятствующим развитию дневных стационаров, по мнению экспертов, отнесены несовершенство принципов финансирования дневных стационаров, нормативно-правовых документов, регламентирующих их работу, слабая интеграция и координация деятельности поликлиник и стационаров, отсутствие у руководителей медицинских организаций заинтересованности в организации дневных стационаров на базе поликлиник. Отмечается низкая заинтересованность врачей стационаров в переводе пациентов на лечение в дневной стационар [4].

Для оценки эффективности организации дневного стационара гинекологического, урологического и хирургического профилей можно выделить следующие критерии:

1) для пациентов – возможность проведения оперативного лечения без госпитализации в круглосуточный стационар и реабилитации в одном месте в более короткие сроки. Нет стресса и изменений в психоэмоциональном статусе пациентов, возникающих при нахождении в круглосуточном стационаре, есть возможность совмещать лечение и пребывание дома, в привычной обстановке. Доступность плановой госпитализации в дневной стационар выше, чем в круглосуточный, исключается контакт с внутрибольничной инфекцией, следовательно, уменьшается число осложнений. Широко применяются различные физиотерапевтические процедуры, психотерапия, иглорефлексотерапия, ЛФК. Объем медицинской помощи в условиях дневного стационара включает в себя лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозную терапию, восстановительное лечение. В комплексе лечебных препаратов может быть представлен весь арсенал медицинских средств. Как и в обычном стационаре, пациенты регулярно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей;

2) для медицинской организации – возможность повысить эффективность использования ресурсных возможностей организации, организовать коечный фонд по степени интенсивности лечения, увеличить объем оказываемой помощи. Денежные вложения в стационарозамещающие технологии в 1,5 раза эффективнее, чем в круглосуточные стационары. Внедрение в клиническую практику СЗТ позволяет снизить оборот койки в стационаре круглосуточного пребывания, уменьшить расходы на оплату труда медицинских работников, снизить затраты на коммунальные и прочие услуги [5];

3) социальный критерий – сокращение сроков временной нетрудоспособности у пациентов, проходивших лечение

в дневном стационаре, и более быстрое восстановление их трудовой активности. Также следует отметить, что данный вид СЗТ оказывает влияние на такой критерий оценки качества оказания медицинской помощи населению, как удовлетворение потребности в медицинской помощи, что позволяет сократить количество жалоб на медицинскую организацию [6].

Краткая историческая справка по развитию дневных стационаров

Первое их упоминание в России датируется 1930 годом (в Московской психоневрологической больнице им. П.Б. Ганнушкина). В системе советского здравоохранения дневные стационары появились как промежуточное звено между круглосуточными психоневрологическими стационарами и лечебно-трудовыми мастерскими [7]. В научных исследованиях, проведенных в 1960-е годы, была обоснована медико-организационная целесообразность внедрения дневных стационаров при различных заболеваниях [8, 9]. Однако в последующие два десятилетия отмечалось постепенное снижение интереса к данной форме оказания медицинской помощи, что объяснялось недостаточно проработанной базой регламентирующих документов, а также большим количеством вопросов, связанных с порядком финансирования дневных стационаров. Дальнейшему их развитию способствовало появление регламентирующего приказа Минздрава СССР от 16.12.1987 № 1278 «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому» [10]. Актуальность принятия нормативного документа была обоснована внедрением в системе здравоохранения нового хозяйственного механизма. Передача финансовых ресурсов поликлиникам привела к резкому сокращению объемов госпитализации в круглосуточные стационары. В целях экономии средств

стали повсеместно создаваться дневные стационары, и появление указанного приказа Минздрава СССР, а также «Методических рекомендаций по совершенствованию деятельности стационаров на дому, дневных стационаров в поликлинике, палат (отделений) дневного пребывания в больницах» [11] упорядочило их работу. Общественно-политические изменения в стране в начале 1990-х годов и последовавший финансово-экономический кризис существенно ограничили финансирование медицины. Сокращение круглосуточных коек обусловило необходимость развития СЗТ. В силу этого Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки РФ, утвержденной постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387 [12], внедрение мало-затратных технологий и стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи населению было определено одним из основных направлений реформы здравоохранения.

Учитывая приоритетность расширения СЗТ и необходимость устранения возникших проблем по открытию и работе СЗТ, Министерство здравоохранения приняло приказ от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» [13]. Согласно данному в нем определению, «дневной стационар является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник, медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений, и предназначен для проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных». Приказ расширил виды и объемы работ, выполняемых дневными стационарами, и сделал упор на комплексность выполнения лечебно-профилактических мероприятий, включил

возможность проведения экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса об их направлении на медико-социальную экспертизу.

В 2011 году сложившаяся практика организации медицинской помощи в дневных стационарах была закреплена в статьях 32, 33 и 80 ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [14], а затем Министерство здравоохранения и социального развития РФ своим приказом от 15.05.2012 № 543н утвердило «Положение об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [15].

В соответствии с требованиями законодательства в сфере здравоохранения вопросы организации работы дневных стационаров, их штатные нормативы и требования к оснащению в настоящее время устанавливаются в приложениях к порядкам оказания медицинской помощи по профилям.

Таким образом, можно констатировать наличие в России сформированной законодательной и нормативной базы по организации медицинской помощи населению в дневных стационарах.

Создание Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента»» (далее – Центр «Ювента») пришлось на непростое демографическое время, когда стало крайне необходимо проводить работу с подростками по охране их репродуктивного здоровья. Дневной стационар был открыт с первого дня появления Центра «Ювента» [16].

Накопленные материалы позволяют провести анализ деятельности дневного стационара за 28 лет. Дневной стационар в Центре «Ювента» отвечает требованиям Приказа Минздрава РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» [17]. Основные функции дневного стационара в Центре «Ювента»

соответствуют Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденному Приказом Минздрава России от 07.03.2018 № 92н [18], и включают проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи. Штатная численность сформирована исполнительным органом государственной власти, исходя из объемов востребованной лечебно-диагностической помощи и на основании численности обслуживаемого населения. Дневной стационар осуществляет свою деятельность на основании Лицензии, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга 05.02.2020 по оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, операционному делу, эндоскопии и др.

За 1993–2022 годы количество коек в дневном стационаре изменилось с двадцати, открытых в 1993 году, до восемнадцати бюджетных коек.

С 2018 года, согласно Приказу Комитета по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга от 17.03.1993 № 97 «О преобразовании Городского клинико-диагностического центра репродукции», было открыто в 1993 году 20 бюджетных коек в стационаре кратковременного пребывания больных, в том числе 10 абортных коек.

На основании Приказа Комитета по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга от 30.12.1994 № 58 «О распределении

кожного фонда Дневного стационара ГКДЦРЗП «Ювента»» закреплено следующее распределение коечного фонда: 13 гинекологических, в том числе 10 абортных, 2 койки по профилю «урология – андрология», 1 койка – хирургическая детская, 1 койка – дерматовенерологическая, 1 койка – косметологическая, 2 койки – анестезиолого-реаниматологические (в палате интенсивной терапии).

На основании Приказа главного врача Центра «Ювента» в 2010 году произошли следующие изменения профилей коечного фонда: 6 коек гинекологических, 10 для производства абортных, 3 хирургические для детей, 1 дерматовенерологическая для детей.

В 2016 году на основании Приказа главного врача Центра «Ювента» от 23.12.2016 № 118 «О мощности и профиле коечного фонда ГКДЦ «Ювента»» 20 бюджетных коек были распределены по профилям следующим образом: 16 гинекологических для детей, 3 хирургических для детей, 1 уроандрологическая для детей.

Согласно Распоряжению Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 18.01.2018 № 17-р «О профиле и мощности СПб ГБУЗ ГКДЦ «Ювента»» число бюджетных коек сократилось до 18 (действует и на текущий 2022 год); профили коек распределились следующим образом: 16 гинекологических для детей, 1 хирургическая для детей, 1 уроандрологическая для детей.

Структура дневного стационара Центра «Ювента» на 1 января 2022 года представлена 18 бюджетными койками в пяти палатах подразделения и также включает процедурный кабинет, перевязочную, кабинет ультразвуковой диагностики, стерилизационную и предстерилизационную, помещение для приема пищи пациентами, помещение для пребывания медицинского персонала, операционный блок для проведения плановых

хирургических вмешательств (операционная на два рабочих места, оснащенная эндовидеохирургическим оборудованием для малых инвазивных вмешательств, малая операционная для малых гинекологических вмешательств на два рабочих места, преднаркозная палата и палата наблюдения за послеоперационными больными, оснащенные необходимым оборудованием и инвентарем, кабинет врачей анестезиологов-реаниматологов).

Всего за период 1994–2021 годов было пролечено 31 008 подростков в возрасте до 17 лет включительно (диаграмма 1).

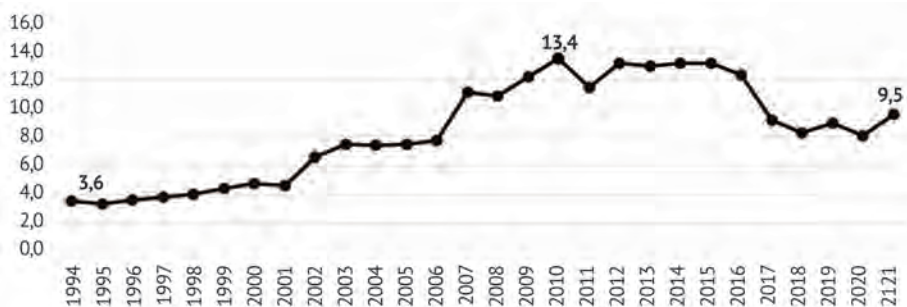
Диаграмма 1. Число пролеченных подростков в дневном стационаре Центра «Ювента» в 1994–2021 гг.



Как видно из диаграммы 1, наибольшее число пациентов приходится на 1996–1999 годы (в среднем более 2 000 человек в год), что объясняется всплеском числа аборт за этот период среди подростков до 17 лет включительно.

За 1994–2021 годы пациенты до 17 лет включительно провели на дневных койках 221 123 пациентодня. Средний койко-день за этот период – 7,1 (диаграмма 2).

Диаграмма 2. Средний койко-день в дневном стационаре Центра «Ювента» в 1994–2021 гг.



Как видно из диаграммы 2, за годы исследования средняя длительность пребывания пациента на дневной койке имеет явную динамику увеличения: с 3,6 дня в 1994 году до 13,4 дня в 2010 году – и незначительного снижения до 9,5 в 2021-м, что объясняется разной потребностью коек в разные периоды; в период своего открытия дневной стационар предназначался в основном для производства аборт, этим и объясняется короткий средний койко-день.

Начиная с 2012 года, число абортов у подростков до 17 лет включительно стало резко сокращаться, и дневной стационар был переориентирован на оказание медицинской помощи по другим нозологическим формам (аномальные маточные кровотечения пубертатного периода, кисты яичников, воспалительные заболевания женских половых органов и др.), что потребовало более длительного пребывания пациентов в дневном стационаре. Этим объясняются и данные по оперативной активности за 1994–2021 годы, разброс показателей от 99,9% в 1994 году до 24,2% в 2021-м (диаграмма 3).

Данные по числу абортов, проведенных у подростков до 17 лет включительно в дневном стационаре Центра «Ювента», представлены на диаграмме 4.

Диаграмма 3. Оперативная активность в дневном стационаре Центра «Ювента» в 1994–2021 гг.

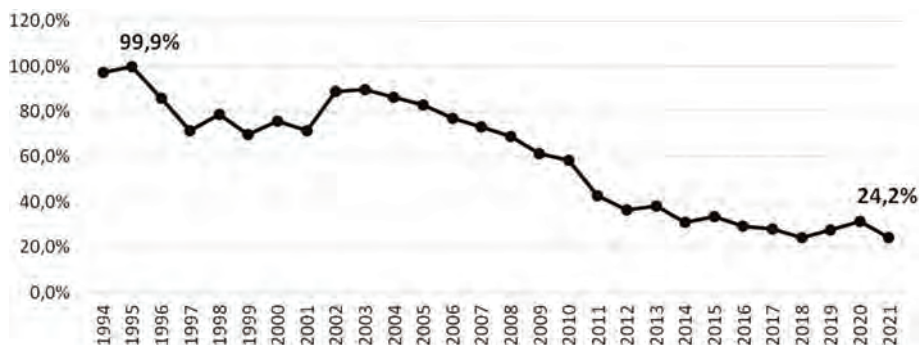
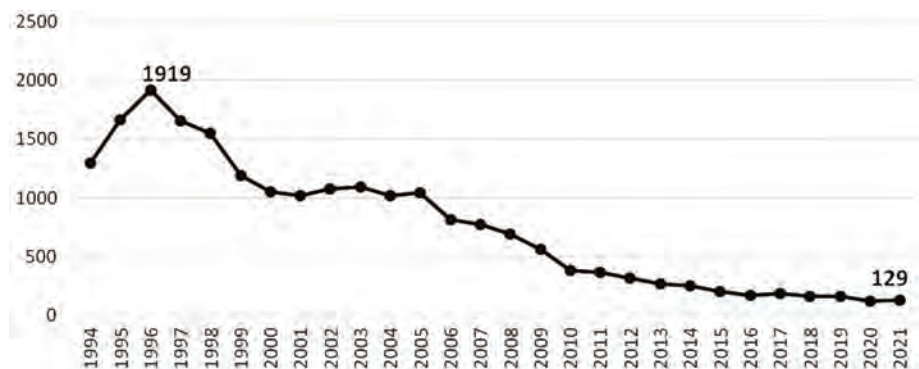


Диаграмма 4. Аборты в дневном стационаре Центра «Ювента» в 1994–2021 гг.



Как видно из диаграммы 4, число абортов у подростков до 17 лет включительно уменьшилось в 15 раз, что показывает налаженную амбулаторной акушерско-гинекологической службой просветительскую работу, качественное консультирование подростков специалистами Кабинета планирования семьи по повышению грамотности подростков в вопросах контрацепции и обеспечение бесплатной барьерной контрацепцией.

В среднем удельный вес повторнобеременных в структуре прерываний беременности за период с 1994-го по 2021 год составил 12,5%. Данный показатель оставался стабильным на протяжении последних лет, несмотря на профилактическую работу гинекологов, медицинского психолога и сотрудников кабинета планирования семьи, проводимую как до аборта, так и в послеабортном периоде, однако имеется тенденция к снижению удельного веса повторнобеременных. В 2020 году этот показатель равнялся 7,6%, в 2021 году – 9,3%.

Большая часть пациентов (более 85,0%), которые прервали беременность в дневном стационаре Центра «Ювента», прошли курс реабилитации. В курс реабилитационных мероприятий включаются антибактериальная терапия, местное противовоспалительное лечение, контрацепция, психологическая поддержка до и после проведения аборта, иглорефлексотерапия, физиотерапевтическое лечение.

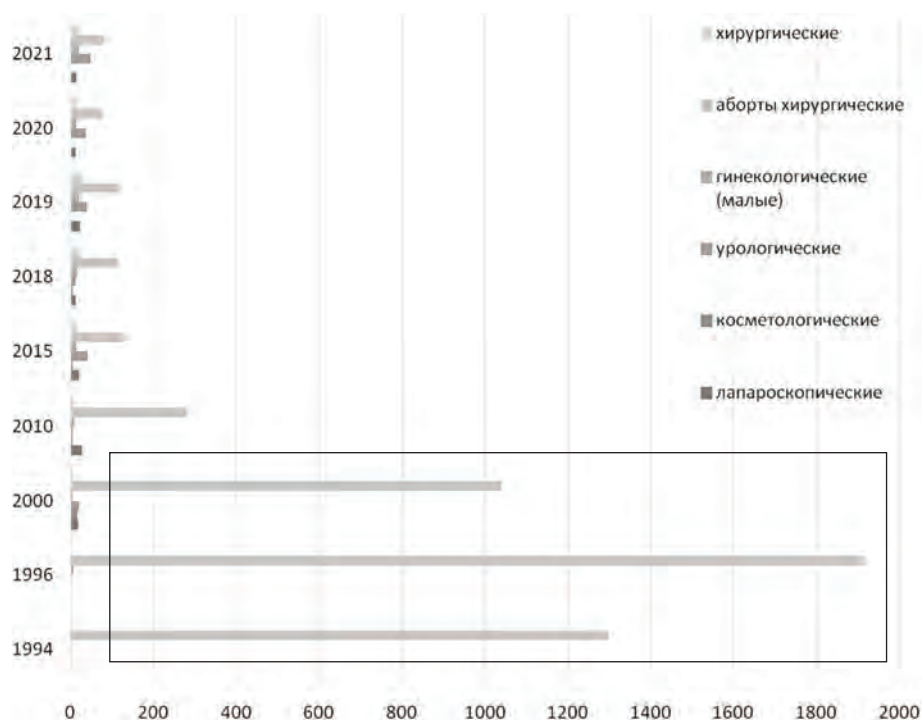
Данные по оперативной деятельности дневного стационара Центра «Ювента» с разбивкой по профилям за период с 1994-го по 2021 год представлены на диаграмме 5.

Как видно из диаграммы 5, большую часть оперативной деятельности составляют хирургические аборт. В период открытия дневного стационара они составляли до 99,9% оперативной деятельности.

Если рассматривать более поздние данные, например за 2021 год, то на производство аборт приходится уже менее 50,0% всей оперативной деятельности. Возникающие послеоперационные осложнения связаны с производством аборт. Так, за 1994–2021 годы средний процент послеоперационных осложнений составил 3,4% (максимальный процент послеоперационных осложнений был в 2010 году и составил 7,4%, самый низкий – в 1996-м: 1,5%). Из всех

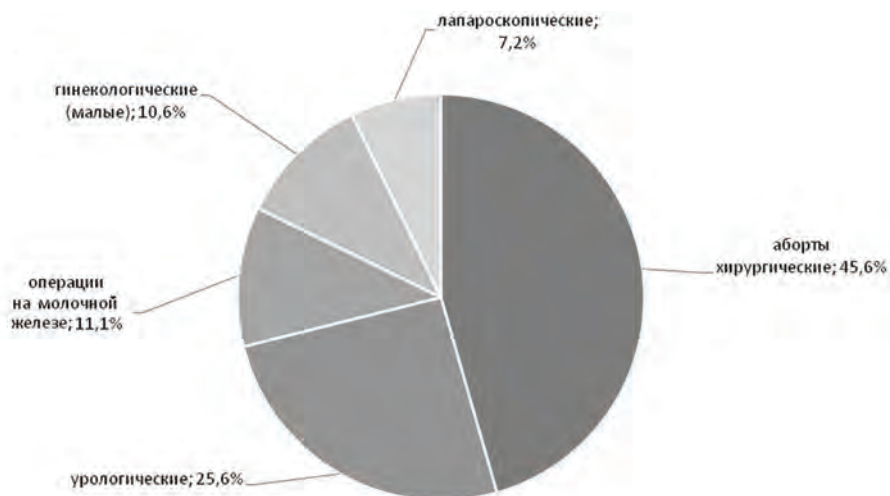
послеоперационных осложнений, зарегистрированных после проведения абортов, 51,4% приходится на острую гематометру, 26,1% – на субинволюцию матки, 10,4% – несостоявшийся выкидыш, 8,1% – воспалительные болезни органов малого таза, 2,4% – маточное кровотечение, 1,0% – плацентарный полип, 0,6% – перфорация стенки матки.

Диаграмма 5. Оперативная деятельность в дневном стационаре Центра «Ювента» с разбивкой по профилям в 1994–2021 гг.



На диаграмме 6 представлена структура оперативных вмешательств, проведенных в Центре «Ювента» в 2021 году.

Диаграмма 6. Структура оперативных вмешательств в дневном стационаре Центра «Ювента» в 2021 г.



Проведен анализ заболеваемости в дневном стационаре Центра «Ювента» за период 2017–2021 годов. Структура гинекологической заболеваемости представлена на диаграмме 7: основной причиной госпитализации пациентов до 17 лет включительно являются в этот период аномальные маточные кровотечения пубертатного периода, что составило в 2021 году 34,9% от всей госпитализированной гинекологической заболеваемости, в 2017-м – 29,2%, в 2018-м – 32,0%, в 2019-м – 31,5%, в 2020-м – 29,2%. На втором месте в 2021 году находятся кисты яичников – 22,0%, в 2017-м – 10,0%, в 2018-м – 16,8%, в 2019-м – 20,4%, в 2020-м – 18,5%. На третьем месте в 2021 году диагноз «беременность с абортивным исходом», что составило 19,0%, в 2017-м – 28,3%, в 2018-м – 25,1%, в 2019-м – 23,3%, в 2020-м – 28,3%. Четвертое место занимает в 2021 году реабилитация после аборта (восстановление детородной функции) – 15,1%, в 2017-м – 26,6%, в 2018-м – 18,0%, в 2019-м – 17,4%,

в 2020-м – 16,6%. Пятое место в структуре гинекологической заболеваемости занимают другие нарушения менструального цикла (без АМКПП) – первичная и вторичная олигоменорея, вторичная аменорея, первичная и вторичная дисменорея: в 2017 году – 1,5%, в 2018-м – 1,2%, в 2019-м – 1,0%, в 2020-м – 1,7%, в 2021-м – 2,7%. Далее идут в порядке убывания невоспалительные болезни женских половых органов, воспалительные болезни женских тазовых органов, врожденные аномалии (пороки развития) женских половых органов, другие болезни, связанные преимущественно с беременностью, обследование после хирургического вмешательства, доброкачественные новообразования женских половых органов, травмы женских половых органов.

Диаграмма 7. Структура гинекологической заболеваемости в дневном стационаре Центра «Ювента» в 2017–2021 гг.

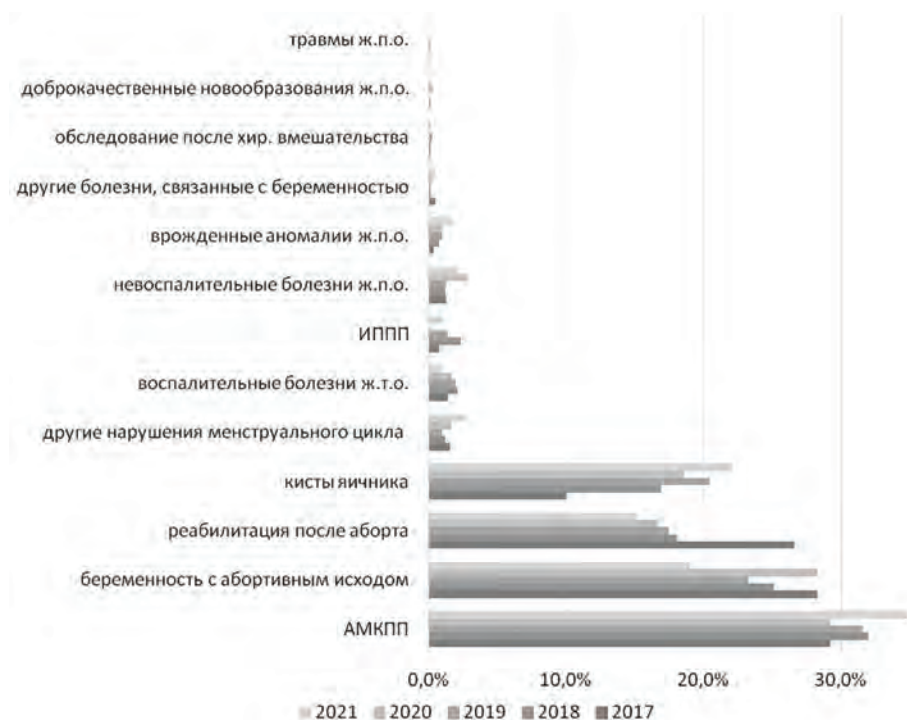
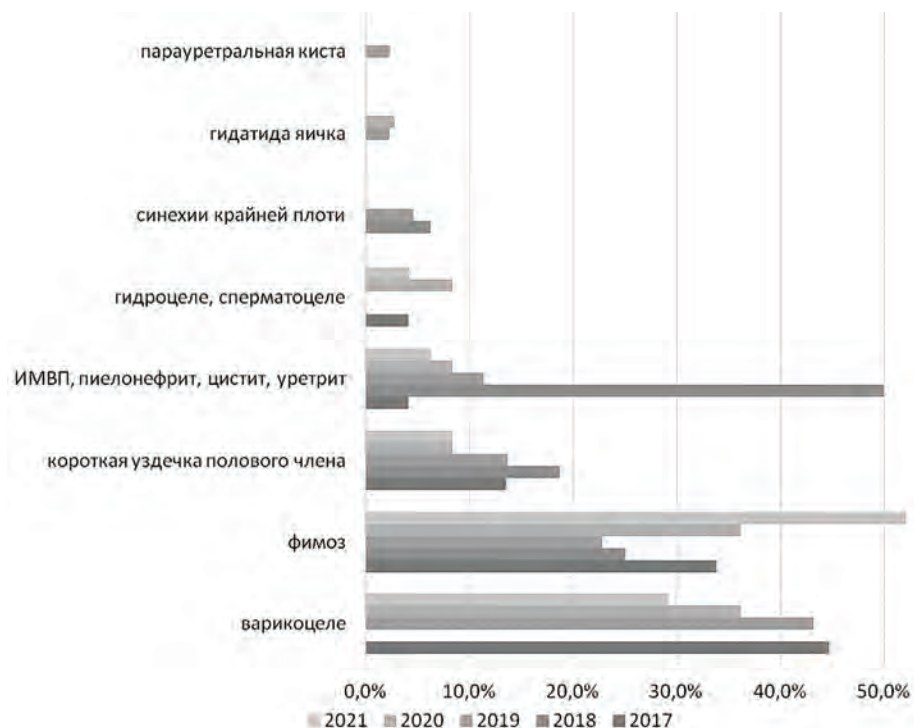


Диаграмма 8. Структура уроandroлогической заболеваемости в дневном стационаре Центра «Ювента» в 2017–2021 гг.



Анализ уроandroлогической детской заболеваемости в Центре «Ювента» также представлен за период 2017–2021 годов. Структура этой заболеваемости на диаграмме 8 выглядит следующим образом. В 2021 году лидирующее место занимал диагноз «фимоз» – 52,1%, в 2017-м – 33,8%, в 2018-м – 25,0%, в 2019-м – 22,7%, в 2020-м – 36,1%. На втором месте в 2021 году стоит диагноз «варикоцеле» – 29,2%, в 2017-м – 44,6%, в 2018 году пациентов с таким диагнозом не было, в 2019-м – 43,2%, в 2020-м – 36,1%. На третьем месте в 2021 году – короткая уздечка полового члена: 8,3%, в 2017-м – 13,5%, в 2018-м – 18,8%, в 2019-м – 13,6%,

в 2020-м – 8,3%. Четвертое место в 2021 году принадлежало воспалительным заболеваниям мочеполовой системы (инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит, цистит, уретрит) – 6,3%, в 2017-м – 4,1%, в 2018-м – 50,0%, в 2019-м – 11,4%, в 2020-м – 8,3%. Пятое место в 2021 году занимали гидроцеле и сперматоцеле: 4,2%, в 2017-м – 4,1%, в 2018-м и 2019 году пациентов в дневном стационаре не было, в 2020-м – 8,3%. Далее в порядке убывания расположились синехии крайней плоти, гидатиды яичка, парауретральная киста.

Пациенты, находящиеся на лечении в дневном стационаре Центра «Ювента», по показаниям проходят лечение либо реабилитацию в физиотерапевтическом кабинете. В среднем такое лечение получают за год 36,5% от общего числа пациентов, прошедших лечение в дневном стационаре; среднее число проведенных процедур составляет 7,4. В среднем 79,0% пациентов отмечают улучшение состояния после курса физиотерапевтического лечения. Основными физиотерапевтическими методами лечения, которые используются в различном сочетании, являются локальная гипобария, гальванизация, электрофорез, транскраниальная электростимуляция, миллиметровая терапия КВЧ диапазона, амплипульстерапия, ультразвуковая терапия.

Анализ опыта работы дневного стационара Центра «Ювента» свидетельствует об эффективности такой формы организации охраны здоровья детского населения: в основу профилактики заболеваний и ведения пациентов с нарушением репродуктивной функции положен мультидисциплинарный подход. Пациенты могут быть направлены на консультацию и обследование к специалистам Центра из других подразделений, а также к врачам других медицинских организаций.

В дальнейшем в гинекологической, уроandroлогической практике дневной стационар может рассматриваться как отдельная

модель оказания высокотехнологичной медицинской помощи при небольших объемах оперативных вмешательств с низким риском, что является дополнительным ресурсом и резервом эффективной гинекологической и уроandroлогической помощи. Данный ресурс здравоохранения продолжает оставаться востребованным и перспективным с социальной, медицинской и экономической позиций.

Совершенствование организации медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, послужит значительному повышению эффективности использования ресурсов здравоохранения, повышению качества и доступности медицинских услуг населению.

Список литературы

1. Лебедев Н.Н., Решетников С.В., Шихметов А.Н., Решетников В.Н. Стационарозамещающие технологии в многопрофильном клинко-диагностическом центре // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. 2017. № 1–2(65–66). С. 9–14.

2. Лебедев М.В., Керимова К.И., Захарова И.Ю., Бахтурин Н.А. Система оказания медицинской помощи населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на территории Российской Федерации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. № 1. С. 383–402.

3. Файзуллина Р.Н., Гильманов А.А., Искандаров И.Р. Оценка проблем в организации деятельности дневных стационаров // Ремедиум. 2022. № 1. С. 30–34. DOI: 10.32687/1561-5936-2022-26-1-30-34.

4. Дмитриев В.А. Современное состояние и оценка эффективности стационарозамещающих технологий в педиатрической практике // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6. № 1. С. 128–130.

5. Жуков Н.И. Стационарозамещающие технологии в кардиологической практике: перспективы развития и эффективность // Проблемы управления социально-экономическими системами: теория и практика. Материалы V Международной научно-практ. заочной конф. Тверь, 1–30 апреля 2017 года. Вып. 5. С. 197–200.

6. Лебедев М.В., Керимова К.И. Дневной стационар – возможная альтернатива круглосуточному стационару в оказании медицинской помощи пациентам по профилю «челюстно-лицевая хирургия» // Уральский медицинский журнал. 2020. № 9(192). С. 128–132. DOI 10.25694/URMJ.2020.09.26.

7. Гильманов А.А., Марапов Д.И., Файзуллина Р.Н. Показатели деятельности и проблемы работы дневных стационаров // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 4. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26704>.

8. Тoley А.Т. История развития дневных стационаров // Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. 2011. № 1. С. 112–114.

9. Черниенко Е.И., Лаврищева Г.А., Сажин В.П., Волнухин А.В. Стационарозамещающие технологии (дневные стационары) в общей врачебной (семейной) практике // Врач. 2006. № 1. С. 12–14.

10. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 16.12.1987 № 1278 «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому». Доступ из справочно-правовой системы «Консультант-плюс» (утратил силу).

11. «Методические рекомендации по совершенствованию деятельности стационаров на дому, дневных стационаров в поликлинике, палат (отделений) дневного пребывания в больницах» (утверждены Минздравом СССР 25.10.1988). Доступ из справочно-правовой системы «Консультант-плюс» (утратили силу).

12. Постановление Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (вместе с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации). Доступ из справочно-правовой системы «Консультант-плюс» (дата обращения – 11.10.2022).

13. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Приложение № 9. Правила организации деятельности дневного стационара: URL: <https://online3.consultant.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=25308241005275412239939241&cacheid=3F57B57B3FB4D09A7E0F28E858FAC42C&mode=splus&base=LAW&n=358683&rnd=97E6532C7C49B2B499874CE518E1A61D#2zthr2u83wc/>.

14. Приказ Минздрава России от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». URL: <https://online3.consultant.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=25308241005275412239939241&cacheid=35906ACCF07AC0C9993EDCF973F95C96&mode=splus&base=LAW&n=46135&rnd=97E6532C7C49B2B499874CE518E1A61D#1tyfn3jmj2j>.

15. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 № 24726) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. № 52. 24.12.2012.

16. Ипполитова М.Ф., Страдымов Ф.И. Возможности и перспективы дневного стационара в Центре охраны репродуктивного здоровья подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. Т. 17. № 1. С. 6–15. DOI: 10.33029/1816-2134-2021-17-1-6-15.

17. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 № 60869) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 13.11.2020.

18. Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» (зарегистрировано в Минюсте России 17.04.2018 № 50801) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 18.04.2018.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ И РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВКАХ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Ипполитова М.Ф., Кириченко И.Я., Жгулёва А.А.

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

На сегодняшний день проблема отношения молодежи к созданию семьи и рождению детей является весьма актуальной в связи с низкими показателями демографической ситуации в стране: по данным Росстата, в 2021 году отмечено снижение суммарного коэффициента рождаемости. На рождаемость как один из основных показателей демографической ситуации непосредственное влияние оказывают репродуктивные установки молодого поколения. В ходе социологического опроса проанализирован уровень знаний о репродуктивном здоровье и репродуктивных установках у 1826 респондентов в возрасте 14–25 лет на базе СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента».

Полученные данные показали следующее: 847 респондентов (46,4%) живут половой жизнью, из них 577 девушек (68%) и 270 юношей (32%). Средний возраст реального начала половой жизни у девушек составляет 16,8 лет, у юношей – 16,4 лет. Оптимальным возрастом для вступления в сексуальные отношения юноши и девушки считают в среднем 17,5 лет, для создания семьи – 23 года, для рождения детей – 25 лет. Юноши планируют позже создавать семью, чем девушки. У девушек среднее количество половых партнеров – 1,4; у юношей – 4,3. Не планируют иметь детей 258 (14,5%), из них юноши – 91 (35,3%),

девушки – 167 (64,7%); хотели бы иметь одного ребенка 26,2%, двух – 45,8%, трех и более – 13,7% респондентов.

Ряд вопросов был посвящен изучению репродуктивного поведения. Выяснилось, что 84,2% респондентов считают приемлемым начало половых отношений до брака. Подавляющее большинство опрошенных (92,6%) считают, что беременность нужно планировать, а 63,5% респондентов отметили невозможность рождения своих детей вне зарегистрированного брака.

На вопрос, что считать репродуктивным здоровьем, респонденты ответили: 1) способность к зачатию и рождению здоровых детей – 53,5%; 2) состояние полного физического, умственного и социального благополучия – 30,2%; 3) удовлетворение и безопасная сексуальная жизнь – 8,2%; 4) возможность вести полноценную и разнообразную половую жизнь – 6,7%.

По данным проведенного нами исследования, главным источником информации о репродуктивном здоровье являются социальные сети и интернет-ресурсы (37,3%) и медицинские работники (19,9%), в меньшей степени на информированность подростков и молодежи оказывают семья и родственники (15,9%), а также друзья и половые партнеры (9,0%).

Заключение. Анализ показал, что большинство опрошенных имеют правильное представление о репродуктивном здоровье, информацию о котором получают в большей степени из социальных сетей и интернета. Также отмечен высокий процент тех, кто не планирует рождение детей, и в большей степени это девушки. Многие из тех, кто хотел бы иметь детей, предъявляют требования к планированию беременности и нахождению в браке.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИКО-ЭЛЕКТРОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ НА АППАРАТЕ TRUSCREEN: МИРОВОЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Зароченцева Н.В., Джиджихия Л.К., Трищенко О.В.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области «Московский областной
научно-исследовательский институт
акушерства и гинекологии»,
Москва, Россия*

Резюме. В обзоре литературы представлен зарубежный и отечественный опыт применения оптико-электронной диагностики цервикальных поражений на аппарате *TruScreen*. Результаты проведенных в различных странах работ показывают, что точность исследования с помощью сканера *TruScreen* высока (достигает 96%). Эти данные совпадают с более ранними исследованиями, которые также доказали, что диагностика на аппарате *TruScreen* обладает высокой чувствительностью и специфичностью, а в комбинации с ВПЧ-тестом достигает практически 100%. В связи с этим следует рассмотреть возможность использования оптико-электронного сканирования *TruScreen* как первичного метода диагностики предраковых заболеваний шейки матки, особенно у ВПЧ-позитивных пациенток.

Ключевые слова: *TruScreen*; вирус папилломы человека (ВПЧ); скрининг; рак шейки матки

В 2019 году в мире, по данным ВОЗ, было выявлено 577 тысяч новых случаев рака шейки матки, из них 311 тысяч женщин погибли. По данным Международного общества по борьбе с папилломавирусной инфекцией (IPVS), к 2030 году ВОЗ

прогнозирует рост смертности от рака шейки матки (РШМ) на 27% в странах с низким и средним уровнем дохода.

ВОЗ выдвинула стратегию по ликвидации РШМ, которая предполагает достижение трех промежуточных целевых показателей «90–70–90»: полная вакцинация против ВПЧ 90% девочек к 15 годам; высококачественный скрининг 70% женщин в возрасте 35 лет и повторно в возрасте 45 лет; обеспечение лечения 90% женщин, у которых диагностировано заболевание шейки матки (лечение 90% женщин с предраковыми поражениями; ведение 90% пациенток с инвазивным раком) [1]. Предполагается, что достижение показателей «90–70–90» в 2030 году может позволить уменьшить на 40% количество новых случаев заболевания РШМ к 2050 году и предотвратить 5 млн связанных с ним случаев смерти. Конечная цель стратегии в количественном выражении – это достижение порога в 4 случая впервые заболевших в год на 100 тысяч женского населения.

Таблица 1. Различные модели скрининговых программ

Нидерланды, Австралия, Турция, Швеция (≥ 35 лет)	ВПЧ-тестирование + цитология (при необходимости)
Финляндия, Новая Зеландия, Ирландия, Норвегия	Цитология + ВПЧ-тестирование (при необходимости)
Португалия, Румыния, США, Таиланд	Котестирование
Венгрия, Бельгия, Швеция (< 35 лет), Эстония	Цитология

Выделяют три основных метода для скрининга РШМ: цитологическое исследование соскоба шейки матки (обычный тест Папаниколау (PAP) / жидкостная цитология, LBC); визуальная оценка с использованием уксусной кислоты; тестирование на типы ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР). В разных странах приняты разные стратегические подходы: первичное цитологическое исследование с последующим ВПЧ-типированием, котестирование или применение первичного

ВПЧ-тестирования с последующим цитологическим исследованием и проведением кольпоскопии (таблица 1). В 2019 году ВОЗ определила новые методы, применяемые как триаж при обследовании пациенток с заболеваниями шейки матки.

По данным *IPVS*, цитологический метод для обнаружения РШМ имеет достаточно высокую специфичность (94,8–96,8%), однако чувствительность составляет всего 55–74%. ВПЧ-тестирование является более чувствительным методом и обеспечивает лучшую эффективность в профилактике рака шейки матки, чем цитологическое исследование шейки матки или проведение кольпоскопии, так как ВПЧ-тест в меньшей степени зависит от человеческого фактора; поэтому рассматривается вопрос о проведении ВПЧ-типирования первично [2].

Скрининговые обследования не должны быть слишком затратными, однако важно, чтобы они четко выполняли свою задачу: выявление патологии с высокой чувствительностью и специфичностью на ранних предраковых и раковых стадиях, при которых эффективность адекватного лечения высока. Также имеет значение готовность пациенток пройти осмотр, их удобство и комфорт. Метод скрининга должен быть достаточно точным, практичным, по возможности неинвазивным, не требующим сложной подготовки персонала и особых условий применения, а также многоэтапности.

Оптоэлектронное устройство *TruScreen* измеряет физические свойства ткани. Оптико-электронная система оценивает способность цервикальной ткани к отражению и рефракции инфракрасного и видимого светового спектра параллельно с измерением ее электрических свойств. Прибор при помощи мануального датчика посылает низкоуровневый оптический и электрический сигнал, который проникает на всю глубину до мышечного слоя шейки матки. Отражаясь и преломляясь определенным образом, сигнал позволяет выявить даже

небольшие патологические изменения. За счет глубокого проникновения импульсных волн можно получить данные не только о поверхностном, но и о глубоких слоях шейки матки. Также прибор позволяет выявить изменения кровеносного русла, которые происходят при предраковых состояниях. Затем *TruScreen* выделяет наиболее измененные параметры цервикальной ткани, сравнивает их с экспертной базой данных результатов гистологического исследования более 2000 пациентов и выдает заключение о наличии или отсутствии цервикального интраэпителиального поражения. Таким способом можно выявить предраковые и раковые изменения шейки матки [3].

Устройство состоит из ручного зонда с беспроводной индукционной зарядной подставкой. Длина устройства от основания до наконечника примерно 37 см. Часть зонда, которая входит во влагалище, имеет длину 120 мм и диаметр наконечника примерно 5 мм. Система включает в себя одноразовый датчик (*SUS*), закрывающий зонд и увеличивающий диаметр наконечника приблизительно до 6,5 мм (рис. 1).

Наконечник зонда исследует ткань в определенном порядке (рис. 1 и 2), периодически воздействуя на нее низкими уровнями электрической и оптической энергии. Реакция ткани шейки матки интерпретируется в режиме реального времени за счет автоматического сравнения с сохраненным в цифровом виде каталогом сигнатур тканей. Устройство измеряет кривые прямого отраженного света, обратного рассеяния и электрического затухания ткани шейки матки (рис. 3), оценивает реакцию поверхностных эпителиальных клеток, выявляет изменения в эпителиальном базальном слое и стромальных клетках: увеличенные клеточные ядра, повышенную плотность цитоплазмы, усиленное кровообращение и изменения в кровеносных сосудах, а также изменения, возникающие при опухолевых поражениях.



Рис. 1. Портативное устройство TruScreen ultra



Рис. 2. Схема зондирования из руководства по эксплуатации TruScreen. Зондирование внешней области эктоцервикса следует начинать с точки 1 с левой стороны и продолжать в горизонтальном направлении слева направо. Пройдите два ряда, чтобы обеспечить полное покрытие передней части эктоцервикса

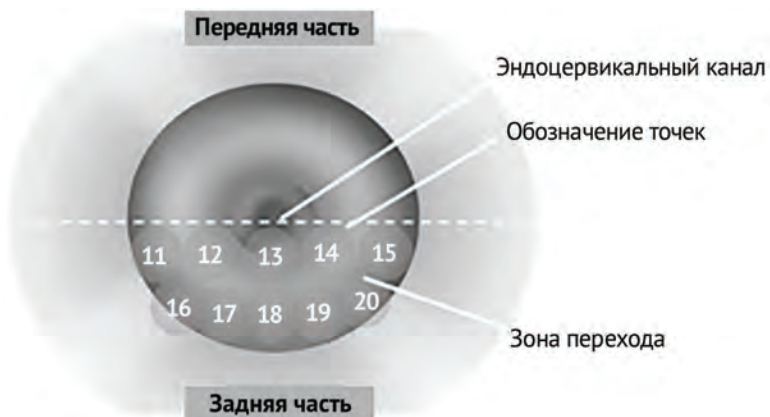


Рис. 3. Задняя часть эктоцервикса должна обследоваться в том же горизонтальном направлении слева направо, как показано выше

Технология *TruScreen* была разработана австралийскими и новозеландскими учеными и прошла обширные исследования и разработки, а также клиническую оценку в странах по всему миру. Всего на сегодняшний день обследование *TruScreen* прошли более 40 тысяч женщин. С устройством *TruScreen* могут работать медицинские или смежные с ними работники, прошедшие минимальную подготовку.

Устройство *TruScreen* было признано регулирующими органами и правительствами, сертифицировано в Евросоюзе, соответствует стандарту *ISO 13485* и зарегистрировано для клинического использования в *TGA, MHRA, NMPA, SFDA*, Росздравнадзоре и *COFEPRIS*. Оно одобрено министерствами здравоохранения для использования во Вьетнаме, Зимбабве, Израиле, на Украине и Филиппинах и имеет действующие соглашения о распространении более чем в 23 странах. На сегодняшний день установлено и клинически используется более 150 устройств в Китае, Вьетнаме, Мексике, Зимбабве, России и Саудовской Аравии. Зимбабве в настоящее время реализует национальную программу скрининга с *TruScreen* в качестве основного скрининга. В РФ устройство *TruScreen* применяется с 2004 года.

Первые исследования этого устройства и оценка его эффективности проводились еще 20 лет назад. В 2003 году *Singer A., et al.* провели многоцентровое исследование у 651 женщины из 10 медицинских центров. Оценивалось применение прибора *TruScreen* в сочетании с цитологией как первичного скрининга РШМ. По результатам исследования чувствительность к гистологически подтвержденным поражениям *CIN 2+* с помощью *TruScreen*, *PAP* и сочетание *TruScreen/Pap*-тест составила 70%, 69% и 93% соответственно, а для поражения *CIN 1* чувствительность *TruScreen*, *Pap*-тест и комбинация методов составила 67%, 45% и 87% соответственно [4]. Чувствительность электронно-оптического прибора в данном исследовании составила 0,70,

что сопоставимо с данными *Lee, et al.* – 0,77 [5]. В индонезийском исследовании чувствительность составила 0,76 [6]. Оба этих исследования включали чувствительность для всех CIN и не классифицировали их результаты на выявление поражений CIN 2+. *Ozgu, et al.* [7] и *Pruski, et al.* [8] сообщили о чувствительности оптоэлектронного устройства *TruScreen* 0,86 и 0,90.

Систематический обзор и метаанализ девяти китайских исследований, проводившихся у 2730 пациентов с 567 случаями неоплазии шейки матки, показали совокупную чувствительность оптоэлектронного устройства (*TruScreen*) 0,76 [9], что сравнимо с вышеописанными данными.

На чувствительность оптоэлектронного скрининга может влиять невозможность обнаружения очень маленьких поражений или поражений, локализованных в канале. Для повышения чувствительности можно использовать оптоэлектронные устройства в сочетании с цитологией, как описано *Rahmadhany* [10] и *Singer* [4]. В этих исследованиях чувствительность значительно увеличилась: до 92,8%. А специфичность *TruScreen* в целом составляет 0,71 [3], что сравнимо со специфичностью 0,69, описанной *Yang, et al.* [9].

В 2019 году *Hu, et al.* провели исследование 9406 женщин, которым в качестве первичного скрининга проводилось обследование с помощью устройства *TruScreen*. По результатам в выбранной группе обнаружили превосходную чувствительность для обнаружения CIN 2+ (0,89), что подтверждает возможность использования электронно-оптического устройства как первичного скринингового метода, по мнению авторов [11].

Пандемия COVID-19 уже внесла свои коррективы в ход скрининговых программ, в том числе и скрининг РШМ. Согласно данным *Miller, et al.*, 2021; *Mast and Munoz del Rio*, 2020, отмечается снижение охвата скринингом РШМ на 80–94% [12]. Именно в таких трудных и непредсказуемых ситуациях доступность

и простота скрининга наиболее актуальна. Во время пандемии COVID-19 *Ziyao Wang, et al.* провели одноцентровое проспективное исследование среди 1344 пациенток, которым обследовали шейку матки с помощью устройства *TruScreen*, кольпоскопии и ВПЧ-тестирования (16/18 типы). Чувствительность и специфичность обнаружения CIN2+ с помощью *TruScreen*, кольпоскопии и тестирования на ВПЧ 16/18 составили 96,3% и 46,4%, 85,2% и 40,5%, 59,3% и 74,1% соответственно. Самая высокая чувствительность составила 96,3% при ВПЧ-тестировании в сочетании с *TruScreen*, а самая высокая специфичность – 83,6% при комбинации ВПЧ-тестирования и *TruScreen* для CIN2+ по сравнению с другими методами диагностики. Эти данные позволяют авторам сделать вывод, что *TruScreen* является неинвазивным методом скрининга и может быть использован для быстрой диагностики поражений шейки матки преимущественно у ВПЧ-положительных женщин в условиях пандемии, а также в регионах, где оказание высококвалифицированной медицинской помощи ограничено [13].

Еще одно китайское исследование представили *Chen Fei* и *Zhao Yuqian*, 2021, которые провели оценку точности *TruScreen* и как технологии комбинированного скрининга с тестированием на ВПЧ, и как самостоятельного метода у ВПЧ-позитивных женщин для ранней диагностики рака шейки матки и предраковых поражений. Результаты показали, что *TruScreen* имеет высокую точность, чувствительность и вместе с тем высокую специфичность для выявления поражений CIN2+ и CIN3+, что, в свою очередь, представляет высокую ценность для клинического применения. *Chen Fei, et al.* выявили более высокую чувствительность (86,1%) к цервикальной патологии в сравнении с PAP-тестом, который является «золотым стандартом» диагностики [14].

Применение технологии *TrueScreen* в комбинации с ВПЧ-типированием показало наибольшую чувствительность

по сравнению с комбинацией с цитологическим исследованием (92,5% и 83,8%), что сопоставимо с данными *Yingting Wei, et al.* 2021 – 93,9% и 87,88% соответственно [15]. Представленные данные также схожи с результатами *Jessica N. Vet, et al.*, где чувствительность оптоэлектронного устройства *TruScreen* оказалась сравнимой с чувствительностью жидкостной цитологии, а специфичность *TruScreen* – со специфичностью тестирования на ВПЧ ВКР в условиях, приближенных к первичному скринингу (таблица 2) [3].

Таблица 2. Чувствительность и специфичность различных методов скрининга

Индикатор эффективности	<i>TruScreen</i>	Жидкостная цитология (LBC)	ВПЧ-тест
В целом:			
- чувствительность	0,72	0,81	0,88
- специфичность	0,71	0,95	0,76
Без предшествующего лечения:			
- чувствительность	0,71	0,82	0,88
- специфичность	0,72	0,93	0,70
После предшествующего лечения:			
- чувствительность	0,80	0,70	0,90
- специфичность	0,70	0,97	0,82

В Китае COGA (Китайская ассоциация акушеров и гинекологов) провела обширные пилотные программы для более чем 15 тысяч женщин, сравнивая эффективность *TruScreen*, жидкостной цитологии и ВПЧ-тестирования. По результатам исследования в отношении обнаружения CIN 2+ чувствительность *TruScreen* была выше, чем при проведении жидкостной цитологии (87,5% и 66,5%), а специфичность у опико-электронного устройства была выше, чем у жидкостной цитологии и ВПЧ-тестирования (88,4% по сравнению с 86,3% и 78,3% соответственно). Чувствительность ВПЧ-тестирования в сочетании с *TruScreen* была выше, чем у ВПЧ-тестирования в сочетании с онкоцитологией (98,4% против 95,9%) (рис. 4).

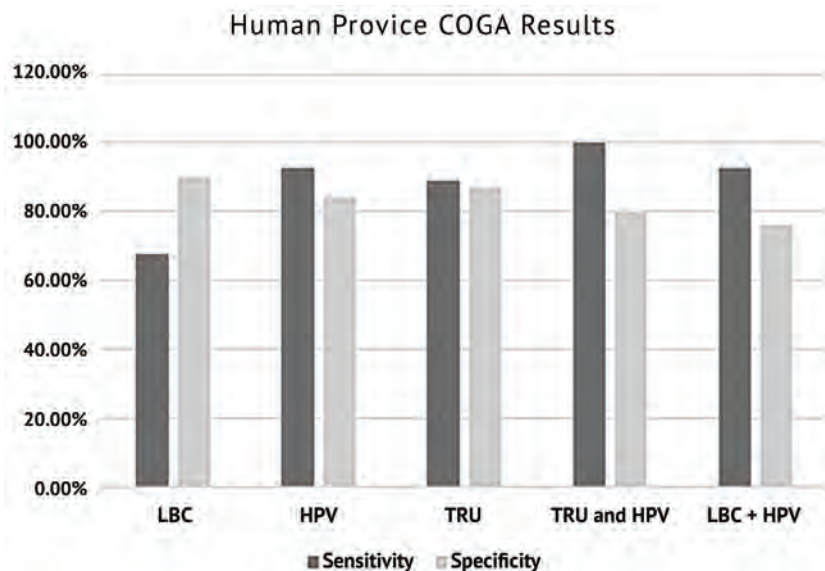


Рис. 4. Чувствительность ВПЧ-тестирования в сочетании с *TruScreen*

На современном этапе цитологическое исследование недостаточно отвечает требованиям цервикального скрининга. По последним данным *ASCCP* (консенсусное руководство по патологии при скрининге рака шейки матки), жидкостная цитология не может быть в полном объеме эффективным методом массового скрининга в странах с высокой заболеваемостью и смертностью от рака шейки матки. В настоящее время проводится разработка современных диагностических технологий, направленных не на упразднение цитологического скрининга, а на повышение его достоверности при диагностике предрака шейки матки, особенно в странах с высокой заболеваемостью РШМ. К такой разработке, по мнению *ASCCP*, относится *TruScreen*, результаты применения которого врач получает в реальном времени. Вместе с тем использование данного метода в практике сводит к минимуму затраты, что немаловажно для скрининговых программ.

Проведенные в Великобритании, Австралии, Китае, России исследования показали высокую чувствительность *TruScreen* для обнаружения *LSIL* (67%) и *HSIL* (70%); при этом специфичность для *CIN* составила 81%, для рака – 95%. Кроме того, оптоэлектронное сканирование проводится в рамках обычного гинекологического осмотра и дает ответ прямо в кабинете врача, а концепция профилактики за один визит – «выявление и лечение» – значительно повышает комплаентность к терапии пациенток с выявленными аномалиями, поэтому в последнее время активно обсуждается возможность использования в первичной диагностике предраковых заболеваний шейки матки опто-электронных методов [16].

В отечественной литературе представлены данные исследования 56 пациенток, которым опто-электронное сканирование проводилось после гистологического подтверждения диспластического процесса шейки матки той или иной степени выраженности. Технология *TruScreen* продемонстрировала сопоставимую чувствительность с цитологическим (*LSIL* – 65,3%, *HSIL* – 86,7%), гистологическим (*CIN I* – 64,7%, *CIN II* – 78,9%, *CIN III* – 88,9%) и кольпоскопическими методами в диагностике цервикальных интраэпителиальных поражений [17].

Клиническую эффективность устройства *TruScreen* оценили Минкина Г.Н. и соавт., проведя исследование, включавшее 120 пациенток, которым с целью диагностики и лечения выполнена процедура петлевой электрохирургической эксцизии (*LEEP*), а предварительное комплексное обследование шейки матки включало диагностическое опто-электронное сканирование с помощью прибора *TruScreen*. Данный метод диагностики продемонстрировал сопоставимую с цитологическим методом чувствительность в диагностике цервикальных интраэпителиальных неоплазий. Показатели в чувствительности и прогностичности отрицательного результата комбинированного теста

статистически значимо превышают аналогичные характеристики жидкостной цитологии. Однако повышение чувствительности комбинированного тестирования (КТ) сопровождается существенным снижением его специфичности. Следовательно, при использовании комбинированного теста риск пропустить тяжелое интраэпителиальное поражение минимален (таблица 3) [18].

Таблица 3. Сравнение характеристик жидкостной цитологии и комбинированного тестирования в диагностике цервикальных интраэпителиальных поражений различной степени тяжести

Показатели	Жидкостная цитология			Комбинированное тестирование		
	<i>SIL</i>	<i>LSIL</i>	<i>HSIL</i>	<i>SIL</i>	<i>LSIL</i>	<i>HSIL</i>
<i>Se</i> , % (95% ДИ)	68,8 (57,7–80,3)	53,2 (43,6–62,4)	80,6 (69,2–94,5)	94,3 (88,1–99,9)	89,2 (83,2–94,8)	97,0 (94,5–99,5)
<i>Sp</i> , % (95% ДИ)	78,6 (69,0–91,0)	48,3 (37,8–58,2)	68,0 (58,1–77,9)	45,2 (31,6–58,4)	25,1 (16,2–22,8)	31,0 (21,2–40,8)
<i>PPV</i> , % (95% ДИ)	79,6 (69,2–91,8)	23,3 (12,8–33,8)	72,1 (59,0–85,0)	65,9 (56,2–75,6)	26,2 (17,3–35,1)	37,6 (27,8–47,4)
<i>NPV</i> , % (95% ДИ)	72,1 (58,6–81,4)	77,4 (66,6–88,2)	89,0 (81,4–96,6)	95,2 (83,5–97,5)	88,4 (76,2–99,9)	96,3 (89,0–98,5)

Наилучшие результаты, превышающие показатели жидкостной цитологии, получены у женщин моложе 35 лет, что объясняется смещением с возрастом зоны трансформации в цервикальный канал. Это позволяет применять *TruScreen* у пациенток моложе 35 лет в качестве самостоятельного первичного скринингового теста, а у женщин старше 35 лет опико-электронная технология может быть полезным дополнительным тестом к цитологическому исследованию [18].

Методика опико-электронного сканирования является эффективной для скринингового обследования и беременных

женщин, учитывая высокую чувствительность метода, хорошую переносимость, неинвазивность и получение немедленного результата. В исследовании Фириченко С.В. и соавт. 106 беременным пациенткам в сроке гестации от 7 до 24 недель проводилось комплексное обследование, последовательно включающее: тестирование TruScreen, забор материала для цитологического исследования и ВПЧ-теста, кольпоскопическое исследование. При наличии показаний выполнялась расширенная биопсия. По результатам чувствительность оптико-электронного сканирования для CIN в целом составила 79%, а для поражений высокой степени (HSIL/CIN II-III) – 97%, но специфичность теста для нормы составила только 53%. Для сравнения: чувствительность цитологического мазка 67% для CIN в целом и 75% для поражений высокой степени (HSIL/CIN II-III) (таблица 4) [19].

Таблица 4. Информативность различных диагностических методов у беременных

Метод	Операционные характеристики, %	
	Чувствительность	Специфичность для нормы
Жидкостная цитология (PAP)	Для HSIL 75% Для SIL (в целом) 67%	75%
Кольпоскопия	Для HSIL 97% Для SIL (в целом) 87%	87%
Оптико-электронное сканирование (TruScreen)	Для HSIL 97% Для SIL (в целом) 79%	53%

В последнее время широко обсуждается введение в профилактику РШМ и предраковых изменений шейки матки так называемого «сортировочного теста». По мнению Фириченко С.В. и соавт., методика TruScreen имеет довольно высокую чувствительность (79%), что актуально в рамках скрининга, особенно у беременных женщин [19]. Таким образом, данный метод может стать тем самым «сортировочным тестом» на этапе первичного скрининга.

TruScreen – это уникальное устройство для скрининга рака шейки матки с поддержкой искусственного интеллекта. Оптикоэлектронное сканирование *TruScreen* является неинвазивным методом быстрой диагностики предраковых поражений шейки матки, который может быть использован как у небеременных, так и у беременных женщин. Простота использования и быстрый ответ значительно расширяют возможности применения данного метода.

Список литературы

1. Проект глобальной стратегии по ускорению ликвидации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения. ВОЗ, 2020.
2. Woo Y.L., Gravitt P., Khor S.K., Ng C.W., Saville M. Accelerating action on cervical screening in lower- and middle-income countries (LMICs) post COVID-19 era. *Prev Med.* 2021 Mar; 144:106294. DOI: 10.1016/j.ypmed.2020.106294. Epub 2021 Mar 4. PMID: 33678225; PMCID: PMC7931730.
3. Vet J.N., Haindl J.P., Velasquez C., Parker L.J., Burns M.I., Morrell S., Champion M.J. A Performance Evaluation of an Optoelectronic Cervical Screening Device in Comparison to Cytology and HPV DNA Testing. *European Journal of Gynaecological Oncology* 2022;43(2);213–218.
4. Singer A., Coppleson M., Canfell K., Skladnev V., Mackellar G., Pisal N., Deery A. A real time optoelectronic device as an adjunct to the Pap smear for cervical screening: A multicenter evaluation. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13:804–11.
5. Lee S.J., Bae J.H., Kim J.H., Lee S.H., Namkoong S.E., Park J.S. A realtime optoelectronic device in screening of cervical intraepithelial meoplasia. *Journal of Women’s Medicine.* 2009;2:23–28.
6. Rahmadhany R., Indarti J. A real-time optoelectronic device in screening of precancerous cervical lesion. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2015;3:117–120.

7. Özgü E., Yıldız Y., Özgü B.S., Öz M., Danışman N., Güngör T. Efficacy of a real time optoelectronic device (TruScreen™) in detecting cervical intraepithelial pathologies: a prospective observational study. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2015;16:41–44.
8. Pruski D., Przybylski M., Kedzia W., Kedzia H., Spaczynski M., Jagielska-Pruska J. Optoelectronic method for detection of cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer. *Opto-electronics Review*. 2011;19:478–85.
9. Yang H., Zhang X., Hao Z. The diagnostic accuracy of a real-time optoelectronic device in cervical cancer screening: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jul;97(29):e11439. DOI: 10.1097/MD.00000000000011439. PMID: 30024517; PMCID: PMC6086506.
10. Rahmadhany R., Indarti J. A real-time optoelectronic device in screening of precancerous cervical lesion. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015;3:117–20.
11. Hu L., Bell D., Antani S., Xue Z., Yu K., Horning M.P., et al. An observational study of deep learning and automated evaluation of cervical images for cancer screening. *JNCI: J National Cancer Institute* 2019;111:923–32.
12. Anna R. Giuliano. A world without cervical cancer is within our reach, March 2021, *Preventive Medicine* 144(11):106462. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106462.
13. Wang Ziyao, et al. TruScreen detection of cervical tissues for high-risk human papillomavirus-infected women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Future oncology* (2020): n. pag.
14. Chen F., Zhao Yu., Li T., Chen W., Liu J., Wang J., Guo H., Zhang Y., et al. Clinical value of TruScreen in early diagnosis of cervical cancer and precancerous lesions: a hospital-based multicenter study. *Chin J Pract Gynecol Obstet*. 2021;37(3):348–52.
15. Yingting Wei, et al. Clinical evaluation of a real-time optoelectronic device in cervical cancer screening, *European*

Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.09.027>.

16. Роговская С.И., Шабалова И.П., Улумбекова Г.Э., Короленкова Л.И., Бебнева Т.Н., Гущин А.Е., Кира Е.Ф., Кондриков Н.И., и др. Организационные вопросы профилактики рака шейки матки в России. Журнал для непрерывного медицинского образования по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». 2021. Т. 7. № 4(26).

17. Бебнева Т.Н., Прилепская В.Н., Тагиева А.В. Эффективность оптико-электронной методики truscreen в диагностике предраковых процессов шейки матки // Акушерство и гинекология. 2012. № 5.

18. Минкина Г.Н., Храмова О.К., Фириченко С.В. Клиническая эффективность оптико-электронной технологии TruScreen в диагностике цервикальной интраэпителиальной неоплазии // Вестник РГМУ. 2011. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskaya-effektivnost-optiko-elektronnoy-tehnologii-truscreen-v-diagnostike-tservikalnoy-intraepitelialnoy-neoplazii> (дата обращения – 22.10.2022).

19. Фириченко С.В., Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Студёная Л.Б., Храмова О.К. Эффективность применения оптико-электронной технологии TruScreen для диагностики цервикальных эпителиальных поражений во время беременности // Проблемы репродукции. 2012. № 3. С. 78–82.

ЖИДКОСТНАЯ ЦИТОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Павленко Е.О., Ландина О.Ю.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного
здоровья подростков «Ювента»»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Для оценки частоты встречаемости цервикальных поражений у подростков по данным жидкостной цитологии и изучения их взаимосвязи с выявлением вируса папилломы человека высокого онкогенного риска проведен анализ результатов цитологических исследований и данных последующего тестирования на вирус папилломы у 173 несовершеннолетних пациенток СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента». Показано, что внедрение в практику врача акушера-гинеколога, работающего с подростками, жидкостной цитологии с исследованием остаточных образцов биоматериала пациенток на ДНК вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска оптимизирует формирование группы риска по развитию рака шейки матки.

Ключевые слова: цервикальная интраэпителиальная неоплазия; вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска; жидкостная цитология; подросток

Актуальность. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (далее – *CIN*) – группа заболеваний, характеризующихся нарушением созревания, дифференцировки и стратификации многослойного плоского эпителия шейки матки. *CIN* трех степеней инициируются персистирующей инфекцией, вызванной вирусами папилломы человека высокого канцерогенного риска

(далее – ВПЧ ВКР), которая поддерживает прогрессию повреждений до инвазии [1]. Около 90% всех случаев инфицирования ВПЧ самостоятельно элиминирует, однако каждая инфицированная женщина имеет высокий риск длительной персистенции вируса, а предраковые поражения могут прогрессировать в рак шейки матки (далее – РШМ).

На долю ВПЧ 16-го и 18-го типов приходится 70% всех случаев предраковых неоплазий, которые при отсутствии лечения могут привести к РШМ в течение 15–20 лет у пациенток с нормальным иммунным статусом [2]. Продолжительный период канцерогенной трансформации от инфицирования ВПЧ до инвазивного рака дает широкие возможности для выявления заболевания на ранних стадиях, когда лечение высокоэффективно [3].

Ранняя диагностика *CIN* и РШМ – важнейшая задача врача акушера-гинеколога на амбулаторном приеме. Все диагностические методы и методики обследования шейки матки разрабатывались для ранней и дифференциальной диагностики именно этих заболеваний.

Исторически основным методом диагностики рака шейки матки является цитологическое исследование эксфолиативного материала с шейки матки, предложенное Папаниколау в 1940-х годах (ПАП-тест) [4].

Традиционная цитология (далее – ТЦ) – эффективный и дешевый метод скрининга РШМ, не требующий дорогостоящего оборудования для приготовления препаратов. К сожалению, ТЦ зависит от информативности и качества полученного гинекологом материала. Неадекватное взятие материала для цитологического исследования или нанесение его на стекло является причиной 2/3 ложнонегативных результатов (аномальный эпителий не попадает на инструмент, а следовательно, и в препарат) [5]. Информативность традиционного цитологического метода при *CIN* и ранних стадиях РШМ варьирует в диапазоне 50–87%.

По мнению ряда авторов, у 24–32% пациенток был диагностирован РШМ при отрицательных результатах ПАП-теста [6].

Жидкостная цитология – альтернатива традиционному мазку, подразумевает размещение материала с шейки матки вместе со щеткой не на стекле, а в транспортной жидкости, предупреждая утрату части материала. Дальнейшая работа с клеточной суспензией происходит в лаборатории и может быть частично или полностью автоматизирована. Жидкостная технология позволяет получить стандартизованные цитологические образцы высокого качества, избежать «загрязнения» препарата эритроцитами и воспалительными элементами и распределить клетки без нагромождения на небольшом участке диаметром 1,2 см в виде равномерного монослоя [4].

Цитологическое исследование жидкостных препаратов мазков с шейки матки дороже исследования стандартных препаратов и требует специального обучения медицинского персонала, однако имеет преимущества:

- 1) препараты лучше отражают состояние участков, с которых они получены; частота ложноотрицательных результатов ниже;
- 2) снижается частота получения препаратов неудовлетворительного качества;
- 3) ускоряется исследование отдельно взятого препарата, в том числе за счет автоматизации процесса, что повышает производительность и рентабельность скрининга;
- 4) увеличивается срок хранения препарата за счет консерванта с возможным дальнейшим использованием для дополнительных исследований: повторных цитологических, полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР) и ВПЧ-тестирования, иммуноцитохимии. Возможность проведения цитологического исследования и тестирования на ВПЧ одного образца способствует повышению точности исследований и сокращению расходов;

5) исследование жидкостных препаратов чувствительнее исследования стандартных, но имеет ту же специфичность. Технологически очень удобной следует считать возможность одновременного забора материала и погружения его в один флакон и для жидкостной цитологии, и для тестирования на ВПЧ. В результате повышается точность скрининга и удешевляется исследование [7].

По данным многочисленных научных источников, в течение последнего десятилетия отмечается отчетливая тенденция к снижению заболеваемости инвазивным цервикальным раком. Вместе с тем, в последние годы обозначился рост заболеваемости цервикальным раком у женщин в возрастной группе до 29 лет, в которой прирост этого показателя составил 150% [8]. Возрастное распределение заболеваемости РШМ на 100 тысяч женщин моложе 20 лет составляет 0,26, от 20 до 24 лет – 1,9, от 25 до 29 лет – 6,45, от 30 до 34 лет – 11,37 [9].

Частота *CIN* II–III у девочек-подростков, имеющих аномальную цитологию, существенно не отличается от частоты у взрослых женщин, однако риск развития РШМ в группе подростков значительно ниже. Лишь 0,1% всех случаев цервикального рака развивается у людей моложе 20 лет, в то время как 15,2% случаев инвазивного рака диагностируется в возрастном промежутке от 20 до 34 лет [10].

Особенности состояния шейки матки в подростковом периоде – высокая частота эктопии, легкая уязвимость и травмируемость однорядного цилиндрического эпителия, активация процессов плоскоклеточной метаплазии в период полового созревания – создают оптимальные условия для внедрения и репликации ВПЧ, что делает подростковую популяцию чрезвычайно уязвимой в отношении развития *CIN* [11].

В исследованиях, проведенных ранее, отмечено, что относительный риск цервикальной неоплазии среди начавших

половую жизнь до 18 лет в 3,6 раза выше, чем у имевших первый половой контакт в 18 лет и позже [12]. Раннее начало половой жизни в сочетании с ВПЧ-инфекцией увеличивает риск развития РШМ в 22 раза [15].

Данные проспективных международных исследований юных женщин 18–22 лет с *LSIL* (плоскоклеточным интраэпителиальным поражением низкой степени) демонстрируют, что к концу первого года наблюдения нормальную цитологию без лечения имел 61% пациенток, к третьему году – 91%, и лишь у 3% пациенток отмечалось прогрессирование в *CIN III* степени. Инвазивный рак не был зарегистрирован ни в одном случае [16].

Многолетний опыт работы СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» (далее – Центр «Ювента») подтверждает международные данные. В нашем учреждении инвазивный рак шейки матки никогда не был диагностирован среди подростков. Первый возрастной пик заболеваемости инвазивным РШМ приходится на возраст 25 лет [17]. Основной задачей акушера-гинеколога, работающего с подростками, является выявление группы риска по развитию РШМ. *CIN* предшествуют РШМ на протяжении нескольких лет и даже десятилетий. За столь длительный период *CIN* могут быть выявлены и излечены до развития инвазивного рака несложными органосохраняющими эксцизиями [1].

Задачи. Оценить преимущество жидкостной цитологии у подростков в диагностике цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Методы исследования. В Центре «Ювента» было проведено исследование, включающее в себя анализ результатов цитологических заключений мазков шейки матки у 173 подростков в возрасте 16–17 лет, обратившихся на амбулаторный прием по разным причинам к врачу акушеру-гинекологу за период 11 месяцев (ноябрь 2021 – сентябрь 2022). Согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная

неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», проведение цитологического исследования при обращении пациентки моложе 21 года проводилось при длительности половой жизни более трех лет [1]. Критериями исключения из группы исследования были: беременность, тяжелые эндокринные и соматические заболевания, выраженный воспалительный процесс органов малого таза, вульвы и вагины, вакцинация против ВПЧ ВКР Цервариксом или Гардасилом.

Забор материала для исследования исполнялся врачом акушером-гинекологом цитощетками *Cervex-Brush Combi*, *Cervical Cell Sampler*. Материал с поверхности эктоцервикса и эндоцервикса помещался во флакон с транспортной средой *BD SurePath* с целью последующего приготовления мазков для цитологического исследования и молекулярно-биологического анализа.

Автоматизированный скрининг рака шейки матки проходил на базе цитологического отдела Кожно-венерологического диспансера № 11 (согласно Распоряжению Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга № 454 от 30.08.2019 «Об организации проведения цитологических лабораторных исследований в рамках проведения автоматизированного скрининга рака шейки матки»).

При исследовании использовался модуль пробоподготовки и окрашивания – процессор *BD Prep-Stain*. Применение данного оборудования позволяет стандартизировать процесс обогащения клеточного материала, обеспечивает удаление недиагностических компонентов (снижает количество клеток воспаления, слизи, форменных элементов крови).

Формулировка заключений производилась в соответствии с классификацией опухолей шейки матки ВОЗ/*WHO* (2014), классификацией Бетесда (*TBS*, 2014). Остаточный образец использовался для дополнительного исследования методом ПЦР по диагностике ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66,

68 типов). Расчет полученных данных проводился в программе *Microsoft Excel*.

Результаты. Проведен анализ полученных результатов жидкостной цитологии шейки матки 173 подростков. Группу исследуемых составили 10 человек 16 лет (5,8%) и 163 подростка 17 лет (94,2%).

Данные выполненного цитологического исследования методом жидкостной цитологии позволили сформировать 4 группы пациентов. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика полученных результатов жидкостной цитологии

Номер группы исследуемых пациентов	Заключение	Удельный вес	
		Количество (абс. ед.)	% от общего количества
1	<i>NILM</i> . Признаки интраэпителиальных изменений или малигнизации не выявлены	90	52,02%
2	<i>NILM</i> . Признаки интраэпителиальных изменений или малигнизации не выявлены. Реактивные изменения клеток эпителия, связанные с воспалением	69	39,88%
3	<i>ASC-US</i> . Атипичные группы клеток плоского эпителия неясного (неопределенного) значения	2	1,16%
4	<i>LSIL/CIN 1</i> . Низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения	12	6,94%

Первая и вторая группы пациентов (159 человек, что составляет 91,9% обследованных) по результатам жидкостной цитологии не имели признаков интраэпителиальных изменений или малигнизации. Во второй группе пациентов в связи с наличием реактивных изменений клеток эпителия, связанных с воспалением, проанализированы данные исследования на наличие инфекций, передаваемых половым путем, методом ПЦР и результаты микроскопического исследования мазков

на микрофлору. Выявлены неспецифические воспалительные процессы вагины и цервикса; инфекций, передаваемых половым путем, зафиксировано не было. В данной группе в четырех случаях дополнительно отмечено наличие доброкачественного изменения эпителия – паракератоз. Согласно схеме исследования, остаточные образцы биоматериала всех пациенток с заключением *NILM* подлежали ПЦР-исследованию по выявлению ДНК ВПЧ ВКР. В 27 случаях, что составило 16, 98% среди пациентов с благоприятным цитологическим диагнозом, концентрации ВПЧ ВКР выявлены в диапазонах клинически значимых (более 3 *log* копий/10*5 клеток), предполагающих высокий риск развития дисплазии. Результаты генотипирования ВПЧ представлены в таблице 2.

Таблица 2. Качественная и количественная характеристика ВПЧ ВКР в группе с *NILM*

Тип ДНК папилломавируса	Количество положительных результатов (абс. ед. и % от общего количества)	Диапазон выявленных концентраций <i>log</i> копий/10*5 клеток
ДНК папилломавируса 16-го типа	5 (18,52%)	4,3–6,11
ДНК папилломавируса 18-го типа	6 (22,22%)	3,8–5,92
ДНК папилломавируса 56-го типа	1 (3,70%)	6,6
ДНК папилломавируса 31-го типа	1 (3,70%)	4,2
ДНК папилломавируса 68-го типа	1 (3,70%)	5,2
Суммарная концентрация нескольких видов ВПЧ	13 (48,15%)	3,6–7,5

Двумя основными типами ВПЧ ВКР, обнаруженными в группах пациенток с *NILM*, являются 16-й – 5 случаев (18,52%) и 18-й – 6 случаев (22,22%). В связи с тем, что около 70% РШМ ассоциированы с 16-м и 18-м типами ВПЧ ВКР [14], именно эта группа подростков требует проведения дополнительных диагностических исследований и дальнейшего наблюдения. Согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная

интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», кольпоскопия показана всем инфицированным ВПЧ 16-го и/или 18-го типов независимо от результатов цитологии. Фактически в половине случаев (48,15%) диагностировано инфицирование одной пациентки несколькими типами ВПЧ ВКР. Проведенные ранее исследования показали, что инфицирование несколькими типами ВПЧ не было ассоциировано с тяжестью цервикальных поражений [13], но максимальная суммарная концентрация выявленных *log* копий/10*5 клеток наблюдалась именно в этой группе и составила 7,5.

В третьей группе исследуемых пациентов в двух случаях, что составило 1,16%, по препаратам соскобов шейки матки сформулировано заключение: «*ASC-US*. Атипичные группы клеток плоского эпителия неясного (неопределенного) значения». Данные международных исследований, проведенных по поводу *ASC-US*, свидетельствуют о том, что в ряде случаев клеточная атипия либо отражает чрезмерный доброкачественный процесс или реактивное состояние эпителия на действие постороннего агента, либо является потенциально серьезным патологическим изменением, которое не может быть определено классифицировано, но может быть прогностически опасно. Данные международных исследований говорят о том, что у 70–80% обследованных женщин (в структуре выявленной патологии) установлен воспалительный процесс, более чем в половине случаев он классифицируется как хроническое воспаление [18]. Кроме того, *ASC-US* включает случаи, в которых присутствуют артефакты, часто в результате слабой фиксации или других технических причин. Это обуславливает наличие нечеткого материала, что препятствует визуализации, а значит, и трактовке результата [19]. *ASC-US* включает меньшее количество случаев, ранее классифицированных как склонные к реактивности и больше склонные к дисплазии, но при этом исключает случаи, предполагающие

умеренную и тяжелую дисплазию [20]. Так как в третьей группе при проведении ПЦР-исследования материала данных пациентов ВПЧ ВКР не выявлен, они не нуждались в дальнейших диагностических исследованиях по выявлению *CIN* и не требовали включения в группу риска по РШМ [1]. Но, учитывая данные вышеперечисленных международных исследований, пациентов из этой группы обследовали на наличие инфекций, передаваемых половым путем, методом ПЦР, и на микрофлору. У всех пациенток этой группы был выявлен бактериальный вагиноз.

Таблица 3. Качественная и количественная характеристика ВПЧ ВКР в группе с *LSIL/CIN I*

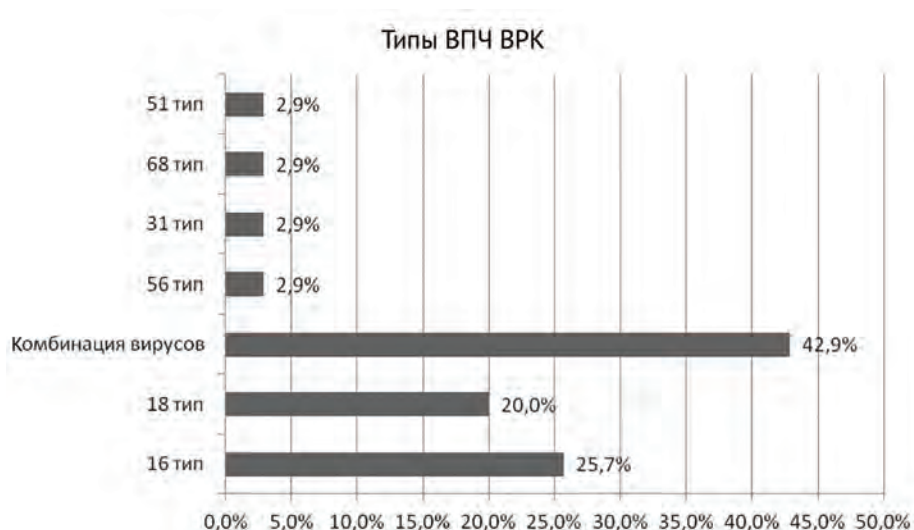
Цитологическое заключение	№	Тип ДНК папилломавируса	Диапазон выявленных концентраций <i>log</i> копий/10*5 клеток
<i>LSIL/CIN 1</i>	1	ДНК папилломавируса 16-го типа	0,5 (малозначимая)
	2	Суммарная концентрация нескольких видов ВПЧ	4,9
	3	ДНК папилломавируса 16-го типа	7,23
	4	Не обнаружена	–
	5	Не обнаружена	–
	6	Не обнаружена	–
<i>LSIL/CIN I</i> , косвенные признаки ВПЧ-инфекции (койлоцитоз)	1	ДНК папилломавируса 18-го типа	4,8
	2	ДНК папилломавируса 16-го типа	4,1
	3	ДНК папилломавируса 51-го типа	5,2
	4	ДНК папилломавируса 16-го типа	5,6
	5	Суммарная концентрация нескольких видов ВПЧ	8,26
	6	Не обнаружена	–

В четвертой группе пациентов в 12 случаях (6,94% всех исследуемых) сформулировано цитологическое заключение: «*LSIL/CIN I*. Низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения». *CIN I* характеризуется высокой вероятностью регрессии и не относится к предраку шейки матки, небольшая часть *CIN I* переходит в *CIN II–III* – истинные предраковые

поражения [1]. Все 12 пациенток имели возраст 17 лет. Остаточные образцы их биоматериала с заключением «*LSIL/CIN I*» подлежали ПЦР-исследованию по выявлению ДНК ВПЧ ВКР. Характеристика данной группы представлена в таблице 3.

У 6 пациенток (50%) с *LSIL/CIN I* цитологически определялись косвенные признаки ВПЧ-инфекции/койлоцитоз. В четырех случаях (33,33%) ДНК ВПЧ ВКР в остаточном образце биоматериала не обнаружена, в восьми (66,67%) обнаружена. Самым часто определяемым типом ВПЧ в группе пациенток с *LSIL/CIN I* является 16-й тип (33,33%), обнаруженный в четырех случаях. ДНК папилломавируса 18-го и 51-го типов обнаружены однократно, каждый у 8,33% всех пациенток четвертой группы. Несколько типов ВПЧ у одной пациентки определены дважды, это 16,67%. Всем пациенткам группы показано проведение кольпоскопии, по результатам которой определяется необходимость биопсии шейки матки [1].

Диаграмма 1



Для определения частоты встречаемости ВПЧ ВКР у подростков, живущих половой жизнью более трех лет, были рассмотрены результаты тестирования у всех 173 пациенток. Известно, что длительная персистенция ВПЧ (свыше двух лет) является основным фактором прогрессирования неоплазий [1]. ВПЧ ВКР различных типов был обнаружен у 35 пациенток, что составило 20,23% всех исследуемых. Количественное соотношение распространенности различных типов вируса представлено на диаграмме 1.

В исследуемой группе чаще встречалось инфицирование несколькими типами ВПЧ – 15 пациенток, что составило 42,86%, в 9 случаях (25,71%) определялся 16-й тип, в 7 (20%) – 18-й тип. Типы № 56, 31, 68, 51 диагностированы однократно.

Заключение. Использование метода жидкостной цитологии позволило адекватно оценить состояние слизистой шейки матки у подростков и определить группу не имеющих признаков интраэпителиальных изменений или малигнизации, а также выделить группу с *LSIL/CIN I* нуждающихся в углубленном обследовании и длительном наблюдении в целях профилактики РШМ.

Дополнительное выполнение скрининга на ВПЧ ВКР позволяет оценить инфицированность ВПЧ ВКР у подростков 16–17 лет, живущих половой жизнью более трех лет. Наиболее часто наблюдалась комбинация нескольких типов ВПЧ (42,86%), при этом отмечена более высокая суммарная концентрация вируса – до 8,26 *log* копий/10*5 клеток. 16-й и 18-й типы ВПЧ встречались соответственно в 25,7% и 20,0%. Цитологическое заключение *LSIL/CIN I* отмечено у 6,9% подростков, что при отсутствии грамотного ведения может привести к развитию *CIN II–III* – истинным предраковым поражениям шейки матки. Возможность одновременного забора материала и погружения его в один флакон и для жидкостной цитологии, и для тестирования на ВПЧ

оптимизирует и облегчает процесс сбора биоматериала для врача акушера-гинеколога, что позволяет ему потратить больше времени на работу с пациентом.

Список литературы

1. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки. Клинические рекомендации.
2. Дамирова К.Ф., Бебнева Т.Н. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2019. Т. 7. № 3. Приложение.
3. Коннон С.Р.Д., Союнов М.А. Рак шейки матки: профилактика и скрининг (новые данные) // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018. Т. 6. № 3. С. 72–82. DOI: 10.24411/2303-9698-2018-13008.
4. Елгина С.И., Золоторевская О.С., Разумова В.А., Кратовский А.Ю. Применение жидкостной цитологии в ранней диагностике рака шейки матки // Мать и дитя в Кузбассе. 2018. № 3(74).
5. Волченко Н.Н., Сушинская Т.В., Борисова О.В., Мельникова В.Ю., Петров А.Н. Сравнительный анализ традиционной и жидкостной цитологии мазков из шейки матки. Исследования и практика в медицине. 2019. Т. 6. № 1. С. 83–90.
6. Безруков А.В., Мишукова А.А. К вопросу об организации цитологического скрининга на рак шейки матки (на примере Московской области). Москва, 2017. 24 с.
7. Логинова Е.В., Крещу В.Н., Ахматова А.В., Погасов А.Г. Проблемы цервикального скрининга. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018. Т. 6. № 3. Приложение. С. 51–54. DOI: 10.24411/2303-9698-2018-13908.
8. Козаченко В.П. Рак шейки матки // Современная онкология. 2001. Т. 2. № 2. С. 2–4.
9. Alan G. Waxsman. Cervical cancer screening in the early postvaccine era. *Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.* 2008;35:537–48.

10. DiMaio D., Liao J.B. Human papillomaviruses and cervical cancer. *Adv. Virus Res.* 2006;66:125–59.
11. Кумыкова З.Х., Уварова Е.В. Распространенность и естественное течение ВПЧ-инфекции и ВПЧ-ассоциированных поражений шейки матки у девочек-подростков // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2009. № 5. С. 35–46.
12. Mosher W.D., Chandra A., Jones J. Sexual behavior and selected health measures: men and women 15–44 years of ages. 2005;354:2645.
13. Золотоверхая Е.А., Шипицына Е.В., Юшманова Е.С., Костючек И.Н., Евстигнеева Л.А., Савичева А.М. Онкогенные типы вируса папилломы человека у женщин с патологией шейки матки // *Журнал акушерства и женских болезней.* Т. LVIII. Вып. 5(2009). file://C:/Users/user/Downloads/onkogennye-tipy-virusa-papillomy-cheloveka-uzhenschin-s-patologiyey-sheyki-matki.pdf.
14. Мкртчян Л.С., Каприн А.Д., Иванов С.А., Киселёва В.И., Минакова Ю.В., Любина Л.В., Безяева Г.П., Панарина Л.В., и др. Распространенность вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска при неопластических патологиях шейки матки // *Радиация и риск.* 2018. Т. 27. № 3. С. 55–62.
15. Brown D.R., Shew M.L., Qadadri B., et al. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. *J. Infect. Dis.* 2005;191:182–92.
16. Moscicki A.B., Shiboski S., Hills N.K., et al. Regression of low-grade squamous intraepithelial lesions in young women. *Lancet.* 2004;364:1678–83.
17. Уварова Е.В., Кумыкова З.Х. Рак шейки матки – не детская болезнь // *Педиатрическая фармакология.* 2009. Т. 6. № 3. С. 29–32.
18. Лунёва А.Г., Завадецкая Е.П., Олейник Е.А., Погорелая Л.И., Фёдорова Т.Т., Кривенко Е.А. Цитологический аспект в скрининге патологии шейки матки // *Лабораторная диагностика. Восточная Европа.* 2014. № 3(11). С. 19–26.

19. Davey D.D., Woodhouse S., Styer P., et al. Atypical epithelial cells and specimen adequacy: current laboratory practices of participants in the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program in Cervicovaginal Cytology. *Arch Pathol. Lab. Med.* 2000;124:203–11.

20. Cenci M., Chieppa A., Vecchione A. Controversial categories in cytopathology of the uterine cervix: ASCUS: atypical squamous cells of undetermined significance. *Minerva Ginecol.* 2001;53:49–55.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА,
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
У ЖЕНЩИН С ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Дёмина Т.Н., Железная А.А., Шаповалов А.Г., Хвесик А.А.

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования «Донецкий
национальный медицинский университет им. М. Горького»,
г. Донецк, ДНР, РФ*

Ключевые слова: беременность; генетическая тромбофилия; алгоритм ведения при генетической тромбофилии

Цель. Разработать и внедрить алгоритм ведения пациенток с генетической формой тромбофилии, оценить его клиническую эффективность.

Материалы и методы. На базе Донецкого республиканского центра за 2018–2020 годы обследовано 273 беременные женщины с генетической тромбофилией. Пациентки были разделены на группы, где наблюдение и лечение проводилось в соответствии с разработанным алгоритмом: основная группа ($n = 123$ человек) и группа сравнения, в которой проводилось лечение осложнения беременности согласно существующему протоколу ($n = 150$ человек).

Наряду с общеклиническими, клинико-анамнестическими и статистическими методами использованы современные высокоинформативные инструментальные и лабораторные методы (в том числе физикальные, молекулярно-генетические, иммунологические, биохимические). Проводились детальный сбор личного и семейного анамнеза всех пациенток, клиническое обследование, комплексная оценка течения беременности, родов, послеродового периода, состояния новорожденных.

Разработан и внедрен алгоритм ведения пациенток с генетической тромбофилией, который включал три этапа оказания медико-профилактической помощи и интенсивного наблюдения и лечения: I этап планирования беременности – догестационную подготовку, II этап – профилактику и лечение гестационных осложнений всего срока гестации и родоразрешения, основой которого явилась противотромботическая терапия, III этап – профилактика осложнений послеродового (послеоперационного) периода.

Результаты. Разработанный и внедренный алгоритм ведения беременных с генетической тромбофилией позволил добиться статистически значимого уменьшения частоты угрозы прерывания беременности в I триместре с 24 до 12,5%, во II триместре – с 35,3 до 8,9%, структурных изменений в плаценте – с 28 до 10,7%, синдрома задержки роста плода (СЗРП) – с 21,3 до 5,9%, дистресса плода – с 49,3 до 10,7%, преэклампсии (ПЭ) II степени – с 17,3 до 10,4%, ПЭ III степени – с 8 до 1,5%, антенатальной гибели плода – с 5,3 до 0%, оперативного родоразрешения – с 41,8 до 21,8%, тромбоэмболических осложнений – с 7,3 до 0%.

Выводы. Применение разработанного алгоритма, основанного на индивидуальном дифференцированном подходе к использованию противотромботических средств с учетом вида и варианта генетической тромбофилии, с наличием сопутствующих дополнительных факторов, потенцирующих клинические эффекты тромбофилии и полученных данных лабораторных и функциональных исследований, позволило добиться статистически значимого уменьшения гестационных потерь.

Актуальность. В настоящее время накоплены значительные клинические данные и проведен анализ многоцентровых исследований, позволяющий выделить наследственные тромбофилии в самостоятельную группу причин многих гестационных

и перинатальных осложнений [1, 2]. В структуре материнской заболеваемости гестозы, невынашивание беременности (НБ), СЗРП являются наиболее частыми осложнениями, которые в то же время служат неблагоприятным фоном развития других опасных для жизни матери и плода осложнений, таких как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), массивные кровотечения, тромбозы и тромбоэмболии, септические осложнения [3, 4]. Если ранее роль тромбофилии в патогенезе осложнений беременности рассматривалась с точки зрения процессов микротромбирования плацентарного ложа, то в настоящее время понимание патогенетического влияния тромбофилии значительно расширилось. Это связано с изучением роли системы гемостаза и нетромботических эффектов тромбофилии еще на этапах имплантации плодного яйца и инвазии трофобласта [5, 6].

Сегодня значение тромбофилии матери в патогенезе осложнений беременности является общепризнанным. В патогенезе акушерских осложнений наиболее важным представляется многофакторный генез и полиморфизм генетических форм тромбофилии. Дефекты генов могут варьировать по степени выраженности в зависимости от гетеро- или гомозиготной формы мутации, сочетаться с другими генетическими факторами и/или факторами риска. В целом же тромбофилия является результатом снижения естественной противотромботической защиты, активации протромботических механизмов или сочетания этих факторов. Она также может обладать нетромботическими эффектами, вызывая акушерские и перинатальные осложнения [4, 5].

Материалы и методы. На базе Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства в 2018–2020 годах обследовано 273 беременные женщины с генетической тромбофилией. Исследуемые пациентки были разделены на две группы.

Основную составили 123 женщины, которые были разделены на две подгруппы.

I подгруппу ($n = 56$) составили пациентки с генетической тромбофилией, которые на прегравидарном этапе прошли подготовку, включая комплексное обследование гормонального профиля, инфекционного и соматического статуса, коррекцию выявленных нарушений, с фертильного цикла или с начала I триместра беременности получали низкомолекулярные гепарины (НМГ) и симптоматическое лечение гестационных осложнений.

Во II подгруппе женщины ($n = 67$) проходили обследование и лечение, включая НМГ, с момента обращения в центр в период 14–18 недель, когда у них была выявлена генетическая тромбофилия.

Группу сравнения составили 150 беременных женщин с тромбофилией, которые во время беременности не получали НМГ, а с целью лечения осложнений течения беременности им проводилась терапия по протоколу согласно вышеназванным осложнениям, но без НМГ.

Критерии включения в исследование:

- наличие генетической тромбофилии, гипергомоцистемии;
- фертильный возраст (18–49 лет);
- отягощенный акушерский анамнез – синдром потери плода (СПП), ПЭ средней и тяжелой степени, угроза прерывания беременности и преждевременных родов, СЗРП, острые сосудистые осложнения, ПОНРП;
- отягощенный соматический анамнез (гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и др.);
- отягощенный семейный сосудисто-тромботический и акушерский анамнез родственников I линии родства.

Критерии исключения:

- отсутствие подтвержденной генетической тромбофилии;
- наличие антифосфолипидных антител (АФА) или антифосфолипидного синдрома (АФС);
- возраст до 18 лет или более 49 лет;
- аномалии развития внутренних половых органов;
- бесплодие.

Всем пациенткам проводились детальный сбор анамнеза, клиническое обследование с использованием ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии, функциональных методов исследования состояния плода.

Для исключения АФС (приобретенная тромбофилия) определяли методом твердофазового анализа антикардиолипиновые, антифосфолипидные антитела, волчаночный антикоагулянт. При положительном результате хотя бы одного теста пациентки исключались из исследования.

Для установления диагноза проводили молекулярный анализ генетически обусловленных форм тромбофилии, определяли генетический полиморфизм генов фолатного цикла и уровень гомоцистеина в плазме крови. Определение полиморфизмов генов тромбофилии и фолатного цикла выполняли методом полимеразной цепной реакции с определением гомо- или гетерозиготной формы мутации. Полученные данные были проанализированы и обработаны методами вариационной статистики, определяли абсолютную и относительную частоту признака. Порог достоверности $p < 0,05$.

На основании проспективного исследования был проведен анализ полученных данных о частоте и структуре акушерских и перинатальных осложнений при генетической тромбофилии, был разработан и внедрен алгоритм ведения пациенток с установленной данной патологией, начиная с этапа

планирования беременности или ранних сроков, ведения беременности, родов и послеродового (послеоперационного) периода. Алгоритм на этапе оказания медико-профилактической помощи и интенсивного наблюдения за пациентками с генетической тромбофилией включал в себя: 1) планирование беременности – прегравидарную подготовку; 2) профилактику и лечение гестационных осложнений в течение всего срока гестации и родоразрешения; 3) профилактику осложнений послеродового или послеоперационного периода.

Алгоритм ведения пациенток с генетической формой тромбофилии состоял из следующих разделов.

I этап. Прегравидарная подготовка

А. Объем исследования:

- анамнез личный, семейный сосудисто-тромботический;
- полное клинико-лабораторное обследование (инфекционный профиль, клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, гормональное обследование яичников, надпочечников, щитовидной железы, пролактин);
- ультразвуковая диагностика (УЗИ) гениталий;
- диагностика генетической формы тромбофилии;
- гемостазиограмма, волчаночный антикоагулянт (ВА), АФА;
- медико-генетическое консультирование (по показаниям);
- консультации врачей-специалистов.

В. Система профилактических и лечебных мероприятий:

- диспансерное наблюдение в перинатальном центре III уровня;
- коррекция соматической и гинекологической патологии, гематологических и гемостазиологических нарушений;
- базисный курс в фертильном цикле, включающий в себя антикоагулянты, витамины группы В, С, фолиевую кислоту

и ее метаболит (метафолин), омегу-3, йодомарин (фембион I и II типа);

- при повышении гомоцистеина, при мутации MTHFR C677T в гомозиготе – прием фембиона за 3–4 месяца до планирования беременности под контролем уровня гомоцистеина;
- НМГ при умеренном и высоком тромбогенном риске тромбофилий в сочетании с отягощенным акушерским и семейно-тромботическим анамнезом, персистирующими факторами (сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, системные аутоиммунные заболевания, вирусные инфекции, операции, послеоперационный (послеродовой) период под контролем маркеров тромбофилии (Д-димер, РМФК, агрегации тромбоцитов) и активности анти-Ха фактора.

При наличии АФА или ВА пациентки исключались из исследования (см. критерии включения и исключения).

II этап. Профилактика гестационных осложнений

А. Объем исследований:

- стандартное клиничко-лабораторное обследование (клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, гормональный фон и другие показатели);
- консультация в генетическом центре с определением фетальных маркеров с целью исключения врожденных пороков развития (ВПР) плода, определение риска развития задержки роста плода (ЗРП), тяжелой ПЭ в сроке 18–20 недель беременности;
- гемостазиологический контроль в динамике 1 раз в 10–14 дней (включая Д-димер, АТIII, агрегацию

тромбоцитов, плазминоген, РМФК, уровень гомоцистеина в 18–20 и в 26–28 недель);

- УЗИ, доплерометрия, плацентометрия, фетометрия начиная с 10–12 недель, в сроках 20–22, 30–32, 38–40 недель для решения вопроса о методе родоразрешения;
- кардиотокография (КТГ) в III триместре 1 раз в 10 дней и по показаниям;
- при наличии хронических соматических заболеваний – совместное ведение со смежными специалистами.

В. Ранняя профилактика осложнений беременности:

- продолжение приема витаминно-минерального комплекса для беременных (см. I этап);
- прием магне-В6, утрожестана или дюфастона (угроза прерывания беременности);
- прием препаратов железа при снижении уровня гемоглобина менее 110 г/л;
- прием препаратов, содержащих аспирин, в дозе 75–150 мг (кардиомагнил и др.) под контролем агрегатограммы (по показаниям);
- НМГ, коррекция дозы проводится с учетом данных результатов Д-димера, АТIII, активности анти-Ха фактора;
- отмена НМГ проводится временно при кровомазании (отслойка плаценты), развитии родовой деятельности или за 24 часа до планового родоразрешения;
- при выявлении пороков развития – прерывание беременности по медицинским показаниям;
- при возникновении осложнений беременности – обязательная госпитализация;
- дородовая госпитализация на сроке 37–38 недель (по показаниям раньше) для решения вопроса о методе родоразрешения.

III этап. Профилактика осложнений послеродового или послеоперационного периода

А. Объем исследований:

- стандартное клинико-лабораторное обследование (клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови и другие по показаниям);
- гемостазиологический контроль в динамике:
 - Д-димер, активности анти-Ха фактора по показаниям;
 - УЗИ полости матки.

В. Схема профилактических мероприятий:

- раннее вставание, компрессионное белье (после операции), раннее прикладывание к груди. Прием витаминно-минеральных комплексов для беременных (фемибийон и др.). Профилактика инфекционных осложнений, утеротоники, препараты железа по показаниям;
- возобновление профилактики тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде осуществляется спустя 8–10 часов, после родов назначаются НМГ в профилактической дозе, 1 раз п/к в течение 5–7 суток под контролем Д-димера, при нормализации показателя на 4–5-е сутки длительность приема НМГ – до 5–7 суток, при повышенных значениях – до 14 суток с возможным переходом на кардиомагнил 75–150 мг в течение 4 недель;
- при генетической тромбофилии высокого риска – наличии мутации F5 или F2 и F5, особенно при наличии отягощенного акушерского и/или сосудисто-тромботического личного или семейного анамнеза – продолжить назначения НМГ до 6 недель в профилактической дозе под контролем Д-димера, при необходимости корректировать дозу по уровню активности анти-Ха фактора.

Результаты. Следует отметить, что все пациентки I подгруппы ($n = 56$) были обследованы и получали подготовку до беременности, лечение во время беременности и после родов согласно разработанному нами алгоритму.

Пациентки II подгруппы ($n = 67$) наблюдались и лечились со II и III триместра беременности и в послеродовом (послеоперационном) периоде согласно вышеописанному алгоритму.

В основе профилактики, которая носила дифференцированный характер, базисной являлась терапия противотромботическими препаратами.

В настоящее время предложены два основных подхода к применению антикоагулянтной терапии [6]:

1) активная профилактика НМГ в догестационном периоде, с ранних сроков (2–4 недели беременности) и в течение всей беременности и после родоразрешения;

2) применение НМГ с конца II – начала III триместра и после родов [7].

Это положение дает основание для активной тактики применения НМГ на догестационном периоде, во время беременности и после родов.

В группе сравнения ($n = 153$) догестационная подготовка не проводилась, лечение осложнений беременности проходило в соответствии с существующими протоколами. НМГ назначалось только в послеоперационном периоде, если пациентки входили в высокую группу риска по венозно-тромботическим осложнениям (ВТЭО) в течение короткого времени 7–10 дней (согласно протоколу).

В основной группе ($n = 123$) наряду с антикоагулянтной проводилась терапия, направленная на сохранение беременности (гестагены, токолитики, спазмолитики, магне-В6 и др.). Лечение НМГ проводилось под контролем уровня маркеров тромбофилии (Д-димер, агрегационная активность тромбоцитов,

уровень АТIII, плазминогена, активность анти-Ха фактора) каждые 10–14 дней и далее ежемесячно. Контроль эффективности и безопасности применения препаратов (НМГ) проводился по показаниям не только лабораторных данных гемостаза, но и клинических, в том числе функциональных тестов, так как при тромбофилии во время беременности нужно учитывать ее нетромботические эффекты.

Проанализирована и определена эффективность данного алгоритма и целесообразность широкого внедрения в учреждениях здравоохранения. Проспективный анализ показал наличие разнообразных осложнений гестационного периода в изучаемых группах 1. В группе сравнения ($n = 150$) наиболее значимыми из них были: угроза прерывания беременности (24%), которая в 16% случаев заканчивалась потерей плода до 22 недель и в 5,3% – антенатальной гибелью плода. Для сравнения аналогичные показатели в основной группе были следующими: в I подгруппе угроза прерывания в I триместре составила 12,5%, во II триместре – 8,9%, во II подгруппе – 17,9% и 17,9% соответственно; потеря плода до 22 недель беременности: в I подгруппе – 1,7%, во II подгруппе – 7,4% ($p < 0,05$). Антенатальной гибели плода не было зарегистрировано в обеих подгруппах. Преждевременные роды встречались во II подгруппе в 2,5 раза реже, чем в группе сравнения (10,5 и 26%), но почти в 2 раза чаще, чем в I подгруппе (5,3 и 10,5%).

Вторым наиболее часто встречающимся осложнением течения беременности была преэклампсия, которая по степени тяжести представлена в группах следующим образом: в I подгруппе I степени – 16,1%, II степени – 26,9%, в группе сравнения – 40,7%; в I подгруппе II степени – 5,4%, во II подгруппе – 10,4%, в группе сравнения – 17,3%; тяжелой степени ПЭ в I подгруппе не было, во II подгруппе – 1,5%, в группе сравнения – 8%,

в связи с чем было произведено досрочное родоразрешение путем кесарева сечения.

Наиболее неблагоприятным в прогностическом отношении был дистресс плода, который в I подгруппе регистрировался в 10,7%, во II подгруппе – в 28,4%, в группе сравнения – в 49,3% ($p < 0,05$). Это осложнение встречалось как в связи со структурными нарушениями в плаценте (I подгруппа – 10,7%, II подгруппа – 20,9%, группа сравнения – 28%), так и при тяжелой преэклампсии. В связи с этим декомпенсированные формы явились показанием для досрочного родоразрешения в 9 случаях (13,4%) во II подгруппе и 26 случаях (17,3%) в группе сравнения ($p < 0,05$). В I подгруппе после коррекции терапии признаки дистресса регрессировали.

Одним из серьезных осложнений, ведущих к перинатальной заболеваемости и смертности, является СЗРП. По группам этот показатель распределился следующим образом: I подгруппа (I степень – 3,6%), II подгруппа (I степень – 8,9%), группа сравнения (I степень – 14%); в I подгруппе II и III степень СЗРП не регистрировалась; во II подгруппе регистрировались: II степень – 5,9%, в группе сравнения II степень – 21,3%, во II подгруппе III степень – 2,9%, в группе сравнения III степень – 7,3%. Из этих пациенток у 6 беременных группы сравнения произошла антенатальная гибель плода (АГП).

Анализируя течение послеродового периода в группах, следует отметить, что тромботические осложнения в основной группе отсутствовали, в то время как в группе сравнения частота их составила 7,3%. Из других осложнений беременности анемия беременных легкой степени развилась у 9 беременных (16,1%) в I подгруппе, у 17 (25,4%) во II подгруппе и 45 (30%) беременных группы сравнения. Преждевременные роды произошли у 3 (5,3%) пациенток I подгруппы, во II подгруппе этот показатель составил 7 (10,5%), в группе сравнения был в 5 раз

больше, чем в I подгруппе, – 39 (26%) ($p < 0,05$). Большинство пациенток I и II подгруппы были родоразрешены через естественные родовые пути (78,2 и 67,7% соответственно), в то время как почти половина пациенток группы сравнения были родоразрешены путем кесарева сечения (41,8%), в том числе в ургентном порядке (19,4%). Методы родоразрешения отражены в таблице.

Таблица. Методы родоразрешения пациенток основной и контрольной групп (в %)

Методы родоразрешения	Основная группа				Группа сравнения, $n = 122$	
	I подгруппа, $n = 55$		II подгруппа, $n = 62$		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Через естественные родовые пути	43	78,2*	42	67,7	71	58,2
Кесарево сечение:	12	21,8*	20	32,3	51	41,8
– плановое	9	16,4*	8	12,9	10	8,2
– ургентное	3	5,5	12	19,4***	41	33,6

Примечания:

в I подгруппе – 1 самоаборт, во II подгруппе – 5, в группе сравнения – 24;

* показатели достоверно отличались от аналогичных в группе сравнения при $p < 0,05$;

** достоверное различие показателей в подгруппах основной группы при $p < 0,05$.

В I подгруппе показаниями к операции кесарева сечения были: рубец на матке – 2, тазовое предлежание – 3, анатомически узкий таз – 4. В экстренном порядке было проведено 3 операции по поводу слабости родовой деятельности.

Во II подгруппе показаниями к плановому кесареву сечению были: рубец на матке – 4, тазовое предлежание – 2, анатомически узкий таз – 1, миопия высокой степени – 1. В ургентном порядке было произведено 12 операций: в связи с нарастанием тяжести ПЭ без эффекта от проводимой терапии – 2, в связи с ухудшением состояния плода (дистресс) – 4,

несостоятельностью рубца на матке – 3, в связи с упорной слабостью родовой деятельности – 3.

В группе сравнения у пациенток все экстренные операции – 41 (33,6%) – распределялись следующим образом: тяжелая ПЭ – 12, средняя степень, не поддающаяся консервативной терапии, – 17, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 4, ухудшение состояния плода (дистресс) на фоне СЗРП III степени – 8. В плановом порядке произведено 10 операций, что составило 8,2%. Показаниями были следующие: тазовое предлежание – 2, рубец на матке – 3, экстрагенитальная патология – 1. В послеродовом периоде зарегистрированы тромботические осложнения в 7,2% (флеботромбоз глубоких вен бедра и голени – 4, острое повреждение легких с развитием дыхательной недостаточности – 3, тромбофлебит поверхностных вен голени – 4).

В результате длительной терапии с применением разработанного алгоритма в основной группе родилось 117 жизнеспособных детей (6 самопроизвольных абортов в I и II триместрах беременности). В группе сравнения произошла внутриутробная гибель плода в 8 случаях, самопроизвольные аборты в I и II триместрах беременности произошли у 24 женщин. В группе этих пациенток родилось 122 ребенка. В раннем неонатальном периоде умерло 5 (4,1%): в результате синдрома дыхательных расстройств и недоношенности – 3, пороков развития, не совместимых с жизнью, – 2.

В I подгруппе ни у одной пациентки не было гипертрофии плода, в отличие от женщин II подгруппы, получивших НМГ после 18–20 недель беременности, у которых регистрировалась гипотрофия в 6 случаях (9,6%). В группе сравнения этот показатель был почти в 2 раза выше – 29 (23,8%) ($p < 0,05$).

Таким образом, применение разработанного алгоритма, основанного на индивидуальном дифференцированном подходе

к использованию противотромботических средств, с учетом вида и варианта генетической тромбофилии, с наличием сопутствующих дополнительных факторов, потенцирующих клинические эффекты тромбофилии, полученных данных лабораторных и функциональных исследований, позволило добиться статистически значимого уменьшения гестационных и перинатальных потерь у женщин с генетической формой тромбофилии.

Выводы

1. Генетическая тромбофилия во время беременности не только влияет на систему гемостаза, активируя протромботические механизмы, но и потенцирует нетромботические эффекты, вызывая акушерские и перинатальные осложнения – синдром потери плода, преэклампсию, угрозу прерывания беременности и преждевременные роды, СЗРП, ПОНРП, острые сосудистые нарушения.

2. Формирование осложнений начинается с момента имплантации плодного яйца, развития инвазии трофобласта и более поздних нарушений маточно-плацентарной перфузии.

3. С целью профилактики гестационных и острых сосудистых нарушений вследствие активации протромботического звена гемостаза необходимо женщин с генетической тромбофилией ставить на «Д» учет, проводить им догестационную реабилитационную терапию, продолжая ее во время беременности и после родов, где базовыми лечебными препаратами являются антикоагулянты (НМГ).

4. С этой целью разработан и внедрен алгоритм ведения пациенток с генетической тромбофилией, охватывающий прегравидарный, гестационный и послеродовой периоды. Это позволило снизить частоту гестационных осложнений, уменьшить процент оперативного родоразрешения и тромботических осложнений. Чем раньше начата противотромботическая терапия, тем благоприятнее исход беременности.

Список литературы

1. Беременность высокого риска / Под ред. А.Д. Макацарии, Ф.А. Червенака, В.О. Бицадзе. Москва: Медицинское информационное агентство, 2015. 920 с.
2. Дёмина Т.Н., Хвесик А.А. Клинико-анамнестическая характеристика беременных с генетической формой тромбофилии // Медико-социальные проблемы семьи. 2020. Т. 25. № 2. С. 15–20.
3. Макацария А.Д., и др. Системный венозный и артериальный тромбоемболизм в акушерско-гинекологической практике. Москва: Медицинское информационное агентство, 2016. 1008 с.
4. Kabuksu S., et al. The frequency of factor V Leiden and concomitances of factor V Leiden with prothrombin G 20210 a mutation and methylenetetrahydrofolate reductase C 677 T gene mutation in healthy population of Denizli, Aegean region of Turkey. Clin Appl Thromb Hemost. 2007;13(2):166–71.
5. Момот А.П., Николаева М.Г. Тромбофилии в акушерско-гинекологической практике. Гепаринопрофилактика // Медицинский совет. 2017. № 13. С. 7–8.
6. Mohamed M.A., et al. Thrombophilic gene mutations in women with repeated spontaneous miscarriage. Genetic testing and molecular biomarkers. 2010;14(5):593–7. DOI: 10.1089/gtmb.2010.0052.
7. Репина М.А., Сумская Г.Ф., Лапина Е.Н. Наследственные нарушения системы гемостаза и беременность. Метод. рекомендации / Под ред. Э.К. Айламазяна. Санкт-Петербург, 2008. 40 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Дудниченко Т.А., Арнт О.С., Гозуа М.С., Чабан Е.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Западный
государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. В настоящее время имеются немногочисленные данные о влиянии коронавирусной инфекции на течение беременности и родов, что явилось поводом для настоящего исследования.

Цель. Изучение течения беременности и родов у женщин после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование амбулаторных карт беременных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (далее – НКИ) на базе Родильного дома № 6 им. проф. В.Ф. Снегирёва в 2021 году. Критерии включения: наличие вирус-идентифицированной методом ПЦР инфекции COVID-19 при настоящей беременности. Основная группа: 200 беременных (81 первобеременная, 119 повторнобеременных). Контрольная группа: 30 беременных без НКИ в анамнезе (13 первобеременных и 17 повторнобеременных).

Результаты. Невынашивание беременности у пациенток основной группы составило 15,8%, в контрольной группе – 6,6%. Из основной группы заболели НКИ в первом триместре 88 беременных, 92 женщины во втором и 22 – в третьем (в контрольной группе – 0 женщин). В легкой форме перенесла НКИ 181 женщина (все они не получали никакой терапии).

У 11 беременных была диагностирована двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония, что потребовало госпитализации, у двух из них был выявлен псевдомембранозный колит. У 10 беременных COVID-19 протекал в тяжелой форме. Все беременные с течением средней тяжести и тяжелым получали терапию согласно клиническим рекомендациям. Беременным, перенесшим НКИ, проводилось исследование системы гемостаза. Выявлено: увеличение количества тромбоцитов и С-реактивного белка, увеличение содержания маркеров активации внутрисосудистого свертывания крови и фибринолиза Д-димеров, увеличение ферментов АЛТ и АСТ.

Беременные, перенесшие COVID-19, с 28 недель получали низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах до родоразрешения. У двух беременных, перенесших COVID-19, зафиксирована антенатальная гибель плода при сроке 35/36 недель. Одна беременная с внебольничной двусторонней пневмонией, тяжелым течением, двусторонним гидротораксом была родоразрешена при сроке 26/27 нед. в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП). В контрольной группе таких тяжелых осложнений беременности, как ПОНРП и антенатальная гибель плода, зафиксированы не были.

В основной группе исходы родов были проанализированы у 23 женщин. 8 женщин были родоразрешены путем кесарева сечения по показаниям: гипоксия плода – у трех женщин, слабость родовой деятельности – у трех женщин, тяжелая преэклампсия – у двух женщин. В контрольной группе частота кесарева сечения составила 23,3%. У 13 детей, рожденных от матерей, перенесших COVID-19, не было выявлено какой-либо патологии. 10 детей имели дыхательные нарушения, из них у одного – легкой степени и у 9 – тяжелые дыхательные нарушения. У всех детей из этой группы была

зарегистрирована внутриамниотическая инфекция. В контрольной группе ни у кого из новорожденных дыхательных нарушений не зарегистрировано.

Выводы. Перенесенная НКИ при беременности характеризуется развитием анемии, цитолитического синдрома, активацией внутрисосудистого свертывания крови и синдрома системного воспалительного ответа, а также более высоким риском антенатальной гибели плода и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Перенесенная при беременности НКИ способствует значительному увеличению частоты абдоминального родоразрешения в связи с начавшейся гипоксией плода, слабостью родовой деятельности и преэклампсией. Новорожденные от матерей, перенесших при беременности НКИ, имеют существенно более высокую частоту респираторного дистресс-синдрома и внутриамниотической инфекции по сравнению с новорожденными от здоровых матерей.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ

*Лунушару А., Голубкова Д.А., Оппедизано М.Д.Л.,
Бусоргина М.О., Гафиатулин М.Р., Коваленко К.А.,
Проскуракова П.С., Зайцева А.В., Яценко Е.В.*

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства
здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Состояние здоровья девушек, вступающих в репродуктивный возраст, приобретает решающее значение [7] в связи с нарастанием в последние десятилетия демографических проблем в России: наблюдаются акселерация, снижение возраста начала половой жизни, ослабление института семьи, низкая сексуальная культура, плохая просветительская работа среди молодежи. По этим причинам в России происходит общее снижение рождаемости среди женщин оптимального детородного возраста, но при этом количество родов у несовершеннолетних постоянно увеличивается [12].

Цель. Изучить причины и особенности течения беременности, часто встречающиеся исходы родов, а также осложнения для матери и плода.

Ключевые слова: несовершеннолетние; ювенильная беременность; исходы родов

Юных первородящих по возрасту разделяют на три группы: первая группа – до 9 лет: девочки с патологически ускоренным половым созреванием, именуемые «сверхюными первородящими»; вторая группа – от 9 до 15 лет: «юные первородящие»,

у которых еще нет полного полового созревания; третья группа — от 15 до 18 лет: подростки, созревшие для выполнения репродуктивной функции [1]. Помимо возрастных критериев, беременных подростков подразделяют на группы в зависимости от их состояния здоровья: здоровые беременные подростки, юные беременные с экстрагенитальной патологией и подростки с осложненной беременностью [3].

Особенностями сексуального поведения, характерными для современных подростков, являются раннее начало половой жизни, увеличение числа половых партнеров, недостаточность знаний о современных методах контрацепции, психологическая готовность к искусственному прерыванию беременности. По данным Э.К. Борисовой и соавт., уровень заболеваний репродуктивной сферы среди подростков в возрасте 15–17 лет составляет 173,8 на 100 тысяч осмотренных среди городского населения и 164,0 — на 100 тысяч осмотренных среди сельского населения [11]. Наиболее распространенными вариантами патологии у подростков, проживающих в городе, являются воспалительные болезни тазовых органов (31%), нарушения менструального цикла (26%), нейроэндокринные нарушения (25%), невоспалительные болезни половых органов (7%) и спайки в малом тазу (6%). По данным С.М. Семятова, в структуре гинекологической патологии девочек-подростков преобладают нарушения менструального цикла, а также доброкачественные изменения яичников и шейки матки [9]. Уровень гинекологической заболеваемости составляет 13% у школьниц и 34% у учащихся колледжей. При этом отмечено, что большое значение в высокой частоте патологии репродуктивной системы имеет хирургическое прерывание первой беременности.

По данным Е.С. Михайлина, одним из наиболее распространенных заболеваний у подростков является синдром хронической тазовой боли: частота его встречаемости в популяции

составляет от 14 до 16%. К наиболее частым причинам хронической тазовой боли у подростков относят дисменорею, эндометриоз, кисты яичников, заболевания опорно-двигательного аппарата, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, спаечный процесс в малом тазу и синдром раздраженной толстой кишки. Кроме того, около 50% пациенток с хронической тазовой болью отмечают появление симптомов после чрезмерной физической нагрузки и полового акта [2, 10, 13]. Дисменорея также является наиболее распространенной жалобой среди девочек-подростков. Заболевание характеризуется сильными спастическими болями в нижних отделах живота непосредственно перед менструацией и во время нее. Это часто ассоциируется с тошнотой, рвотой и головной болью. Распространенность дисменореи среди подростков, как сообщается, составляет от 40 до 90%. Дисменорея может быть первичной и вторичной. Первичная дисменорея характеризуется менструальной болью и отсутствием основной патологии, в то время как при вторичной дисменорее болезненные менструации вызваны наличием патологического процесса в малом тазу. Вторичная дисменорея наблюдается у 10% пациенток, наиболее частой причиной ее возникновения является эндометриоз. Распространенность эндометриоза среди женщин репродуктивного возраста составляет 6–10% и зависит от многих факторов, таких как возраст, этническая принадлежность, социально-экономические условия, наследственность, гормональные и иммунологические нарушения. Важно отметить, что у 6% пациенток диагноз подтверждается в возрасте 11–14 лет [8]. У подростков с синдромом хронической тазовой боли, которая плохо поддается медикаментозной терапии, распространенность эндометриоза составляет от 60 до 70%. Все эти данные следует учитывать при ведении беременности у юных девушек, так как она усугубляет имеющуюся патологию.

Влияние беременности на организм юной девушки проявляется следующим образом [4]:

- происходят общие изменения организма, включающие трансформацию половых органов;
- сердечно-сосудистая система вынуждена функционировать в условиях повышенного объема циркулирующей крови, увеличения протяженности и уменьшения сопротивления сосудистого русла, механического затруднения кровотока по крупным сосудам, высокого расположения диафрагмы, уменьшения жизненной емкости легких, а также увеличения систолического и минутного объемов сердца на 40%. Все это приводит к перкуторному расширению границ сердца, выслушиванию систолического шума на верхушке сердца и над легочной артерией;
- изменения анализа крови наблюдаются со второго триместра: анемия (из-за гидремии), возрастание количества лейкоцитов и ретикулоцитов, а также ускорение СОЭ (до 25 мм/ч);
- диурез повышается в начале беременности и снижается в третьем триместре. Гипотензия, сменяющаяся относительной гипертензией во второй половине беременности, одновременно с физиологической задержкой жидкости (гиперальдостеронизм, задержка натрия, гидрофильность, пастозность, отеки) — все это может быть ошибочно расценено как почечная патология, следствие сердечной декомпенсации либо проявление позднего гестоза;
- быстро увеличивается выраженность вторичных половых признаков у лиц, которые вступили в беременность с недостаточным половым развитием;
- изменяется костный таз по мере прогрессирования беременности у несовершеннолетних — он достигает размеров, характерных для взрослых девушек;

- к концу беременности увеличиваются эластические свойства мягких тканей полового тракта, развивается связочный аппарат, возрастает гидрофильность симфиза и хрящевых зон костей таза;
- выявляется разбалансировка нейроэндокринного звена регуляции (особенно у девочек с транзиторным гипоталамо-гипофизарным синдромом пубертатного периода).

Не менее интересны особенности течения беременности и родов у несовершеннолетних:

- незрелость нервных процессов сопровождается неудовлетворительным формированием гестационной доминанты, что чревато невынашиванием и отклонениями в развитии плода, а в дальнейшем – недостаточностью родовой доминанты, проявляющейся аномалиями родовой деятельности;
- размеры костного таза не всегда успевают достигнуть окончательных величин (у 10–15% девушек выявляется суженный таз);
- дифференцировка матки (как миометрия, так и нервного аппарата) в большинстве случаев не завершена. Часто встречается гипоплазия матки и половой инфантилизм, что обуславливает избыточную кровопотерю;
- гомеостатические реакции отличаются в этом возрасте неустойчивостью и напряженностью, что ухудшает прогноз как для матери, так и для плода при акушерских осложнениях;
- низкий уровень секреции эстрогенов и прогестерона (возрастная особенность гормонального профиля) предопределяет формирование фетоплацентарной недостаточности, задержки развития или гипоксии плода. Осложнения во время беременности и родов у юных при этом достигает, по данным разных авторов, 76–90%.

Учитывая сохраняющуюся тенденцию увеличения количества случаев беременности юных, необходимо разработать эффективные меры социального характера по ее предупреждению, изучая социальный статус, репродуктивное поведение и здоровье подростков [6]. Биологическая незрелость также влияет на риск неблагоприятных исходов беременности. Считается, что в подростковом возрасте растущий плод и по-прежнему растущий организм матери конкурируют за питательные вещества; кроме того, незрелость и недостаточное кровоснабжение шейки матки может предрасполагать к развитию субклинической инфекции, увеличению синтеза простагландинов, что является причиной преждевременных родов. Отсутствие дородового ухода, недостаточная прибавка массы тела и курение во время беременности считаются факторами риска неблагоприятных исходов среди новорожденных, в том числе низкого веса при рождении, преждевременных родов и младенческой смертности. Беременность и роды у юных женщин протекают с большим количеством осложнений по сравнению с женщинами детородного возраста и представляют огромный риск для юной роженицы, внутриутробного плода и новорожденного [5].

Список литературы

1. Голод С.И. XX век и тенденции сексуальных отношений в России. Санкт-Петербург: Алетейя, 1996. 188 с.
2. Елгина С.И., Кондратова Л.А. Особенности течения беременности и исходы родов у юных женщин // Фундаментальная и клиническая медицина. 2020. № 5. С. 72–78.
3. Ерофеева Л.В. Поведение риска у подростков. Роль сексуального образования // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. № 5. С. 68–77.
4. Карелина Н.Р., Соколова И.Н., Хисамутдинова А.Р. и др. Возрастные особенности строения и развития органов иммунной

системы человека // Российские биомедицинские исследования. 2021. № 4. С. 47–61.

5. Карелина Н.Р., Уварова А.С., Хисамутдинова А.Р. и др. Клетчаточные пространства женского малого таза // Российские биомедицинские исследования. 2022. № 2. С. 91–101.

6. Коколина В.Ф. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей // Москва: Медпрактика, 2006.

7. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р. Возрастные и конституциональные особенности девочек в возрасте 8–12 лет // Вестник Педиатрической академии. 2007. № 7. С. 45–52.

8. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р. Комплексная оценка биологической зрелости девочек 8–12 лет различных соматотипов // Biomedical and Biosocial Anthropology 2007. № 9. С. 251–252.

9. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Сазонова Л.А. Биологическая зрелость и пальцевая дерматоглифика у девочек 8–12 лет // Морфология. 2006. № 4. С. 67.

10. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Сазонова Л.А. Физическое развитие и уровень биологической зрелости у девочек различных соматотипов // Новые исследования. 2004. № 1–2. С. 211–212.

11. Ларюшева Т.М., Баранов А.Н., Лебедева Т.Б. Эпидемиология беременности у подростков // Экология человека. 2014. № 12. С. 26–34.

12. Михайлин Е.С. Беременность, роды и послеродовой период у несовершеннолетних // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. № 17. С. 51–64.

13. Оппедизано М.Д.Л., Артюх Л.Ю. Адаптация человека к экстремальным условиям деятельности. Физиологические механизмы (структурный след адаптации) // Forcipe. 2021. № 4. С. 18–25.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
СТРОЕНИЯ ТАЗА. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТЧАТОЧНЫЕ
ПРОСТРАНСТВА

*Оппедизано М.Д.Л., Бусоргина М.О., Гафиятулин М.Р.,
Коваленко К.А., Лупушару А., Голубкова Д.А., Зайцева А.В.,
Яценко Е.В., Артюх Л.Ю., Карелина Н.Р.*

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Весомой и до конца не решенной проблемой современного здравоохранения являются воспалительные заболевания органов малого таза. Данный факт прежде всего обусловлен высокой частотой их встречаемости, которая варьирует в пределах 53,8–60% от общего числа гинекологических нозологий. Вдобавок заболеваемость этой группой патологий у несовершеннолетних женщин с начала текущего столетия возросла в 1,7 раза [4]. Подобная тенденция ассоциирована с омоложением сексуальной активности и снижением использования барьерных методов контрацепции. Результатом стало ухудшение фертильности молодежи. Так, у каждой четвертой пациентки, перенесшей инфекцию мочеполового тракта, впоследствии встречаются фетоплацентарная недостаточность, невынашивание беременности, бесплодие и синдром хронической тазовой боли. Трудность диагностики названных осложнений заключается в огромной вариабельности клинических проявлений, а также в их позднем распознавании. Причина этого – в пренебрежении топографо-анатомическими особенностями строения истинного таза, в частности париетальных клетчаточных

пространств. Цель данной работы – актуализировать сведения о них, дабы облегчить работу практикующих врачей.

Ключевые слова: несовершеннолетние женщины; топографо-анатомические особенности; истинный таз; париетальные клетчаточные пространства

Париетальные клетчаточные пространства локализуются между париетальной и висцеральной фасциями органов малого (истинного) таза. Исходя из этого были выделены следующие варианты: позадилобковое, тазово-прямокишечное, предкрестцовое и латеральные париетальные [1, 3]. Ниже приведено описание топографо-анатомических особенностей каждого из них.

Позадилобковое клетчаточное пространство (*spatium retro-pubicum*)

Альтернативным названием является ретциево пространство. Рассматриваемый промежуток локализуется между париетальной и висцеральной фасцией мочевого пузыря. Содержит жировую клетчатку, пузырное венозное сплетение и нижние мочепузырные артерии. Его передняя стенка представлена поперечной фасцией живота, переходящей книзу в фасцию, покрывающую заднюю поверхность лобковых костей. Задняя, в свою очередь, образована передним листком висцеральной фасции мочевого пузыря. Боковые стенки именуются заслонками, которые являют собой места прикрепления пупочных артерий к париетальной фасции боковой стенки таза [2]. Их функция – разграничение боковых клетчаточных пространств от позадилобкового. Нижняя же стенка сформирована верхней фасцией диафрагмы таза, а также частично верхней поверхностью фасции мочеполовой диафрагмы. Крайне важно подчеркнуть весомое число сообщений описываемого пространства [7]:

- с боковыми клетчаточными пространствами малого таза;
- с клетчаткой, окружающей медиальную группу мышц бедра;

- с передней подкожной жировой клетчаткой бедра;
- с предбрюшинной клетчаткой передней стенки живота;
- со свободной брюшной полостью (в случае разрыва предпузырной фасции, фасциального футляра мочевого пузыря или париетальной брюшины).

Тазово-прямокишечное клетчаточное пространство (spatium pelviorectale)

Оно располагается между фасцией, поднимающей задний проход мышцы, и наружной поверхностью собственной фасции прямой кишки [5]. Данная структура имеет сообщение с забрюшинным пространством и полостью брюшины. Согласно современным представлениям, указанное пространство ограничено следующими образованиями:

- брюшина тазового дна (верхняя стенка);
- прямая кишка (медиальная стенка);
- мышца, поднимающая задний проход (латеральная стенка).

Предкрестцовое клетчаточное пространство (spatium retrorectale)

Оно представлено крестцовой частью симпатического ствола, крестцовыми лимфатическими узлами, артериями и венами крестцовыми, а также верхними прямокишечными [9]. Рассматриваемый промежуток ограничен: спереди – висцеральной фасцией прямой кишки, сзади – предкрестцовой фасцией, сбоку – подвздошными сосудами; снизу – тазовой диафрагмой. Его сообщения:

- с боковыми клетчаточными пространствами;
- с забрюшинным клетчаточным пространством;
- с промежностью.

Боковые клетчаточные пространства (spatiua lateralia)

Они связаны с периметрием. Содержат лимфатические сосуды, внутренние подвздошные артерии и вены, запираательные нервы, стволы крестцового сплетения и мочеточники.

Их передняя стенка представлена фасциальной заслонкой. Заднюю, в свою очередь, образуют внутренние подвздошные сосуды. Латеральная стенка образована париетальной брюшиной, покрывающей боковые стенки таза, а медиальная – сухожильной дугой таза и висцеральной фасцией. Верхняя стенка образована париетальным листком брюшиной. Снизу же описываемые пространства ограничивает верхняя фасция диафрагмы таза [8].

Знание описанных выше щелей является важным не только с научной, но и с практической точки зрения. Данное заключение базируется на статистических данных, согласно которым каждый второй гинеколог еженедельно диагностирует и курирует пациенток, страдающих от гнойно-воспалительных процессов [6]. Лечение подобных заболеваний, однако, представляется достаточно затруднительным при пренебрежении топографо-анатомическими особенностями строения малого таза.

Список литературы

1. Зароченцева Н.В., Аршакян А.К., Меньшикова Н.С. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (обзор литературы) // В помощь практикующему врачу. 2018. № 4. С. 65–69.
2. Карелина Н.Р., Ким Т.И. Перинеология. Анатомия промежности. мышцы и фасции (лекция) // Российские биомедицинские исследования. 2020. № 3. С. 44–58.
3. Карелина Н.Р., Ким Т.И. Перинеология. Анатомия промежности. Сосуды, нервы, топография (лекция) // Российские биомедицинские исследования. 2020. № 4. С. 28–39.
4. Карелина Н.Р., Соколова И.Н., Хисамутдинова А.Р. Анатомия человека в графологических структурах. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2018. 392 с.
5. Карелина Н.Р., Уварова А.С., Хисамутдинова А.Р. и др. Клетчаточные пространства женского малого таза // Российские биомедицинские исследования. 2022. № 2. С. 91–101.

6. Шуршалина А.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: современная тактика терапии // В помощь практикующему врачу. 2019. № 5. С. 28–31.

7. Kostov S., Slavchev S., Dzhenkov D. Avascular spaces of the female pelvis – clinical applications in obstetrics and gynecology. *Journal of Clinical Medicine* 2020;9:1460–6.

8. Puntambekar S., Manchanda R. Surgical pelvic anatomy in gynecologic oncology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2018;193:86–92.

9. Yabuki Y., Sasaki H., Hatakeyama N., Murakami G. Discrepancies between classic anatomy and modern gynecologic surgery on pelvic connective tissue structure: Harmonization of those concepts by collaborative cadaver dissection. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;4:7–15.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
СТРОЕНИЯ ТАЗА. ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ КЛЕТЧАТОЧНЫЕ
ПРОСТРАНСТВА

***Оппедизано М.Д.Л., Бусоргина М.О., Гафиатулин М.Р.,
Коваленко К.А., Лупушару А., Голубкова Д.А., Зайцева А.В.,
Яценко Е.В., Артюх Л.Ю., Карелина Н.Р.***

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Данная работа является продолжением исследования, посвященного топографо-анатомическим особенностям строения малого таза несовершеннолетних женщин. Будет рассмотрена вторая группа клетчаточных пространств – висцеральные.

Ключевые слова: несовершеннолетние женщины; топографо-анатомические особенности; истинный таз; висцеральные клетчаточные пространства

Висцеральные щели истинного таза являются промежутками между органом и окружающей его висцеральной фасцией, содержащих сосуды и нервы, а также адипозную ткань. Выделяют околовлагалищное, околоматочное, околопрямокишечное и околопузырное клетчаточные пространства. Ниже приведено описание топографо-анатомических особенностей каждого из них.

Околовлагалищное клетчаточное пространство (spatium paravaginalis)

Располагается между пузырно-маточной и пузырно-влагалищной связками, а также передней стенкой

влагалища [1]. Данная щель связана спереди с околопузырной, сзади с прямокишечной и сверху с околоматочной адипозной тканью, а сбоку с латеральными клетчаточными пространствами.

Околоматочное клетчаточное пространство (parametrium)

Это промежуток, локализованный между листками связки Хантера, в котором выделяют пред- и позадишеечную, а также латеральные клетчатки. Первые две, в свою очередь, объединяются в парацервикс. Согласно актуальным данным, указанное пространство ограничено следующими образованиями [7]:

- круглые маточные связки (верхняя стенка);
- мышца, поднимающая задний проход (нижняя стенка);
- передние листки широких маточных связок и мочевого пузыря (передняя стенка);
- задние листки широких маточных связок и прямая кишка (задняя стенка);
- боковые края матки (внутренняя стенка);
- боковые стенки малого таза с выстилающими их мышцами и фасциями (наружная стенка).

Отличительной чертой парацервикса считается обилие его сообщений. Он напрямую связан с брюшной полостью, передней и задней поверхностью бедра, позадилобковым, предкрестцовым и забрюшинными пространствами, а также прямокишечно-маточным углублением [4]. Боковая околоматочная клетчатка, в свой черед, сообщается с париетальной клетчаткой большого таза и ягодичной областью, забрюшинным пространством, брюшной полостью и опосредованно – с передней областью бедра [2, 9].

Околопрямокишечное клетчаточное пространство (spatium pararectale)

Оно представлено фасциальным футляром прямой кишки, именуемым капсулой Амюсса [3]. Разделение последнего на передний, задний и боковые отделы основывается на данных топографии средних прямокишечных сосудов. Боковые отделы,

в свою очередь, делятся на медиальное и латеральное пространства. Первое располагается глубоко в тазу и содержит подчревный нерв, а также нижнее подчревное сплетение. Оно ограничено задним листком широкой связки матки и мезоуретером [5]. Латеральное же параректальное пространство локализуется между тазовой стенкой и подвздошными сосудами. В ней пролегают маточная артерия и мочеточник [8]. Таким образом, околопрямокишечное клетчаточное пространство сообщается со следующими анатомическими структурами:

- брыжейка сигмовидной кишки;
- забрюшинное пространство;
- латеральные клетчаточные пространства таза;
- пристеночное позадипрямокишечное пространство;
- седалищно-прямокишечные ямки в случае разрушения фасции мышцы, поднимающей задний проход.

Околопузырное клетчаточное пространство (spatium paravesicale)

Представляет собой полость, окружающую мочевой пузырь. Сообщается с латеральными пристеночными пространствами таза и опосредованно — с предбрюшинной клетчаточной щелью. У женщин задние отделы описываемой полости также связаны с околوماتочной висцеральной клетчаткой [6].

В заключение отметим, что специализированная компетенция как гинекологов, так и общих хирургов в реализации оперативных вмешательств невозможна без изучения особенностей строения висцеральных клетчаточных пространств малого таза, а также их содержимого.

Список литературы

1. Зароченцева Н.В., Аршакян А.К., Меньшикова Н.С. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (обзор литературы) // В помощь практикующему врачу. 2018. № 4. С. 65–69.

2. Карелина Н.Р., Ким Т.И. Перинеология. Анатомия промежности. Мышцы и фасции (лекция) // Российские биомедицинские исследования. 2020. № 3. С. 44–58.

3. Карелина Н.Р., Ким Т.И. Перинеология. Анатомия промежности. Сосуды, нервы, топография (лекция) // Российские биомедицинские исследования. 2020. № 4. С. 28–39.

4. Карелина Н.Р., Соколова И.Н., Хисамутдинова А.Р. Анатомия человека в графологических структурах // Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2018. 392 с.

5. Карелина Н.Р., Уварова А.С., Хисамутдинова А.Р. и др. Клетчаточные пространства женского малого таза // Российские биомедицинские исследования. 2022. № 2. С. 91–101.

6. Шуршалина А.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: современная тактика терапии // В помощь практикующему врачу. 2019. № 5. С. 28–31.

7. Kostov S., Slavchev S., Dzhenkov D. Avascular spaces of the female pelvis – clinical applications in obstetrics and gynecology. Journal of Clinical Medicine 2020;9:1460–6.

8. Puntambekar S., Manchanda R. Surgical pelvic anatomy in gynecologic oncology. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2018;193:86–92.

9. Yabuki Y., Sasaki H., Hatakeyama N., Murakami G. Discrepancies between classic anatomy and modern gynecologic surgery on pelvic connective tissue structure: Harmonization of those concepts by collaborative cadaver dissection. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005;4:7–15.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ПОДРОСТКОВОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

**Соломкина Н.Ю.¹, Пикалева Е.Ю.², Плисецкая В.Ю.³,
Акимова Т.П.⁴, Алексеева Н.П.⁴**

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

² Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Детская городская клиническая
больница № 5 им. Н.Ф. Филатова»,
Санкт-Петербург, Россия

³ Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Детский санаторий “Солнечное”»,
Санкт-Петербург, Россия

⁴ Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Детский санаторий –
Реабилитационный центр “Детские Дюны”»,
Санкт-Петербург, Россия

Послеоперационный период представляет собой промежуток времени от завершения оперативного вмешательства до выздоровления пациента или перевода его на инвалидность. Известны три фазы послеоперационного периода: ранняя (первые 3–7 суток после операции), ранняя отсроченная (7–14 дней после операции), поздняя (2–4 недели после операции), отдаленная (до восстановления трудоспособности или иного определенного исхода).

Физиотерапевтические мероприятия (ФМ) в послеоперационном периоде строятся на основании соблюдения посиндромного дифференцированного выбора физических факторов (ФФ) в зависимости от объема оперативного вмешательства,

характера и стадии патологического процесса, послужившего причиной операции, коморбидности, возрастных и конституциональных особенностей пациентки, проводимой ей медикаментозной и немедикаментозной терапии. Своевременные лечебно-реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде актуальны для восстановления и поддержания здоровья и репродуктивного потенциала; при этом могут использоваться медикаментозные и немедикаментозные методы.

Физические методы лечения применяются во всех возрастных группах пациенток и в широком терапевтическом диапазоне. В посиндромной физиотерапии (ПФТ) ФФ используются для купирования нарушений преимущественно функционального характера в определенные стадии патологического процесса. На формирование ПФТ влияют объем и тяжесть посттравматических изменений тканей, характер воспаления (асептическое или инфекционное), боль, отек, спазм, дискинезия/нарушение дренажной функции тканей, аллергические реакции, трофические расстройства (дегенеративно-дистрофические изменения, гипер- или гипотрофия тканей), фиброзно-спаечный процесс, дисфункциональные расстройства, в том числе различные нарушения менструальной функции.

Выбор ФФ проводится при сопоставлении его механизма действия, наиболее вероятной реакции тканей в определенном объеме (на определенной глубине) и основных клинических проявлений пациентки в определенной стадии патологического процесса. Основные клинические проявления представлены наиболее значимыми синдромами, степенью генерализации и стадией (острой, подострой, хронической) патологического процесса. Поддержание иммунологической реактивности, гармонизация вегетативного тонуса, ритмологической активности являются базисными направлениями ФМ преимущественно

в позднем послеоперационном периоде и основными – в периоде ремиссии.

ФФ и методики проведения ФТ процедур в посттравматических/послеоперационных клинических ситуациях у пациенток, перенесших выскабливание полости матки, малые гинекологические операции, полостные или эндоскопические оперативные вмешательства, назначаются дифференцированно. После операции искусственного аборта цели ФТ в раннем послеоперационном периоде – это достижение утеротонического эффекта, купирования кровянистых выделений, болевого и отекающего синдрома, стимуляции дренажной функции тканей, поддержание трофики-стимуляции, ранней профилактики фиброзно-спаечных изменений. ФФ, наиболее часто востребованные для достижения этих целей, – диадинамические токи, дарсонвализация, лазеротерапия, фотохромотерапия, умеренно низкие температуры в методе криотерапии. Методики проведения процедур – локальные, рефлекторные. Продолжительность курса ФМ в среднем не превышает 5–6 процедур, проводимых ежедневно. В позднем послеоперационном периоде целью ФТ является нормализация менструального цикла (НМЦ), дефиброзирующая терапия, коррекция вегетативных и метаболических расстройств, восстановление ритмологической и иммунологической активности. ФФ, наиболее часто востребованные для достижения этих целей, – токи надтональной частоты, синусоидальные модулированные токи, магнитолазерная терапия, фотохромотерапия, транскраниальная электростимуляция, электросон, лекарственный электрофорез, ультрафонофорез, санаторно-курортное лечение. Методики проведения процедур – локальные, рефлекторные, в том числе вегетозависимые зоны.

У пациенток, перенесших полостные оперативные вмешательства, ФТ назначается не ранее получения результатов гистологического исследования препарата. В раннем

послеоперационном периоде альтернативно назначение осцилляторных доз электрического поля ультравысокой частоты, токов надтональной частоты, умеренно низких температур криотерапии, коротковолнового ультрафиолетового излучения, фотохромотерапии, лазерного излучения. Методики проведения процедур – локальные, рефлекторные.

В позднем послеоперационном периоде по показаниям назначаются электромагнитные колебания сверхвысокой частоты (дециметровые, сантиметровые и миллиметровые волны), синусоидальные модулированные и интерференционные токи, лекарственный электрофорез и ультрафонофорез для продолжения дефибрирования, нормализации саногенеза, кинетики, трофики, обезболивания.

Отдаленный послеоперационный период предполагает проведение плановых мероприятий по оптимизации вегетативного тонуса, иммунологической и ритмологической (сон-бодрствование, аппетит-насыщение, активность-релаксация, МЦ и пр.) реактивности, формирование и поддержание здорового образа жизни. Крайне желательны термотерапия, гидробальнеотерапия, санаторно-курортное лечение. Сравнение ближайших и отдаленных (в течение не менее 1–8 лет) результатов проведенных в послеоперационном периоде ФМ у девочек-подростков по сравнению с не получавшими ФТ помощь демонстрирует значительно меньшую представленность спаечного процесса малого таза, более редко диагностированные НМЦ, менее манифестные вегетативные и ритмологические расстройства. Таким образом, представляется рациональным включение этапных ФМ в клинические рекомендации по ведению девочек и подростков в послеоперационном периоде в детской и подростковой гинекологии.

МЕДИЦИНСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДРОСТКОВОГО ЭНДОМЕТРИОЗА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Лунёва Н.Н., Петров А.Г.

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования «Донецкий
национальный медицинский университет им. М. Горького»,
г. Донецк, ДНР, РФ*

Резюме. Большинство молодых женщин могут испытывать дискомфорт, связанный с менструальным циклом. Эндометриоз, наличие эндометриальных желез и стромы вне матки является наиболее частой причиной вторичной дисменореи и характеризуется болью, несмотря на лечение нестероидными противовоспалительными и гормональными препаратами. Истинная распространенность подросткового эндометриоза неясна. Задержка в диагностике приводит к постоянной боли, влияет на качество жизни и потенциально способствует прогрессированию заболевания и снижению фертильности. Персонализированное медикаментозно-хирургическое лечение считается наиболее эффективной терапевтической стратегией для достижения ремиссии симптомов, подавления прогрессирования заболевания и сохранности будущей фертильности. Разработка терапевтических вмешательств, влияющих на психосоциальную функцию и качество жизни, является обязательным условием для пациентов подросткового возраста.

Ключевые слова: подросток; дисменорея; эндометриоз; тазовая боль

Тазовая боль, связанная с менструацией, относится к дисменорее. Это наиболее распространенный менструальный симптом среди подростков [1]. Эпизоды дисменореи обычно

обусловлены первичными причинами, но нередко могут возникать и вторичные, такие как эндометриоз. Он вызывает хроническую тазовую боль (ХТБ) и дисменорею у женщин репродуктивного возраста [2]. В этой статье будут рассмотрены распространенность, патогенез и факторы риска эндометриоза, а также обсуждены оценка, современные подходы к лечению и осложнения, связанные с невылеченным эндометриозом.

Дисменорея. Дисменорея определяется как менструальная боль и подразделяется на первичную и вторичную. Первичная дисменорея – это болезненные менструации без сопутствующей патологии органов малого таза. В большинстве случаев дисменорея у девочек-подростков имеет первичную этиологию и часто возникает в течение 6–12 месяцев после менархе. *Первичная* дисменорея обычно поддается лечению оральными контрацептивами (ОК) или нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). *Вторичная* дисменорея включает основную патологию матки, а эндометриоз является наиболее распространенной формой вторичных причин, встречающихся у подростков [3, 4]. ХТБ определяется как боль в области таза, которая длится не менее 6 месяцев и может быть циклической, нециклической, постоянной или прерывистой [3]. *Laufer, et al.* обнаружили примерно 70% распространенность эндометриоза у девочек-подростков с ХТБ, резистентной к лечению. Классически циклическая боль связана с эндометриозом у взрослых, тогда как у подростков с эндометриозом чаще проявляется нециклическая боль [5].

Распространенность эндометриоза. Эндометриоз поражает от 6 до 10% женщин репродуктивного возраста [6]. Точную распространенность подросткового эндометриоза трудно определить из-за инвазивного метода окончательной диагностики эндометриоза с помощью лапароскопии и отсутствия широко-масштабных исследований в этой популяции. Приблизительно

60% взрослых женщин с эндометриозом испытывают симптомы в возрасте до 20 лет [7]. *Janssen, et al.* опубликовали систематический обзор литературы за 1980–2011 годы, чтобы определить распространенность эндометриоза у подростков с дисменореей или ХТБ. Почти у двух третей (62%) наблюдаемых пациентов были лапароскопические признаки эндометриоза. Эндометриоз присутствовал у 75% девочек-подростков с ХТБ, резистентных к лечению ОК или НПВП, и у 49% девочек с ХТБ, нерезистентных к лечению, а также у 70% девочек-подростков с дисменореей. Это исследование было ограничено ретроспективным характером 9 из 15 использованных исследований, поэтому, возможно, была завышена оценка распространенности эндометриоза в этой популяции [7]. Для определения распространенности эндометриоза у подростков необходимы крупномасштабные исследования.

Патофизиология. Эндометриоз – это многофакторное состояние с точной патофизиологией, которая до конца не изучена [8]. В настоящее время не существует объединяющей теории возникновения эндометриоза. Истинный патогенез эндометриоза может иметь компонент многих современных постулируемых теорий. Есть три общепринятых механизма: прямая имплантация через ретроградную менструацию, лимфатическая и сосудистая диссеминация клеток эндометрия и целомическая метаплазия. Наиболее распространена теория прямой имплантации (теория Сэмпсона), согласно которой жизнеспособные клетки эндометрия перемещаются в результате ретроградной менструации через фаллопиевы трубы в брюшину, что приводит к прямой имплантации ткани эндометрия вне матки [9]. Однако ретроградная менструация наблюдается у большинства здоровых женщин, но только у 10% развивается эндометриоз [10]. У женщин с эндометриозом может быть компонент иммунной дисфункции, который препятствует рассасыванию

поражений, сместившихся в результате ретроградной менструации [10]. Другие теории причины ретроградной менструации, ведущей к эндометриозу, включают генетическую предрасположенность, резистентность к прогестерону, зависимость от эстрогенов и воспаление [10]. Было постулировано лимфатическое и сосудистое распространение клеток эндометрия, и эта теория объясняет внебрюшинные локализации эндометриоза, такие как лимфатические узлы, плевральная полость, головной мозг и почки [11]. Теория целомической метаплазии предполагает, что метаплазия целомического эпителия, покрывающего брюшину и яичник, может привести к тазовому эндометриозу; считается, что эту трансформацию стимулируют иммунологические или гормональные факторы [12, 13]. Целомическая метаплазия может быть причиной развития эндометриоза у девочек препубертатного возраста и подростков с тяжелыми вариантами. Существуют и другие предполагаемые механизмы, которые могут провоцировать эндометриоз, включая вызванную эстрогеном пролиферацию поражений эндометрия, окислительный стресс и воспаление, приводящее к привлечению медиаторов воспаления, что способствует росту поражений эндометрия, подавлению апоптоза, помогающего выживанию клеток эндометрия, и стволовых клеток, дифференцирующихся в клетки эндометрия вне матки [8].

Клиническая картина. Клиническая картина эндометриоза в подростковом возрасте включает в себя более атипичные симптомы, а также жалобы со стороны других систем, кроме репродуктивной, таких как желудочно-кишечный тракт, пищеварительная и мочевыделительная системы. У подростков может отсутствовать типичная симптоматика эндометриоза, а именно дисменорея, диспареуния, дисхезия и/или бесплодие. Общие симптомы у молодых женщин с эндометриозом включают в себя дискомфорт в животе, хроническую тазовую боль,

боль в пояснице, обильные менструальные кровотечения, головные боли, головокружение, упадок сил и психические расстройства. Общие абдоминальные симптомы могут включать тошноту, вздутие живота, тенезмы, диарею, запор, болезненную дефекацию и ректальное давление; боль может уменьшиться после дефекации. В исследовании подростков с лапароскопически диагностированным эндометриозом у 56% до операции был хотя бы один желудочно-кишечный симптом, а у 52% — один или несколько мочеполовых симптомов. Спектр мочеполовых симптомов включает в себя ненормальную частоту мочеиспускания и боль, связанную с ним, а также аномальное маточное кровотечение. Стоит отметить, что пациенты с эндометриозом могут иметь различные клинические проявления со стороны других систем (воспалительное заболевание кишечника, ревматоидный артрит, астма, псориаз и мигрень).

Факторы риска. Существует множество факторов риска, связанных с эндометриозом у подростков, включая генетические, анатомические и гормональные. Существует генетическая связь с эндометриозом у подростков, как и у взрослых пациентов. Недавнее ретроспективное исследование выявило положительный семейный анамнез в трети случаев [14, 15]. Также к увеличению ретроградной менструации могут привести обструктивные мюллеровы аномалии; как было показано, они повышают риск эндометриоза у подростков. С более высоким риском эндометриоза связан ранний возраст менархе из-за повышенного воздействия эстрогена и увеличения продолжительности ретроградной менструации [17]. Раннее начало дисменореи во время менархе увеличивает вероятность наличия эндометриоза [16, 18, 19].

В нескольких исследованиях подчеркивается значительный временной интервал между появлением симптомов эндометриоза и постановкой диагноза, который потенциально

способствует длительным страданиям, прогрессированию заболевания и снижению фертильности. Подростковый эндометриоз является сложным диагнозом, и болезнь можно не заметить. Следовательно, необходимы методы ранней неинвазивной диагностики, чтобы уменьшить последующую задержку терапии.

Клиническая картина эндометриоза переменна, и окончательный диагноз эндометриоза требует прямой визуализации с помощью лапароскопии и гистологической характеристики. Влагалищное исследование может выявить ретровертированную матку с ограниченной подвижностью, однако вагинальное исследование может быть неуместным. Ректальное исследование может выявить болезненную маточно-крестцовую связку с ректовагинальными узелками [20].

УЗИ малого таза может обнаружить эндометриомы яичников, однако оно не является чувствительным при выявлении поверхностного эндометриоза. Для диагностики эндометриоза у подростков используется (и может использоваться в качестве лечения) диагностическая лапароскопия с гистологической характеристикой образцов биопсии [20].

Стадия эндометриоза классифицируется пересмотренной системой оценки Американского общества репродуктивной медицины (*rASRM*) на основе внешнего вида, местоположения, типа и глубины инвазии поражения [21]. Стадия заболевания по *rASRM* варьируется от I, что указывает на легкий/ранний эндометриоз, до IV, что указывает на тяжелый эндометриоз (см. таблицу).

Система *rASRM* используется для определения бремени болезни, но не коррелирует с тяжестью боли или реакцией на лечение. Существует большая переменность стадий *rASRM* у подростков. Поражения эндометриоза у подростков имеют другой вид при лапароскопии по сравнению с поражениями эндометриоза у взрослых. Эндометриоидные поражения у подростков

имеют красный или прозрачный/везикулезный вид, и их порой трудно увидеть, по сравнению с эндометриоидными поражениями у взрослых, которые классически описываются как «пороховые ожоги» и имеют черный цвет с белыми рубцами [2]. Красные и прозрачные поражения имеют повышенную метаболическую активность, что приводит к увеличению выработки простагландинов и проявляется сильной болью [3].

Таблица. Стадии эндометриоза

Стадия	Описание	Очаги	Характеристика
1	Минимальный	1–5	Несколько небольших имплантатов, ран или поражений
2	Незначительный	6–15	Больше имплантатов, более глубокое поражение ткани, с/без рубцов
3	Умеренный	16–40	Глубокие имплантаты с небольшими кистами, видны в обоих яичниках; наличие рубцовой ткани
4	Тяжелый	> 40	Широкое распространение с более крупными кистами в обоих яичниках; более толстая рубцовая ткань

Ведение эндометриоза в подростковом возрасте и варианты лечения. Эндометриоз является хроническим заболеванием и может рецидивировать, несмотря на проводимую терапию. Лечение подросткового эндометриоза преследует три цели: контроль симптомов, предотвращение прогрессирования заболевания и сохранение фертильности. Индивидуальный подход к лечению с большей вероятностью поможет достичь вышеупомянутых целей. Различные исследования предлагают НПВП и комбинированные оральные контрацептивы в случае неэффективности НПВП в качестве лечения первой линии [22]. Терапия эстрогеном/прогестином или только прогестином создает прогестин-доминантную среду, вызывая атрофию ткани эндометрия [23]. Использование депо-медроксипрогестерона ацетата (ДМПА) ограничено из-за его связи с более низкой

минеральной плотностью костей. Лечение агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) может быть рассмотрено, если все другие возможные методы лечения оказались безуспешными и только если пациент старше 17 лет, поскольку на этом этапе развитие костной структуры завершено [24]. Использование агонистов ГнРГ очень эффективно как для разрешения активного заболевания, так и для купирования боли [25]. Эти агенты приводят к подавлению гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси, что создает гипоэстрогенную среду, в конечном итоге подавляя эндометриоидные поражения. Однако применение агонистов ГнРГ оправдано только на короткий промежуток времени лечения, так как длительное применение может привести к потере плотности костной ткани и отрицательно сказаться на сердечно-сосудистой системе [26]. Кроме того, агонисты ГнРГ при введении перед операцией изменяют макроскопическую картину очагов эндометриоза, затрудняя их визуализацию и, таким образом, препятствуют эффективному хирургическому лечению. Поэтому агонисты ГнРГ обычно являются частью послеоперационного лечения. У подростков, получающих лечение агонистами ГнРГ, также следует назначать гормональную терапию, чтобы предотвратить потерю плотности костной ткани. Кроме того, показано, что гормональное лечение с терапией улучшает здоровье костей и качество жизни [27]. Лапароскопия является золотым стандартом диагностики эндометриоза, но также представляет собой терапевтический вариант. Гинекологи должны быть знакомы с внешним видом эндометриоидных очагов у подростков, которые обычно бывают прозрачными, белыми и розово-красными и могут отличаться от таковых у взрослой женщины. Очаги могут быть разрушены с помощью электрокоагуляции, коагуляции, абляции или иссечения. Также следует проводить лизис спаек [28]. Надлежащее время хирургического вмешательства при эндометриозе у подростков

все еще обсуждается. Некоторые специалисты рекомендуют избегать операции как можно дольше из-за высокой частоты рецидивов. Другие предлагают хирургическое вмешательство на ранней стадии, чтобы предотвратить развитие более тяжелых поражений и полностью устранить эндометриоз [29]. Примечательно, что в нескольких исследованиях было высказано предположение об отсутствии связи возраста с прогрессированием эндометриоза [30]. Некоторые исследования показывают, что типичные очаги эндометриоза могут увеличиваться со временем [31]. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить наилучший подход для хирургического лечения подросткового эндометриоза. Имеются противоречивые данные о роли гормональной супрессии [29]. В настоящее время рекомендуемым лечением подросткового эндометриоза является сочетание хирургической и супрессивной медикаментозной терапии, предотвращающей пролиферацию эндометрия.

Социальные и психологические последствия эндометриоза.

Эндометриоз представляет собой инвалидизирующее состояние, которое особенно влияет на социальные отношения, а также на сексуальное и психическое здоровье. В нескольких исследованиях подчеркивается влияние хронической тазовой боли на психологическое благополучие женщин и подростков с эндометриозом, а также на качество их жизни. Примечательно, что тазовая боль и бесплодие обычно связаны с психической уязвимостью [32].

Эндометриоз может оказать решающее влияние на социальную и психологическую сферы жизни женщин [33]. *Petrelluzzi, et al.* показали, что женщины с эндометриозом и ХТБ умеренной интенсивности имели более высокий уровень воспринимаемого стресса и низкую концентрацию кортизола в слюне [34]. Начав с клинического наблюдения, что несколько женщин

с психоневрологическими симптомами, замеченными в психиатрической практике, также имели диагноз «эндометриоз», *Lewis, et al.* выдвинули гипотезу о том, что эндометриоз может быть связан с психическим заболеванием. Они обнаружили высокую распространенность расстройств психики у пациенток с эндометриозом, что предполагает гормональный механизм в качестве потенциальной причины [35].

Что касается психологического воздействия эндометриоза на подростков, имеющиеся данные ограничены. В исследовании, проведенном *Rowlands, et al.*, молодые женщины в возрасте 18–23 лет, у которых был диагностирован эндометриоз, продемонстрировали значительный риск развития психологического стресса от умеренного до тяжелого по сравнению с молодыми женщинами, не имевшими подобных заболеваний в анамнезе [36, 37].

Выводы. Подростковый эндометриоз, хроническое воспалительное заболевание с социальными, физическими и эмоциональными последствиями, представляет собой распространенное заболевание, точная распространенность которого до сих пор остается неизвестной. Не всегда удастся добиться его быстрой диагностики, что может привести к страданиям в течение нескольких лет. Ранняя диагностика имеет первостепенное значение, особенно в отношении подростков и молодых пациенток, поскольку она может оптимизировать качество жизни, облегчить симптоматику и уменьшить негативное влияние заболевания на будущую фертильность. Современный подход представляет собой комбинацию лапароскопии и послеоперационного гормонального лечения. Необходимость в более перспективных исследованиях, изучающих долгосрочные преимущества гормональной супрессии до и после лапароскопии с использованием комбинированных оральных контрацептивов и прогестинов, очевидна. Настало время привлечь внимание гинекологов

и специалистов по ведению подростков к данной проблеме и повысить осведомленность о психосоциальных и поведенческих последствиях эндометриоза, чтобы обеспечить целостный подход к лечению юных пациенток.

Список литературы

1. Klein J.R., Litt I.F. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics* 1981;68:661–4.
2. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol* 2018;132:e249–58.
3. Polaneczky M.M., Slap G.B. Menstrual disorders in the adolescent: Dysmenorrhea and dysfunctional uterine bleeding. *Pediatr Rev* 1992;13:83–7.
4. Laufer M.R., Goitein L., Bush M., et al. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997;10:199–202.
5. Giudice L.C., Kao L.C. Endometriosis. *Lancet* 2004;364:1789–99.
6. Stuparich M.A., Donnellan N., Sanfilippo J. Endometriosis in the adolescent patient. *Semin Reprod Med* 2017;35:102–9.
7. Janssen E.B., Rijkers A.C.M., Hoppenbrouwers K., et al. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2013;19:570–82.
8. Sourial S., Tempest N., Hapangama D. Theories on the pathogenesis of endometriosis. *Int J Reprod Med* 2014;2014:179515.
9. Sampson J.A. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol* 1927;14:422–69.
10. Burney R.O., Giudice L.C. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril* 2012;98:511–9.

11. Van der Linden P.J. Theories on pathogenesis of endometriosis. *Hum Reprod* 1996;11:53–65.
12. Matsuura K., Ohtake H., Katabuchi H., et al. Coelomic metaplasia theory of endometriosis: Evidence from in vivo studies and an in vitro experimental model. *Gynecol Obstet Invest* 1999;47:18–20; discussion 20–2.
13. Vercellini P., Vigano P., Somigliana E., et al. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol* 2014;10:261–75.
14. Audebert A., Lecointre L., Afors K., et al. Adolescent endometriosis: Report of a series of 55 cases with a focus on clinical presentation and long-term issues. *J Minim Invasive Gynecol* 2015;22:834–40.
15. Sanfilippo J.S., Wakim N.G., Schikler K.N., et al. Endometriosis in association with uterine anomaly. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:39–43.
16. Brosens I., Gordts S., Benagiano G. Endometriosis in adolescents is a hidden, progressive and severe disease that deserves attention, not just compassion. *Hum Reprod* 2013;28:2026–31.
17. Shafir A.L., Farland L.V., Shah D.K., et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018;51:1–15.
18. Saridoğan E. Endometriosis in teenagers. *Womens Health (Lond)* 2015;11:705–9.
19. DiVasta A.D., Vitonis A., Laufer M.R., et al. Spectrum of symptoms in women diagnosed with endometriosis during adolescence vs adulthood. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218:324.e1–11.
20. Saridoğan E. Adolescent endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;209:46–9.
21. Giudice L.C. Clinical practice: Endometriosis. *N Engl J Med* 2010;362:2389–98.
22. Bedaiwy M.A., Allaire C., Alfaraj S. Long-term medical management of endometriosis with dienogest and with

a gonadotropin-releasing hormone agonist and add-back hormone therapy. *Fertil. Steril.* 2017;107:537–48.

23. Laufer M.R. Helping “adult gynecologists” diagnose and treat adolescent endometriosis: Reflections on my 20 years of personal experience. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2011;24(Suppl. 5):13–7.

24. Shafir A., Farland L., Shah D., Harris H.R., Kvaskoff M., Zondervan K., Missmer S.A. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2018;51:1–15.

25. Jenson J., Schlaff W., Gordon K. Use of combined hormonal contraceptives for the treatment of endometriosis-related pain: A systematic review of the evidence. *Fertil. Steril.* 2018;10:137–52.

26. Altshuler A.L., Hillard P.J.A. Menstrual suppression for adolescents. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2014;26:323–31.

27. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil. Steril.* 2008;90:260–9.

28. Bayer L.L., Hillard P.J. Use of levonorgestrel intrauterine system for medical indications in adolescents. *J. Adolesc. Health* 2013;52:54–8.

29. Gordts S., Koninckx P., Brosens I. Pathogenesis of deep endometriosis. *Fertil. Steril.* 2017;108:782–885.e1.

30. Han S., O’Malley B. The dynamics of nuclear receptors and nuclear receptor coregulators in the pathogenesis of endometriosis. *Hum. Reprod. Update* 2014;20:467–84.

31. Hortu I., Ozceltik G., Karadadas E., Erbas O., Yigitturk G., Ulukus M. The Role of Ankaferd Blood Stopper and Oxytocin as Potential Therapeutic Agents in Endometriosis: A Rat Model. *Curr. Med. Sci.* 2020;40:556–62.

32. Carbone M.G., Campo G., Papaleo E., Marazziti D., Maremmani I. The Importance of a Multi-Disciplinary Approach

to the Endometriotic Patients: The Relationship between Endometriosis and Psychic Vulnerability. *J. Clin. Med.* 2021;10:1616.

33. Culley L., Law C., Hudson N., Denny E., Mitchell H., Baumgarten M., Raine-Fenning N. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: A critical narrative review. *Hum. Reprod. Update* 2013;19:625–39.

34. Petrelluzzi K.F., Garcia M.C., Petta C.A., Grassi-Kassisse D.M., Spadari-Bratfisch R.C. Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress* 2008;11:390–7.

35. Lewis D.O., Comite F., Mallouh C., Zadunaisky L., Hutchinson-Williams K., Cherksey B.D., Yeager C. Bipolar mood disorder and endometriosis: Preliminary findings. *Am. J. Psychiatry* 1987;144:1588–91.

36. Rowlands I.J., Teede H., Lucke J., Dobson A.J., Mishra G.D. Young women's psychological distress after a diagnosis of polycystic ovary syndrome or endometriosis. *Hum. Reprod.* 2016;31:2072–81.

37. Harada T. Dysmenorrhea and endometriosis in young women. *Yonago Acta Med.* 2013;56:81–4.

КОРРЕКЦИЯ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ПОМОЩЬЮ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК

Дудниченко Т.А., Гозуа М.С.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Западный
государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Угроза прерывания беременности является актуальной проблемой и сейчас, несмотря на многочисленные исследования, посвященные данной проблеме. В связи с этим применение физиотерапевтических методов для коррекции данного состояния является актуальной темой для изучения, так как позволяет купировать угрозу прерывания беременности без введения в организм беременной медикаментозных препаратов.

Цель. Изучение течения угрозы прерывания беременности во II и III триместрах при применении медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование течения угрозы прерывания беременности у 56 женщин. Для лечения использовали методы немедикаментозной и медикаментозной терапии. При этом 17 беременным основной группы применили миорелаксатор МР-01 фирмы «Диатек» (далее – МР-01), 39 беременным контрольной группы – медикаментозная терапия (далее – МТ).

У большинства беременных с угрозой прерывания во II и III триместре имел место такой симптом, как периодические боли внизу живота: это наблюдалось у 12 ($70,6 \pm 11,1\%$) беременных основной группы (МР-01) и у 29 ($74,4 \pm 7,0\%$) женщин контрольной группы (МТ).

Средняя продолжительность болей внизу живота в основной группе беременных составляла $16,53 \pm 1,31$ дн., в контрольной группе — $16,21 \pm 1,54$ дн. ($p > 0,05$). Боли в поясничной области продолжались в среднем $12,77 \pm 3,42$ дн. в основной группе и $12,80 \pm 3,40$ дн. в контрольной группе ($p > 0,05$).

Постоянные боли внизу живота в основной и контрольной группах встречались с частотой 5 ($29,4 \pm 11,1\%$) и 8 ($20,5 \pm 6,5\%$), что не имело статистически значимой разницы.

Повышенный тонус маточной мускулатуры отмечался у двух третей — 12 ($70,6 \pm 11,1\%$) беременных с угрозой прерывания в основной группе и у каждой третьей — 11 ($28,2 \pm 7,2\%$) беременных контрольной группы.

Средняя продолжительность болей внизу живота до проведения лечения составила в основной группе $12,6 \pm 3,91$ дн., в контрольной группе — $12,2 \pm 1,75$ дн. ($p > 0,05$). Аналогичные данные получены при оценке болей в поясничной области, средняя продолжительность которых в основной и контрольной группах были сопоставимы: $13,0 \pm 2,0$ дн. и $13,3 \pm 6,02$ дн. соответственно ($p > 0,05$).

Во время лечения беременных с угрозой прерывания во II и III триместре прогрессирование симптомов заболевания наблюдали не более $1,8 \pm 0,3$ дн. на фоне применения МР-01 и не более $4,4 \pm 0,2$ дн. на фоне МТ с последующим их полным исчезновением.

Аналогичные данные получены при оценке тонуса матки, нормализация которого на фоне применения МР-01 произошла через $1,4 \pm 0,19$ дн. и на фоне МТ — через $4,5 \pm 0,53$ дн.

Выводы. Таким образом, все методы лечения оказались эффективными, так как у беременных обеих групп на фоне применения предложенных методов лечения угрозы прерывания во II и III триместре достаточно быстро исчезают проявления болевого синдрома и нормализуется тонус матки. Однако

достижение лечебного эффекта наступает значительно быстрее у беременных основной группы ($p < 0,006$).

Следовательно, при угрозе прерывания беременности в II и III триместрах немедикаментозная коррекция является методом выбора, так как не оказывает побочного действия, характерного для медикаментозных препаратов, а ее эффект наступает значительно быстрее последних.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
У ДЕВОЧЕК МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Ким А.В., Рослова З.А., Зверинцева Е.А.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 37»,
Детское поликлиническое отделение № 12,
Санкт-Петербург, Россия*

Решение проблем в сфере охраны здоровья матери и ребенка – одно из ключевых направлений реализации национального проекта «Демография».

В настоящее время сохранение и укрепление репродуктивного здоровья является одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Ухудшаются показатели физического и полового развития, растет распространенность гинекологических заболеваний в разные возрастные периоды, доля абсолютно здоровых девочек за последние 5 лет снизилась с 10,6 до 8,5%. (По результатам профилактических осмотров, проводимых ДПО № 12 СПб ГБУЗ ГП № 37 в рамках Приказа МЗ РФ № 514н от 10.08.2017.)

В 2021 году гинекологическая патология выявлена у 20,5% девочек из 1918 прошедших профосмотр в возрасте 3–17 лет. В возрасте трех лет патология выявлена у 12,6%, в 6 лет – у 10,2%, в 13 лет – у 14,5%, в 15–17 лет – у 22,3% девочек.

Первое место в структуре гинекологической заболеваемости младшего детского возраста, по нашим результатам профилактических осмотров, занимают воспаления наружных гениталий. Неспецифический вульвит и вульвовагинит в возрасте 3–9 лет

выявляется у 18–22,3% девочек, в 10–17 лет – у 15–17%. Диагноз «вульвит и вульвовагинит» часто ставится впервые при профилактических медицинских осмотрах.

В 2021 году через профилактические медицинские осмотры прошло 575 девочек 3–6 лет, воспалительные заболевания вульвы и влагалища были выявлены у 108, что составило 18,8%. Увеличилось число рецидивирующих и плохо поддающихся терапии заболеваний. По нашим данным, число девочек с синехиями малых половых губ выросло с 19% в 2020 году до 26% в 2021 году. У 41 девочки (42,7%) выявлены тотальные синехии, затрудняющие нормальный отток мочи, что приводит к воспалительным процессам не только гениталий, но и мочевыводящей системы.

Выделяется ряд факторов, влияющих на развитие вышеописанных заболеваний в детском возрасте:

- анатомические и гормональные особенности в этот период жизни;
- сопутствующие хронические заболевания у часто и длительно болеющих девочек;
- особенности образа жизни, несоблюдение правил личной гигиены и правил ухода;
- частый прием антибиотиков, ухудшение экологии.

Причины таких воспалений многообразны, они могут быть инфекционной и неинфекционной природы, возникать первично или вторично как следствие фоновых заболеваний.

При выявлении на профилактических осмотрах патологии репродуктивной системы девочки направляются на второй этап для дополнительного обследования с целью выявления сопутствующих заболеваний, возможно явившихся причиной воспаления генитального тракта. При подозрении на инфекционную природу заболевания проводится лабораторная диагностика.

По мере необходимости назначаются дополнительные диагностические исследования, такие как УЗИ органов малого таза, почек, мочевого пузыря; соскоб на энтеробиоз, кал на яйца глистов и др.

Девочки с гинекологическими заболеваниями часто имеют ту или иную соматическую патологию; это предполагает совместное ведение пациенток не только детским гинекологом и педиатром, но и врачами других специальностей: нефрологом, инфекционистом, эндокринологом. Комплексный подход к ведению таких пациенток позволяет добиваться их скорейшего выздоровления и снижения количества рецидивов.

Охрана репродуктивного потенциала невозможна без постоянного наблюдения за репродуктивным здоровьем девочек. Своевременная профилактика, выявление и лечение нарушений детородной функции — залог здорового материнства.

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПОДРОСТКОВ

Кириленко О.В., Лисицына И.Н., Павленко Е.О., Ландина О.Ю.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Урогенитальная хламидийная инфекция представляет серьезную медико-социальную проблему для современного здравоохранения вследствие своего широкого распространения, частого развития осложнений и негативного влияния на репродуктивное здоровье населения. По оценкам ВОЗ, ежегодно 131 млн человек инфицируются *Chlamydia trachomatis*. Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 10 488 медицинских карт пациентов 14–17 лет, живущих половой жизнью без использования средств барьерной контрацепции и обратившихся в СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» к врачам акушерам-гинекологам, урологам, дерматовенерологам за 2018–2022 годы с целью профилактического осмотра и обследования на заболевания, передающиеся половым путем, без определенных жалоб. Всем было проведено исследование на инфицирование *Chlamydia trachomatis* методом полимеразной цепной реакции.

Результаты. *Chlamydia trachomatis* выявлена у 717 пациентов, что составило 6,84%. Выявляемость по годам: 2018-й – 208 (7,55%), 2019-й – 174 (8,2%), 2020-й – 128 (6,64%), 2021-й – 118 (5,31%), неполный 2022 год – 83 (5,71%). Чаще всего инфицирование *Chlamydia trachomatis* сочеталось с вирусом

папилломы человека высокого канцерогенного риска – 17,79% и с *Mycoplasma genitalium* – 4,23%. При анализе контроля излеченности выявлены следующие нарушения со стороны пациентов (в 12,11% случаев): прекращение приема лекарственных средств ранее назначенного периода; снижение дозировки назначенных лекарственных средств; отсутствие лечения полового партнера; отсутствие воздержания от половых контактов и отсутствие использования барьерных методов контрацепции до установления излеченности; смена полового партнера во время проводимого лечения; отсутствие контроля излеченности; повторные заражения от партнера/партнерши, которые не прошли курс лечения.

Выводы. При обращении на прием к врачам акушерам-гинекологам, урологам, дерматовенерологам подростка, живущего половой жизнью, без определенных жалоб, необходимо исследование на инфицирование *Chlamydia trachomatis*. Учитывая особенности подросткового возраста, необходимо уделять особое внимание мотивации пациентов к проведению назначенной терапии, соблюдению дозировки, продолжительности лечения и профилактике рискованного поведения.

ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПОДБОРА КОНТРАЦЕПЦИИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ

*Проскуракова П.С., Оппедизано М.Д.Л., Бусоргина М.О.,
Гафиятулин М.Р., Коваленко К.А., Лупушару А.,
Голубкова Д.А., Зайцева А.В., Яценко Е.В.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский
университет» Министерства
здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Недостаточная информированность подростков в сфере половых отношений и подбора индивидуального вида контрацепции остается одной из самых распространенных проблем в современной медицине [1]. На данный момент в России — примерно 9,3 млн подростков в возрасте от 12 до 17 лет [7]. В ближайшем будущем эти молодые люди станут родителями, поэтому им необходима осведомленность в теме репродуктивного здоровья. По этой причине авторами была поставлена цель проанализировать тактику рационального подбора контрацепции для подростков.

Ключевые слова: контрацепция; подростки; рациональный подбор

По статистике на 2021 год, средний возраст первого полового контакта составляет 15 лет. Именно в этом возрасте 41% девушек и юношей начинает вести половую жизнь. Отдельное внимание стоит уделить тем подросткам, которые сообщили, что их сексуальный опыт начался в 13 лет (порядка 8%). Базируясь на этих данных, можно сделать вывод, что возраст

начала половой жизни значительно снизился за предыдущие 20–25 лет [3, 12].

В пубертатном периоде вследствие гормональной перестройки (которая проходит с 10 до 19 лет) молодой организм особенно уязвим [9]. Это может привести к инфекциям, передающимся половым путем (ИППП), ранней беременности, психологическим травмам. Сейчас в России ежегодно около 800 подростков до 14 лет делают аборты, а в возрасте от 16 до 19 лет число таких операций достигает 110 тысяч [5, 11, 13].

Контрацепция – способ предотвращения нежелательных последствий половых контактов. На сегодняшний день непосредственно для подростков существуют следующие оптимальные методы контрацепции [2, 6]:

- барьерные (механические) – основаны на использовании средств, создающих механическое препятствие для проникновения сперматозоидов в канал шейки матки. Это, к примеру, презервативы, влагалищные диафрагмы, шеечные колпачки, контрацептивные губки;
- спермицидные (химические) – основаны на использовании средств, губительно действующих на сперматозоиды. Данные средства выпускаются в виде гелей, кремов, пены, свечей, таблеток, растворимых пленок, в состав которых входит активный ингредиент, разрушающий клеточную мембрану сперматозоидов;
- гормональные – основаны на сочетании двух женских половых гормонов (эстрогена и гестогена), которые предотвращают овуляцию, препятствуют проникновению сперматозоидов в полость матки и имплантации яйцеклетки. Большим минусом таких средств является отсутствие защиты партнеров от ИППП;
- экстренный – применяется для предупреждения нежелательной беременности в случаях, когда по какой-либо

причине не были использованы другие методы и существует вероятность зачатия. Механизм действия основан на нарушении имплантации.

Для большинства подростков, ведущих, как правило, нерегулярную половую жизнь, лучшим методом контрацепции являются мужские и женские презервативы. Из всех возможных барьерных контрацептивов они наиболее надежно предохраняют не только от зачатия, но и от заражения венерическими заболеваниями и при определенных условиях – от ВИЧ [4]. Также плюсом данного метода является общедоступность и простота в использовании.

Для подростков более старшего возраста, которые, как правило, имеют постоянного полового партнера или не имеют противопоказаний по здоровью, можно использовать химическую и гормональную контрацепцию [10]. Однако стоит отметить, что для юношей применение последнего метода невозможно. Таким образом, общепринятым и оптимальным с точки зрения специалистов является выбор «двойного» метода контрацепции (механические + гормональные/химические контрацептивы).

При назначении метода контрацепции необходим индивидуальный подбор средств с учетом характера и степени ответственности подростка, интенсивности его сексуальной жизни, наличия или отсутствия экстрагенитальных заболеваний, постоянного сексуального партнера и планов относительно сроков будущей беременности. Следует также учитывать, насколько данная контрацепция позволяет сохранить репродуктивное здоровье подростка и будущей матери [8].

В заключение отметим, что необходимо вводить уроки полового воспитания, которые будут не только знакомить с темой секса, но и способствовать гармоничному развитию молодого поколения. Главная задача – формирование полноценного,

физически и психологически здорового человека. Информация на уроках полового воспитания для детей разного возраста должна подаваться соответственно возрасту в той форме, которая будет понятна и доступна ребенку. По мере того, как табу на разговоры о сексе снимаются, школьники начинают задавать больше вопросов. Грамотно построенные уроки помогут подростку справиться с комплексами по поводу собственной внешности и тела, а иногда и с травлей со стороны одноклассников. К сожалению, в нашем обществе принято умалчивать о сексуальных отношениях, поэтому необходимо переосмысление данного вопроса со стороны не только молодого поколения, но и более старшего.

Список литературы

1. Байрамова Г.Р., Баранов И.И., Каткова А.С., Нестерова Л.А. Современный подход к выбору контрацепции с учетом индивидуальных потребностей женщин в разные периоды жизни // *Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение.* 2016. № 11. С. 27–30.
2. Карелина Н.Р., Соколова И.Н., Хисамутдинова А.Р. Возрастные особенности строения и развития органов иммунной системы человека // *Российские биомедицинские исследования.* 2021. № 4. С. 47–61.
3. Карелина Н.Р., Уварова А.С., Хисамутдинова А.Р. и др. Клетчаточные пространства женского малого таза // *Российские биомедицинские исследования.* 2022. № 2. С. 91–101.
4. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р. Возрастные и конституциональные особенности девочек в возрасте 8–12 лет // *Вестник Педиатрической академии.* 2007. № 7. С. 45–52.
5. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р. Комплексная оценка биологической зрелости девочек 8–12 лет различных соматотипов. *Biomedical and Biosocial Anthropology* 2007;9:251–2.

6. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Сазонова Л.А. Биологическая зрелость и пальцевая дерматоглифика у девочек 8–12 лет // Морфология. 2006. № 4. С. 67.

7. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Сазонова Л.А. Физическое развитие и уровень биологической зрелости у девочек различных соматотипов // Новые исследования. 2004. № 1–2. С. 211–212.

8. Оппедизано М.Д.Л., Артюх Л.Ю. Адаптация человека к экстремальным условиям деятельности. Физиологические механизмы (структурный след адаптации) // Forcipe. 2021. № 4. С. 18–25.

9. Плешков П.В. Динамика заболеваемости ИППП у подростков России // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2007. № 3. С. 66–69.

10. Подростки России // Уполномоченный при Президенте РФ по правам ребенка. [Электронный ресурс] URL: <http://deti.gov.ru/pages/podrostki-rossii?ysclid=I99bbvei0570757569> (дата обращения – 13.10.2022).

11. Сорокина А.В. Контрацепция для подростков // Медицинская сестра. 2013. № 7. С. 40–46.

12. Уварова Е.В. Гормональная контрацепция в подростковом периоде жизни // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2018. Т. 14. № 2. С. 78–96.

13. Хисамутдинова А.Р., Карелина Н.Р., Артюх Л.Ю. Особенности остеогенеза у здоровых девочек с разными соматометрическими характеристиками и у девочек с задержкой роста // Российские биомедицинские исследования. 2021. № 3. С. 3–6.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ОЛИГО/АМЕНОРЕИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Кульневич Е.О.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного
здоровья подростков “Ювента”,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Согласно последним исследованиям, опубликованным в журнале *The Lancet*, расстройство пищевого поведения (далее – РПП) наблюдается у 4% людей. По данным ВОЗ, в 2000–2010 годы РПП дебютировало у подростков 15–17 лет. За последние годы этот возраст сильно снизился, что не может не вызывать опасения за репродуктивную систему подростков.

Цель. Выявить особенности протекания олигоменореи и аменореи у несовершеннолетних с ограничительной и очистительной формой нервной анорексии.

Материалы и методы. В исследуемую группу включено 60 подростков в возрасте 14–17 лет с нарушением менструального цикла на фоне нервной анорексии, обратившихся на прием к врачу акушеру-гинекологу СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» в 2017–2022 годах. Метод оценки – ретроспективный анализ медицинских карт пациентов.

Результаты. В результате анализа медкарт выявлено, что 82% (49 человек) первично обратились к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на длительную задержку менструации. При сборе анамнеза и осмотре впервые выявлены критерии РПП. Выделено две группы: I группа с ИМТ 19,5–17 составила 12 (20%) подростков; II группа с ИМТ 16,5–14 составила 48 (80%) подростков.

Характеристика I группы. Снижение веса от начального – от 5 до 10 кг. По данным УЗИ: нормальные размеры тела матки,

гипоэхогенный эндометрий до 6 мм, яичники – без признаков доминантного фолликула. Уровень гонадотропинов и эстрадиола – вариант нормы. Нарушение характера ритма и обильности менструаций наблюдалось: у десяти пациенток (83,3%) – по типу олигоменореи, у двух (16,7%) – по типу аменореи. Аменорея длилась от 6 до 8 месяцев. Потребность в корригирующей гормональной терапии испытывали три человека (25%). У девяти (75%) подростков нормализация цикла произошла на фоне психотерапии, стабилизации веса. Длительность терапии строго индивидуальна и варьируется от одного до шести месяцев.

Характеристика II группы. Снижение веса от начального – от 5 до 25 кг. По данным УЗИ: уменьшенные размеры тела матки, гипоэхогенный, периодически «линейный» эндометрий, яичники – без признаков доминантного фолликула. Уровень гонадотропинов и эстрадиола снижены. В биохимическом анализе крови отмечается незначительное повышение трансаминаз, холестерина. Нарушение характера ритма и обильности менструаций наблюдается: у трех пациенток (6,3%) – по типу олигоменореи, у 45 (93,7%) – по типу аменореи. Аменорея на момент обращения длилась от 8 месяцев до 3 лет. Помимо мультидисциплинарного подхода, потребовалась корригирующая гормональная терапия 39 (81,3%) подросткам. У 8 (18,7%) человек нормализация цикла произошла на фоне психотерапии. Длительность терапии строго индивидуальна и варьируется от трех месяцев до нескольких лет (максимальное наблюдение составило пять лет).

Выводы. Нарушение менструального цикла на фоне РПП явилось причиной обращения данных пациенток за медицинской помощью в 82% случаев. Исследование показало прямую корреляцию нарушения менструального цикла с ИМТ. Комплаентность от терапии в I группе выше, нежели во II.

ИДИОПАТИЧЕСКОЕ ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кухарчик Ю.В.¹, Соколова О.В.², Захаревич В.И.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

² Гродненский областной клинический перинатальный центр,
г. Гродно, Республика Беларусь

Невынашивание беременности продолжает оставаться одной из важных проблем современного акушерства.

Цель. Провести анализ клинического случая идиопатического привычного невынашивания беременности у супружеской пары.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни и амбулаторной карты пациентки Н. Выполнен забор крови из локтевой вены для проведения кариотипирования.

Результаты. Женщина Н., 1985 года рождения, нормальный фенотип, замужем, белоруска, работает медсестрой, имеет в анамнезе четыре неразвивающиеся беременности, прерывание гестации по поводу врожденного порока центральной нервной системы (далее – ЦНС) у плода (*spina bifida cystica*). На момент последней беременности – возраст 36 лет. При стандартном скрининге первого триместра беременности имела риск по синдрому Дауна по возрасту 1:274, по скринингу – 1:4554 – низкий риск, NT – 0,9 мм, риск по порокам развития для потомства: 4,5% популяционный, риск по недифференцированной умственной отсталости для потомства: 2% популяционный. По УЗИ плода в 19 недель выявлен врожденный порок развития ЦНС плода: *spina bifida cystica*, гидроцефалия, высокий риск по неврологическим нарушениям у плода. Произведено прерывание беременности по медицинским показаниям со стороны плода с учетом решения семьи.

При последующем дополнительном обследовании супругов был произведен забор периферической крови для кариотипирования. Муж женщины имеет кариотип 46, XY (норма), сама же женщина имеет кариотип 46, XX, r (16) [17]/46, XX [33]. У женщины имеется кольцевая форма 16-й хромосомы, и эта перестройка носит мозаичный вариант.

При последующем *FISH*-исследовании 16-й кольцевой хромосомы получены данные о сохранении субтеломерных локусов короткого и длинного плеча хромосомы, однако это не исключает микроделеций внутри хромосомы.

Заключение. Таким образом, ввиду неудачных исходов беременностей можно предположить, что причина этих неудач кроется именно в хромосомной перестройке. Кольцевая 16-я хромосома оказывает резко негативное влияние на течение беременности, а в случае передачи потомству теряет способность к нормально протекающему кроссинговеру в процессе деления клеток эмбриона, что может приводить к порокам развития плода.

ВОЗРАСТ МЕНАРХЕ У ПОДРОСТКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

*Лисицына И.Н., Павленко Е.О., Карцева М.М.,
Меркулова Л.В., Галкина Н.А., Кулиш М.С.,
Кульневич Е.О., Фёдорова Н.А., Луговской П.С.*

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного
здоровья подростков “Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия*

Возраст менархе является одним из важных показателей пубертатного развития женщины, он маркирует начало репродуктивного периода ее жизни и связан с возможными проблемами со здоровьем в дальнейшем. Раннее менархе является фактором риска развития у женщины ожирения, рака молочной железы, сахарного диабета 2-го типа, сердечно-сосудистых заболеваний, а позднее менархе связано с повышенным риском развития остеопороза, преэклампсии.

Цель. Провести анализ возраста менархе женщин, проживающих в Санкт-Петербурге и обратившихся к врачу акушеру-гинекологу в СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента»; выявить наличие или отсутствие зависимости регулярности ритма и обильности менструаций от возраста менархе.

Материалы и методы. Группу для исследования составили 1149 пациенток в возрасте 14–37 лет, обратившихся к врачу акушеру-гинекологу по различным причинам. Критерием включения являлось прошествие двух и более лет от менархе на момент опроса. При анкетировании уточнялась информация о возрасте первых менструальных кровянистых выделений, характере ритма и обильности менструаций. Расчет полученных данных проводился в программе *Microsoft Excel*.

Результаты. Из 1149 опрошенных затруднялись указать возраст менархе 162 (14,1%) пациентки. Проведен анализ возраста менархе у 987 (85,1%) женщин. В ходе исследования было выделено две группы: первая – 987 человек, все опрошенные независимо от характера менструального цикла, и вторая – 441 (44,7%) женщина с нормальным ритмом и обильностью менструации.

Диапазон менархе составил 8 лет 11 месяцев – 16 лет 11 месяцев. Средний возраст менархе анкетированных – 12 лет 10 месяцев 21 день. У женщин с нормальным ритмом и обильностью менструаций средний возраст менархе составил 12 лет 5 месяцев 17 дней. Разница возраста менархе в двух группах – 5 месяцев 4 дня, что не является диагностически значимым.

Заключение. Средний возраст менархе в Санкт-Петербурге составил 12 лет 10 месяцев. Возраст менархе не является маркером нарушения ритма и обильности менструации.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МЕНАРХЕ.
ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО
НАЧАЛА МЕНСТРУАЦИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

*Гафиатулин М.Р., Коваленко К.А., Оппедизано М.Д.Л.,
Бусоргина М.О., Лупушару А., Голубкова Д.А.,
Проскурякова П.С., Зайцева А.В., Яценко Е.В.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. По данным Росстата, в последние годы наблюдается отрицательная динамика естественного прироста населения, а за 2021–2022 годы его численность уменьшилась на 600 тысяч человек. Один из основных способов решения проблемы – увеличение рождаемости. В свете изложенного особое значение приобретает здоровье девочек-подростков. Главное место среди факторов, ведущих к нарушениям репродуктивного здоровья, занимают экстрагенитальная патология и неблагоприятные социально-экономические условия. В России у каждой десятой девочки имеются заболевания органов репродуктивной системы. Отметим, что девочки дошкольного и школьного возраста обращаются к детскому гинекологу в основном по поводу воспаления нижних отделов половых путей (35–70%), однако около 20% обращений связаны с менархе, а у старшеклассниц преобладающей причиной являются проблемы с менструальным циклом (20–54%).

Цель. Тщательный анализ литературных данных о влиянии различных факторов, влияющих на менархе.

Ключевые слова: менархе; факторы окружающей среды; менструальный цикл

Данный вопрос освещен во множестве работ авторов из разных стран; каждый из них приводит свой взгляд на причины наступления и проблем с менархе [5]. Так, например, Година Е.С. и соавт. предоставляет данные о возрасте менархе в зависимости от этнической принадлежности, климатикогеографического расположения, а также уровня урбанизации данного региона. Колебания этого показателя находятся на уровне приблизительно двух лет и более: например, в Калуге – 12,6 года, а в сельских районах Республики Коми – около 14,8 года. В различных климатических условиях возраст наступления менархе составляет 12,9–13,1 года, тогда как для сельского населения он колеблется в пределах 13,0–13,8 года [4, 9].

Нельзя не упомянуть про данные, связанные с уровнем урбанизации. Явным примером является сравнение возраста первой менструации у девочек из Архангельска и девочек Архангельской области, у которых разница составляет 0,6 лет. Говоря об этническом факторе, можно проследить разницу среди коренных жителей различных регионов России, как сельских, так и городских, которая, по разным данным, составляет 0,3–0,4 года [1, 7, 10].

Существуют данные об определенном весе, при котором наступает менархе: обычно он, согласно Ф.А. Гафуровой, составляет 45,5–47,5 кг при росте 158–162 см. При этом стоит вспомнить о двух пиках роста у девушек: первый соответствует сроку наступления первой менструации, второй – сроку наступления регулярности цикла и переходу его к овуляторному, в среднем около 14–15 лет. Исходя из вышеуказанного, следует обратить особое внимание на качество и режим питания девочек до 14 лет, образ жизни, факторы окружающей среды, правильное физическое воспитание и занятия физкультурой, так как именно до этого возраста происходит равномерное увеличение массы и роста ребенка, а значит и влияние этих факторов будет крайне значительным [3, 12].

Существует связь между занятиями спортом и сроком наступления первой менструации. Данные Бугаевского К.А. и соавт. о проведенном исследовании подтверждают этот факт [8]. У всех спортсменок в каждой из представленных групп были удлинены сроки дебюта первой менструации и установления овариально-менструального цикла. С учетом интенсивности, объема и длительности занятий спортом, а также в совокупности с установленной взаимосвязью начала этих занятий и сроками наступления менархе можно утверждать, что эта зависимость является одним из важных этиологических факторов нарушений овариально-менструального цикла (в частности – сбоем в работе репродуктивной системы спортсменок в целом) и результатом адаптации организма к соответствующим физическим и психологическим нагрузкам.

Однако даже вышеперечисленные факторы являются не единственными [11]. Так, по данным Капустиной З.А., у девочек, рожденных весной, менархе наступает позже по сравнению с теми, кто родился в другое время года. В работе упомянутого автора также содержатся данные о зависимости менархе от роста и веса девочек, что подтверждает достоверность результатов.

Помимо факторов, влияющих на менархе, необходимо затронуть и последствия проблем, которые в дальнейшем могут возникнуть с более ранним или поздним появлением первых регул. Имеются данные о связи раннего менархе и метаболического синдрома (МС). В частности, результаты исследований Суплотовой Л.А. и Сметаниной С.А. показали, что при избыточной массе тела и ожирении менархе наступает раньше, чем у подростков с нормальной массой тела. Такое заключение является логичным и согласуется с описанными ранее выводами, которые были сделаны Гафуровой Ф.А. [13]. Также в исследовании не обнаружено связи позднего наступления менархе с развитием ожирения и МС у женщин в репродуктивном периоде,

что наталкивает на мысль о необходимости усиленного контроля питания у таких девочек, а также периодическом контроле липидограммы, артериального давления, холестерина, глюкозы.

Говоря о более позднем появлении первых регул, необходимо ответить на вопрос: какие возможные последствия в будущем могут возникнуть в организме девушки? Ответ на него содержится в статье Иргашева С.У. и соавт., в которой исследовалось влияние поздних менархе на репродуктивную систему [2]. По их данным, имелись различия между этой группой пациентов и группой сравнения в опорно-двигательной системе. У таких девушек при пельвиометрии выявлялись меньшие размеры межvertebralной дистанции и наружной конъюгаты. Со стороны эндокринной системы у них чаще встречались признаки гиперандрогении (например, акне и гирсутизм). При сравнении менструальных циклов у пациенток из контрольной группы часто имели место олигоменореи, а также вторичные аменореи. Крайне важно отметить, что при сборе семейного анамнеза почти у 70% матерей или ближайших родственниц девочек также отмечалось позднее менархе, что подводит к мысли о наличии наследственной предрасположенности к задержке полового развития [14].

Выводы. Репродуктивное здоровье каждой девочки-подростка имеет огромное значение не только для нее самой, но и для демографической ситуации в целом [6, 15]. Менструальный цикл – сложный и многогранный процесс, от которого в том числе зависит фертильность женского организма, однако он поддается влиянию самых разнообразных факторов, начиная от окружающей среды и заканчивая временем года, в которое родилась девочка. Тщательное наблюдение за здоровьем девочек специалистами акушерско-гинекологического стационара, а также участковым педиатром, их внимательное отношение к репродуктивному состоянию будущих матерей поможет не только каждому отдельно взятому ребенку поддерживать

свое самочувствие на должном уровне, но и, возможно, на уровне целого региона повысить в дальнейшем показатели рождаемости. Внимательное отношение к менструальному циклу и менархе может помочь в предупреждении и ранней диагностике различных социально значимых заболеваний, что также способствует снижению количества нозологических единиц в популяции и, как следствие, укреплению здоровья населения.

Список литературы

1. Боева А.В., Лещенко Я.А., Сафонова М.В. Особенности физического развития детей дошкольного возраста г. Ангарска // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. 2004. № 2. С. 46–54.

2. Бугаевский К.А., Олейник Е.А. Изучение влияния взаимосвязи дебюта менархе и временем начала занятий спортом // Актуальные вопросы физического и адаптивного физического воспитания в системе образования: Сб. материалов III Всероссийской научно-практ. конф. с междунар. участием. 2021. № 1. С. 46–49.

3. Гафурова Ф.А. Патогенетические механизмы влияния неблагоприятных факторов среды на состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков // Мать и дитя. Материалы VII Российского форума. 2005. № 1. С. 357–358.

4. Година Е.З., Ямпольская Ю.А., Гилярова О.А., Зубарева В.В. Возраст появления первых регул у женщин разных регионов России // Гигиена и санитария. 1995. № 3. С. 30–32.

5. Капустина З.А. Влияние социально-биологических факторов на возраст менархе // Аллея науки. 2018. № 4. С. 485–490.

6. Карелина Н.Р., Соколова И.Н., Хисамутдинова А.Р. и др. Возрастные особенности строения и развития органов иммунной системы человека // Российские биомедицинские исследования. 2021. № 4. С. 47–61.

7. Карелина Н.Р., Уварова А.С., Хисамутдинова А.Р. и др. Клетчаточные пространства женского малого таза // Российские биомедицинские исследования. 2022. № 2. С. 91–101.

8. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р. Возрастные и конституциональные особенности девочек в возрасте 8–12 лет // Вестник Педиатрической академии. 2007. № 7. С. 45–52.

9. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р. Комплексная оценка биологической зрелости девочек 8–12 лет различных соматотипов // Biomedical and Biosocial Anthropology 2007. № 9. С. 251–252.

10. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Сазонова Л.А. Биологическая зрелость и пальцевая дерматоглифика у девочек 8–12 лет // Морфология. 2006. № 4. С. 67.

11. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Сазонова Л.А. Физическое развитие и уровень биологической зрелости у девочек различных соматотипов // Новые исследования. 2004. № 1–2. С. 211–212.

12. Оппедизано М.Д.Л., Артюх Л.Ю. Адаптация человека к экстремальным условиям деятельности. Физиологические механизмы (структурный след адаптации) // Forcipe. 2021. № 4. С. 18–25.

13. Суплотова Л.А., Сметанина С.А. Раннее менархе как фактор риска развития метаболического синдрома у женщин в репродуктивном возрасте // Репродуктивное здоровье женщин и мужчин: Сб. тезисов II Всероссийской конф. с междунар. участием. 2017. № 1. С. 39.

14. Таюпова И.М., Мухаметвалеева Г.Р. Варианты нарушения репродуктивного здоровья и современные возможности диагностики и лечения у девочек и девушек-подростков // Мать и дитя. Материалы VI Российского форума. 2004. № 1. С. 643.

15. Хисамутдинова А.Р., Карелина Н.Р., Артюх Л.Ю. Особенности остеогенеза у здоровых девочек с разными соматометрическими характеристиками и у девочек с задержкой роста // Российские биомедицинские исследования. 2021. № 3. С. 3–6.

ДИСМЕННОРЕЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Уварова Ю.М.¹, Денисюк Е.А.², Горбачёва Т.И.², Орлова О.В.²

¹ Краевое государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Краевая клиническая больница
скорой медицинской помощи»,
г. Барнаул, Россия

² Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Алтайский государственный медицинский университет»,
г. Барнаул, Россия

Актуальность. Первичная дисменорея затрагивает до 90% менструирующих женщин. И зачастую этот недуг игнорируется как женщинами, так и врачами. Тем не менее, первичная дисменорея значительно снижает качество жизни женщин, их трудоспособность и настроение. Появление новой коронавирусной инфекции внесло свои коррективы в распространенность и течение многих заболеваний.

Цель. Оценить частоту и тяжесть дисменореи у студенток медицинского высшего учебного заведения, выявить возможные факторы риска.

Материалы и методы. Данные для исследования получены при помощи онлайн-тестирования. В опросе приняли участие 1792 студентки Алтайского государственного медицинского университета 18–25 лет, которые были разделены на две группы: студентки, страдающие дисменореей (первая группа), и студентки, имеющие безболезненные менструации (вторая группа).

Результаты. Частота дисменореи у студенток медицинского вуза составила 86,0% ($n = 1559$), в том числе легкая дисменорея отмечена у 27,1% ($n = 422$), средняя – у 42,9% ($n = 668$), тяжелая – у 30,1% ($n = 469$). В период пандемии усиление

симптомов дисменореи отметила каждая четвертая студентка: 24,4% ($n = 381$). Студентки первой и второй групп не отличались по возрасту: $20,4 \pm 2,9$ лет и $20,5 \pm 2,3$ лет ($p = 0,054$), ИМТ: $22,0 \pm 4,2$ и $21,7 \pm 2,3$ ($p = 0,250$), семейному положению: замужем в первой группе – 12,9%, во второй группе – 17,9% ($p = 0,063$), использованию гормональной контрацепции: в первой группе – 4,3%, во второй – 2,8% ($p = 0,211$). Идентичными в обеих группах были уровень заболеваемости COVID-19 (20,6% и 24,1%, $p = 0,249$) и количество вакцинированных против COVID-19 (85,9% и 88,9%, $p = 0,186$). Значимо чаще у респонденток второй группы отмечены раннее менархе (10,3% и 15,2%, $p = 0,047$), обильные менструации (12,4% и 27,5%, $p = 0,000$) и признаки депрессии (35,6% и 45,2%, $p = 0,007$). Работающих студенток достоверно больше во второй группе (19,3% и 29,4%, $p = 0,0013$).

Заключение. Частота дисменореи у студенток медицинского вуза составила 86%, у каждой третьей – дисменорея тяжелой степени. Усиление дисменореи в период пандемии отмечено каждой четвертой девушкой. Дисменорея ассоциирована с ранним менархе, обильными менструациями, наличием работы, признаками депрессии.

ВАГИНАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ КАК СПОСОБ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЮНЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

**Чайка В.К., Железная А.А., Шаповалов А.Г.,
Шпатусько Н.И., Рыков А.А., Демишева С.Г.**

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования «Донецкий
национальный медицинский университет им. М. Горького»,*

г. Донецк, ДНР, РФ

*Донецкий республиканский центр охраны
материнства и детства Минздрава ДНР, РФ
г. Донецк, ДНР, РФ*

На сегодняшний день в современной гинекологии остается актуальной проблема выбора способа оперативного лечения при миоме матки у юных женщин, страдающих ожирением.

Цель. Оценить и сравнить способы оперативного лечения при миоме матки у юных женщин, страдающих ожирением.

Материалы и методы. В Донецком республиканском центре охраны материнства и детства обследовано 427 юных женщин с ожирением разной степени, которым проведено хирургическое лечение в гинекологическом отделении по поводу миомы матки. Основную группу составили 234 женщины, которым была выполнена вагинальная гистерэктомия. В группу сравнения вошли 193 пациентки, которым была выполнена абдоминальная гистерэктомия. Все больные до поступления в отделение были амбулаторно обследованы в полном объеме. Противопоказаниями к вагинальной гистерэктомии были размеры матки более 12 недель.

Результаты. Послеоперационный период у женщин после вагинальной гистерэктомии протекал более благоприятно, чем у женщин, перенесших экстирпацию матки абдоминальным

доступом, о чем свидетельствовали более короткая и менее выраженная температурная реакция, быстрая нормализация данных лабораторных исследований, улучшение самочувствия, восстановление важнейших функции организма – сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной.

Послеоперационный период осложнился перикюльтитом и инфильтратом культи влагалища в основной группе в 4,7% случаев, в группе сравнения – в 12,4%. В группе сравнения в 7,8% наблюдали частичное расхождение и нагноение шва на передней брюшной стенке, в 5,7% – тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей (в основной группе – 3,1%). Трудоспособность после вагинальной гистерэктомии восстанавливалась через 1–2 недели, после простой экстирпации матки – через 3–4 недели.

Выводы. Таким образом, среди хирургических методов лечения фибромиомы матки вагинальная гистерэктомия предпочтительнее как операция с меньшим риском осложнений у юных женщин с ожирением. На наш взгляд, вагинальная гистерэктомия является «золотым стандартом» у таких пациенток.

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

**Чайка В.К., Железная А.А., Бабич Т.Ю.,
Говоруха И.Т., Цвяшко Т.И., Дёмина Д.В.**

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования «Донецкий
национальный медицинский университет им. М. Горького»,
г. Донецк, ДНР, РФ
Донецкий республиканский центр охраны
материнства и детства Минздрава РФ, ДНР
г. Донецк, ДНР, РФ*

«Кесарево сечение однажды – кесарево сечение всегда». Так ли это? Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения неуклонно растет. Повторные оперативные родоразрешения приводят к значимому увеличению осложнений: преждевременным родам, эктопическим беременностям, предлежанию, вращению и отслойкам плаценты, повышению риска послеродовых воспалительных осложнений, тромбоэмболических осложнений, гистерэктомий, ранений соседних органов. Тем временем данные когортных исследований говорят, что доля успешных вагинальных родоразрешений достигает 85%. А риск таких осложнений, как разрыв матки, составляет менее 0,3% при родах через естественные родовые пути при наличии рубца на матке.

Цель. Изучить длительность консервативного родоразрешения у женщин после операции кесарева сечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 36 женщин после операции кесарева сечения, выполненной по акушерским показателям (крупный плод, острая внутриутробная гипоксия плода, тазовое предлежание).

Во время родов оценивали кардиотокографию, состояние нижнего сегмента матки, рубец на матке. Определение метода родоразрешения у пациенток с рубцом на матке проводилось предварительно на консультации при сроке 35–36 недель. Окончательное принятие решения проходило при сроке беременности 39 недель (при отсутствии абсолютных противопоказаний) с составлением плана ведения беременности и родоразрешения. Этот этап проходил либо в условиях стационара, либо при амбулаторном консультировании. Каждая пациентка получала необходимую информацию о возможности самостоятельных родов, о сроках необходимой госпитализации.

Результаты. 33 (91%) женщины родили естественным путем. Средняя продолжительность родов составила $8,24 \pm 0,36$ часа. Стимуляцию родов не использовали. В 58% случаев для обезболивания применяли эпидуральную анестезию. Эпизиотомия выполнена у 21% женщин. Толщина рубца на матке около 5 мм и более оценивалась (по данным УЗИ) как достаточная для консервативного родоразрешения; в следующий раз оценивали состояние рубца на матке, когда раскрытие шейки составило 5–6 см. Кардиотокография оценивала состояние плода и ход родов. Только у 3 (9%) женщин было выполнено кесарево сечение: по причине ослабления родовой деятельности – 2 (6%) и недостаточности рубца – 1 (3%). Средняя масса тела новорожденных составила $3197,0 \pm 189,0$ г, оценка по шкале Апгар – 7–8 баллов. При родах использовались партнерские и современные акушерские методики.

Выводы. Адекватная подготовка беременной после операции кесарева сечения дает женщине возможность выбора способа родоразрешения при отсутствии акушерско-гинекологических показаний к операции кесарева сечения.

ФАКТОРЫ РИСКА ЮВЕНИЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕВОЧЕК ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Корбут И.А., Захаренкова Т.Н.

*Учреждение образования «Гомельский
государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь*

Аномальные маточные кровотечения в подростковом периоде (далее – АМКПП) продолжают оставаться актуальной проблемой ювенильной гинекологии, их частота может достигать от 10 до 30% в структуре гинекологической патологии. Они занимают второе место среди причин госпитализаций девочек-подростков. АМКПП в последующем могут быть факторами риска аномальных маточных кровотечений в репродуктивном возрасте, бесплодия или невынашивания беременности.

Цель. Выявить факторы риска рецидивов аномальных маточных кровотечений в пубертатном периоде.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 40 медицинских карт пациентов с диагнозом АМКПП, находившихся на лечении в Гомельской областной клинической больнице в 2017–2022 годах. Основная группа – 10 девочек с рецидивирующим АМКПП (группа А), группа сравнения – 30 обследованных с однократным эпизодом кровотечения (группа Б). Статистическая обработка количественных данных проведена методами вариационной статистики Фишера и Стьюдента с определением доли ($p\%$) изучаемого признака и стандартной ошибки доли ($S_p\%$). Для величин, распределение которых по результатам проведенных тестов на нормальность (Шапиро–Уилка и Колмогорова–Смирнова) не соответствовало нулевой гипотезе закона нормального распределения, –

медиана и квантили (Me; 25-й – 75-й). Частотный анализ проведен при помощи критерия χ^2 . значимыми признаны различия при $p < 0,05$.

Результаты. Возраст девочек обеих групп был 13 (12; 15) и 13 (12; 16) лет, а индекс массы тела составил $26,6 \pm 0,4$ и $23,1 \pm 0,3$ соответственно. Однако у 3 ($30,0 \pm 15,3\%$) девочек основной группы было ожирение 2–3-й степени, $\chi^2 = 2,4$, $p < 0,02$. У 5 пациенток ($50,0 \pm 16,6\%$) основной группы и у 4 ($13,3 \pm 6,2\%$) группы сравнения в анамнезе был хронический тонзиллит, $\chi^2 = 2,0$, $p < 0,05$.

АМКПП развилось через $2,2 \pm 0,2$ лет от момента менархе. Длительность кровотечения была от 10 до 35 дней.

Анемия диагностирована у 4 ($40,0 \pm 16,3\%$) пациенток группы А и у 8 ($33,3 \pm 8,1\%$) обследованных группы Б. Гипопротромбинемия выявлена у одной девочки с рецидивирующим АМКПП.

Всем пациенткам проводился гормональный гемостаз комбинированными эстроген-гестагенными препаратами, содержащими этинилэстрадиол (30 мкг), дезогестрел (150 мкг), с последующим переводом на контрацептивный режим. Однако 3 пациентки ($30,0 \pm 15,3\%$) с рецидивом АМКПП самостоятельно отменили себе гормональные препараты, $\chi^2 = 2,4$, $p < 0,02$.

Выводы. Установлено, что факторами риска рецидивирующих АМКПП были избыточная масса тела и хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, а также отсутствие комплаенса.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ДЕВОЧЕК ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Межидов К.С.

*Республиканская детская клиническая больница им. Е. П. Глинки,
г. Грозный, Россия*

Несмотря на высокий уровень рождаемости, проблема репродуктивного здоровья детей и подростков в Чеченской Республике стоит так же остро, как и для большинства регионов России. Наиболее объективную информацию о состоянии репродуктивного здоровья дают профилактические медицинские осмотры. В соответствии с приказом МЗ РФ № 1130 «Порядок оказания медицинской помощи по профилю “Акушерство и гинекология”» акушер-гинеколог осматривает девочек 3, 6, 14–17 лет. Однако заболевания репродуктивной системы могут диагностироваться и врачами других специальностей (педиатром, эндокринологом, хирургом и др.).

С целью изучения распространенности заболеваний репродуктивной системы среди девочек проведен анализ форм статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» и № 30 «Сведения о медицинской организации» по Чеченской Республике за 2019–2021 годы. За три последних года, несмотря на пандемию COVID-19, прошли профилактические медицинские осмотры 579 046 девочек в возрасте от 0 до 18 лет, в том числе были осмотрены акушером-гинекологом с целью сохранения репродуктивного здоровья 68 963 девушки 15–17 лет.

По результатам медицинских осмотров было установлено, что патологическая пораженность заболеваниями репродуктивной системы в среднем за три года составила 13,56 на 10 тысяч осмотренных девочек в возрасте от 0 до 18 лет.

При этом наибольший подъем патологической пораженности наблюдался в 2020 году (2019 – 10,30; 2020 – 20,85; 2021 – 10,10 на 10 тысяч). Среди всех заболеваний репродуктивной системы 69,7% были выявлены впервые. Патологическая пораженность заболеваниями репродуктивной системы девушек 15–17 лет, установленная акушером-гинекологом, в среднем за три года составила 334,68 на 10 тысяч. Среди всех заболеваний 47,6% были выявлены у жительниц сельской местности. Наибольший уровень патологической пораженности девушек 15–17 лет, как и всех осмотренных несовершеннолетних, был зафиксирован в 2020 году (2019 – 273,30; 2020 – 425,56; 2021 – 314,04 на 10 тысяч).

В структуре патологической пораженности всех несовершеннолетних девочек преобладали нарушения ритма и характера менструаций, на долю которых приходилось 59,2%, второе место, но со значительно меньшим удельным весом, занимало преждевременное половое развитие (12,9%), третье – врожденные аномалии женских половых органов (9,7%), четвертое – задержка полового развития (8,3%), пятое – воспалительные заболевания женских тазовых органов (8,0%). На долю прочих заболеваний (невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки, болезни молочной железы и др.) приходилось всего 1,9%.

Таким образом, распространенность заболеваний репродуктивной системы среди всех девочек и девушек Чеченской Республики не превышает 0,2%, однако к группе риска по этой патологии относятся девушки 15–17 лет, среди которых более 3% имеют заболевания репродуктивной системы, преимущественно нарушения ритма и характера менструаций.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ МИКОПЛАЗМ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Захаренкова Т.Н.

Учреждение образования «Гомельский
государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Девочки-подростки 12–18 лет до начала половой жизни ($n = 70$) обследованы на урогенитальные микоплазмы культуральным методом с помощью набора *Mycoplasma IST 2* (bioMerieux SA, Франция) и ПЦР («АмплиСенс *M. genitalium*-скрин-титр-FL», «АмплиСенс ФлороЦеноз/Микоплазмы-FL», РФ). Ни в одном случае не была идентифицирована *M. genitalium*. Частота выявления *U. parvum*, *U. urealyticum*, *M. hominis* у девочек составила $32,9 \pm 5,6\%$. Значимо чаще определялась *U. parvum* – у $27,1 \pm 5,3\%$ пациенток, чем *U. urealyticum* – у $2,9 \pm 2,0\%$ ($\chi^2 = 14,3$, $p = 0,0002$) и чем *M. hominis* – $11,4 \pm 2,8\%$ ($\chi^2 = 4,6$, $p = 0,032$). В большинстве случаев (у $20,0 \pm 4,8\%$ девочек) была выделена *U. parvum* как единственный вид. Значимо реже – в $8,6 \pm 3,4\%$ наблюдалась ассоциация *U. parvum* и *M. hominis* ($\chi^2 = 4,2$, $p = 0,04$) и еще реже – ассоциация *U. urealyticum* и *M. hominis* ($1,4 \pm 1,4\%$; $\chi^2 = 10,7$, $p = 0,001$). Нормированная концентрация (lg) *U. parvum* составила 4,1 (3,8; 4,5) ГЭ/10⁵ клеток в уретральном соскобе и значимо выше была в моче – 4,8 (4,4; 5,5) ГЭ/10⁵ клеток ($Z = 2,63$; $p = 0,009$). *U. urealyticum* определялась в титре 4,4 и 5,2 (5,1; 5,3) ГЭ/10⁵ клеток, а *M. hominis* – 3,0 (2,0; 4,5) и 5,0 (4,5; 5,5) ГЭ/10⁵ клеток.

В 77,8% случаев микоплазмы были устойчивы к ципрофлоксацину, в 83,3% случаев понадобились максимальные концентрации офлоксацина для остановки роста микоплазм. Эритромицин и азитромицин в 55,6% случаев продемонстрировали

бактериологическую эффективность. Чувствительность микоплазм к кларитромицину составила 88,9%, не была выявлена устойчивость к джозамицину и доксициклину.

При инфицировании девочек микоплазмами значимо чаще, чем в группе контроля, наблюдались малые аномалии развития сердца и мочеполовых органов ($OR = 3,7$; CI 95% 1,2; 11,7, $p = 0,028$), в 2 раза чаще – хронический пиелонефрит, а при рождении они имели более низкий балл по шкале Апгар: 7 (7; 7) против 8 (7; 8) в группе сравнения ($p = 0,04$), а у их матерей в 5,7 раза чаще во время беременности наблюдались инфекции мочевыводящих путей и значимо чаще вагинит ($p = 0,024$).

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЯИЧНИКАХ

Дёмина Д.В., Железная А.А., Демишева С.Г., Вустенко В.В.

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования «Донецкий
национальный медицинский университет им. М. Горького»,
г. Донецк, ДНР, РФ*

Важность изучения проблемы оперативного вмешательства на яичниках определяется его влиянием на репродуктивное здоровье женщины. Известно, что удаление яичниковой ткани приводит к дисбалансу в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, способствует снижению фолликулярного и овариального резерва, появлению ановуляторных циклов и в дальнейшем развитию бесплодия. Во многом степень выраженности повреждающего действия зависит от размеров патологического процесса в яичниках, методики и объема выполненной операции, наличия проведенных реабилитационных мероприятий. Таким образом, актуально проведение исследований, направленных на изучение показателей репродуктивного здоровья у таких пациенток.

Цель. Анализ репродуктивного здоровья женщин после оперативных вмешательств по поводу доброкачественных опухолей яичников/опухолевидных образований яичников.

Материалы и методы. Обследованы 161 женщина с хирургическим вмешательством на яичниках (группа P1) и 30 условно здоровых пациенток (без операции на яичниках в анамнезе, группа P2). Возраст в исследуемых группах – от 18 до 35 лет.

Результаты. Объем выполненных операций на яичниках у женщин группы P1 распределился следующим образом:

цистэктомии – 58,7%, резекции яичников – 33,8%, аднексэктомия – 10,2% и в 2,7% – овариоэктомия. Противорецидивную и реабилитационную гормональную терапию в послеоперационном периоде получили только 49 (30,4%) женщин. В гинекологическом статусе у пациенток в группе P1 чаще, чем в группе P2, выявлялись нарушения менструального цикла (55,3% против 6,7%) и эндометриоз (29,2%), $p < 0,001$. Невынашивание беременности отмечалось только в группе женщин с оперированными яичниками P1: замершая беременность – у 20 (12,4%) пациенток, самопроизвольный аборт – у 25 (15,5%), $p < 0,05$.

Выводы. В ходе исследования установлено ухудшение качества репродуктивного здоровья женщин после оперативных вмешательств на яичниках за счет дисбаланса менструального цикла и наличия репродуктивных потерь, что указывает на необходимость комплексного подхода к ведению данной категории пациенток с целью возможности реализации репродуктивного потенциала в будущем.

ВОЗМОЖНО ЛИ ИЗБЕЖАТЬ ОШИБКИ
ПРИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКЕ
ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Коробков Н.А.¹, Пухавская Ж.Г.², Дудниченко Т.А.¹, Арнт О.С.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Женская консультация № 8», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Единого мнения о рациональном использовании антибиотиков после кесарева сечения до сих пор не существует.

Цель. Изучение возможности рационального использования антибиотиков после кесарева сечения и пути минимизации возможных осложнений.

Материалы и методы. Было обследовано 168 родильниц с эндометритом после кесарева сечения (далее – КС) на базе ГБУЗ «Мариинская больница» в 2008–2019 годах. Выборка родильниц в исследуемых группах сопоставима по возрасту, анамнезу, паритету, сроку, технике родоразрешения, методу обезболивания. Для сравнения количественных показателей использовали критерий Манна–Уитни. Критерий χ -квадрат применяли для анализа различий по качественным параметрам. Коэффициент Спирмена использовали для выявления нарушений назначения курса и доз антибактериальных препаратов. Различия считались статистически значимыми при недостижении p порогового значения 0,05.

Результаты. Анализ лекарственных формуляров показал, что подходы к превентивному и лечебному назначению антимикробных химиопрепаратов в исследуемых группах различаются, что способствует доминированию собственных возбудителей госпитальной инфекции. Послеродовая инфекция после выписки из родильного дома Ц1 составила 76,2%, у родильниц из остальных стационаров Ц2 и Н1 данный показатель был равен 34,9% ($p < 0,05$). Эти различия обусловлены однообразным пролонгированием антибактериального «прессинга», приводящего к преобладанию «стертых» форм послеродовой инфекции уже после выписки из родильного дома. Превентивное использование цефалоспоринов объясняет профиль антибиотикорезистентности патогенов среди всех акушерских стационаров: энтеробактерии и *E. Coli*. Назначение с целью периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП) в родильном доме В1 ИЗ-аминопенициллина или однократное введение цефтриаксона благоприятно сказалось на резистентности к антибиотикам госпитальной микрофлоры. Антибиотикорезистентные штаммы были выделены у 28,6% родильниц. Использование с превентивной и лечебной целью одного и того же антибиотика, пролонгированного курса ПАП, цефтриаксона с целью антибиотикопрофилактики и нарушение дозового режима достоверно чаще отмечали у родильниц 2-й группы с выявленными полирезистентными штаммами, чем в 1-й группе – с невыявленными. Общая частота вышеуказанных нарушений во 2-й группе составила 97,9%, в 1-й группе – 51,7% ($p < 0,001$). При пролонгированном курсе антибиотикопрофилактики коэффициент Спирмена – (R) 0,677; $p = 0,017$. При использовании с превентивной и лечебной целью одного и того же антибиотика – (R) 0,534; $p = 0,0012$. При нарушении дозового режима – (R) 0,421; $p < 0,001$. Использование цефтриаксона с целью антибиотикопрофилактики – (R) 0,328; $p = 0,0009$. Установлено наличие

прямых статистически значимых корреляционных связей ($R = 0,677$ и $0,534$) умеренной силы полирезистентных возбудителей с пролонгированным курсом ПАП, с профилактикой и лечением послеродовой инфекции одним и тем же антибиотиком. Применение цефтриаксона с целью ПАП нарушения дозирования достоверно коррелировали с частотой выявления полирезистентных возбудителей ($R = 0,421$ и $0,328$). Полученные данные подтвердили, что нерациональный выбор режима ПАП и нарушение режимов применения антибактериальных препаратов негативно влияют на уровень резистентности госпитальной микрофлоры.

Выводы. Выбор антибиотика для эмпирического антимикробного лечения эндометрита после КС должен зависеть от ПАП, что необходимо учитывать при назначении антибиотиков в акушерских стационарах для снижения однообразного антибактериального «прессинга». Курсы пролонгированной ПАП и превентивного лечения негативно влияют на резистентность госпитальной микрофлоры, способствуя селекции полирезистентных штаммов. Отказ от ПАП в режиме «одной дозой» должен быть основан на строгих показаниях.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ

Мамедова С.О.², Кожурова М.А.², Кухарчик Ю.В.², Соколова О.В.¹

¹Гродненский областной клинический перинатальный центр,
г. Гродно, Республика Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Юные первородящие относятся к группе высокого риска. Женщины, не достигшие физиологической зрелости (до 18 лет), составляют 1,5–4% по отношению ко всем беременным. В последние годы среди всех первобеременных отмечается увеличение числа юных женщин. Возрастные особенности организма накладывают отпечаток на течение беременности и родового акта: чаще наблюдаются угроза прерывания беременности, плацентарные нарушения, тяжелая преэклампсия, аномалии родовой деятельности, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде, травматизм мягких тканей родового канала, послеродовые осложнения.

Цель. Проанализировать течение беременности и родов у юных первобеременных.

Нами было исследовано две группы рожениц. Первая группа – 50 юных рожениц, вторая – 50 рожениц старше 18 лет.

Результаты. Средний возраст первой группы рожениц составил $15,7 \pm 0,82$ года, у второй группы средний возраст – $25,4 \pm 1,13$ ($p < 0,05$). Экстрагенитальные патологии наблюдались у 86% рожениц из первой группы и у 84% из второй группы. Гинекологические заболевания наблюдались в первой группе у 30%, во второй группе – у 62% рожениц. Среди осложнений во время беременности встречались: плацентарные нарушения, артериальная гипертензия и отеки. Они зафиксированы

в первой группе у 34% пациенток, во второй группе – у 16% женщин. В первой группе масса плода при рождении составила $2540,5 \pm 120,6$ г. Во второй группе у 98% рожениц масса плода при рождении составила $3180,6 \pm 257,5$ г. Оценка по шкале Апгар во второй группе – $8,7 \pm 0,92$ балла, в первой – $8,1 \pm 1,2$ балла.

В ходе исследования было установлено, что статистически значимым различием двух групп является процент осложнений беременности и родов (плацентарные нарушения, артериальная гипертония, отеки). Эти состояния чаще отмечены в первой группе пациенток. Таким образом, можно сделать вывод, что юные первобеременные подвержены большему риску осложнений во время беременности и родов.

ВАГИНАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ КАК СПОСОБ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЮНЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

**Чайка В.К., Железная А.А., Шаповалов А.Г.,
Шпatusько Н.И., Рыков А.А., Демишева С.Г.**

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования «Донецкий национальный
медицинский университет им. М. Горького»,*

г. Донецк, ДНР, РФ

*Донецкий республиканский центр охраны
материнства и детства Минздрава ДНР, РФ,
г. Донецк, ДНР, РФ*

Актуальность. На сегодняшний день в современной гинекологии остается актуальной проблема выбора способа оперативного лечения при миоме матки у юных женщин, страдающих ожирением.

Цель. Оценить и сравнить способы оперативного лечения при миоме матки у юных женщин, страдающих ожирением.

Материалы и методы. В Донецком республиканском центре охраны материнства и детства обследовано 427 юных женщин с ожирением разной степени, которым проведено хирургическое лечение в гинекологическом отделении по поводу миомы матки. Основную группу составили 234 женщины, которым была выполнена вагинальная гистерэктомия. В группу сравнения вошли 193 пациентки, которым была выполнена абдоминальная гистерэктомия. Все больные до поступления в отделение были амбулаторно обследованы в полном объеме. Противопоказаниями к вагинальной гистерэктомии были размеры матки более 12 недель.

Результаты. Послеоперационный период у женщин после вагинальной гистерэктомии протекал более благоприятно,

чем у женщин, перенесших экстирпацию матки абдоминальным доступом, о чем свидетельствовали более короткая и менее выраженная температурная реакция, быстрая нормализация данных лабораторных исследований, улучшение самочувствия, восстановление важнейших функций организма – сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой.

Послеоперационный период осложнился перикюльтитом и инфильтратом культи влагалища в основной группе в 4,7% случаев, в группе сравнения – в 12,4%. В группе сравнения в 7,8% наблюдали частичное расхождение и нагноение шва на передней брюшной стенке, в 5,7% – тромбоз поверхностных вен нижних конечностей (в основной группе – 3,1%). Трудоспособность после вагинальной гистерэктомии восстанавливалась через 1–2 недели, после простой экстирпации матки – через 3–4 недели.

Выводы. Таким образом, среди хирургических методов лечения фибромиомы матки вагинальная гистерэктомия предпочтительнее, как операция с меньшим риском осложнений у юных женщин с ожирением. На наш взгляд, вагинальная гистерэктомия является «золотым стандартом» у таких пациенток.

ВУЛЬВОВАГИНИТЫ У ДЕВОЧЕК С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Бабенко-Сорокопуд И.В., Савченко А.А.,
Демишева С.Г., Мишук О.Н.**

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования «Донецкий национальный
медицинский университет им. М. Горького»,
г. Донецк, ДНР, РФ*

Вульвиты и вульвовагиниты – самая частая причина обращений к гинекологу в допубертатном периоде. Ведущим этиологическим фактором воспаления вульвы и влагалища в детском возрасте является обострение экстрагенитальной патологии. Снижение иммунитета девочки после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции либо при обострении хронического воспалительного процесса в кишечнике, почках, мочевом пузыре может привести к нарушению равновесия между биоценозом влагалища и организмом.

Цель. Анализ частоты сочетания хронического вульвовагинита с сопутствующей соматической патологией у девочек в возрасте от 1 года до 10 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ 58 историй болезни пациенток в возрасте от 1 года до 10 лет, находившихся на лечении в отделении детской и подростковой гинекологии Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства Минздрава ДНР с диагнозом «хронический вульвовагинит в стадии обострения». Расчеты проводились с использованием программы *SPSS Statistics 22*.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 4,5 года. Максимальная доля вульвовагинитов пришлась на возраст от 4 до 7 лет. Изменения микрофлоры влагалища обнаружены

у большинства (81%) девочек. У 59,6% пациенток была выявлена *E. coli*, у 17,1% – *S. aureus*, реже – *K. pneumonia* (8,5%), *P. aeruginosa* (6,4%), *S. epidermidis* (4,2%), *P. mirabilis* и *P. rettgeri* (2,1%). У 32,7% девочек хронический вульвовагинит сочетался с дисбактериозом кишечника, у 22,4% – с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей и частыми ОРВИ, у 17,2% – с инфекцией мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит).

Выводы. Была выявлена высокая встречаемость сопутствующей патологии пищеварительной, дыхательной и мочевыделительной систем у девочек с хроническим вульвовагинитом. При ведении пациенток с вульвовагинитами необходимо установление этиологического фактора заболевания. Санация очагов хронической инфекции у пациенток с хроническим вульвовагинитом повышает эффективность терапии.

ПИГМЕНТНЫЙ ОБМЕН У БЕРЕМЕННЫХ
С ГЕПАТОБИЛИАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
И АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

**Демишева С.Г., Яковлева Э.Б.,
Железная А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В.**

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования «Донецкий национальный
медицинский университет им. М. Горького»,
г. Донецк, ДНР, РФ
Донецкий республиканский центр охраны
материнства и детства Минздрава ДНР, РФ
г. Донецк, ДНР, РФ*

Во время беременности существенно увеличивается продукция многих гормонов, особенно стероидного происхождения, которые метаболизируются в печени. Известно, что течение беременности и родов при нарушениях в гепатобилиарной системе и при наличии аномальных маточных кровотечений пубертатного периода (АМК ПП) в анамнезе в значительной мере зависит от тяжести заболевания и функционального состояния печени и последствий АМК. В литературе имеются сообщения, что при хронических заболеваниях печени беременность и роды осложняются перинатальной патологией или даже материнской смертностью.

Цель. Изучить состояние пигментного обмена у беременных с гепатобилиарными заболеваниями и АМК пубертатного периода.

Материалы и методы. Под наблюдением в женской консультации Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства находилось 135 беременных в возрасте 20–38 лет

при сроке беременности 22–38 недель, из которых в I (основную) группу вошли 88 беременных с гепатобилиарными заболеваниями и АМК ПП, II группу (сравнения) составили 47 беременных с гепатобилиарными заболеваниями без АМК ПП.

Результаты. При сравнении течения беременности в основной и контрольной группах выявлено, что в основной группе оно чаще осложнялось проявлениями преэклампсии – в 3 раза, угрозой прерывания беременности и выкидышами – в 5 раз, дистрессом плода – в 2,7 раза. Кроме того, у беременных с гепатобилиарными заболеваниями и АМК в пубертате по сравнению с беременными с гепатобилиарными заболеваниями без АМК ПП чаще встречались преждевременные роды – в 5,7 раз, слабость родовой деятельности – в 3,8 раз, а кровотечения во II и III триместрах беременности – в 3,5 раза чаще, чем у беременных с гепатобилиарными заболеваниями без АМК ПП. Задержка развития плода наблюдалась в 4 раза чаще, а смертность новорожденных была выше в 4,2 раза.

Пигментный обмен печени исследовался путем определения содержания билирубина и его фракций в сыворотке крови. Содержание общего билирубина по триместрам было следующим. В I триместре в основной группе – $25,9 \pm 0,1$ мкмоль/л, что выше, чем в группе сравнения ($21,6 \pm 0,2$ мкмоль/л). Во II и III триместрах в основной группе – $29,6 \pm 0,4$ мкмоль/л, в группе сравнения – $23,4 \pm 0,45$ мкмоль/л. Билирубин прямой в основной группе в I триместре был достоверно выше, чем в контрольной группе ($9,5 \pm 0,2$; $7,5 \pm 0,3$ мкмоль/л соответственно). Во II и III триместрах в основной группе отмечается увеличение прямого билирубина до $12,4 \pm 0,3$ мкмоль/л, а в группе сравнения показатели были достоверно ниже ($8,5 \pm 0,3$ мкмоль/л). Непрямой билирубин в I триместре в основной группе был $17,4 \pm 0,4$ мкмоль/л, что выше, чем в группе сравнения, – $14,2 \pm 0,5$ мкмоль/л. Такая же зависимость отмечалась во II и III триместрах.

Выводы. С увеличением срока у беременных с гепатобилиарными заболеваниями и АМК ПП отмечается повышение содержания билирубина в сыворотке крови преимущественно за счет непрямой фракции, что можно объяснить усилением гемолитических процессов в организме. Нарушение пигментного обмена печени у беременных с гепатобилиарными заболеваниями и АМК пубертатного периода значительно отягощает течение основного заболевания и приводит к выраженному нарушению выделительной функции печени.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ласачко С.А., Люлько В.Э., Алматар М.Г.

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования «Донецкий
национальный медицинский университет им. М. Горького»,
г. Донецк, ДНР, РФ*

Цель. Изучить частоту и структуру заболеваний молочных желез (МЖ) у девочек-подростков.

Изучение патологии МЖ у девочек-подростков оказалось вне сферы интересов исследователей. По данным немногочисленных источников, частота выявления таких заболеваний составляет 5–12% из числа обратившихся за консультацией.

В течение года в консультативный кабинет Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства обратились 233 девочки. Обследование включало осмотр и пальпацию МЖ и лимфоузлов, ультразвуковое исследование, цитологическое исследование, изучение гормонального фона.

Выявляемость заболеваний МЖ при профилактических осмотрах составила 2,8%; из обратившихся за консультативной помощью – 12,6%; среди девочек с различными гинекологическими заболеваниями – 30%.

Структура: 7,2% – острые маститы, чаще инфильтративные, неспецифические; 1% – фиброаденомы; 2,3% – мастодиния; 5,3% – галакторея; 84,2% – дисгормональные гиперплазии, из которых 28,6% – в кистозной форме.

Положительный эффект после лечения сопутствующих гинекологических заболеваний – у 78,3% девочек; при наличии сопутствующих заболеваний печени и щитовидной железы – у 52,7%.

Выявлены нарушения менструального цикла у 53,3%; воспалительные заболевания половых органов – у 29,9%; заболевания желудочно-кишечного тракта – у 63,0%; заболевания щитовидной железы – у 15,7%; сочетание нескольких сопутствующих заболеваний у одной пациентки – 52,1%.

В 30% случаев у больных с дисгормональной гиперплазией наблюдалось повышение уровня пролактина. Пролактинома гипофиза была выявлена только в одном случае.

Выводы. Частота заболеваний МЖ у девочек-подростков высока, и эта проблема нуждается в дальнейшем изучении. Тактика ведения таких больных по сравнению со взрослыми должна быть более консервативной. Значительного эффекта позволяет достичь лечение сопутствующих заболеваний.

АНАЛИЗ ПРОГРАММЫ «МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА – МАММА.
ИЗУЧАЕМ. ЗАПОМИНАЕМ. ПРИМЕНЯЕМ»
ДЛЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ 9–11-Х КЛАССОВ
В ШКОЛАХ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ

Мушегян Ж.Г., Нестерович О.Н.

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская больница № 1», Центр по охране
репродуктивного здоровья подростков г. Ростова-на-Дону,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Актуальность. Распространенность рака молочной железы и рост смертности женщин репродуктивного возраста от него обуславливают актуальность изучения ювенильных аспектов маммологии. Данный медицинский вектор требует активного развития, профилактическую работу необходимо начинать уже с подросткового возраста. Подростковая маммология имеет ряд отличий от взрослой практики, поэтому для снижения роста заболеваемости молочной железы в репродуктивном периоде регулярные осмотры особенно важны. Патологические изменения в молочной железе в юношеском возрасте разнообразны; их появление часто обусловлено нарушениями в гинекологической и эндокринной системах в подростковый период.

Цель. Реализация программы по раннему выявлению заболеваний молочной железы у девочек-подростков, обучение самообследованию молочной железы.

Пациенты и методы. Девочки-подростки ($n = 807$), программа и обучающая лекция «Молочная железа – *Mamma*. Изучаем. Запоминаем. Применяем».

Результаты. Курс обучения прослушали 807 девушек, 319 прошли осмотр молочных желез, патология молочных желез выявлена у 17 подростков, гинекологические жалобы

на основе беседы обнаружены у 91. Также была выявлена крайне низкая осведомленность девушек по самообследованию молочной железы.

Заключение. Основная задача программы – актуализация данной проблемы у молодежи, обучение самообследованию как первому этапу выявления заболеваний молочной железы, проведение осмотра, позволяющего своевременно обнаружить патологию. Конечный результат – снижение процента заболеваемости молочной железы у девочек-подростков. Степень осведомленности девочек-подростков по данной теме крайне низка, что в дальнейшем, в период формирования семьи, может послужить причиной ухудшения репродуктивного здоровья. Итоги программы подтвердили необходимость регулярного проведения осмотра девочек-подростков и их обучение по актуальным вопросам репродуктивного здоровья.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Книжникова А.А., Пахомова Ф.В.

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова»,
Санкт-Петербург, Россия*

Ключевые слова: эндометриоз; болевой синдром; адаптация; восприятие себя; эмоциональная сфера; качество жизни

Тезисы. Эндометриоз представляет собой сложное многофакторное заболевание, при котором определяется наличие ткани, по свойствам подобной эндометрию, вне полости матки. По данным ВОЗ, в 2022 году во всем мире от эндометриоза страдают около 190 млн девушек и женщин репродуктивного возраста. При формулировании гипотез исследования мы учитывали, что на современном этапе эндометриоз переходит в разряд так называемых болезней адаптации, что подразумевает под собой психосоматическую почву для развития данного расстройства. Таким образом, мы выдвинули следующие гипотезы:

1) девушки с болевым синдромом при эндометриозе имеют определенные эмоциональные и личностные особенности, которые отличаются от особенностей гинекологически здоровых девушек;

2) субъективное восприятие болевого синдрома связано с эмоциональными и личностными особенностями девушек, страдающих эндометриозом.

В исследовании приняло участие 60 испытуемых: 30 пациенток с эндометриозом (средний возраст – 25 лет) и 30 девушек

без гинекологической патологии (средний возраст – 22 года). Использовались методики, направленные на изучение особенностей восприятия болевого синдрома, эмоциональной сферы, уровня адаптации, личностных особенностей и полоролевой идентичности.

По результатам исследования было обнаружено снижение уровня адаптации, качества жизни, трудности с принятием окружающих и эскапизм у пациенток с эндометриозом в сравнении со здоровыми девушками. Также у девушек с низкой адаптацией в группе с эндометриозом были выявлены зависимо-послушный стиль межличностного взаимодействия, преобладание феминности, высокие значения тревоги и депрессии, а также повышенное аффективное восприятие болевого синдрома.

Установлено также, что более высокая оценка выраженности болевого синдрома при эндометриозе связана с такими типами межличностного взаимодействия, как зависимо-послушный и сотрудничающий–конвенциональный. Для анализа результатов исследования использовались методы описательной статистики, сравнительный и корреляционный анализ.

Психология

ПОДРОСТКОВЫЕ УСТАНОВКИ И СОВРЕМЕННЫЙ ИМИДЖ РОДИТЕЛЬСТВА КАК ПРЕДПОСЫЛКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Уерги У.Н., Кононова Т.А.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного
здоровья подростков «Ювента»»,
Санкт-Петербург, Россия*

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» в ситуации репродуктивного выбора врач акушер-гинеколог направляет беременную на основании информированного добровольного согласия для консультирования медицинским психологом, специалистом по социальной работе. Данное требование касается и несовершеннолетних беременных.

В СПб ГБУЗ ГЦОРЗП (далее – Центр «Ювента») реализуется алгоритм комплексной помощи несовершеннолетним беременным, включая трехэтапную модель консультирования в ситуации репродуктивного выбора.

Психолого-социальное сопровождение несовершеннолетних в ситуации непредвиденной беременности преследует своей целью создание условий для ответственного репродуктивного выбора и сохранения здоровья, реализуется медицинским психологом и специалистом по социальной работе.

Консультация медицинского психолога направлена на оказание эмоциональной поддержки, проработку мотивов принятия

решения об исходе беременности, подключение внутренних и внешних ресурсов пациентки для сохранения здоровья.

На консультации специалиста по социальной работе несовершеннолетняя получает информацию о социальных возможностях и перспективах с опорой на структуру актуальных мотивов репродуктивного выбора, расширяя восприятие ситуации незапланированной беременности.

В 2019 году специалистами Центра «Ювента» было проведено исследование мотивов прерывания беременности несовершеннолетними, которое показало следующую структуру аргументов:

1) за сохранение беременности: страх негативных последствий для здоровья в случае прерывания (62%), возможность создания семьи (27%), желание воспитывать ребенка (24%), религиозные установки («аборт – убийство») (14%);

2) за прерывание беременности: желание продолжить обучение (82%), материальные трудности (несамостоятельность) (68%), психологическая неготовность к материнству (58%), отсутствие поддержки родителей/партнера (38/34%), изменение социальных перспектив (18%), нежелание иметь детей (12%), изменение внешности при/после беременности (10%).

Психолого-социальное сопровождение предоставляет возможность для минимизации факторов, способствующих принятию решения о прерывании беременности: привлечение социального окружения пациентки (партнера, родителей/законных представителей) для формирования поддерживающей позиции, определение гарантированных образовательных возможностей, социально-трудовых прав, мер социальной поддержки и социального обслуживания; помогает выстроить последовательные связи между материальными и социально-психологическими факторами.

Анализ практики специалиста по социальной работе при консультировании несовершеннолетних беременных в ситуации репродуктивного выбора за 2020–2022 годы позволяет выделить следующие типы суждений у прервавших беременность:

1) несмотря на декларируемые социально-экономические мотивы, в более чем половине случаев они не являются ведущими при принятии решения о прерывании беременности;

2) декларируемый страх стигматизации в связи с подростковой беременностью также не является ведущим мотивом ее прерывания и должен рассматриваться как формальный: подростки не готовы отстаивать собственные интересы вопреки общественному мнению. Такая закономерность скорее исключает предполагаемое родительство из зоны их интересов;

3) материнство рассматривается не как этап взросления, форма удовлетворения эмоционально-духовных потребностей, самореализации, а как фактор утраты самостоятельности, свободы действий. Родительство в глазах подростков приоритетно сопряжено с обязательствами. Нередко даже в перспективе рождение детей рассматривается как «исполнение долга»;

4) родительство рассматривается подростками как конкурентная с другими (студент, профессионал, друг и др.) социальная роль. В ряде случаев такое мнение опирается на отсутствие поддержки семьи либо неготовность принять помощь в связи с нарастающей потребностью в самостоятельности, свойственной подростковому возрасту. Но все чаще такой феномен просматривается в контексте ценностей индивидуализма при построении жизненных перспектив;

5) право на репродуктивный выбор в ситуации подтвержденной беременности в 75% случаев рассматривается как приоритетное, если не исключительное, право пациентки, партнер же исключается из равноправного принятия решения, либо его мнение выражается/учитывается формально. Отец

воспринимается как второстепенный родитель. Все чаще репродуктивный выбор в пользу возможного сохранения беременности рассматривается как готовность к перспективе неполной семьи.

Результаты анализа говорят в пользу мнений о трансформации модели семьи, имиджа родительства, их кризисе, определяют актуальность усиления работы по формированию традиционных семейных ценностей, повышения престижа родительства. Именно это направление является одним из фундаментальных в профилактике абортов.

Такая работа выходит за рамки компетенций только медицинской организации, требует слаженного взаимодействия структур здравоохранения, образования, молодежной и социальной политики – структур, сопровождающих подростка на всех этапах и во всех сферах его взросления.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ИНФОРМАЦИОННАЯ
ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ БЕРЕМЕННЫМ,
ОБРАТИВШИМСЯ В СЛУЖБУ «ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ»

Кононова Т.А., Щепелина К.А.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного
здоровья подростков “Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. В рамках СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”» работает психологическая служба «Телефон доверия». Подростки и их родители в режиме телефонного консультирования могут круглосуточно получить психологическую поддержку, информационную помощь по вопросам сохранения репродуктивного здоровья. Кроме того, одной из основных задач службы «Телефон доверия» является информационное сопровождение несовершеннолетних, оказавшихся в ситуации непредвиденной беременности. Комплексный подход в сохранении, укреплении здоровья и оказании помощи детям и подросткам включает в себя решение не только конкретных медицинских вопросов, но и социальных, психологических, правовых, в том числе и профилактической направленности: выявление и снижение факторов риска, повышение мотивации к сохранению здоровья, формирование здоровой личности подростка в естественном процессе взросления [1].

Ключевые слова: подростки; несовершеннолетние беременные; комплексное сопровождение; телефон доверия; психологическое консультирование

Актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно в развивающихся странах фиксируется примерно 21 млн случаев беременности

среди несовершеннолетних в возрасте 15–19 лет; примерно 12 млн из них заканчиваются родами. Не менее 777 тысяч случаев родов в развивающихся странах регистрируются среди девочек-подростков в возрасте до 15 лет [2].

Согласно принятым определениям, подростковым возрастом называется период от 10–12 до 16–17 лет включительно. Соответственно, ранней (подростковой) беременностью называют беременность, которая наступила в указанные периоды жизни девушки. Синонимы понятия подростковой беременности — ранняя беременность, беременность в юном возрасте, беременность несовершеннолетних.

Статистика распространенности беременности у несовершеннолетних в России фиксирует 102 случая на тысячу женщин 15–19 лет. Частота подростковой беременности в экономически развитых странах составляет 12 случаев на тысячу женщин 15–19 лет. В РФ примерно 14–15% родов приходится на несовершеннолетних в возрасте 15–18 лет. В 30% случаев подростковая беременность завершается искусственным прерыванием, в 56% заканчивается родами, а в 14% беременность прерывается самопроизвольно (выкидыши). Каждый год в России рожают примерно 1,5 тысячи несовершеннолетних в возрасте 15 лет, 9 тысяч 16-летних и больше 30 тысяч до неполных 17 лет. Примерно 60–69% родов у несовершеннолетних девушек происходит вне брака. Отказ от ребенка оформляют 52–63% несовершеннолетних матерей (среди общего количества отказавшихся) [3].

Для несовершеннолетних, столкнувшихся с непредвиденной беременностью, в семейном и уголовном кодексах РФ предусмотрен ряд законов, определяющих возраст сексуального согласия (в России добровольное вступление в сексуальные отношения регламентируется 16-летним возрастом), брачный возраст (устанавливается с 18 лет, в некоторых случаях возможно его снижение до 16 лет по просьбе лиц, желающих зарегистрировать брак

при наличии уважительных причин), право самостоятельного решения относительно исхода беременности (несовершеннолетняя, достигшая полных 15 лет, самостоятельно принимает решение о сохранении или прерывании беременности) [4, 5].

Непредвиденная беременность ставит женщину в сложное жизненное положение, является причиной стресса, затрудняя осознанный и правильный выбор. В случае беременности несовершеннолетней кризисные переживания протекают на фоне психологической и социальной незрелости, что может привести к спонтанным, категоричным, но при этом непродуманным решениям. В связи с этим несовершеннолетняя нуждается не только в психологической поддержке, но и в комплексном медико-социальном и правовом сопровождении. В соответствии с законодательством несовершеннолетние беременные входят в категорию лиц, нуждающихся в социально-психологическом сопровождении [6, 7]. Находясь в ситуации репродуктивного выбора, они в обязательном порядке должны получить консультацию психолога, а при необходимости – в зависимости от каждой конкретной ситуации – и других специалистов (социального работника, представителя правоохранительных органов, юриста и др.).

Психологическая помощь в ситуации репродуктивного выбора является неотъемлемой частью общей технологии комплексного сопровождения несовершеннолетних беременных, которое призвано максимально активизировать ресурсы для ответственного репродуктивного выбора [1, 8].

Ключевым фактором сохранности репродуктивного здоровья подростков и формирования у них мотивации ответственного отношения к соматическому и психическому благополучию является непосредственная доступность получения психологического консультирования как в очной, так и в заочной форме (телефонное консультирование), получение

психообразовательной информации по вопросам полового и репродуктивного просвещения.

Одним из важных аспектов сопровождения несовершеннолетней беременной является ее информирование по социально значимым правовым и медицинским вопросам. Осуществление психологической помощи и предоставление информации по различным аспектам в контексте ситуации беременности возможно в условиях СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» в рамках круглосуточной психологической службы «Телефон доверия». Консультирование несовершеннолетних беременных и их ближайшего окружения проводят медицинские психологи. Специалисты службы «Телефон доверия» обладают профессиональными и личностными компетенциями, а также необходимыми знаниями для оказания психологической помощи и информирования по вопросам сохранения репродуктивного здоровья (медицинский, правовой, социальный аспекты). Цель консультирования – оказание психологической поддержки, предоставление возможности получения медико-социальной и правовой помощи у специалистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Наряду с другими видами психологической помощи «Телефон доверия» имеет ряд преимуществ: общедоступность, бесплатность, анонимность, конфиденциальность. Необходимо помнить, что телефонное психологическое консультирование направлено на решение различного рода психологических проблем абонента (подростка, родителя), где основным средством воздействия является определенным образом построенная беседа, в ходе которой психолог использует специальные приемы и техники. Структура каждой конкретной консультации должна исходить из индивидуальности ситуации, в которой находится абонент. Кроме того, необходимо учитывать его культурные и социальные особенности. Эффективное телефонное консультирование предполагает работу с заявленной проблемой

абонента и зачастую принятие решений, касающихся выходов из трудной ситуации [9, 10].

Задачей специалиста службы «Телефон доверия» является предоставление несовершеннолетней беременной возможности всецело описать волнующую ее ситуацию, задать необходимые вопросы для стабилизации ситуативного психоэмоционального состояния. Во взаимодействии с девушкой специалист ориентируется на ее актуальное состояние и потребности в получении помощи (психологической, медико-социальной, информационной). В завершение беседы необходимо резюмировать полученную информацию, убедиться, что несовершеннолетняя осознает важность медико-психологического сопровождения в ситуации непредвиденной беременности и мотивирована на это, удостовериться в том, что девушка находится в стабильном эмоциональном состоянии, и сообщить о возможности круглосуточного обращения за психологической помощью в службу «Телефон доверия».

При обращении несовершеннолетней к специалистам с целью получения информации о возможной (предполагаемой) беременности, психолог, задавая уточняющие вопросы, выясняет основания для данного предположения, определяет чувства, испытываемые девушкой в связи с предполагаемой беременностью, оценивает отношение к ней, предоставляет возможность очного обращения за поддержкой для обсуждения возникшей ситуации.

При обращении несовершеннолетней с подтвержденной беременностью специалист службы «Телефон доверия» проводит эмоционально поддерживающую терапию, проясняет отношение девушки к рождению детей, ее ожидания. При выявлении факта непредвиденной беременности выясняются препятствия к рождению ребенка, аргументы за и против сохранения беременности. В процессе психологического консультирования важно установить отношение к беременности предполагаемого

отца ребенка и родителей девушки (принятие/неприятие, категоричность, эмоциональная поддержка и т. п.), обсудить правила и законы в семье (внутренние интеракции, традиции, отношение к деторождению и созданию семьи, ценности любви и брака, религиозные и моральные ограничения, запреты).

Важно помнить, что специалист не подталкивает к решению, не навязывает свои принципы и примеры относительно пользы того или иного выбора. Девушка приходит к решению самостоятельно. Задача психолога службы «Телефон доверия» состоит в том, чтобы создать условия для ответственного репродуктивного выбора: оказать эмоциональную поддержку, дать необходимую (исчерпывающую) информацию относительно возможности получения всех видов помощи, при востребованности оказать информационную поддержку родителям (законным представителям) несовершеннолетней.

Выводы. Значимость оказания психологической помощи в формате телефонного консультирования в составе комплексного сопровождения несовершеннолетних беременных очевидна. По предварительным данным, с января 2021-го по сентябрь 2022 года количество консультативных звонков-обращений в службу «Телефон доверия» увеличилось примерно на 9%, а количество звонков-обращений, касающихся вопросов непредвиденной беременности, – на 15%. Полученные данные свидетельствуют о востребованности у подростков дистанционных (заочных) форм консультирования. Таким образом, психологическая служба «Телефон доверия» в составе центров охраны репродуктивного здоровья является важным ресурсом для сохранения и укрепления соматического и психологического здоровья подростков.

Список литературы

1. Кононова Т.А. Психологическое сопровождение несовершеннолетних беременных в ситуации репродуктивного выбора

(трехэтапная модель консультирования). Учебно-метод. пособие / Ред. В.И. Орёл, М.Ф. Ипполитова. Санкт-Петербург, 2022. 48 с.

2. World Health Organization [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/> (дата обращения – 16.10.2022).

3. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1200 с.

4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 24.09.2022).

5. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 04.08.2022) (с изм. и доп., вступил в силу 01.09.2022).

6. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 № 60869).

7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступил в силу 01.09.2022).

8. Психологическое сопровождение несовершеннолетних беременных в ситуации репродуктивного выбора. Метод. рекомендации. Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр для детей “Ювента” (репродуктивное здоровье)», 2019.

9. Скавинская Е.Н. Алгоритмы психологического консультирования в формате телефона доверия. Учебное пособие. Томск: ТГУ, 2012. 162 с.

10. Филлипова Е.В. Детская и подростковая психотерапия. Москва: Юрайт, 2015. С. 430.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ

Верешко Е.В., Чермных С.В., Говоруха И.Т.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР, РФ

Резюме. Большинство юных беременных изначально не имеют осознанного желания иметь ребенка, а отсутствие благоприятной психологической настроенности на беременность влечет ряд серьезных проблем – социальных, психологических, медицинских, т. к. состояние длительного психоэмоционального стресса у юных беременных оказывает влияние на течение гестационного процесса и исход родов. Низкий социально-экономический уровень жизни, раннее начало половой жизни, наличие психотравмирующих факторов (конфликтных ситуаций в семье, школе, личная неустроенность) и вредных привычек оказывают пагубное влияние на психоэмоциональный статус юных беременных. Проведенный анализ в целом подтверждает психоэмоциональную неустойчивость во время беременности у юных девочек, у подавляющего большинства которых отсутствуют заинтересованность, психологическая и эмоциональная готовность к вынашиванию беременности и рождению ребенка, что определяет важность проблемы ювенильной беременности как для перинатальных психологов, так и для практикующих врачей акушеров-гинекологов.

Ключевые слова: юные беременные; психоэмоциональное состояние

Актуальность. В настоящее время предложено множество подходов к изучению готовности к материнству юных

беременных, т. к. она служит основанием для прогноза течения беременности, родов, дальнейшего материнского поведения. Нередко наступление беременности является для девочки-подростка неожиданным и не совсем желанным событием, что сопровождается ростом тревоги и беспокойства, особенно в случае отклонения течения беременности от физиологического, при диагностике врожденных аномалий у плода. Доказано, что физиологический или психогенный стресс, повышенный уровень тревожности существенно меняют нейрогуморальный баланс [1]. Стрессы во время беременности приводят к репродуктивным потерям, преждевременным родам, гипоксии плода, гестозам, плацентарным нарушениям, нарушениям развития плода, рождению ребенка с малым весом, к возникновению психосоматических и психопатологических расстройств. Исследователи считают беременность испытанием для психики, периодом длительного эмоционального напряжения и адаптации женщины к новым условиям [2]. Беременность подростка часто сопровождается сильным стрессом и конфликтной семейной ситуацией, которые сами по себе являются мощным патогенным фактором. Формированию стресса во время беременности у юных способствуют негативные эмоции, которые возникают в связи с необходимостью женщины решать ряд вопросов, связанных с ее новым положением, внутриличностные конфликты, сомнения относительно целесообразности сохранения беременности [3]. Несовершеннолетние беременные боятся болевых ощущений и осложнений, которые могут возникнуть на протяжении беременности и во время родов, боятся ответственности стать молодой мамой — из-за недостатка знаний, отсутствия свободного времени, нарушения сна (хроническое недосыпание), недостатка или полного отсутствия поддержки мужа и семьи. Юные беременные часто скрывают или игнорируют факт своей беременности, не соблюдают надлежащего режима

поведения и питания, имеют вредные привычки (алкоголизм, курение, наркомания, токсикомания, компьютеромания, интернет-зависимость), что пагубно сказывается на вынашивании ребенка [4–6]. В условиях современного общества, постоянного увеличения потока информации, экологических, экономических, политических, социально-бытовых и нравственных проблем юные беременные являются наиболее уязвимой частью общества, которая испытывает психоэмоциональный стресс. Стресс и тревожные состояния приводят к увеличению частоты осложнений в родах [7].

Обращение несовершеннолетних беременных к врачу акушеру-гинекологу на ранних стадиях беременности увеличивает возможность создания доверительных отношений при лечении совместно с психологом, способствует отказу от вредных привычек, улучшению течения беременности и результатов родов [3, 8]. Учитывая, что беременность у юных сама по себе является психологической нагрузкой для нервной системы, следует особое значение придавать вопросу психологического сопровождения несовершеннолетних беременных.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства. Проведено анонимное анкетирование 114 беременных: в основную группу были включены 69 юных беременных от 13 до 18 лет (в среднем $16,18 \pm 1,32$ лет), контрольную группу составили 45 женщин репродуктивного возраста от 20 до 25 лет (в среднем $22,89 \pm 1,27$ лет). Перед анкетированием каждая юная беременная получила письменное согласие одного из родителей или их законных представителей (усыновителей, удочерителей, опекунов или попечителей). Вопросы анкеты были составлены лаконично и понятно для беременных разного возраста. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программ *Microsoft Excel 2019*,

при анализе статистической достоверности использовали *t*-критерий Стьюдента для нормального распределения (*Microsoft Corporation*, США).

Результаты. При анализе данных анкет выявлено, что 63 (91,4%) подростка и 9 (20%) женщин назвали свою беременность случайной ($p < 0,05$). Оценить свое отношение к наступившей беременности не смогли 3 (4,35%) юные пациентки и 1 (2,22%) женщина репродуктивного возраста. Выяснилось, что подавляющее большинство женщин основной группы (59 человек, или 85,5% случаев) никогда не использовали контрацептивы, в то время как в контрольной группе таких женщин было 15 (33,3%) ($p < 0,05$). Каждая третья несовершеннолетняя беременная (33,33%) и 3 (6,7%) женщины контрольной группы ($p < 0,05$) не знали методов контрацепции, вступая в интимные отношения. Более половины юных беременных (40 человек, или 58,0%) надеялись, что беременность не наступит, в 10 (14,49%) случаях имел место отказ полового партнера от использования средств контрацепции, 7 (10,15%) девочек постеснялись предложить использовать средства контрацепции партнеру, в 6 (8,7%) случаях причиной отсутствия методов контрацепции были финансовые трудности. Среди беременных контрольной группы наблюдались другие результаты ($p < 0,05$): 6 (13,33%) женщин не ожидали, что беременность наступит без использования средств контрацепции, 1 (2,22%) женщина не использовала контрацептивы вследствие отказа партнера от их применения, 2 (4,4%) женщины сами не предложили партнеру использовать контрацептивы.

Средний срок беременности, в котором несовершеннолетние узнали о наличии у них беременности, составил $9,2 \pm 1,2$ нед., тогда как в контрольной группе — $5,6 \pm 1,4$ нед. ($p < 0,05$). При оценке реакции и характера чувств, которые испытывали подростки, узнав о своей беременности, выявлено, что 40 (58%)

из них ощущали страх; это превышает аналогичный показатель у женщин репродуктивного возраста (17 человек, 37,8%) ($p < 0,05$). Озадаченность и замешательство испытывали 38 (55,1%), грусть и жалость к себе – 26 (37,7%) несовершеннолетних. Среди женщин контрольной группы эти показатели составили 26,7% (12) и 11,1% (5) соответственно ($p < 0,05$). Негодование и раздражение, чувство гнева по отношению к себе и партнеру несовершеннолетние беременные ощущали в 37,7% (26) и 30,4% (21) случаев соответственно, тогда как среди женщин контрольной группы подобные чувства испытывала меньшая их часть – 8,9% (4) и 11,1% (5) соответственно ($p < 0,05$). Чувство счастья и радости при наступлении беременности ощущали 12 (17,4%) юных женщин, в 3 (4,4%) случаях в качестве первой реакции оказалось равнодушие, апатия и безразличие. Совсем другим был результат первых эмоций в группе женщин репродуктивного возраста: у 28 (62,2%) из них ощущение счастья и радости было первым и основным чувством при наступлении беременности, что достоверно отличается от аналогичного параметра в основной группе ($p < 0,05$). Пожелали скрыть факт беременности 16 (23,2%) юных беременных и 5 (11,1%) женщин контрольной группы ($p < 0,05$). Желание рассказать о своей беременности отмечалось у 35 (50,7%) юных беременных и у 27 (60%) беременных репродуктивного возраста ($p > 0,05$).

Сразу приняли решение вынашивать беременность и рожать ребенка 26 (57,8%) женщин контрольной группы, в основной группе такое желание встречалось в 2 раза реже – у 18 (26,1%) несовершеннолетних ($p < 0,05$). Прервать данную беременность намеревались 16 (23,2%) юных беременных, что значительно больше, чем среди женщин контрольной группы: 4 (8,9%) ($p < 0,05$). Чувство внутреннего неприятия факта беременности было у 20 (28,9%) юных и у 4 (8,9%) женщин репродуктивного возраста ($p < 0,05$). У 12 (17,4%) несовершеннолетних и у 2 (4,4%)

женщин контрольной группы отмечались депрессивные мысли, нежелание жить дальше ($p < 0,05$).

Для 22 (48,9%) пациенток репродуктивного возраста основным фактором сохранения беременности явилось положительное мнение отца ребенка, в то время как для юных это было менее чем в трети случаев – у 18 (26,1%) ($p < 0,05$). Главной причиной сохранения беременности юными девочками – 43 (62,3%) случая – стало опасение развития бесплодия после медицинского аборта, в контрольной группе таких женщин было 17 (37,8%) ($p < 0,05$). Стоит отметить, что немаловажным для беременных обеих групп оказался страх перед прерыванием беременности: в 31 (44,9%) случае в основной группе и в 11 (24,4%) случаях среди женщин репродуктивного возраста ($p < 0,05$). Чувство любви к будущему ребенку оказало влияние на сохранение беременности у 23 (33,3%) юных беременных и у 18 (40%) пациенток контрольной группы ($p > 0,05$). Каждая четвертая несовершеннолетняя беременная (16 человек, 23,2%) и 11,1% (5) взрослых женщин мотивировали свои действия желанием удержать отца ребенка и создать семью ($p < 0,05$). Поддержка родителей и родственников в виде моральной и материальной помощи была практически одинаковой для женщин обеих групп и составила 15 случаев (21,7%) среди юных и 10 (22,2%) среди женщин репродуктивного возраста ($p > 0,05$). Партнеры женщин контрольной группы испытывали радость в 22 (48,8%) случаях, а в группе несовершеннолетних беременных – в 10 (14,5%) случаях ($p < 0,05$). Спокойствие сохраняли четверть партнеров несовершеннолетних беременных (18 человек, 26,1%) и 10 (22,2%) партнеров беременных контрольной группы ($p > 0,05$). Удельный вес отцов, которые продолжили отношения с беременными и старались уговорить их на медицинский аборт, составил 33,3% (23) в группе юных беременных и 11,1% (5) среди женщин контрольной группы

($p < 0,05$). Прекратили взаимоотношения со своими партнерами 16 (23,2%) человек в группе несовершеннолетних беременных и 6 женщин (13,3%) в контрольной группе ($p < 0,05$), стали инициаторами разрыва взаимоотношений 3 (4,35%) юных беременных и 2 (4,4%) женщины.

Понимание, поддержка и помощь в контрольной группе женщин фиксировалась чаще, чем среди родителей юных беременных: 75,6% (34) и 42% (29) соответственно ($p < 0,05$); равнодушие отмечалось в 5 (7,25%) семьях юных беременных и 3 (6,66%) семьях женщин контрольной группы ($p > 0,05$); беременность дочери родители юных девочек осуждали практически в каждом четвертом случае (18 человек, 26,08%), в то время как среди родителей пациенток контрольной группы аналогичная реакция была в 4 (8,9%) случаях ($p < 0,05$). Прервать данную беременность советовали родители 16 (23,2%) несовершеннолетних и 4 (8,9%) женщин контрольной группы ($p < 0,05$); предложили сохранить беременность, но в дальнейшем отказаться от ребенка 5,8% (4) родителей юных беременных и 2,2% (1) родителей пациенток контрольной группы ($p < 0,05$).

В ожидании будущего ребенка отмечались интерес и чувство уверенности в своих силах у 32 (71,1%) и 26 (57,8%) женщин контрольной группы соответственно. Юные беременные испытывали эти чувства гораздо реже – в 22 (31,9%) и 12 (17,4%) случаях соответственно ($p < 0,05$). Основной эмоцией, которая была связана с будущим материнством для юных беременных, стала тревога, которая фиксировалась в 40,6% (28) случаев. В контрольной группе чувство тревоги наблюдалось практически в 2 раза реже – в 22,2% (10) случаев ($p < 0,05$). В трети случаев юные женщины ожидали роль матери с надеждой (24 человека, 34,8%) и неуверенностью (23 человека, 33,3%). Женщинам контрольной группы чувство надежды было присуще чаще – в 44,4% (20) случаев, а неуверенности в себе – реже: в 11,12% (5) ($p < 0,05$).

Чувствовали себя спокойно 14 (31,1%) беременных репродуктивного возраста и 13 (18,8%) юных беременных ($p > 0,05$).

Все женщины репродуктивного возраста планировали выписку домой вместе со своим ребенком, такие же планы имели 63 (91,3%) юные мамы, отказаться от ребенка в роддоме намеревалась 1 (1,5%) юная беременная, не смогли однозначно определить свою позицию по данному вопросу 5 (7,25%) девочек.

Желание обрести смысл жизни в воспитании малыша выражали 75,6% (34) женщин и 36,2% (25) несовершеннолетних; желание создать семью – 18 (40%) и 47 (68,12%) ($p < 0,05$) соответственно. Удержать партнера с помощью ребенка планировала практически каждая четвертая несовершеннолетняя беременная. 8 (11,6%) юных беременных и 3 (6,66%) женщины контрольной группы рассматривали материнство как шанс получать материальные блага от отца ребенка, родственников, государства. Следует отметить, что практически каждая пятая несовершеннолетняя беременная (13 человек, 18,8%) не задумывалась о своей дальнейшей жизни, тогда как в группе женщин оптимального репродуктивного возраста такой показатель составил 2,2% (1) ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, данная беременность для подавляющего большинства юных была незапланированной, к ней несовершеннолетние пациентки не были подготовлены ни в социально-психологическом, ни в медицинском плане, а среди эмоций на первый план выступали чувство страха, тревоги, неуверенности.

В связи с этим юные беременные нуждаются в особом внимании со стороны общества, семьи и медицинских работников. Важным этапом в развитии помощи юным беременным и матерям становится оказание психологической и медико-социальной помощи в специализированных центрах, задачей которых является сопровождение несовершеннолетних

во время беременности, оказание им поддержки до и после родов, а также дальнейшее наблюдение.

Список литературы

1. Равинг Л.С., Литвинова Н.А., Чепкой К.С. Особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с высоким уровнем личностной тревожности // Успехи современного естествознания. 2004. № 12. С. 76–77.

2. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Учеб. пособие. Москва: изд-во Института психотерапии, 2002. 240 с.

3. Щукина Е.Г., Соловьёва С.Л. Самоорганизация системы «мать–дитя» под влиянием стресса // Мир психологии. 2008. № 4. С. 112–120.

4. Организация наркологической помощи и ухода для женщин: тематические исследования и накопленный опыт / Организация объединенных наций. Нью-Йорк, 2005. С. 5–7, 10, 19–23.

5. Сюсюка В.Г. Оценка влияния психологического состояния женщин во время беременности на уровень пролактина // Здоровье женщины. 2014. № 5(91). С. 94–97.

6. Воробьёва И.И., Ткаченко В.Б., Черненко Т.С., Коломийцева К.А. Особенности психоэмоционального статуса у женщин с угрозой преждевременных родов // Сб. научных работ Ассоциации акушеров-гинекологов Украины (дополнение). Киев, 2012. С. 12–16.

7. Янюта С.М., Присяжнюк В.П. Особенности адаптации беременных к действию хронического психоэмоционального стресса // Вестн. науч. исследований. 2006. № 2. С. 95–96.

8. Szegedi A., Kohnen R., Dienel A., Kieser M. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS5570: randomized controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. BMJ 2005. Mar 5;330(7490):503.

СЕМЕЙНАЯ СИСТЕМА КАК ОСНОВНОЙ РЕСУРС ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПИЩЕВОГО НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКА

Кононова Т.А., Фёдорова Е.Я.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного
здоровья подростков “Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Развитие нарушения пищевого поведения у подростка может быть обосновано целым комплексом провоцирующих факторов. Концепция дисгармоничной семейной системы как основной причины возникновения пищевого расстройства подвергается все большей критике со стороны исследователей. Тем не менее, подобная семейная система, обладающая специфическими особенностями, может являться одним из факторов, пролонгирующих нарушение пищевого поведения у подростка. Стоит помнить о взаимовлиянии поведения членов семьи: как семейная система может являться провоцирующим фактором для пищевого нарушения у подростка, так и наличие подростка с расстройством пищевого поведения может оказать значительное негативное влияние на семейную жизнь. Основным постулатом современного подхода к психокоррекции пищевых расстройств является концентрация внимания специалиста не на поиске причин заболевания, а на использовании семейной системы как основного ресурса для излечения подростка.

Ключевые слова: детско-родительские отношения; нервная анорексия; пищевые расстройства; подростки; семейная терапия

Понятие и этиология. Нервная анорексия – расстройство, которое характеризуется преднамеренной потерей массы

тела, вызванной и поддерживаемой пациентом. Симптоматика включает ограничение диеты, чрезмерную физическую нагрузку, прием рвотных, слабительных и мочегонных средств, а также препаратов, понижающих аппетит [1]. В настоящее время рассматриваются следующие основные факторы риска развития анорексии [2]:

- *генетические* (стремление к худобе наиболее тесно связано с нервной анорексией, обуславливая новые генетические локусы на хромосомах 1 для смешанного показателя и 13 для стремления к худобе);

- *социальные* (активная пропаганда в средствах массовой информации);

- *психологические* (нервная анорексия как средство достижения определенного желания, структурированное на сознательном и бессознательном уровнях);

- *семейные* (наличие родственников или близких, страдающих нервной анорексией, нервной булимией или ожирением);

- *биологические* (избыточная масса тела и раннее наступление первой менструации);

- *личностные* (перфекционистски обсессивный тип личности, низкая самооценка, чувство собственной неполноценности, неуверенности и несоответствия требованиям);

- *культуральные* (проживание в индустриально развитой стране и акцент на стройности как главном признаке женской красоты);

- *возрастной* (подростковый и юношеский возраст как группа риска);

- *антропологические* (связь нервной анорексии с поисковой активностью человека);

- *органические* (наркотическая зависимость от чувства голода; влияние катехоламинов; повышение секреции серотонина; генетический компонент).

Несмотря на множественность факторов, роли семьи и ее влиянию на формирование предрасположенности к нервной анорексии у подростков уделялось особое внимание на протяжении всего периода изучения пищевых расстройств. Подобное внимание базируется в первую очередь на основном принципе теории семейных систем, согласно которому надлежит рассматривать семейную систему в целом, а не поведение каждого ее члена по отдельности. Поскольку структура и организация семьи влияют на поведение ее членов, на протяжении длительного времени семейный фактор считался основной причиной, провоцирующей развитие пищевого расстройства у подростка.

Данная теория неоднократно подвергалась критике за недоказанные предположения о том, что дисфункция, наблюдаемая в семьях, была причиной, а не реакцией членов семьи на расстройство пищевого поведения у ребенка [3]. *Polivy and Herman*, рассмотрев влияние ряда факторов на развитие расстройств пищевого поведения, сообщили, что семейные характеристики могут рассматриваться как вторичные по отношению к присутствию больного члена семьи, а не как причина [4]. Их выводы свидетельствовали о том, что семейные факторы сами по себе не являются причинными и для развития расстройства пищевого поведения необходимы дополнительные факторы уязвимости (биологические или эмпирические). Помимо этого, рассмотрение семьи как основного фактора, лежащего в основе риска формирования расстройства пищевого поведения, влечет за собой стигматизирующий эффект, который препятствует эффективному вовлечению семьи в терапевтический процесс. По вышеуказанным причинам Академией расстройств пищевого поведения (*Academy of Eating Disorders*) была принята позиция категорического непринятия любой этиологической модели расстройств пищевого поведения, в которой влияние семьи рассматривается как основной фактор формирования нервной

анорексии и нервной булимии [5]. Таким образом, в последние годы внимание исследователей переключилось на то, каким образом функционирование семьи может поддерживать расстройство пищевого поведения. Иначе говоря, современный подход к коррекции пищевых расстройств концентрируется не на изучении причин болезни, а на наличии крепкой связи между детьми и родителями, предоставляя последним возможность использовать свою любовь к ребенку для помощи ему.

Особенности семьи в контексте нарушений пищевого поведения. Взаимоотношения в семьях больных расстройствами пищевого поведения имеют большое значение для диагностики и терапии. *Minuchin, Rosman и Baker (1978)* выделили группу характеристик семейной системы, которые были репрезентативными для семей пациентов с диагнозом нервной анорексии: запутанность, ригидность, избегание конфликтов и отсутствие их разрешения, гиперопека [6]. Процесс взаимодействия в данных семьях определяется контролируемыми, гармонизирующими и гиперопекающими импульсами, вследствие чего семейный микроклимат характеризуется скорее как неблагоприятный [7]. Довольно часто подобные семьи склонны демонстрировать вовне картину согласия и гармоничных взаимоотношений, что снижает вероятность их обращения за помощью даже при понимании тяжести соматического состояния больного пищевым расстройством.

Исследования показывают, что наличие члена семьи с расстройством пищевого поведения может оказать значительное негативное влияние на семейную жизнь. Например, основные чувства, испытываемые родителями в сложившейся ситуации, включают в себя: замешательство, разочарование, ощущение вины, стресс, одиночество, подавленность, безнадежность, отсутствие контроля и страх перед будущим. Как правило, родители размышляли о предполагаемых ошибках, которые они

могли допустить в воспитании ребенка, а также о стигматизации, с которой они столкнулись на протяжении всего процесса лечения. Помимо этого, многие родители отметили ухудшение собственного физического и ментального здоровья с начала болезни ребенка и указали на финансовые и логистические препятствия для получения доступа к помощи, что усиливало чувство социальной изоляции и разочарования [8, 9]. В свою очередь, дети в подобных семьях сообщают о возникновении дискомфорта, связанного с изменением бытового распорядка, а также с концентрацией внимания родителей на ребенке с пищевым расстройством, на фоне чего другие дети в семье испытывают чувство покинутости, ненужности и изолированности [10]. Интенсивный стресс и тревога в семьях, где ребенок болен пищевым расстройством, способны провоцировать развитие депрессивных расстройств у других членов семьи [11].

Таким образом, пищевые расстройства не только несут угрозу самому больному, но и значительно снижают качество жизни всей семьи. По этой причине подключение семьи обязательно при лечении каждого больного с анорексией и имеет столь же большое значение, как и воздействия, ориентированные непосредственно на пациента.

Семейная терапия при пищевых расстройствах. Система семейной терапии Модсли (*FBT*) – система лечения ограничительных расстройств пищевого поведения, разработанная научно-исследовательской группой Лондонской психиатрической клиники Модсли под руководством Кристофера Дэйра. Данный алгоритм на сегодняшний день является одной из немногих лечебных программ для работы с ограничительными расстройствами пищевого поведения, имеющих серьезную доказательную базу и подтвердивших свою эффективность в рамках эмпирических исследований [12]. Согласно данному подходу, семейную среду следует использовать как некую основу

для семейной интеграции, выработки новой модели семейных отношений. Таким образом, в процессе терапии медицинскими специалистами создаются необходимые для выздоровления условия с точки зрения обеспечения режима питания и необходимой медикаментозной поддержки. Роль родителей, в свою очередь, заключается в активном обеспечении положительной эмоциональной среды, способствующей физическому и психологическому выздоровлению пациента [13].

Система семейной терапии Модсли базируется на пяти основных принципах [14]:

1) агностический взгляд на причину болезни (лечение направлено на вовлечение семьи в качестве ресурса для изменения поведения подростка, а не на поиск причин болезни);

2) неавторитарная позиция психотерапевта (специалист активно участвует в лечении, предоставляя рекомендации и выполняя психообразовательную функцию, но при этом оставляет за родителями право считать себя экспертами в области своей семьи);

3) расширенные права и возможности родителей (укрепление доверия к родителям, мотивирование на принятие роли основных агентов изменений в процессе выздоровления подростка);

4) экстернализованность (расстройство пищевого поведения отделено от подростка, что необходимо для эффективного снижения родительской критики и враждебности в случае его неудач);

5) прагматичный подход к лечению (специалист остается сосредоточенным на уменьшении симптоматики пищевого расстройства, несмотря на возможные требования родителей обратиться в первую очередь к проблемам, вторичным по отношению к пищевому расстройству, включая повышенную раздражительность, депрессию, беспокойство, трудности с концентрацией внимания или социальную изоляцию).

Семейная терапия по методу Модсли осуществляется в три этапа:

- на первом этапе членов семьи обучают, как правильно кормить подростка (например, с помощью контролируемого семейного питания) и восстановить вес его тела;
- второй этап заключается в постепенном снижении контроля над питанием подростка;
- третий этап следует после восстановления у подростка способности самостоятельно поддерживать вес и нацелен на формирование у него здоровой личности.

Следует отметить эффективность данного подхода к психокоррекции не только нервной анорексии, но и других расстройств пищевого поведения, а также наличие положительного эффекта при его применении в психологическом сопровождении пациентов более младшего возраста (9–12 лет) [15, 16].

Концептуальные основы программы «Школа родителей».

В рамках Центра коррекции нарушений пищевого поведения на базе СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» реализуется программа групповых занятий «Школа родителей», направленная на создание у родителей подростков с нарушением пищевого поведения позитивной установки на формирование здоровых семейных отношений.

Прохождение программы «Школа родителей» предполагает посещение 10 занятий по 2 академических часа каждое. Занятия проводятся в группах по 10–15 человек, участники которых могут обратиться к своим жизненным ситуациям и к происходящему в группе. Многие родители осознают недостатки воспитания, но очень часто им не хватает элементарной психологической грамотности, чтобы решить проблемы. Анализ семейных ситуаций в группе помогает родителю взглянуть на себя со стороны, глазами других, и тем самым объективизировать свое поведение. Родители начинают лучше понимать собственные стереотипы

воспитания, которые не всегда являются результатом осознанного выбора воспитателя, а обычно либо перенимаются «по наследству» от родителей, либо являются следствием представлений об отношениях ребенка и родителя, полученных из близкого социального окружения, средств массовой коммуникации и информации. Все, что происходит в группе, становится групповым опытом, который может быть осознан и интерпретирован отдельными участниками и группой в целом. Таким образом, опыт каждого становится доступен всем участникам группы.

Программа «Школа родителей» позволяет включение на любом этапе работы упражнений на повышение сплоченности, на отреагирование эмоций, на проработку сопротивления и агрессии. При необходимости одна тема может рассматриваться на нескольких занятиях, то есть увеличится их количество. По просьбе родителей могут быть организованы индивидуальные консультации по проблемам взаимодействия с детьми.

Акцентируя внимание на построении оптимальных семейных взаимоотношений как на факторе, влияющем на выздоровление, программа «Школа родителей» нацелена:

- на сдвиг родительских представлений о природе расстройств пищевого поведения, о возможных причинах и методах их коррекции в сторону большей адекватности;
- на возрастание родительской ответственности в семейных отношениях и готовности помогать своему ребенку в выздоровлении;
- на оптимизацию стиля родительско-детских отношений;
- на повышение функциональности системы отношений в семье;
- на оптимизацию стратегий поведения родителей в ситуациях, связанных с приемом пищи;
- на повышение уровня компетентности семьи в данных вопросах.

Результатом воздействия на участников программы могут быть улучшение психологического климата во взаимоотношениях между родителями и детьми, повышение психологической грамотности родителей, положительная динамика нарушений пищевого поведения, ощущение внутреннего спокойствия, возрастающее чувство уверенности в себе при выполнении семейных обязанностей, принятие своих детей. Таким образом, занятия должны установить более теплый эмоциональный контакт между родителями и детьми, способствовать закреплению доброжелательности и понимания в семье.

Выводы. При психокоррекции нарушений пищевого поведения важно помнить, что в помощи специалистов нуждаются не только непосредственно пациенты, но и их семьи. Несмотря на то что подобные семьи могут обладать специфическими особенностями, каждая из этих семей может стать тем самым ресурсом, который обеспечит выздоровление подростка с пищевым нарушением. Цель психологической помощи родителям — помочь им и детям усвоить как можно больше подходящих типов взаимодействия. Оно должно строиться на основе принципа равных, чувства собственного достоинства и взаимного уважения. Основная задача семейного воспитания — помочь ребенку стать компетентным человеком, который использует конструктивные средства для формирования своего общественного положения. В системе детско-родительских отношений родитель является ведущим звеном, и от него в большей мере зависит, как складываются эти отношения, поэтому одной из задач является формирование навыков сотрудничества родителей с ребенком.

Список литературы

1. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

2. Сергеев В.Н., Михайлов В.И., Одинец А.Г., Щербова З.Р. Формирование, клиника и лечение нервной анорексии // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2013. № 7.
3. Treasure J., Sepulveda A.R., MacDonald P., Whitaker W., Lopez C., Zabala M., Kyriacou O., Todd G. The assessment of the family of people with eating disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2008;16:247–55.
4. Polivy J., Herman C.P. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol.* 2002;53:187–213.
5. le Grange D., Lock J., Loeb K., Nicholls D. Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2010 Jan;43(1):1–5.
6. Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context.* Harvard University Press, 1978. Cambridge.
7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. Москва: Эксмо, 2005. 992 с.
8. Cribben H., Macdonald P., Treasure J., Cini E., Nicholls D., Batchelor R., Kan C. The experiential perspectives of parents caring for a loved one with a restrictive eating disorder in the UK. *BJPsych Open* 2021;7(6):E192.
9. Fox J.R.E., Dean M., Whittlesea A. The Experience of Caring For or Living with an Individual with an Eating Disorder: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Clin. Psychol. Psychother.* 2017;24:103–25.
10. Maon I., Horesh D., Gvion Y. Siblings of Individuals with Eating Disorders: A Review of the Literature. *Front Psychiatry.* 2020 Jun 30;11:604.
11. Zabala M.J., Macdonald P., Treasure J. Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2009;17:338–49.

12. Lock J. Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2011;24(4):274–9.
13. Lock J. *Help your teenager beat an eating disorder*. New York: Guilford Press. 2005;VIII:296.
14. Rienecke R.D., Le Grange D. The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders. *J Eat Disord*. 2022;10:60.
15. Le Grange D., Crosby R.D., Rathouz P.J., Bennett L. Leventhal. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 2007–9;64,9:1049–56.
16. *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach*. New York: Guilford Press. 2001;XVIII:270.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИЛЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ДЕВУШЕК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Архиповская О.А.¹, Большакова Т.В.², Юдина Д.А.²

¹ Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет»,
г. Ярославль, Россия

Ключевые слова: нарушение пищевого поведения; нервная анорексия; стиль пищевого поведения; копинг-стратегии

Резюме. В статье проанализированы и обобщены результаты исследования стилей пищевого поведения и копинг-стратегий у девушек с нервной анорексией. Определены значимые различия в предпочитаемых стилях пищевого поведения и копинг-механизмов как у девушек с нарушениями пищевого поведения, так и у здоровых девушек. Также выявлены взаимосвязи стиля пищевого поведения и копинг-стратегий у тех и других.

Расстройство приема пищи — психогенно обусловленный поведенческий синдром, связанный с нарушениями в приеме пищи. Нервная анорексия — «сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты» [1. С. 25]. Типичный возраст развития заболевания — подростковый и период юности, начинается между 13 и 20 годами, пик приходится на 17–18 лет. Анорексией страдают преимущественно девушки, известны случаи у женщин старшего возраста (до наступления

менопаузы), реже – мальчики и юноши. Матери или отцы больных часто имеют признаки анорексии в анамнезе [2, 3]. Существует два подхода к пониманию возникновения нарушений пищевого поведения: психологическая и физиологическая [4]. Большинство специалистов придерживаются психологической теории. Они уверены, что причина нарушений кроется в психологическом состоянии человека: его восприятии себя, установках и ценностях. Также психологические факторы разделяют на проблемы «родом из детства» (эмоционально холодные родители, эмоциональная зависимость от тираничной матери, а также нежелание и страх взросления); социальные нормы; наследственность (если кто-то из родственников страдал нарушениями пищевого поведения, то существует вероятность передать данную тенденцию потомкам: анорексия и булимия на 50% обусловлены наследственностью); стрессы (травматические события и перемены в жизни сопровождаются эмоциональным напряжением и переживаниями, захватывающими пищевое поведение).

Стресс – общая реакция организма на воздействие (физическое или психологическое), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом) [4].

Копинг, копинговые стратегии – это то, что делает человек, чтобы справиться со стрессом. Понятие объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы совладать со стрессами и в общем случае – с психологическими трудными ситуациями обыденной жизни. Копинг-стратегии – достаточно стабильное реагирование человека на стрессовые события определенным образом, мало зависящее от типа стресса. В настоящее время выделяют несколько подходов к толкованию понятия «копинг». В нашем исследовании мы используем подход Дж. Амирхана, который обозначил

три группы копингов: решение проблемы (адаптивная), поиск социальной поддержки (адаптивная) и избегание проблемы (неадаптивная) [5].

Цель. Изучить взаимосвязь стиля пищевого поведения и копинг-стратегий у девушек с нервной анорексией и условно здоровых девушек.

Материалы и методы. Было сформировано две группы девушек в возрасте от 15 до 18 лет. Основную (первую) группу составили 25 респондентов, имеющих диагноз нервной анорексии (СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента», Санкт-Петербург). В контрольную (вторую) группу вошли 25 девушек без данного диагноза (условно здоровые учащиеся старших классов школ г. Ярославля и студентки 1-го курса ЯГМУ).

В соответствии с целями исследования в качестве эмпирических методик приняты следующие: Голландский опросник пищевого поведения (англ. *Dutch Eating Behavior Questionnaire*, сокр. *DEBQ*, разработан в 1986 году) [2] и «Индикатор копинг-стратегий» (разработан Д. Амирханом в 1990 году и адаптирован Н.А. Сиротой (1994) и В.М. Ялтонским (1995) [3].

Для определения стиля пищевого поведения использована методика «Голландский опросник пищевого поведения».

Методика включает в себя три шкалы: ограничительный стиль (преднамеренные усилия, направленные на достижение желаемого веса (похудение) посредством самоограничения в питании, диет); эмоциогенный стиль (желание поесть возникает в ответ на различные эмоциональные состояния – страх, раздражение, скуку и т. д.); экстернальный стиль (желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, запахом, текстурой либо видом других людей, принимающих пищу).

Для определения копинг-механизмов использовалась методика «Индикатор копинг-стратегий».

Методика состоит из трех шкал и позволяет выявить следующие копинг-стратегии:

- стратегия разрешения проблем – активная поведенческая стратегия, когда человек старается использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы;

- стратегия поиска социальной поддержки – активная поведенческая стратегия, когда человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым людям;

- стратегия избегания – поведенческая стратегия, когда человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем. Также возможно использование пассивных способов избегания: уход в болезнь, употребление алкоголя и т. д.

Статистическая обработка производилась с использованием программы обработки данных «*Statistica 10*». В качестве методов статистической обработки эмпирических данных использовались непараметрический *U*-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Изучая стили пищевого поведения с помощью методики «Голландский опросник пищевого поведения», мы проанализировали средние показатели выраженности стилей пищевого поведения. Полученные данные представлены в таблице 1.

Анализ результатов показал, что в основной группе показатель ограничительного стиля пищевого поведения выше, чем в контрольной. Мы можем предположить, что для девушек с нервной анорексией более свойственен ограничительный стиль пищевого поведения. Графически результаты представлены на рис. 1.

Таблица 1. Средние арифметические шкал методики «Голландский опросник пищевого поведения» в группах

Группа	Шкала		
	Ограничительный стиль	Эмоциогенный стиль	Экстернальный стиль
Основная	2,72	2,42	3,11
Контрольная	2,31	2,59	3,63



Рис. 1. Профиль показателей стилей пищевого поведения по средним значениям по методике «Голландский опросник пищевого поведения»

Для выявления статистически достоверных различий между двумя выборками по методике «Голландский опросник пищевого поведения» использовался *U*-критерий Манна-Уитни (таблица 2).

Таблица 2. Значение *U*-критерия Манна-Уитни по методике «Голландский опросник пищевого поведения»

Шкала	Средние значения основной группы	Средние значения контрольной группы	<i>U</i>	<i>P</i> -уровень	Уровень значимости
Ограничительное поведение	2,72	2,31	281,00	0,48150	
Эмоциогенное поведение	2,42	2,59	285,50	0,76480	
Экстернальное поведение	3,11	3,63	198,5	0,02608	*

* Различия на уровне значимости $p \leq 0,05$.

На основании результатов выявлены достоверные различия между основной и контрольной группами по шкале экстернального пищевого поведения: у девушек с нервной анорексией значение по этой шкале ниже, чем у девушек условно здоровых. Мы можем сделать вывод о том, что в основной группе девушки менее склонны к экстернальному стилю пищевого поведения.

На следующем этапе подсчитывались и подвергались анализу средние показатели выраженности копинг-стратегий (методика «Индикатор копинг-стратегий»). Полученные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3. Средние арифметические шкал методики «Индикатор копинг-стратегий» в группах

Группа	Шкала		
	Разрешение проблемы	Поиск социальной поддержки	Избегание проблемы
Основная	21,60	20,67	22,67
Контрольная	22,87	20,60	21,13

Анализ результатов показал, что есть различия по шкалам «Разрешение проблемы» и «Избегание проблемы». Девушки с нервной анорексией (основная группа) во фрустрирующих ситуациях чаще прибегают к стратегии избегания. Здоровым девушкам (контрольная группа) свойственно использование такой стратегии, как разрешение проблемы. Графически результаты представлены на рис. 2.



Рис. 2. Профиль показателей копинг-стратегий по средним значениям по методике «Индикатор копинг-стратегий» в группах

Для выявления статистически достоверных различий между двумя выборками по методике «Индикатор копинг-стратегий» использовался *U*-критерий Манна-Уитни. Полученные данные представлены в таблице 4.

Мы не получили достоверных различий между группами по шкалам данной методики.

Для анализа полученных результатов на структурном уровне подвергались анализу корреляционные связи параметров стилей пищевого поведения и параметров копинг-стратегий (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Таблица 4. Значение *U*-критерия Манна-Уитни по методике «Индикатор копинг-стратегий»

Шкала	Средние значения основной группы	Средние значения контрольной группы	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i> -уровень	Уровень значимости
Разрешение проблемы	21,60	22,87	298,50	0,56	0,58	
Поиск социальной поддержки	20,67	20,60	211,50	0,02	0,98	
Избегание проблемы	22,67	21,13	288,50	-0,97	0,33	

В таблице 5 представлены корреляционные связи параметров стилей пищевого поведения и параметров копинг-стратегий в основной группе (девушки, имеющие диагноз нервной анорексии).

Таблица 5. Корреляционные связи шкал Голландского опросника пищевого поведения и шкал Индикатора копинг-стратегий в основной группе

Шкалы	Ограничительный стиль	Эмоциогенный стиль	Экстернальный стиль
Разрешение проблемы	0,47*	0,61**	0,65**
Поиск социальной поддержки	-0,15	0,21	0,40
Избегание проблемы	0,09	0,09	0,36

* Различия на уровне значимости $p \leq 0,05$.

** Различия на уровне значимости $p \leq 0,01$.

Анализируя полученные данные, мы видим, что в основной группе имеется значимая положительная связь между ограничительным стилем пищевого поведения и стратегией разрешения проблемы, следовательно, чем выше выраженность

ограничительного стиля пищевого поведения у девушек с нервной анорексией, тем чаще они используют данную стратегию. Эффективность данной копинг-стратегии проявляется через активное использование всевозможных ресурсов, и можно предположить, что у девушек с нервной анорексией ограничительный стиль выступает в качестве доступного и эффективного ресурса для совладания со стрессом, возможности контроля ситуации через контроль потребления пищи.

Также мы выявили значимую положительную связь эмоциогенного стиля пищевого поведения и такой копинг-стратегии, как разрешение проблемы в стрессовой ситуации, т. е. чем выше выраженность эмоциогенного стиля пищевого поведения, тем чаще девушки прибегают к использованию данной копинг-стратегии. Мы можем предположить, что девушки с нервной анорексией во фрустрирующей ситуации могут либо отказываться от еды, либо переесть на основе отрицательных эмоций и в последующем стараться «избавиться» от этого, испытывая негативные чувства к себе: они видят только такой способ разрешения их проблем.

Кроме того, выявлена значимая положительная связь между экстернальным стилем пищевого поведения и такой копинг-стратегией, как разрешение проблем в стрессовой ситуации, следовательно, повышение выраженности экстернального стиля пищевого поведения приводит к более вероятному использованию в стрессовых ситуациях именно такой копинг-стратегии. Экстернальный стиль пищевого поведения проявляется в том, что человек пытается наесться впрок, про запас: таким образом девушки с нервной анорексией стремятся разрешить проблемы.

В таблице 6 представлены корреляционные связи шкал Голландского опросника пищевого поведения и Индикатора копинг-стратегий в контрольной группе.

**Таблица 6. Корреляционные связи шкал
Голландского опросника пищевого поведения
и шкал Индикатора копинг-стратегий в контрольной группе**

Шкалы	Ограничительный стиль	Эмоциогенный стиль	Экстернальный стиль
Разрешение проблемы	0,53*	-0,38	0
Поиск социальной поддержки	0,54*	-0,01	0,08
Избегание проблемы	-0,46	0,14	0,25

* Различия на уровне значимости $p \leq 0,05$.

По данным таблицы 6 мы видим, что ограничительный стиль пищевого поведения в контрольной группе имеет значимую положительную связь с такими копинг-стратегиями, как разрешение проблемы и поиск социальной поддержки. Можно предположить, что если девушки из контрольной группы (условно здоровые) могут периодически прибегать к ограничительному стилю пищевого поведения, то с большей вероятностью они станут использовать в стрессовых ситуациях эти копинг-стратегии: для наиболее эффективного совладания со стрессом они будут стремиться активно использовать все доступные им ресурсы и обращаться за помощью и поддержкой к окружению, что в итоге позволит им решить свои личностные проблемы.

Выводы. Данное эмпирическое исследование, направленное на выявление взаимосвязи стиля пищевого поведения и копинг-стратегий у девушек с нервной анорексией, позволило выявить следующие особенности.

1. Девушки с нервной анорексией менее склонны к экстернальному стилю пищевого поведения.

2. Для девушек с нервной анорексией (при склонности к ограничительному, эмоциогенному и экстернальному стилям пищевого поведения) характерно использование во фрустрирующих ситуациях копинг-стратегии «разрешение проблемы».

Они видят один ресурс для поиска разрешения своих личностных проблем – ограничительный, эмоциогенный и экстернальный стили пищевого поведения.

3. Здоровые девушки могут периодически прибегать к ограничительному стилю пищевого поведения, но в стрессовых ситуациях они склонны использовать адаптивные копинг-стратегии «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки», что в итоге позволяет им решать свои личностные проблемы, а не продолжать прибегать к ограничительному стилю поведения.

Список литературы

1. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Москва: Эксмо, 2007. С. 23–30.

2. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения. Минск: БГМУ, 2007. С. 175–186.

3. Дадаева В.А., Еганян Р.А., Королёв А.И., Ким О.Т., Драпкина О.М. Типы нарушений пищевого поведения // Профилактическая медицина. 2021. № 24(4). С. 113–119.

4. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. Санкт-Петербург: Питер, 2011. С. 554–556.

5. Мазаева Н.А., Осипова А.А. Нервная анорексия – проблема, далекая от разрешения // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. № 6. С. 85–94.

ВЫЯВЛЕНИЕ СТЕРЕОТИПОВ РЕАГИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Лисовский О.В.¹, Панкратова П.А.¹, Лисица И.А.¹,
Красноруцкая Д.А.², Колосюк В.А.¹, Завьялова А.Н.¹,
Близнякова Д.С.¹, Богданова Е.А.¹*

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия

² Ростовский государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Подростковый возраст является наиболее уязвимым периодом. Формирование стереотипов реагирования зависит от факторов среды, смены социальных сетей, учебной нагрузки и ресурсов здоровья. Психологические изменения отражаются в поведенческих реакциях и отношении к реальности. Оценка пищевого поведения у подростков позволяет выявить эмоциональные, когнитивные и поведенческие характеристики.

Цель исследования. Оценить распространенность нарушений пищевого поведения и стереотипы реагирования студентов первого курса.

Материалы и методы. На кафедре общей медицинской практики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета проведено социологическое исследование с использованием шкалы оценки пищевого поведения (Ильчик О.А.). Анкетированы 303 студента первого курса. Анкета из 51 вопроса, которые группировались в 7 субшкал: стремление к худобе, булимия, неудовлетворенность телом, неэффективность,

перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность. Ответы переводились в баллы, суммы баллов – в стенограммы, характеризующие степень выраженности каждого признака с распределением внутри каждой шкалы.

Результаты. Стремление к худобе определялось у 55 (18,1%) человек от общего количества признаков и соответствовало 5-му стенограмму. Проявления булемии характерны для 44 (14,5%) опрошенных и соответствовали 6-му стенограмму с распределением баллов субшкалы внутри него. Отражение неудовлетворенности телом соответствовали 5-му стенограмму – 183 (60,4%) респондента. Ощущение неэффективности – у 68 (22,4%) человек, что соответствовало 5-му стенограмму. Перфекционизм соответствовал 6-му стенограмму и отмечен у 77 (25,4%) студентов. Недоверие в межличностных отношениях определено у 103 (33,9%) человек и соответствовало 6-му стенограмму. Интероцептивная некомпетентность в седьмой субшкале соответствовала 6-му стенограмму – в 73 (24,1%) наблюдениях.

Таким образом, максимальные нарушения пищевого поведения отражались в неудовлетворенности собственным телом, недоверии и перфекционизме.

Выводы

1. Шкала оценка пищевого поведения позволяет достоверно выявить наличие и выраженность негативного отношения к собственному телу и контактам с окружающими.

2. Особенности поведенческих характеристик и стереотипов реагирования подростков определяют необходимость своевременной психологической диагностики обучающихся на первом курсе.

Список литературы

1. Проскурякова Л.А., Лобыкина Е.Н. Оценка риска нарушений пищевого поведения и особенности питания у студентов

с различным уровнем личностной тревожности. Профилактическая медицина. 2019. Т. 22. № 6. С. 80–86.

2. Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения». Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2011. № 1. С. 39–50.

3. Лисовский О.В., Гостимский А.В., Карпатский И.В., Лисица И.А., Кузнецова Ю.В., Завьялова А.Н. Перспективы дистанционного обучения при формировании профессиональных компетенций в медицинском вузе. Виртуальные технологии в медицине. 2020. № 3(25). С. 101–102.

4. Москвина А.Р., Завьялова А.Н., Лисовский О.В. Оценка пищевого поведения, физической активности студентов первого курса медицинского вуза // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. Сб. материалов междунар. научно-практ. конференции, посвященной 30-летию юбилею Медицинского института ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет». Грозный, 2020. С. 514–517.

5. Кириченко И.Я., Аль Харес М.М., Турун Д.П., Синюгина А.И., Григорьева К.М., Вилина А.А., Панкратова П.А., Близнякова Д.С. Нутритивный статус госпитализированного ребенка. Forcipe. 2021. Т. 4. № 52. С. 76–77.

ТРЕНИНГ КАК ОСНОВНАЯ ФОРМА ГРУППОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ

Кононова Т.А., Гризан М.А.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного
здоровья подростков “Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Учитывая специфику работы центров охраны репродуктивного здоровья подростков, направленность на предупреждение развития неадаптивных форм поведения, формирования установок ответственного отношения к психосоматическому / репродуктивному здоровью, следует констатировать, что оптимальной формой групповой работы с подростками является психологический тренинг. Тренинг позволяет объединить консультационную, обучающую, коррекционную функции, что способствует решению задач данного возрастного периода. Достоинством тренинга как формы проведения групповых занятий является высокая эффективность использования времени для самораскрытия, самоанализа и саморазвития личности, а разнообразные методические приемы (ролевые игры, дискуссии, упражнения), интерактивные технологии выступают в качестве современных составляющих обучающего процесса.

Ключевые слова: психологический тренинг; групповая работа с подростками; психологическая профилактика; психологическая коррекция

Специфика, цели и принципы групповой работы с подростками в форме тренинга. Специфическими чертами тренинга являются наличие постоянной группы и ее определенная пространственная организация, обязательное соблюдение принципов

и правил групповой работы, ориентация на психологическую поддержку участников, атмосфера доброжелательности, безопасности и свободы общения [1, 2].

Цели тренинга для подростков конкретизируются в частных задачах [3–5]:

- создание благоприятных условий для развития личности подростка (физического, социального, духовно-нравственного, интеллектуального);
- развитие способности адекватного и наиболее полного познания себя и других;
- диагностика и коррекция личностных качеств и умений, снятие барьеров, мешающих социальной адаптации;
- изучение индивидуальных приемов межличностного взаимодействия для повышения его эффективности;
- развитие коммуникативных умений и навыков;
- овладение тактиками и стратегиями конструктивного поведения в конфликтных ситуациях;
- коррекция поведения, формирование и развитие социальных установок, способствующих сохранению психосоматического / репродуктивного здоровья;
- развитие навыков управления собственным эмоциональным состоянием и др.

Проведение тренинга регулируется определенными принципами поведения участников – этическими, организационными [2, 3].

Содержательные аспекты групповой работы с подростками.

Проведение групповой работы в форме тренинга предполагает наличие программы, которая имеет четкую структуру и состоит из нескольких частей:

- 1) вводная часть (приветствие, оглашение целей и плана занятия, установления правил, сбор ожиданий и опасений участников, актуализация темы);

2) основная часть (информационный и практический аспекты);

3) завершение (подведение итогов, оценка эффективности).

В *вводной части тренингового занятия* ведущий представляется, оглашает цели и задачи, делает общий обзор программы в целом, объясняет, из каких блоков состоит программа, проводит процедуру знакомства участников друг с другом. Знакомство чаще происходит в игровой форме (данный этап может представлять собой особый ритуал начала тренинга или служить для создания теплой, доброжелательной атмосферы в группе). Важным компонентом занятия является разработка и введение правил группового взаимодействия [6, 7]. Правила могут устанавливаться директивно ведущим группы или самими участниками (при работе с подростками лучше сочетать обе формы). Основные правила групповой работы:

1) общение по принципу «здесь и сейчас»: во время занятия все говорят только о том, что волнует их именно сейчас, и обсуждают то, что происходит с ними в группе;

2) конфиденциальность всего происходящего: все, что происходит на занятии, ни под каким предлогом не разглашается и не обсуждается вне тренинга;

3) персонификация высказываний: выражения типа «Большинство людей считают, что...», «Некоторые из нас думают...» рекомендуется заменять на «Я считаю, что...», «Я думаю...»;

4) искренность в общении: во время занятия следует говорить только то, что думаешь и чувствуешь;

5) уважение к каждому участнику: высказывающего свое мнение участника внимательно слушают и не перебивают.

После установления правил, для понимания потребностей группы, необходимо оценить опасения и ожидания участников относительно занятия, а также насколько программа тренинга отвечает их актуальным интересам. Ожидания и опасения участников могут быть собраны как в устной,

так и в письменной форме. По завершении (или в процессе сбора) ведущий должен прокомментировать, насколько ожидания или опасения подростков будут оправданы. Немаловажным компонентом тренинга является оценка уровня информированности подростков, целью которой является выявление актуальных знаний по заявленной теме (проводится различными способами; например, письменный тест или анкета с вопросами) [8, 9].

С целью побуждения интереса подростков к занятию, повышения уровня мотивации к участию в групповой работе необходимо актуализировать рассматриваемую проблему путем установления связи внешних демонстрируемых обстоятельств с реальной жизнью участников.

В основной части тренингового занятия для наибольшей эффективности работы с подростковой аудиторией важно использовать такие интерактивные методы, как мозговой штурм, ролевая/деловая игра, групповая дискуссия, решение ситуационных задач [10–12]. При выборе и разработке ситуаций необходимо соблюдать следующие условия: содержание и характер поставленных в них проблем должны соответствовать жизненным ситуациям; ситуации должны быть значимыми для подростков. В заключение проводится групповая дискуссия, в ходе которой совместно с ведущим обсуждается адекватность предложенных решений, а также уместность, правдоподобность, целесообразность поведения участников. По процедуре групповая дискуссия представляет собой коллективное обсуждение какой-либо проблемы, конечной целью которого является достижение определенного общего мнения по ней [13, 14]. В ходе дискуссии происходит коллективное сопоставление мнений, оценок, информации. Психологическая ценность дискуссии состоит в том, что благодаря принципу обратной связи и мастерству ведущего каждый участник получает возможность увидеть, как по-разному можно подойти к решению одной

и той же проблемы. Обратная связь позволяет подростку получить сведения от других участников тренинга относительно своего поведения в различных ситуациях. Сопоставление собственного образа с тем, каким он предстает в глазах других людей, дает возможность участнику корректировать свое последующее поведение, заменяя использованные способы воздействия новыми, более эффективными [12, 15].

Завершение тренингового занятия. Для завершения занятия необходимы специальные мероприятия, которые имеют символическое значение, носят позитивный характер, дают возможность отреагировать накопившиеся эмоции, настраивают на обычные дела, помогают внутренне закончить занятие. Оценка эффективности проводится по индикаторам, заложенным перед его началом. Индикаторами могут служить: постоянство состава участников, их эмоциональное состояние, достижимость поставленных целей, повышение уровня знаний, формирование установок на изменение поведения. В качестве инструментов оценки используются методы наблюдения (и фиксация результатов в процессе или при завершении тренинга), анкетирования (проведенного в начале и в конце тренинга), интервьюирования, тестирования и др.

Организационные аспекты групповой работы с подростками. Необходимыми условиями для достижения целей и решения задач групповой работы с подростками, а также повышения ее эффективности является соблюдение требований, предъявляемых к составлению программы тренинга, условиям ее реализации и компетенциям ведущего.

Требования к составлению программы тренинга. В разработке программы тренинга условно можно выделить пять этапов.

Первым этапом составления программы является определение и оценка запроса на ее реализацию. Запрос может формулироваться специалистами учреждений различного профиля

(педагогами, медицинскими работниками, специалистами по социальной работе), родителями или непосредственно определяться потребностями самих подростков в знаниях, умениях и навыках.

Следующим важным этапом является тщательное изучение социально-психологических, возрастных характеристик участников, определение количественного состава группы (анкетирование, беседа, сбор данных, социометрия).

На третьем этапе определяются цели и задачи групповой работы. Все запланированные мероприятия должны быть совместимы с поставленными целями. Цели не могут меняться в процессе проведения тренинга. Все поставленные цели должны отвечать перечисленным ниже критериям [16, 17]:

<i>S</i>	<i>Specific</i>	Конкретная
<i>M</i>	<i>Measurable</i>	Измеримая
<i>A</i>	<i>Achievable</i>	Достижимая
<i>R</i>	<i>Realistic</i>	Реалистичная
<i>T</i>	<i>Time/resource constraint</i>	Ограниченная по времени и ресурсам

Задачи отражают реализацию на практике целей тренинга, они всегда конкретны и максимально точны.

На четвертом этапе разрабатывается непосредственно программа тренинга, где подробно описываются все проводимые мероприятия (содержание, продолжительность, технологии реализации и т. д.).

На заключительном, пятом этапе формулируются итоги мероприятий, заложенных в программе, и ожидаемые результаты (исходя из целей тренинга) [18].

Требования к условиям проведения тренингового занятия. Обязательными условиями для проведения тренинга являются [18]:

- оптимальное количество участников – 10–15 человек;
- расположение в тренинговом круге;

– соблюдение режима и продолжительности тренинга (продолжительность одного занятия – не менее 45–90 минут и не более 8 академических часов с обязательным перерывом);

– наличие необходимых материалов / оборудования;

– подготовленность ведущего.

Требования к ведущему тренингового занятия. Ведущий должен обладать необходимыми личностными и профессиональными компетенциями для работы с подростковой аудиторией. Профессиональная подготовка представляет собой: последовательное прохождение этапов, включающих приобретение теоретических знаний по основам групповой психологической работы; получение реального опыта участника группы; практика наблюдателя (супервизора), ассистента квалифицированного ведущего и самостоятельного проведения групповой работы [8].

В заключение необходимо отметить, что групповая психологическая работа, являясь самой яркой неформальной разновидностью интерактивного обучения, в максимальной степени соответствует удовлетворению важнейшей потребности подростка – потребности в общении. Обучаясь в группе, подросток получает информацию о том, что его переживания, сложности, проблемы не исключительны. Это способствует снижению остроты переживаний, связанных с взрослением, преодолению эгоцентризма, ощущения одиночества и оторванности от социума. Таким образом, тренинг как многофункциональный метод групповой работы является наиболее эффективным способом взаимодействия с подростковой аудиторией.

Список литературы

1. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками. Санкт-Петербург: Питер, 2007. 271 с.

2. Сמיד Р. Групповая работа с детьми и подростками. Москва: Генезис, 2000. 272 с.

3. Бобченко Т.Г. Психологические тренинги: основы тренинговой работы. Учебное пособие для вузов. Москва: Юрайт, 2020. 132 с.
4. Петровская Л.А. Общение – компетентность – тренинг: Избранные труды. Москва: Смысл, 2007.
5. Барканова О.В. Социально-психологический тренинг для подростков и старшекласников. Красноярск, 2013.
6. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. Москва, 2005. 216 с.
7. Вачков И.В. Психология тренинговой работы: Содержательные, организационные и методические аспекты ведения тренинговой группы. Москва: Эксмо, 2007. 416 с.
8. Шепелева Л.Н. Программы социально-психологических тренингов. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 160 с.
9. Программа профилактики ВИЧ-инфекции в специальных учебно-воспитательных учреждениях для подростков с девиантным поведением «Меридиан здоровья». Метод. пособие / Под ред. Л.М. Шипицыной. Санкт-Петербург, 2009.
10. 18 программ тренингов: Руководство для профессионалов / Под науч. ред. В.А. Чикер. Санкт-Петербург: Речь, 2008. 368 с.
11. Пузиков В.Г. Технология ведения тренинга. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 224 с.
12. Кононова Т.А. Методические рекомендации по реализации программы профилактики девиантного поведения подростков «Азбука успеха». Санкт-Петербург, 2021. 116 с.
13. Стариков П.А. Пиковые переживания и технологии творчества. Учеб. пособие. Красноярск, 2011. 92 с.
14. Организация и внедрение комплексной системы профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди учащихся средних специальных учебных заведений. Метод. рекомендации / Под ред. Л.М. Шипицыной. Санкт-Петербург, 2007. 56 с.

15. Куприянов Б.В., Миновская О.В., Ручко Л.С. Ролевая игра в загородном лагере: Методика проведения игровой тематической смены. Москва: ВЛАДОС, 2010. 263 с.

16. Meleady R., Hopthrow T., Crisp R.J. The Group Discussion Effect. *Personality and Social Psychology Review* 2012;Aug 17(1).

17. Nicol D., Macfarlane-Dick D. Formative assessment and self-regulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. *Studies in Higher Education*. 2006;31(2).

18. Цветкова Л.А., Яничева Т.Г. Групповая работа с детьми и подростками. Учебно-метод. пособие. Санкт-Петербург, 2016. 54 с.

ВИКТИМИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ВСЕОБЩЕЙ ЦИФРОВИЗАЦИИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Малкина-Пых И.Г.

*Санкт-Петербургский государственный институт
психологии и социальной работы,
Санкт-Петербург, Россия*

Доклад посвящен вопросам виктимизации личности, которая анализируется в рамках различных аспектов цифровизации социальной жизни. Рассмотрены социально-психологические особенности студентов, склонных к виктимному поведению в интернет-пространстве. Виктимное поведение в интернете определяется как системное и динамичное свойство личности, проявляющееся в форме ее социального, биологического, психологического и морального деформационного отклонения, закрепленного в неосторожных, импульсивных, провоцирующих формах поведения, не соответствующего нормам безопасности и обуславливающего потенциальную или реальную предрасположенность субъекта становиться жертвой преступлений. Мышление современного человека, несомненно, переформатируется, подчиняясь новым реалиям, и с большой вероятностью будет все более криминализироваться (с современной точки зрения) из-за отмирания эмпатии, углубления процесса социализации и социальной адаптации через интернет, атрофирования таких качеств мышления, как самостоятельность, широта, гибкость, глубина, быстрота и критичность. Этот вывод подтверждается активным ростом числа преступлений, которые совершаются с помощью современных средств коммуникации, выполняющих информационно-организационную функцию и несущих в себе огромный потенциал манипулирования сознанием. В целом

меняется социальная ситуация психического развития: живые субъекты психических функций подменяются их виртуальными аналогами, вследствие чего для детского развития возникает опасность субъективного отождествления реального мира и мира виртуального.

Особое место занимает проблема кибербуллинга. При этом возникает риск того, что когнитивное, эмоциональное и личностное развитие подрастающего поколения начинает в большей степени подчиняться тому контенту, который предлагает для индивида цифровая среда. Показано, что для студентов в интернет-пространстве характерно проявление моделей пассивного (склонности к зависимому и беспомощному поведению), некритичного (склонности к некритичному поведению), инициативного (склонности к гиперсоциальному виктимному поведению) и активного (склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению) виктимного поведения. Приводятся результаты исследований, которые свидетельствуют, что уровень виртуальной виктимности у юношей выше, чем у девушек.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ДЕВУШКАМ-ПОДРОСТКАМ ГРУППЫ РИСКА
В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Дёмина Т.Н., Говоруха И.Т.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР, РФ

Актуальность. Проблема сохранения репродуктивного здоровья, становления адекватного репродуктивного поведения девушек-подростков и подготовки их к выполнению своей главной функции – материнства в современных условиях имеет особую актуальность. Всестороннее изучение механизмов развития, функционирования, адаптации юных к разным условиям жизни – в центре внимания специалистов различных отраслей, в том числе акушеров-гинекологов. Сочетание научных исследований в этом направлении может быть эффективным в решении проблемы демографического кризиса.

Цель. Способствовать формированию безопасного репродуктивного поведения у девушек-подростков группы риска путем оказания психологической помощи.

Она необходима, в частности, когда девушка-подросток, не принадлежа к какой-либо из «традиционных» групп риска, тем не менее демонстрирует рискованное поведение как ранний половой дебют и незащищенные половые контакты, в том числе негетеросексуальные. ВИЧ-положительный статус девушки с рождения при половой активности скрывается, что влечет за собой инфицирование полового партнера. Как следствие, растет уровень ранней непланируемой беременности, количество абортов и заболеваний, передающихся половым путем,

в том числе ВИЧ. Психологическая поддержка несовершеннолетним группы риска через формирование адекватной реакции на изменения в социуме, повышение общих компенсаторно-приспособительных возможностей функциональных систем и организма в целом должна послужить сохранению репродуктивного здоровья.

Разработана и внедрена программа психологической помощи девушкам группы риска, исходя из того, что несовершеннолетние указанной категории нуждаются именно в психологической поддержке, а не психологической коррекции или терапии. Оценка эффективности программы проводилась путем изучения особенностей функционирования психоэмоциональной сферы девушек-подростков.

Выводы. Научно обоснована эффективность предлагаемой программы психологической поддержки несовершеннолетних группы риска в период становления их репродуктивного поведения – через повышение общих адаптационных возможностей и оптимизацию жизнедеятельности, смену рискованного поведения на ответственное и безопасное.

МНОГОГРАННЫЙ ПОДХОД К ВОПРОСУ НАСИЛИЯ: СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Уерги У.Н., Кононова Т.А.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Городской центр охраны
репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия*

Понятие насилия в первую очередь сопряжено с последствиями для соматического здоровья, но профилактика и реабилитация ориентированы на психосоциальные и правовые аспекты.

СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» (далее – Центр «Ювента»), являясь лечебно-профилактическим учреждением здравоохранения, реализует междисциплинарный подход к вопросам охраны репродуктивной системы и работает не только с медицинскими аспектами насилия.

В Центре «Ювента» разработан алгоритм оказания комплексной помощи подросткам, подвергшимся насилию; он предусматривает возможность предоставления помощи медицинских специалистов, психологов, специалиста по социальной работе, юриста.

При наличии достаточных оснований предполагать, что вред здоровью подростка причинен в результате противоправных действий, учреждение передает сведения в правоохранительные органы. Выявление в стенах медицинского учреждения факта насилия над несовершеннолетним – это, по сути, точка отсчета достаточно пролонгированного процесса: медицинского обследования, лечения, наблюдения, психологического сопровождения, включая экстренную психологическую помощь

и дальнейшую реабилитацию, и действий правового характера, что отражается и на социальном положении подростка. Многогранный процесс реабилитации потребует от несовершеннолетнего и его родителей (законных представителей) понимания ситуации, знания своих прав и возможностей защиты законных интересов.

Возможности необходимого социально-правового информирования пациентов, содействия им в реализации тех или иных прав реализуются специалистом по социальной работе в рамках социального сопровождения несовершеннолетних и их семей. Прием специалиста по социальной работе является вторым этапом социально-психологического сопровождения. В ходе оказания психологической помощи подросткам определяется их потребность в дополнительном информировании, что и служит мотивацией обращения к специалисту по социальной работе.

На приеме специалиста пациенты получают разъяснения о социально-правовой стороне сложившейся ситуации, основаниях и порядке передачи сведений в правоохранительные органы, помощь в планировании действий, которые могут от них потребоваться, анализе изменений, к которым приведет то или иное развитие событий. Подростки получают информацию и об учреждениях, формах помощи, которые актуальны и доступны для них в сложившихся обстоятельствах. Таким образом, в ходе консультации, беседы создаются условия для осознания, объективного понимания и принятия ситуации пациентом, планирования позитивной перспективы безопасности. В ряде случаев пациентам оказывается содействие в выстраивании взаимодействия со сторонними организациями (например, учреждениями социального обслуживания населения).

В случаях, когда содержание вопросов выходит за рамки компетенций специалиста по социальной работе, к консультации привлекается юрисконсульт.

Профилактика насилия в отношении подростков – один из ведущих факторов их здорового взросления и сохранения репродуктивного потенциала. Аспекты безопасности – неотъемлемая часть информационно-просветительской работы Центра «Ювента». Эффективная реализация превентивного направления предусмотрена «Программой групповых занятий по профилактике насилия в отношении несовершеннолетних», разработанной специалистами Центра «Ювента». Занятия посвящены отдельным аспектам феномена насилия: психосоциальным детерминантам, социально-правовым нормам, принципам безопасного поведения, являются практикоориентированными и реализуются через интерактивные технологии группового взаимодействия.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ КАК ФАКТОР РЕВИКТИМИЗАЦИИ

Кононова Т.А.¹, Ачик Н.Д.²

¹ Санкт-Петербургский государственный институт
психологии и социальной работы,
Санкт-Петербург, Россия

² Государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования Ленинградской области «Ленинградский
государственный университет имени А.С. Пушкина»,
Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Дети и подростки, пострадавшие от жестокого обращения, нередко становятся жертвами преступных действий различного характера, подвергаются буллингу в коллективе сверстников, насилию со стороны супругов во взрослом возрасте. Анализ теоретических и эмпирических данных позволяет предположить, что значимыми факторами ревиктимизации являются такие психологические последствия жестокого обращения с подростками, как негативные убеждения о собственной личности, неадаптивные стратегии совладания со стрессом, эмоциональная дисрегуляция, трудности в межличностном взаимодействии.

Ключевые слова: жестокое обращение; психологическая травма; подростки; комплексное посттравматическое стрессовое расстройство; ревиктимизация

Проблема последствий психологической травмы активно изучается как российскими, так и зарубежными специалистами. Отдельное внимание уделяется жестокому обращению с детьми, так как высокая травматичность для психики обусловлена пролонгированностью события, факты насилия нередко

остаются вне поля зрения специалистов, что затрудняет получение своевременной психологической помощи. Нередко у подростков, пострадавших от жестокого обращения, наблюдаются различные формы виктимного поведения, которые приводят к повторной травматизации.

Анализ результатов ряда эмпирических и теоретических исследований позволяет утверждать, что значимым фактором формирования личности подростка является социальная ситуация развития. Особенная роль отводится влиянию микросоциального окружения, в первую очередь семьи. Особенности внутрисемейного взаимодействия, личностные особенности членов семьи, психологический климат, стиль семейного воспитания оказывают влияние на самооценку, формирование я-концепции ребенка, системы ценностей и убеждений, а также устойчивых паттернов поведения [1].

К основным семейным факторам виктимизации принято относить следующие.

1. Психические особенности родителей, проявляющиеся во взаимодействии с ребенком:

– тревожность матери, гиперопека, что формирует у ребенка неуверенность в себе, трудности в адекватной оценке актуальной ситуации, тревожность;

– интенсивные эмоциональные реакции, проявляющиеся в виде крика, эмоционального и физического насилия;

– психические расстройства у родителей (как причина внутрисемейных конфликтов, различных форм жестокого обращения по отношению к ребенку);

– эмоциональные особенности внутрисемейного взаимодействия (аффективность, тревожность, недостаточность эмпатии);

– индивидуально-психологические особенности матери, такие как низкая самооценка, жертвенность, нарциссизм, импульсивность, депрессивность.

2. Социально-экономический статус семьи:

– финансовое неблагополучие – низкий уровень дохода и/или отсутствие стабильного дохода в семье (В. Johnson, Н. Morse, Д. Гил);

– неполная семья (Т. W. Wind, L. Silvern);

– юный возраст родителей как причина социально-бытового неблагополучия, недостаточности родительских компетенций, вследствие чего не удовлетворяются физические и эмоциональные потребности ребенка.

3. Нормы и стиль семейного воспитания:

– стиль семейного воспитания, способствующий формированию различных форм виктимного поведения;

– абстрактный характер морально-этических норм и расхождение системы ценностей в семье;

– созависимые отношения, ненадлежащее исполнение родительских обязанностей как следствие алкогольной зависимости одного или обоих родителей [2].

Под жестоким обращением принято понимать различные действия или бездействие, потенциально угрожающие физическому, психологическому или социальному благополучию ребенка. Выделяют такие формы жестокого обращения, как физическое, эмоциональное, сексуальное насилие, а также пренебрежение нуждами ребенка [3].

Многие авторы указывают на то, что жестокое обращение может передаваться из поколения в поколение, образуя «порочный цикл жестокости» (Уайнхолд, 1988). То есть дети, пострадавшие от различных форм жестокого обращения, вырастая, используют такие же формы взаимодействия по отношению к собственным детям. Предполагается, что это патологический способ отреагирования тех эмоций, которые не нашли выхода в детстве, в ситуациях, когда индивид сам подвергался насилию (Миллер, 1988).

Анализ ряда эмпирических и теоретических исследований позволяет выделить следующие последствия жестокого обращения с детьми и подростками [4–6]:

1) физические: различные травмы (ожоги, гематомы, порезы, переломы и др.); инфекции, передающиеся половым путем; нарушения сна (трудности засыпания или пробуждения, частые пробуждения, ночные кошмары); расстройства пищевого поведения; нарушения менструального цикла; боль различной локализации и др.;

2) эмоциональные: преобладание негативных эмоций (гнев, страх, стыд, чувство вины); интенсивные аффективные реакции; трудности распознавания, вербализации и управления собственными эмоциями;

3) негативный характер представлений о собственной личности (убежденность в собственной малоценности, инаковости), окружающих людях («никому нельзя доверять», «все меня используют»), собственном будущем (безнадежность) и мире в целом (несправедливость, жестокость);

4) поведенческие изменения: вербальная и физическая агрессия, воровство, делинквентное и аддиктивное поведение, несуицидальное самоповреждающее поведение, суицидальное поведение, промискуитет, рискованное поведение;

5) снижение учебной успеваемости, что объясняется сужением объема, трудностями концентрации внимания, снижением объема произвольного запоминания и учебной мотивации.

Анализ результатов большого количества исследований позволяет сделать вывод о том, что жестокое обращение с детьми существенно повышает риск развития и неблагоприятного течения ряда психических расстройств. К основным можно отнести депрессию, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которое может развиваться в результате пролонгированной травматизации,

когда прекращение психотравмирующего воздействия не представляется возможным [7–9].

Среди основных симптомов комплексного ПТСР принято рассматривать состояние хронического перевозбуждения вегетативной нервной системы, психопатологические реперезивания (флешбэки), кошмарные сновидения, посттравматическую диссоциацию, эмоциональные регрессии, избегание [10].

При комплексном ПТСР отмечаются такие особенности, как наличие когнитивных искажений на уровне представлений о собственной личности, социальном окружении, мире в целом. Эмоциональное состояние характеризуется преобладанием негативных эмоций, эмоциональной лабильностью, высокой амплитудой эмоциональных реакций, состоянием сверхбдительности и повышенной чувствительностью к стрессовым ситуациям, ангедонией, апатией, астенией [11].

Также были описаны дополнительные симптомы (Ochberg F.M.): стыд, вина, безнадежность, чувство загрязненности, отвращение к собственному телу/собственной личности, утрата или снижение интереса к собственному прошлому или будущему [12].

Нередко возникают трудности в межличностном взаимодействии, что может объясняться нарушениями привязанности (особенно в тех случаях, когда травматическое событие произошло в раннем возрасте), рядом изменений характера (например, снижением эмпатии, нетерпимостью, цинизмом), социальной тревожностью и патологической подозрительностью, а также импульсивностью, раздражительностью (вплоть до вспышек гнева), существенными затруднениями в выражении эмоций адаптивными способами. Дискомфорт, испытываемый индивидом в отношениях, подкрепляет убеждения в собственной ненужности, беспомощности, одиночестве.

Избегание ситуаций, ассоциированных с травматическими событиями, и стремление контролировать происходящее

приводят к отвержению собственных интересов и потребностей, возникают трудности в принятии решений, перфекционизм становится способом предотвращения негативного отношения со стороны окружающих [12, 13].

Характерным проявлением также являются различные формы аутоагрессивного поведения. Под аутоагрессивным поведением многие исследователи (например, Э. Шнейдман, А.Г. Амбрумова) понимают осознанные или неосознанные действия, направленные на причинение вреда собственному соматическому или психическому состоянию. Принято выделять суицидальное поведение и аутодеструктивное (прямое или косвенное). В современной суицидологии под термином «суицидальное поведение» понимают действия, в которых человек руководствуется представлениями о лишении себя жизни. К аутодеструктивному поведению относят такие формы, как несуйцидальное самоповреждающее поведение, химические и нехимические аддикции, расстройства пищевого поведения, рискованное поведение и др. [14, 15].

Под термином «ревиктимизация» понимают многократные попадания в ситуации, в которых индивид, ранее перенесший психическую травму, подвергается преступным действиям. Это явление может быть объяснено «компульсивным повторным переживанием травмы, то есть поведенческими паттернами индивида, обусловленными бессознательным стремлением оказаться участником ситуации, ассоциированной с травматическими событиями, как в роли жертвы, так и в роли агрессора» (Соловьёва, 2003). Травматические воспоминания часто носят фрагментарный характер и не интегрированы в жизненный нарратив индивида. Несмотря на то что событие фактически осталось в прошлом и никакой реальной угрозы нет, эмоциональные регрессии и флешбэки создают ощущение незавершенности травматического события, то есть

ревиктимизация – результат стремления завершить травматический опыт.

В качестве объяснения феномена ревиктимизации также рассматривают психофизиологические реакции индивида на травматический стресс. Отмечаются изменения уровня норадреналина, дофамина, серотонина, ацетилхолина; таким образом, возникает болеутоляющий эффект, опосредованный эндогенными опиоидами (Kolb, 1984; Van der Kolk, 1991, 1996). Предполагается, что ревиктимизация может быть объяснена зависимостью от эндогенных опиоидов.

Выявлено, что жестокое обращение с детьми оказывает влияние на формирование и развитие различных структур головного мозга ребенка. Так, например, у лиц, подвергшихся жестокому обращению, Teicher отмечал уменьшение объемов гиппокампа, мозолистого тела и миндалевидного тела. Schore описывает влияние травматического опыта на созревание орбитофронтальной коры мозга, функциями которой являются управление, интеграция и модуляция аффектов. То есть жестокое обращение влияет на созревание структур головного мозга, активно участвующих в управлении эмоциями. Эмоциональная дисрегуляция, в свою очередь, является фактором риска виктимного поведения [16].

Одним из факторов виктимизации принято считать нарушение психической адаптации (Вассерман, 1998), приводящее к снижению эффективности решения задач, с которыми индивид сталкивается в кризисной ситуации: поиск смысла и личного значения, реагирование и противостояние, социальное взаимодействие, стабилизация эмоционального состояния, сохранение самоидентичности [17].

Т.В. Барчук и К.В. Вишневецким были выделены такие признаки виктимного поведения, как асоциальный или социально

нейтральный характер, аутодеструктивность, криминогенность. Таким образом, виктимное поведение может быть рассмотрено и как асоциальная, и как аутодеструктивная форма девиантного поведения [18].

С целью выявления мишеней профилактического и коррекционного воздействия по предупреждению ревиктимизации подростков было проведено исследование факторов, а также их взаимосвязей, влияющих на формирование виктимного поведения [1].

Исследование проводилось в двух группах несовершеннолетних (15–16 лет) в количестве 60 человек с равным распределением по полу и возрасту. Экспериментальную и контрольную группы составили 30 учащихся среднего специального училища для подростков с девиантным поведением и 30 подростков общеобразовательной школы соответственно.

В ходе исследования применялись эмпирические, экспериментально-психологические методы (наблюдения, беседы, тестирования). В качестве методик использовались тест-опросник Андрониковой О.О. «Склонность к виктимному поведению», многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (юношеский вариант – 14PF), тест-опросник Леонгарда–Шмишека, цветовой тест М. Люшера, методика измерения самооценки (опросник Г.Н. Казанцевой), тест «Подростки о родителях – ADOR». С целью выявления фактов насилия в семье, травматических событий, алкоголизации родителей, бытовой неустроенности проводилось анкетирование подростков.

Для обработки полученных данных использовался метод математического анализа – сравнение среднегрупповых показателей по *t*-критерию Стьюдента, корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

В результате сравнительного и корреляционного анализа диагностических данных, полученных в ходе исследования,

у подростков были выявлены специфические особенности личности и их взаимосвязь с предрасположенностью к определенным формам виктимного поведения. Виктимизирующий личностный комплекс, как правило, включал в себя неадекватную самооценку, эмоциональную лабильность, низкий уровень психического благополучия и стрессоустойчивости, наличие выраженных гипертимной, эмотивной и экзальтированной акцентуаций характера, неконструктивный стиль внутрисемейных отношений.

Выводы. На основании вышесказанного можно заключить, что возникновение виктимного поведения подростков обуславливается комплексным воздействием специфических и неспецифических факторов различного генеза (индивидуально-психологического и социально-психологического характера). Подростки, в отношении которых практикуется жестокое обращение со стороны как родителей, так и сверстников, являются особой группой риска по предрасположенности к различным формам виктимного поведения и к их реализации. Для снижения уровня виктимизации подростков необходимо объединение усилий специалистов различного профиля (психологов, социальных педагогов, медицинских работников и др.), родителей, правоохранительных органов. Только комплексная, целенаправленная работа с детьми и подростками на всех уровнях позволит избежать формирования ревиктимизации и ее последствий.

Список литературы

1. Кононова Т.А. Виктимность как фактор формирования рискованного поведения в подростковом возрасте. Подростки с интеллектуальными нарушениями: профилактика рискованного поведения в условиях интернатных учреждений. Сб. материалов по итогам междунар. научно-практ. конф.

Санкт-Петербург: НОУ «Институт специальной педагогики и психологии», 2014. С. 91–94.

2. Ачик Н.Д. Жестокое обращение с детьми как фактор риска суицида в подростковом возрасте / Психология XXI века: вызовы нового времени. Сб. материалов XVI междунар. научно-практ. конф. 26–27 ноября 2020 г. Санкт-Петербург: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2020. С.120–126.

3. Сиволап Ю.П., Портнова А.А. Жестокое обращение с детьми и его влияние на психическое здоровье // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. № 116(7). С. 108–112.

4. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. Москва: Генезис, 2006. 256 с.

5. Бриш К.Х. Терапия нарушений привязанности. От теории к практике / Пер. с нем. Москва: Когито-центр, 2014. 316 с.

6. Герман Дж. Травма и исцеление. Последствия насилия от абьюза до политического террора. (Травма и исцеление. Истории психотерапевтов.) / Пер. с англ. Москва: Эксмо, 2022. 400 с.

7. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь. Учеб. пособие. Санкт-Петербург: Речь, 2012. 448 с.

8. Колк Б. ван дер. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть / Пер. с англ. Москва: Эксмо, 2020. 464 с.

9. Решетников М.М. Психическая травма. Санкт-Петербург: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. 322 с.

10. Уокер П. Комплексное ПТСР: руководство по восстановлению от детской травмы / Пер. с англ. Киев: Диалектика, 2020. 276 с.

11. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации (Справочник практического психолога). Москва: Эксмо, 2005. 960 с.

12. Психиатрия: национальное руководство / Гл. ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с.

13. Ochberg F.M., edited by Frank M. Post-traumatic therapy and victims of violence. New York: Brunner/Mazel, 1988. ISBN 0876304900.

14. Александрова Н.В., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е. Особенности суицидального поведения у детей и подростков. Метод. рекомендации. Омск: Спектр плюс, 2018. 48 с.

15. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. Москва: Медицинское информационное агентство, 2019. 600 с.

16. Ачик Н.Д. Ранние дезадаптивные схемы как предикторы суицидального риска у лиц, пострадавших от жестокого обращения в детском и подростковом возрасте // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи / Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. Санкт-Петербург, 2021. С.189–207.

17. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. Санкт-Петербург: Питер, 2018. 832 с.

18. Ларионова Е.А., Ткачёва Д.Е. Виктимная социализация личности // Виктимность и виктимологическая профилактика. Материалы круглого стола по дисциплине «Психология отклоняющегося поведения». Тверь: Тверской гос. ун-т, 2019. С. 49–52.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА НА СОМАТИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Крайнюков С.В.

*Санкт-Петербургский государственный институт
психологии и социальной работы,
Санкт-Петербург, Россия*

Утвердившийся в современной медицине и клинической психологии биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни требует всестороннего изучения клинических, клинико-психологических, психосоциальных и индивидуальных факторов, влияющих на возникновение и развитие соматических и психических заболеваний и нарушений адаптации. Одним из наиболее весомых психосоциальных факторов, негативно влияющих на здоровье, является неблагоприятный детский опыт (НДО). В 1996 году ВОЗ объявила насилие, в том числе над детьми, ведущей проблемой здравоохранения. К жестокому обращению с детьми, согласно ВОЗ, относятся разные виды насилия (физическое, сексуальное, эмоциональное), а также пренебрежение физическими и эмоциональными нуждами (Круг Э.Г., 2003). Понятие НДО является более широким и помимо жестокого обращения включает семейную дисфункцию, косвенно влияющую на развитие ребенка (*Felitti V.J., et al., 1998*).

В многочисленных исследованиях, инициированных ВОЗ, убедительно доказано влияние НДО на здоровье. Современные метааналитические исследования демонстрируют сильные связи НДО с психическими расстройствами (депрессивные, тревожные расстройства, алкогольная и наркотическая зависимости, расстройства пищевого поведения и др.), суицидальными попытками, заболеваниями, передающимися половым путем,

и рискованным сексуальным поведением, межличностным и самонаправленным насилием; средние связи — с курением, онкологическими, сердечно-сосудистыми и респираторными заболеваниями (*Hughes K., et al., 2017*).

В недавних исследованиях подтверждено влияние НДО на головной мозг: уменьшение объема и толщины сенсорной коры, нарушение объема и целостности мозговых структур (прежде всего миндалин, гиппокампа, мозолистого тела, префронтальной коры), нарушение целостности и проводимости нервных волокон (*Teicher M.H., et al., 2016*).

Роль НДО рассматривается в рамках теории привязанности. В 80% случаев жестокое обращение приводит к развитию дезорганизованного типа привязанности, который встречается у 80% респондентов в клинических выборках (*Бриш К., 2012*).

Длительный опыт насилия в детстве может приводить к формированию комплексного посттравматического стрессового расстройства, которое, помимо известных симптомов, включает стойкие нарушения психического состояния, самооценки и межличностных отношений.

Учет влияния НДО на соматическое и психическое здоровье важен для разработки дифференцированных программ психологической помощи.

СОЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПОДРОСТКА: САМОРЕАЛИЗАЦИЯ ИЛИ САМОРАЗРУШЕНИЕ?

Костюковский Я.В.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
«Городской центр социальных программ и профилактики
асоциальных явлений среди молодежи “КОНТАКТ”»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Статья посвящена проблемам поиска путей выхода из кризисных ситуаций, приводящих молодого человека к саморазрушающему поведению, — из тех ситуаций, которые ведут его не к погружению в личностно и социально опасный негатив, а к приобретению опыта, личных мотиваций, к сотрудничеству со специалистами.

Ключевые слова: саморазрушающее поведение; самопознание; профилактика; социализация; референтная группа; преодоление кризиса

Процесс социализации — успешной или неуспешной — ведет к поиску путей, на которых молодые люди часто совершают ошибки, связанные не только с асоциальной адаптационной средой и неверно определенной референтной группой. Гораздо чаще встречаются случаи, связанные с банальным незнанием, отсутствием опыта, правильного наставника, помощника. Самопознание через саморазрушение — очень распространенный вариант поиска «своего пути», попытки раскрытия и реализации своего потенциала, однако недостаточное знание и неправильное толкование понятия «саморазрушение» приводит молодого человека к ошибкам, а иногда и трагедиям.

Непредсказуемость событий и ситуаций требует трудного выбора решений. Один из распространенных путей — отказ

от выбора, бездействие. Другим, не менее «популярным» решением является саморазрушение. Вовремя оказанная помощь, должная подготовка, объяснение происходящего способны превратить саморазрушение в инструмент самопознания и самореализации.

Опасные и рискованные жизненные ситуации для многих становятся ресурсом и ориентиром на пути социализации. Однако таким людям требуется наставник. Если он обладает потенциалом и знаниями, приносящими пользу, то испытания и трудности, как внутриличностные, так и внешние, становятся основами формирования характера, социальной личности.

Чем дольше молодой человек в процессе самопознания, поиска своего места в обществе остается в одиночестве, тем больше вероятность того, что он просто потеряет время, оставаясь на начальных позициях или же вовсе выберет неверный путь. Конечно, на практике встречаются исключения, но они только подчеркивают правило, согласно которому позитивное социальное окружение является главным социализирующим элементом.

Референтная группа, состоящая из людей, деятельность которых положительно влияет на развитие социума, а также лидер, которого большинство молодых выбирает себе в качестве ориентира, задают успешный вектор развития личности.

Мотивацией к самопознанию могут стать совершенно неожиданные факторы, как позитивные, так и негативные.

Личные потери, социальная депривация могут послужить выявлению у человека ранее неизвестных качеств. Результатом в этом случае становятся новые поведенческие реакции, черты характера, идеи.

Спрогнозировать жизненную ситуацию, которая послужит толчком, триггером для нового витка развития личности или же, наоборот, для ее деградации, практически невозможно. Поэтому важнейшую роль может выполнить первичная

профилактическая работа. Она должна быть нацелена не на решение конкретных проблем молодых людей, а на объяснение общих принципов развития, чтобы избежать фатальных ошибок, а при необходимости дать способы выхода из кризиса. Не секрет, что выходом из многих непростых ситуаций становится саморазрушающее поведение.

Самыми известными способами саморазрушения, несущими вред здоровью физически, психически и социально, являются:

- пьянство;
- употребление наркотических средств;
- нимфомания;
- лудомания.

В таких случаях человек сталкивается с выбором: остаться в рамках этих решений (что в дальнейшем приводит к тяжелейшим аддикциям) или же, приобретя негативный опыт, двинуться в своем развитии дальше.

Иногда саморазрушение определяется некоторыми чертами характера, заложенными в личности с раннего возраста. В этом случае самостоятельно скорректировать неверное направление трудно, даже имея характер и волю. Педагогическая запущенность, задержка психического развития и социальная дезориентация также являются проблемами, в решении которых помощь специалиста имеет крайне важное, иногда решающее значение.

Самопознание через саморазрушение способно породить **комплекс самоуничтожения**. Такой комплекс вырабатывается у людей в результате надлома в понимании себя и, как следствие, своего места и роли в социуме.

Явными **признаками** склонности к саморазрушению, проявляющимися в поведении человека, бывают как разные типы самоунижения, так и оборотная сторона – самолюбование:

- причинение себе и/или другим людям боли;
- ненависть к себе и окружающим;

- мученичество;
- нарциссизм;
- любвеобильность и постоянная потребность в новом партнере.

Загнать себя в критическую ситуацию самостоятельно для молодого человека достаточно просто. Причинами такого опыта могут стать чувство глубокой вины, депрессия, жалость. Эти чувства и мысли оказывают влияние на психику, тем самым постепенно разрушая ее. Первым и важнейшим шагом выхода является осознание ситуации, возможно с помощью помощника, специалиста.

Сильное воздействие могут оказать и близкие люди. Очень часто именно ближайшее окружение создает атмосферу давления, «несоответствия» ожиданиям, излишне жесткие рамки. Манипуляции с императивами «должен», «не достоин», а также ригористичный догматизм могут привести к послушанию и дисциплине, но это только временный успех. Протест тем сильнее, чем жестче и дольше описанные механизмы воздействовали на личность. Взрыв может быть направлен как на носителей идей воспитания, так и внутрь личности, что вызывает реактивные саморазрушающие процессы.

Довольно часто критические ситуации помогают в раскрытии внутреннего потенциала. Нередко люди, прошедшие путь саморазрушения, становятся сильнее, находя в себе способность к глобальным жизненным изменениям, часто даже сами становятся наставниками и указывают выход из критических ситуаций.

Принадлежность к депривированной социальной группе, социально неблагополучное окружение могут стать именно теми примерами, имея которые перед глазами, человек выбирает иной, противоположный путь своего развития.

Для мотивации роста необходимо подкрепление в виде не только внутренних ресурсов (критичность мышления, сила

характера, желание и т. п.), но и внешней поддержки (наличие соратников, коллег, учителей, лидеров).

Основным и главным направлением работы Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Городской центр социальных программ и профилактики асоциальных явлений среди молодежи “КОНТАКТ”» является социальное сопровождение несовершеннолетних, попавших в поле зрения правоохранительных органов, в том числе молодых людей, подвергшихся административному или уголовному преследованию. Такому подростку помогают социальный работник, психолог и юрист. Работая в 18 районах Санкт-Петербурга, специалисты Центра оказывают помощь более чем 4500 молодых людей в год.

Услуги в виде психологических и юридических консультаций, помощь в трудоустройстве и содействие в получении медицинских услуг создают несовершеннолетнему необходимый фон для осознания и извлечения необходимого опыта из ошибок, приобретения ориентиров для развития.

Одна из важнейших задач Центра – построение системы первичной профилактики и создание реально существующих и общающихся групп молодых людей, формирующих положительные жизненные ценности и установки под наблюдением и руководством специалистов. Мероприятия в виде городских, межрайонных квестов, социальных игр, развитие волонтерского движения, фестиваль социальных театров, профилактические летние сборы являются инструментами формирования сообщества молодых людей, которые, ранее встав на путь саморазрушения, приобретают наставников, референции и мотивации для развития в правильном направлении, преодоления асоциального поведения, преобразования девиантных практик в социально одобряемые формы поведения.

ИССЛЕДОВАНИЕ УСТАНОВОК И СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В ОБЛАСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Соколова В.В., Жгулёва А.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Неблагоприятная демографическая ситуация в РФ представляет угрозу дальнейшему развитию страны и бросает вызов в решении проблемы роста рождаемости и улучшения репродуктивного здоровья населения. Исследование репродуктивных установок молодежи дает возможность оценить потенциал и отношение к факторам риска.

Цель. Выявить тенденции в репродуктивных установках студентов медицинских вузов, провести оценку их отношения к своему репродуктивному здоровью.

Материалы и методы. Проведен опрос 356 респондентов, являющихся студентами медицинских университетов Санкт-Петербурга. Возраст респондентов составил от 18 до 35 лет ($20,7 \pm 2,2$).

Результаты. Среди респондентов преобладали лица женского пола (89,0%). Для 21,7% в приоритете в ближайшие годы на первом месте стоит самореализация и карьера, для 19,8% – дети, для 19,5% – дом и семья, для 18,9% – финансовая свобода, для 15,6% – любовь и отношения с противоположным полом и только для 4,5% – собственное здоровье. Из вредных привычек 30,7% опрошенных отметили курение, 24,7% – употребление алкоголя, 1,4% – употребление наркотических

и/или психотропных веществ. 34,5% страдают острыми или хроническими заболеваниями; 65,5% респондентов отрицали у себя нарушения здоровья. 18,2% имеют заболевания репродуктивной системы. Половина (51,9%) указала наличие половой жизни с постоянным партнером, 6,5% состояли в браке. Напротив, 41,6% наличие отношений в настоящее время отрицали. 29,7% указали наличие одного полового партнера на протяжении жизни, 23,2% – двух-трех половых партнеров, 18% – более четырех. 28,4% респондентов половую жизнь еще не начинали. Возрастом начала половой жизни для 39,0% респондентов стали 16–18 лет, для 19,7% – 19–21 лет, для 2,8% – после 21 года, а для 10% – до 16 лет. Респонденты, не начавшие половую жизнь, в качестве причины своего решения указали: отсутствие подходящего партнера – 61,0%, религиозные убеждения – 18,7%, боязнь ИППП – 7,1%, ожидание подходящего момента – 5,5%, другое – 7,7%. Половина студентов (55,3%) посещала гинеколога/уролога/androлога 1–2 раза за последний год, 7,4% – 3–4 раза, 2,6% – 4 и более раз. Треть респондентов (34,7%) не посещали данного специалиста вообще или были на приеме очень давно.

Большинство респондентов, живущих половой жизнью, предпочитают барьерный метод контрацепции (презервативы) (43,6%), комбинируют разные методы (28,7%), комбинированные оральные контрацептивы (13,4%), перерванный половой акт (8,7%), календарный метод (1,0%). В то же время 4,6% признались, что не предохраняются совсем. Главным мотивом в выборе метода контрацепции для 33,0% опрошенных является удобство использования, для 29,9% – надежность, для 19,4% – доступность, для 17,7% – отсутствие побочных эффектов.

Наилучшим возрастом женщины для рождения ребенка для 54,7% респондентов является 25–27 лет, для 27,1% – 21–24 года,

для 13,4% – 28–30 лет. Только 4,1% респондентов ответили «старше 30 лет» и 0,7% – 18–20 лет. У 0,8% опрошенных уже были дети (1–2). Среди студентов в будущем половина опрошенных (50,1%) желают завести двух детей, 19,2% – одного ребенка, 18,0% – трех детей и 1,7% – четырех и более. Напротив, 11% не желают иметь детей. В случае незапланированной беременности 40,1% респондентов готовы обсуждать дальнейшую тактику с партнером, 24,3% настроены на сохранение беременности, 21,3% – на аборт, 8,7% затруднились с ответом и малая часть – 5,6% – решение будут принимать по ситуации.

Заключение. Несмотря на медицинскую направленность, студенты-медики демонстрируют недостаточный уровень навыков по сексуальному поведению и репродуктивному здоровью. Треть имеют вредные привычки и соматические заболевания, а у 18,2% имеются нарушения в репродуктивной системе. Более половины опрошенных наблюдаются у специалиста, предохраняются и планируют иметь детей в будущем. В то же время 34,7% не посещают специалистов, 4,6% не предохраняются, а 11,0% не хотят иметь детей. В случае незапланированной беременности 21,3% мотивированы на аборт.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ
ПОВЕДЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ СВЯЗАННЫМИ
С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ,
ЗА 2015–2020 ГОДЫ

Мариничева Г.Н., Гоголева М.Н., Алексеева М.Е.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Западный
государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. В данной статье проанализированы и обобщены статистические данные по заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ, среди детей (0–14 лет) и подростков (15–17 лет) в Российской Федерации за 2015–2020 годы. Выявлены тенденции заболеваемости в 2015–2020 годах.

Ключевые слова: дети; подростки; первичная заболеваемость; психические расстройства; расстройства поведения; структура психических расстройств; психоактивные вещества; инвалидизация

Актуальность. Психическое здоровье населения – одна из важнейших медико-социальных проблем [1, 2]. Психическое здоровье – это состояние психического благополучия, которое позволяет людям справляться со стрессовыми ситуациями в жизни, реализовывать свой потенциал, успешно учиться и работать, а также вносить вклад в жизнь общества. Это неотъемлемый компонент здоровья и благополучия, который лежит в основе наших индивидуальных и коллективных

способностей принимать решения, строить отношения и формировать мир, в котором мы живем. Психическое здоровье — одно из основных прав человека. Кроме того, оно имеет решающее значение для личного, общественного и социально-экономического развития. Согласно данным ВОЗ, наиболее значительное бремя болезней, связанное с психическими расстройствами и расстройствами поведения, приходится на детский возраст [1, 3]. Рост детской заболеваемости и инвалидности, которые обусловлены психическими расстройствами и расстройствами поведения, приводит к существенным потерям для общества [1, 3].

Систематическое изучение заболеваемости населения психическими расстройствами имеет огромную сложность и ценность ввиду того, что данные сведения зависят от чрезвычайно большого количества факторов, которые не всегда учитываются при трактовке статистических данных. Именно поэтому необходимо своевременно анализировать заболеваемость и структуру психических расстройств и расстройств поведения, эпидемиологическую ситуацию, рассматривать их в контексте общественного здоровья. На основе проводимой оценки необходимо вносить коррективы в профилактические, диагностические и лечебные мероприятия [4].

Цель. Анализ динамики показателей детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ, в сравнительном аспекте в России за 2015–2020 годы. В качестве основных показателей использовались общая заболеваемость (распространенность) психических расстройств и первичная заболеваемость.

Материалы и методы. Использовались методы анализа отчетных документов Федеральной службы государственной статистики. Основу исследования составил анализ заболеваемости

психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ в РФ детей (0–14 лет) и подростков (15–17 лет) за 2015–2020 годы [5]. Для обработки данных использовались программы *Microsoft Word* и *Microsoft Excel*.

Результаты. Проведен анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения детей (0–14 лет) в РФ за 2015–2020 годы. Согласно полученным данным, этот показатель в 2015 году был равен 21,3 на 100 тысяч населения. В течение изучаемого периода первичная заболеваемость имела тенденцию к снижению с минимальным показателем в 2020 году 16,4 на 100 тысяч детей 0–14 лет.

Анализ структуры первичной заболеваемости детей до 14 лет свидетельствует о преобладании психозов и состояния слабоумия, на втором месте — психические расстройства непсихотического характера, последнее место занимает умственная отсталость. При этом за 2015–2020 годы количество взятых под наблюдение детей с впервые установленным диагнозом психозов и состояний слабоумия уменьшалось с 39,2 до 23,6 на 100 тысяч. Количество взятых под наблюдение детей с впервые установленным диагнозом психических расстройств непсихотического характера также снизилось: с 33,5 до 24,4 на 100 тысяч (рис. 1). Количество взятых под наблюдение детей с впервые установленным диагнозом умственной отсталости выросло с 12,4 до 15,2 на 100 тысяч. Количество детей, обращающихся за консультативно-лечебной помощью, снижалось с 2015-го по 2018 год с 524,6 до 428,4, затем наблюдался подъем до 432,4 в 2019 году, в 2020-м показатель снизился до 429 на 100 тысяч [6, 7].

Также был проведен анализ первичной заболеваемости подростков (15–17 лет) в РФ за 2015–2020 годы. Согласно полученным данным, показатель вырос с 73,9 до 77,5 на 100 тысяч

за 2015–2018 годы, затем наблюдалось снижение в 2019-м до 71,4, и в 2020 году показатель достиг минимума – 64,6 на 100 тысяч.



Рис. 1. Динамика первичной заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения на 100 тысяч за 2015–2020 гг.

В структуре первичной заболеваемости преобладают психические расстройства непсихотического характера, на втором месте – умственная отсталость, на третьем – психозы и состояния слабоумия. Количество взятых под наблюдение детей с впервые установленным диагнозом психических расстройств непсихотического характера за 2015–2020 годы увеличилось: с 30,4 до 32,6 на 100 тысяч. Максимума показатель достиг в 2018 году – 35,7 на 100 тысяч. Количество взятых под наблюдение детей с впервые установленным диагнозом умственной отсталости значительно снизилось: с 29,3 до 17,1 на 100 тысяч. Количество взятых под наблюдение детей с впервые установленным диагнозом психозов и состояний слабоумия выросло с 14,2 до 14,9 на 100 тысяч. Количество детей, обращающихся

за консультативно-лечебной помощью, увеличилось с 2015-го по 2019 год с 388,4 до 431,4, затем наблюдалось резкое снижение в 2019 году до 377,8 на 100 тысяч, достигнув минимума за 5 лет [6, 7].

Был проведен анализ контингентов детей в возрасте 0–14 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения на 100 тысяч детей в возрасте 0–14 лет, который показал, что за 2016–2019 годы процентное отношение пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, к численности пациентов, которым оказывалась консультативно-лечебная помощь, оставалось абсолютно одинаковым: 30% к 70%. В 2015-м и 2020 году отношение пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, к численности пациентов, которым оказывалась консультативно-лечебная помощь, было 29% к 71%. При этом среди пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, процентное распределение основных диагностических категорий также осталось неизменным в 2015 и 2020 годах: психозы и состояния слабоумия – 4%, психические расстройства непсихотического характера – 11%, умственная отсталость – 15% [6, 7].

Проведенный анализ контингентов подростков в возрасте 15–17 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения показал, что за 2016–2019 годы доля пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, относительно численности пациентов, которым оказывалась консультативно-лечебная помощь, изменилась с 40% и 60% в 2015 году до 36% и 64% соответственно. При этом среди пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, распределение основных диагностических категорий практически не изменилось. В 2015 году: психозы и состояния слабоумия – 4%, психические

расстройства непсихотического характера – 11%, умственная отсталость – 25%. В 2020 году: психозы и состояния слабоумия – 5%, психические расстройства непсихотического характера – 9%, умственная отсталость – 22% [6, 7].

Аналитическое исследование показателей заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, свидетельствует о том, что основными группами заболеваний являются алкоголизм и алкогольные психозы, наркомания и токсикомания.

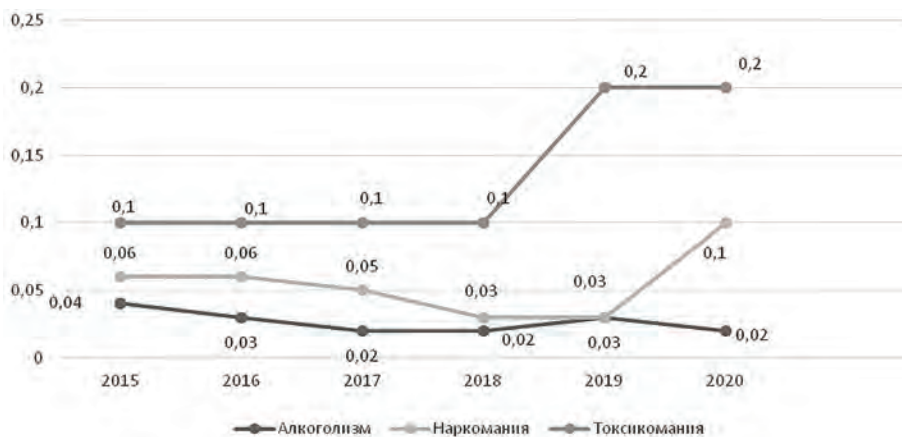


Рис. 2. Динамика первичной заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, на 100 тысяч за 2015–2020 гг.

В структуре первичной заболеваемости в возрастной группе 0–14 лет основное место занимают алкоголизм и алкогольные психозы. С 2015-го по 2018 год показатель был стабильным: 0,1 на 100 тысяч. В 2019–2020 годах показатель увеличился в 2 раза – до 0,2 на 100 тысяч. Второе место занимает наркомания. С 2015-го по 2019 год наблюдалась тенденция

к снижению: с 0,06 до 0,03 на 100 тысяч. В 2020 году произошел резкий рост: до 0,1 на 100 тысяч. Третья по значимости группа заболеваний – токсикомании. Наиболее высокий показатель наблюдался в 2015 году – 0,04 на 100 тысяч. С 2016-го по 2020 год значительных изменений не происходило. В 2020 году показатель стал минимальным за период – 0,02 на 100 тысяч (рис. 2) [6, 7].

Среди детей (0–14 лет), состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, в 2015–2020 годы распределение патологий оказалось следующим: наиболее распространены токсикомании (71–84%), далее – наркомания (8–24%), алкоголизм и алкогольные психозы (5–14%).

Проведенный анализ данных о детях до 14 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением психотропных веществ, свидетельствует о том, что причиной взятия на учет в большей степени является употребление алкоголя (доля от 64% до 71% за 2015–2020 годы), второе место занимает употребление ненаркотических веществ (23–26%), на третьем месте – употребление наркотических веществ (6–10%).

В структуре первичной заболеваемости подростков (15–17 лет) первое место занимает наркомания. С 2015-го по 2018 год показатель снизился с 9,1 до 4 на 100 тысяч, а к 2020 году – до 0,09 на 100 тысяч. Заболеваемость токсикоманией также снизилась: с 3 в 2015 году до 0,09 на 100 тысяч в 2020-м, однако в период 2017–2019 годов показатель имел положительную динамику роста. Уменьшилась и третья по значимости группа заболеваний: алкоголизм и алкогольные психозы (с 2,9 в 2015-м до 0,08 на 100 тысяч в 2020 году). Важно отметить, что в 2019 году произошел резкий рост одновременно всех групп заболеваний. Показатели достигли максимальных значений за 2015–2020 годы:

11,3 на 100 тысяч – наркомания, 6,5 на 100 тысяч – токсикомании, 3,1 на 100 тысяч – алкоголизм и алкогольные психозы [6, 7].

Исследование показало, что у большей части подростков, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, распространена наркомания. Этот показатель имеет колебания в структуре от 44% в 2015 году до 51% в 2020 году, с наибольшим значением (52%) в 2019 году. Токсикомания занимает второе место с долей 29–39%. Максимальное значение приходится на 2015 год (39%). На третьем месте стоят алкоголизм и алкогольные психозы (15–20%).

Среди детей и подростков в возрасте 15–17 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением психотропных веществ, распределение в 2015–2020 годах оказалось следующим: наиболее распространены вредные последствия, связанные с приемом алкоголя (72–76%), наркотических веществ (15–18%), ненаркотических веществ (10%) [6, 7].

Важным показателем также является уровень психических расстройств и расстройств поведения в детской инвалидизации. При анализе распределения признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека было выявлено, что на нарушение психических функций приходится наибольший удельный вес за весь период 2015–2020 годов [8].

Среди всех впервые признанных инвалидами оказались инвалидами в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения: в 2015 году – 24,7%, в 2016 году – 24,38%, в 2017 году – 24,8%, в 2018 году – 26,27%, в 2019 году – 27,47%, в 2020 году – 26,91%. С 2015-го по 2019 год отмечался рост с 17 243 человек до максимума в 2019 году – 21 086 человек (+18,22% относительно 2015 года). В 2020 году произошло снижение до 18 844 человек (+8,49% относительно 2015 года; –10,63% относительно 2020 года) [8–10].

Выводы

1. Первичная заболеваемость детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения за 2015–2020 годы снизилась. В структуре первичной заболеваемости детей чаще всего встречаются психозы и состояния слабоумия, на втором месте – психические расстройства непсихотического характера, последнее место занимает умственная отсталость. В структуре первичной заболеваемости подростков главное место занимают психические расстройства непсихотического характера, далее – умственная отсталость, на третьем месте – психозы и состояния слабоумия.

2. Среди больных детей 30% состоит на учете в лечебно-профилактических организациях (состояния слабоумия – 4%, психические расстройства непсихотического характера – 11%, умственная отсталость – 15%), 70% составляют пациенты, которым оказывалась консультативно-лечебная помощь.

3. Среди больных подростков в 2020 году 36% состояли на учете в лечебно-профилактических организациях (психозы и состояния слабоумия – 5%, психические расстройства непсихотического характера – 9%, умственная отсталость – 22%), 64% составляли пациенты, которым оказывалась консультативно-лечебная помощь.

4. В структуре первичной заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, основным место занимают алкоголизм и алкогольные психозы, второе место – наркомания, третья по значимости группа заболеваний – токсикомании. Среди состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях – токсикомания (71–83%), наркомания (8–24%), алкоголизм и алкогольные психозы (5–14%). Среди состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наиболее распространены вредные

последствия, связанные с приемом алкоголя (64–71%), ненаркотических веществ (23–26%), наркотических веществ (7–10%).

5. В структуре первичной заболеваемости подростков с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, первое место занимает наркомания, второе – токсикомания, третье – алкоголизм и алкогольные психозы. Среди состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях наиболее распространена наркомания (44–52%), далее – токсикомания (29–39%) и алкоголизм и алкогольные психозы (15–20%). Среди состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями психотропных веществ распределение оказалось следующим: наиболее распространены вредные последствия, связанные с приемом алкоголя (72–76%), наркотических веществ (15–18%), ненаркотических веществ (10%).

6. Психические расстройства и расстройства поведения являются самым распространенным фактором детской инвалидности.

Список литературы

1. Авдеева М.В., Лобзин Ю.В., Лучкевич В.С. Оценка эффективности организационно-функциональной деятельности центров здоровья по первичной профилактике социально значимых неинфекционных заболеваний // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2013. № 2(42). С. 169–172.

2. Воробьев Е.С., Абумуслимова Е.А. Некоторые аспекты социального обеспечения инвалидов в Российской Федерации // VI Всероссийская с междунар. участием заочная научно-практ. конф. «Здоровье населения и качество жизни». Санкт-Петербург, 30 марта 2019 года. Ч. 1. Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2019. С. 144–149.

3. Гоголева М.Н., Шохина А.Д. Динамика инвалидизации населения в Российской Федерации в 2017–2019 гг. // Актуальные вопросы гигиены. Сб. научных трудов VI Всероссийской научно-практ. конф. с междунар. участием. Санкт-Петербург, 27 февраля 2021 года. Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2021. С. 90–94.

4. Здравоохранение в России. 2019: Стат. сб. Москва: Росстат, 2019. 170 с.

5. Здравоохранение в России. 2021: Стат. сб. Москва: Росстат, 2021. 171 с.

6. Лучкевич В.С., Авдеева М.В., Самодова И.Л. Измерение в социологическом исследовании. Анализ и обобщение результатов эмпирического медико-социологического исследования. Учебно-метод. пособие. Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2016. 48 с.

7. Общественные формы помощи в психиатрии: история и современность / Под ред. Т.А. Солохиной, В.В. Ястребовой. Москва: Городец, 2019. 392 с.

8. Панчишина К.А., Большакова К.А., Мариничева Г.Н. Анализ детской инвалидности в Российской Федерации за 2017–2020 гг. // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации. Материалы Всероссийской научно-практ. конф. с междунар. участием. Иркутск, 8 декабря 2021 года. Т. 1. Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2021. С. 291–295.

9. Панчишина К.А., Большакова К.А., Мариничева Г.Н. Анализ показателей детской инвалидности в России за 2018–2021 гг. // Здоровье населения и качество жизни. Электронный сборник материалов IX Всероссийской научно-практ. конф. с междунар.

участием. Санкт-Петербург, 30 марта 2022 года. Т. 2. Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2022. С. 9–13.

10. Психическое здоровье. Основные факты // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения – 13.10.2022).

СПЕЦИФИКА СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ульянова И.А.

*Государственное бюджетное учреждение
дополнительного образования «Центр
психолого-педагогической, медицинской и социальной
помощи» Невского района Санкт-Петербурга,
Санкт-Петербург, Россия*

Асоциальное поведение подростков образовательных учреждений, которое проявляется в таких формах, как правонарушения различной степени тяжести, употребление психоактивных веществ, нарушения дисциплины, нарушения общественного порядка, буллинг, суицид и др., в последние годы стремительно приобретает массовый характер. Несмотря на предпринимаемые действия, специалисты, отвечающие за направление профилактики в образовательных учреждениях (далее – ОУ), не всегда могут отслеживать незначительные изменения в поведении подростков.

В ГБУ ДО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Невского района Санкт-Петербурга (далее – Центр) специалистами реализуются три авторские программы: районная – «Организация адресной профилактической работы с использованием электронной системы раннего выявления асоциального поведения подростков общеобразовательных учреждений Невского района Санкт-Петербурга» (далее – «АИСТ»), «Социальная реклама – в школы», «Открытая сцена».

Организуя подобную работу, необходимо учитывать быстро меняющуюся специфику основной группы, на которую направлена данная работа, – подростков. И без ответа на вопрос, кто они, какие, какими качествами обладают, выстраивание

эффективной работы по профилактике на современном этапе развития общества невозможно.

Программа «АИСТ» прошла экспертизу экспертного научно-методического совета в Государственном бюджетном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования» и получила заключение: «Допустить данные материалы к использованию в работе с подростками в образовательных учреждениях г. Санкт-Петербурга».

Специалистами Центра было проведено 55 обучающих семинаров для классных руководителей и специалистов служб сопровождения ОУ. Семинары имели целью познакомить педагогов с данной системой, объяснить, как с ней работать, ответить на вопросы. В результате система была запущена в 55 ОУ Невского района Санкт-Петербурга. Охват обучающихся, проходящих мониторинг, составляет 18 971 человек (ученики 7–11 классов).

За счет чего работает данная система? Она построена на модернизации взаимодействия классных руководителей и специалистов служб сопровождения.

Современные школы имеют большое количество учеников. Зачастую служба сопровождения ограничивается тремя специалистами, а именно: заместитель директора по воспитательной работе, педагог-психолог и социальный педагог. Несмотря на высокий профессионализм данных специалистов, охватить своим вниманием всех обучающихся не представляется возможным. Классные руководители могут отслеживать изменения, происходящие с учениками, и вносить эти изменения согласно графику в электронную таблицу. В этом случае специалисту службы сопровождения достаточно открыть «АИСТ» с любого устройства и в режиме реального времени увидеть, в каких классах имеются ученики, показывающие риск вовлечения в асоциальное поведение, риск жестокого обращения с подростками.

Данная система реализуется только год, поэтому говорить о качественных изменениях пока рано. Однако можно отметить определенные тенденции, которые наметились в результате трех срезовых исследований в течение года.

Так, количество проявлений аутоагрессивного поведения подростков (суицидальные интересы или высказывания, в том числе в социальных сетях и интернете, наличие порезов, царапин и ушибов искусственного происхождения) снижалось. За период с 01.10.2021 по 30.12.2021 такое поведение было выявлено у 27 подростков. С 01.01.2022 по 30.03.2022 их стало 17, а с 01.04.2022 по 30.05.2022 это число сократилось до 8.

В результате у социальных педагогов и педагогов-психологов школ появляется возможность на ранних этапах формирования выявлять потенциальные риски асоциального поведения подростков и начинать профилактику заранее и адресно.

После определения причин начинается коррекционная работа с использованием как алгоритма технологии индивидуального сопровождения (общего), так и более детальных алгоритмов и форм документирования, предоставленных Центром для специалистов служб сопровождения школ.

С другой стороны, у специалистов Центра появляется возможность дистанционного контроля процесса заполнения диагностической формы, что способствует регулярному и более углубленному наблюдению классными руководителями за поведением учеников своего класса. Данная система ранней диагностики способствует переориентации педагогов и специалистов служб сопровождения школ реагирования на уже состоявшийся негативный поведенческий факт, на выявление причин на раннем этапе формирования у подростка элементов асоциальности в поведении и их оперативное купирование.

Классные руководители и специалисты служб сопровождения оценивают данную систему достаточно высоко. Она

продолжает свою работу. Чтобы иметь возможность внести в нее изменения, а также узнать отношение к ней классных руководителей и специалистов службы сопровождения, мы разработали Яндекс-анкету обратной связи.

Программа «Социальная реклама – в школы» является одним из условий реализации программы «АИСТ».

Современная жизнь уже давно перешла в электронное пространство. Подавляющая часть подростков и молодежи погрузилась в него с головой. Этим успешно пользуются те, кто хочет так или иначе завлечь несовершеннолетних в сети противоправного и асоциального поведения. В сети много материалов негативной направленности, но профилактического контента очень мало. Цель программы – частично восполнить данный пробел, для этого предусмотрено размещение созданных подростками социальных роликов в социальных сетях.

Программа реализуется в группах учеников 7–11-х классов образовательных учреждений на протяжении всего учебного года, ее продолжительность – 64 часа (на одну группу).

Приоритет при отборе кандидатов на обучение по программе отдается подросткам с асоциальным поведением, диагностированным классными руководителями по системе «АИСТ».

Обучение по программе предусматривает сочетание проектного метода и метода «портфолио» как способа профессионального развития. Отличительной чертой данного проекта является мультизадачность и принцип ее реализации. Весь контент, производимый в рамках реализации программы, будет сделан учащимися. Они пройдут через все ступени производства, начиная от создания идей через съемку, последующий монтаж и размещение итогового продукта в социальных сетях. На всех этих этапах участники смогут не только раскрыть свой творческий потенциал, но и на начальном уровне освоить профессии, связанные с производством видеоматериалов.

Новизна программы состоит в использовании курса обучения школьников социальной рекламе с целью профилактики их асоциального поведения. Подросток, который увлечется популярной среди молодежи деятельностью (создание роликов для социальных сетей, сайта собственной школы), разрабатывая профилактическую направленность ролика, постарается соответствовать тому, что рекламирует.

В ходе работы над роликами социальной рекламы несовершеннолетние повысят свой уровень информированности по различным социальным проблемам (экология, добровольчество, помощь пожилым людям и людям с ограниченными возможностями, профилактика наркозависимости, суицидов, правонарушений).

Также с учащимися проходит профилактическая работа в формате социального театра по программе «Открытая сцена». Целью ее является профилактика употребления психоактивных веществ, распространения ВИЧ, пропаганды толерантного отношения и здорового образа жизни, формирование культуры общения в обществе, защиты и продвижения интересов различных общественных групп. В основе проекта лежит технология форум-театра.

Суть проекта заключается в подготовке группы добровольцев, которые создают спектакль, основываясь на ситуациях из окружающей жизни. Во время показа спектакля у зрителей есть возможность подняться на сцену и предложить другую развязку ситуации и решение проблемы, что рождает уникальную атмосферу причастности к происходящему.

Таким образом, в рамках реализации основных направлений работы Центра в действие вовлечены все субъекты образовательного процесса: дети, педагоги, родители.

Прочее

ИЗМЕНЕНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО ТИПУ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Городкова Н.А.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного
здоровья подростков «Ювента»»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. В настоящее время в современном обществе все большую актуальность приобретает проблема расстройств пищевого поведения (далее – РПП) среди подростков. Молодежь охотно верит рекламе и средствам массовой информации, которые не всегда пропагандируют здоровый образ жизни, следствием чего является формирование отклонений в работе органов и систем организма. Возникающие нарушения метаболических процессов в дальнейшем могут стать триггерами развития соматической патологии и привести к потере трудоспособности, к инвалидизации, снижению качества жизни. Если РПП не лечить и оставить без должного внимания, симптомы и последствия могут оказаться весьма плачевными, повлечь за собой разрушение здоровья и даже смерть больного. Данная проблема требует к себе пристального внимания не только психологов и психотерапевтов, но и педиатров, терапевтов, кардиологов, эндокринологов, акушеров-гинекологов. Разработанной и апробированной программы первичной профилактики отклонений пищевого поведения среди указанного контингента подростков на данный момент в России не существует [1].

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения; здоровый образ жизни; регуляция аппетита; нарушение метаболизма; белково-энергетическая недостаточность; гиперхолестеринемия; дислипидемия; девушки-подростки

Введение. Именно в подростковом возрасте формируются основные привычки, закладывается фундамент общечеловеческих ценностей. На этот же возраст приходится период повышенного внимания подростков к собственной внешности, желание соответствовать «стандартам», принятым в современном обществе.

Пищевое поведение (ПП) – совокупность форм поведения человека, включающих режим (частота, распределение во времени), темп (скорость) приема пищи, предпочтительность потребления отдельных видов продуктов, побудительные причины (не только появление чувства голода и аппетит) и поводы к приему пищи, субъективное отношение к процессу питания [2].

Расстройства пищевого поведения – заболевания, для которых характерно нездоровое ПП; в его основе находится озабоченность человека собственным весом и внешностью. РПП могут развиваться на любом этапе жизни, но чаще формируются и проявляются в подростковом возрасте; это динамические расстройства.

Одним из метаболических нарушений при РПП по типу нервной анорексии является изменение содержания холестерина и липопротеинов в плазме крови. Уровни холестерина могут быть как выше, так и ниже нормальных показателей. Долгое время считалось, что уровень холестерина в крови зависит от диеты, степени его секреции печенью и метаболизма. Парадоксальное повышение уровня холестерина у пациентов с тяжелыми РПП раньше связывали только с низкой степенью гормонов щитовидной железы, что приводило к снижению метаболизма

существующего холестерина. Низкие уровни холестерина были связаны с депрессией и суицидальными тенденциями. Вторичные гиперлипидемии (ГЛП) чаще проявляются повышенным содержанием в плазме крови нескольких классов липопротеидов (ЛП). Часто (прежде всего в начале развития патологического процесса) количественные и качественные сдвиги в составе ЛП в плазме крови носят адаптивный характер [4].

Холестерин в норме является жизненно необходимым компонентом и принимает участие в выработке витаминов, компонентов желчи и гормонов. Но длительно существующий избыток холестерина может привести к развитию атеросклероза за счет отложения его в просвете сосудов. ГЛП встречается у 2–10% детей и 40–60% взрослых [3]. ГЛП является важным фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) атеросклеротического генеза, к которым относятся ишемическая болезнь сердца, атеротромботический ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака, периферический атеросклероз с атеросклеротическими бляшками, стенозирующими просвет сосуда $\geq 50\%$.

Осуществление всех функций организма требует адекватного и достаточного поступления энергии для жизнеобеспечения. Основным источником энергии — пища. Ответственным за регуляцию потребления пищи является гипоталамус, который получает сигналы от внешней и внутренней среды о потребности в энергии.

В настоящее время известно большое количество центральных и периферических пептидов, вовлеченных в регуляцию аппетита, пищевого поведения и массы тела. Одним из участников процесса поддержания энергетического гомеостаза организма является пептидный гормон грелин, который продуцируется в пищеварительном тракте и связывается с рецептором гормона роста.

Показано, что грелин осуществляет коротко- и долгосрочную регуляцию аппетита и массы тела, потребления пищи и запасов энергии. У здорового человека уровень грелина повышается непосредственно перед приемом пищи и быстро снижается после еды [5]. У пациентов с анорексией уровни грелина могут повышаться двукратно и восстанавливаются после набора массы тела [6]. Это подтверждает мнение о том, что повышенная секреция грелина у пациентов с симптомами нервной анорексии представляет собой явление, зависимое от пищевого статуса пациента, восстановление которого достигается формированием здорового пищевого поведения [7]. Однако в целом результаты исследований уровня плазменного грелина у пациентов с РПП достаточно противоречивы. Колебания грелина при РПП не всегда коррелируют с эпизодом приема пищи. Различия в полученных результатах могут быть связаны с разнородностью выборки пациентов, дизайном исследований и техникой забора крови у пациентов [8]. Нарушения в регуляции связывают с адаптацией организма к длительному повторяющемуся ограничению в еде [9].

Возможно, дальнейшее изучение физиологической роли грелина позволит использовать его свойства в медицине для профилактики расстройств, связанных с приемом пищи.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены истории болезни пациенток с РПП по типу нервной анорексии (НА), которые наблюдаются в Центре коррекции нарушений пищевого поведения, созданном на базе СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)» в 2016 году. В исследование включены клинические наблюдения пациенток в возрасте 13–17 лет (всего 16 человек): 8 пациенток с гиперхолестеринемией (ГХС) и контрольная группа — 8 девушек-подростков с РПП, не имеющих отклонений в липидном спектре крови. Средний возраст

испытуемых – $15,5 \pm 0,55$ лет. Оценивались величина (% снижения веса от первоначального) и скорость снижения массы тела, изменения холестерина сыворотки крови и липидный спектр.

В исследуемой группе проведены клинические, лабораторные и инструментальные исследования, консультации психотерапевта, психолога, эндокринолога, гинеколога, офтальмолога, терапевта.

Определяющими физическими параметрами для амбулаторного лечения пациентов являлись вес пациента, состояние сердечно-сосудистой системы и метаболических процессов и выраженность специфических для РПП поведенческих нарушений.

В исследуемую группу были включены пациентки, у которых анамнестически исключены возможные семейные гиперхолестеринемии (СГХС). Проведение молекулярно-генетического теста, направленного на выявление мутаций в генах *LDLR*, *APOB*, *PCSK9*, *LDLRAP1*, *ABCG5*, *ABCG8*, *CYP7A1* [10], было затруднено в рамках данного исследования.

СГХС можно заподозрить, когда в семейной истории есть ССЗ, начинавшиеся рано: у мужчин моложе 55 лет, у женщин моложе 60 лет. Так, если кто-то из членов семьи перенес инфаркт миокарда (сердечный приступ) или мозговой инсульт в возрасте до 50–60 лет, это может быть следствием высокого холестерина [15].

Есть несколько внешних признаков, которые могут определяться при СГХС, такие как утолщение сухожилий на пятках и руках (ксантомные узелки) или желтоватые области вокруг глаз (ксантелазмы), но они не всегда бывают у пациентов с СГХС. Иногда холестерин откладывается в радужке (цветной части) глаза в виде арки (липидная дуга роговицы).

Всем пациенткам были проведены следующие лабораторные исследования: клинический анализ крови, анализ на общий

белок, билирубин и фракции, трансаминазы, глюкозу крови, общий холестерин и липидный спектр, мочевины, креатинин, щелочную фосфатазу, гамма-глутамилтрансферазу, общий анализ мочи, гонадотропные гормоны, эстрадиол, пролактин, кортизол, тиреоидные гормоны. Инструментальные исследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, щитовидной железы, органов малого таза; электрокардиография.

Таким образом, для формирования рабочей группы исключаящими явились следующие позиции:

1) уровень общего холестерина (ОХС) $> 6,7$ ммоль/л у детей; у пациентов с гетерозиготной формой СГХС (геСГХС), когда генетический дефект унаследован от одного из родителей, ОХС обычно составляет 7,5–14 ммоль/л. При гомозиготной форме СГХС (гоСГХС), при которой генетический дефект унаследован от обоих родителей, – 14–26 ммоль/л [12];

2) уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ПНП) $> 4,9$ ммоль/л у взрослых старше 16 лет или $> 3,5$ ммоль/л у детей и подростков до 15 лет является основным фенотипическим признаком СГХС. У детей с уровнем ХСЛПНП более 11 ммоль/л требуется проводить диагностику гоСГХС [10];

3) у 30–55% больных СГХС выявляются сухожильные ксантомы, которые можно обнаружить в любом возрасте [11];

4) патогномичным признаком для СГХС является липоидная дуга роговицы, выявляемая в возрасте до 45 лет [12–14, 10];

5) для больных с гоСГХС характерны также кожные (туберозные) ксантомы [12–14, 10].

Другими критериями исключения из группы были: прием лекарственных препаратов (циклоспорин, диуретики, глюкокортикоиды, комбинированные оральные контрацептивы; заболевания и состояния (холестаз, нефротический синдром, хроническая болезнь почек, сахарный диабет, гипотиреоз, ожирение, синдром Кушинга); беременность.

Результаты. Оценивались ИМТ, величина (% снижения веса от первоначального) и скорость снижения массы тела, изменения ОХС и ХСЛПНП в исследуемой и контрольной группах (таблицы 1–2).

Пациенты с нервной анорексией часто диссимилируют свое состояние, поэтому ряд критериев, взятых для исследования, могут неточно отражать действительность. Так, максимальная потеря массы тела и период, за который это произошло, весьма субъективны и отмечались со слов пациентов. Скорость снижения массы тела – средняя расчетная величина. А интенсивность потери веса в течение всего зафиксированного пациентом периода неравномерна.

Таблица 1. Исследуемая группа пациентов с РПП по типу НА

№ пациента п/п	Рост, см	Исходная масса тела, кг	ИМТ, кг/м ²	Максимальная потеря массы тела, кг	Потери от исходной массы тела, %	Период снижения массы тела*, мес.	Скорость снижения массы тела**, кг/мес.	ОХС*** < 6,7 ммоль/л	ХСЛПН*** < 4,9 ммоль/л
1.	168	62	21,9	12	19,4	4	3,0	6,7	4,1
2.	165	52	19,1	8	15,4	5	1,6	6,2	3,1
3.	163	58	21,8	10	17,2	4	2,5	6,5	3,5
4.	171	53	21,5	12	19,0	6	2,0	6,7	3,7
5.	158	59	23,6	10	16,9	9	1,1	6,3	3,6
6.	165	68	25,6	14	20,6	6	2,3	6,7	4,3
7.	160	50	19,5	15	30,0	11	2,7	6,5	3,7
8.	172	53	17,9	8	15,1	8	1,1	6,1	3,2
Среднее	165,3	56,9	21,4	11,1	19,2	6,6	2,0	6,5	3,7

Таблица 2. Контрольная группа пациентов с РПП по типу НА

№ пациента п/п	Рост, см	Исходная масса тела, кг	ИМТ, кг/м ²	Максимальная потеря массы тела, кг	Потери от исходной массы тела, %	Период снижения массы тела*, мес.	Скорость снижения массы тела**, кг/мес.	ОХС*** < 5,7 ммоль/л	ХСЛПН*** < 3,5 ммоль/л
1.	159	52	20,8	8	15,4	6	1,3	5,2	3,3
2.	171	54	18,5	11	17,7	8	1,4	4,8	3,1
3.	162	62	23,6	10	16,1	5	2,0	5,1	3,5
4.	165	63	23,1	12	19,0	6	2,0	4,2	3,4
5.	160	59	23,1	10	16,9	8	1,2	4,7	2,7
6.	163	55	20,1	12	21,8	10	1,2	5,4	3,1
7.	163	50	18,8	6	12,0	7	0,9	5,6	4,1
8.	170	61	21,1	13	21,3	8	1,6	4,1	3,2
Среднее	164,1	57,0	18,6	10,3	17,5	7,3	1,5	4,9	3,3

* Субъективный критерий со слов пациента.

** Средняя расчетная величина.

*** Клинические рекомендации по гиперхолестеринемиям на основе модифицированных критериев экспертов европейского общества по атеросклерозу для диагностики геСГХС и гоСГХС у детей и подростков до 19 лет включительно.

Для контрольной и рабочей групп учитывался уровень ОХС и ХСЛПНП в соответствии с Клиническими рекомендациями по гиперхолестеринемиям на основе модифицированных критериев экспертов европейского общества по атеросклерозу для диагностики геСГХС и гоСГХС у детей и подростков до 19 лет включительно.

Диаграмма 1



Диаграмма 2



В контрольной и исследуемой группе пациенток с РПП по типу НА четко выраженных корреляций изменений холестеринового обмена от скорости снижения массы тела не наблюдалось. Но очевидно, что в контрольной группе, где ОХС и ЛПНП не выходили за пределы референсных значений, скорость снижения массы тела была более плавной (диаграммы 1–2).

В контрольной группе ИМТ был несколько ниже, чем в рабочей (18,5 и 21,4 кг/см² соответственно). Средний процент снижения массы тела в контрольной группе также был ниже, чем в исследуемой (17,5% и 19,2% соответственно). А вот снижение массы тела в исследуемой группе пациентов в среднем происходило быстрее (6,6 мес. и 7,3 мес. соответственно) (таблица 3).

Таблица 3. Сравнительная характеристика оцениваемых критериев в контрольной и исследуемой группах

Группы	Среднее значение ИМТ	Средний % снижения массы тела	Средний период снижения массы тела
Контрольная группа	18,6	17,5	7,3
Исследуемая группа	21,4	19,2	6,6

Выводы. Чем выше ИМТ у девушек-подростков с РПП, тем активнее они худеют:

- выше скорость снижения массы тела;
- больший процент снижения веса;
- за меньший период времени снижается масса тела.

Таким образом, чем интенсивнее проходит процесс снижения массы тела, тем более вероятны изменения в липидном спектре крови.

Список литературы

1. Матусевич М.С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков // Молодой ученый. 2013. № 12(59).

- С. 814–817. URL: <https://moluch.ru/archive/59/8518/> (дата обращения – 15.02.2021).
2. Буйнов Л.Г., Пазыркина М.В. Сохранение здоровья школьников как педагогическая проблема // Молодой ученый. 2012. № 6. С. 372–375.
 3. Эндокринология и метаболизм. Т. 2 / Пер. с англ.; под. ред. Ф. Фелинга, Дж. Бакстера, А.Е. Бродуса, Л.А. Фромена. Москва, 1985. 416 с.
 4. Туркина Т.И., Щербакова В.Ю. Особенности дислипидемии у детей // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011. № 7(1). С. 65–69.
 5. Zizzari P., et al. Meal anticipatory rise in acylated ghrelin at dark onset is blunted after long-term fasting in rats. *J. Neuroendocrinol.* 2011;23:804–14.
 6. Méquinion M., et al. Ghrelin: Central and Peripheral Implications in Anorexia Nervosa. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2013;4(15).
 7. Nedvídková J., et al. Loss of Meal-Induced Decrease in Plasma Ghrelin Levels in Patients with Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2003;88(4):1678–82.
 8. Tortorella A., et al. Central and Peripheral Peptides Regulating Eating Behaviour and Energy Homeostasis in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Literature Review. *European Eating Disorders Review*. 2014;22(5).
 9. Yi C.X., Heppner K., Tschöp M.H. Ghrelin in eating disorders. *Mol. Cell. Endocrinol.* 2011;340:29–34.
 10. Familial hypercholesterolaemia: identification and management. NICE guideline. 2008.
 11. Humphries S.E., Cranston T., Allen M., Middleton-Price H., Fernandez M.C., Senior V., Hawe E., Iversen A., et al. Mutational analysis in UK patients with a clinical diagnosis of familial hypercholesterolaemia: relationship with plasma lipid traits, heart disease

risk and utility in relative tracing. *J Mol Med (Berl)*. 2006 Mar;84(3):203–14.

12. Ежов М.В., Сергиенко И.В., Рожкова Т.А., Кухарчук В.В., Коновалов Г.А., Мешков А.Н., Ершова А.И., Гуревич В.С. и др. Российские рекомендации по диагностике и лечению семейной гиперхолестеринемии. *Атеросклероз и дислипидемии*. 2016. № 4. С. 21–29.

13. Hopkins P.N., Toth P.P., Ballantyne C.M., Rader D.J. Familial hypercholesterolemias: prevalence, genetics, diagnosis and screening recommendations from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. *J Clin Lipidol*. 2011 Jun;5 (3 Suppl):9–17.

14. Watts G.F., Gidding S., Wierzbicki A.S., Toth P.P., Alonso R., Brown W.V., Bruckert E., Defesche J., et al. International FH Foundation. Integrated guidance on the care of familial hypercholesterolaemia from the International FH Foundation: executive summary. *J Atheroscler Thromb*. 2014;21(4):368–74.

15. Ежов М.В., Сергиенко И.В., Аронов Д.М., Арабидзе Г.Г., Ахмеджанов Н.М., Бажан С.С., Балахонова Т.В., Барбараш О.Л. и др. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации, VI пересмотр. *Атеросклероз и дислипидемии*. 2017. № 3. С. 5–22.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩЕНИЙ
К ВРАЧУ-КОСМЕТОЛОГУ
ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА
ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ
«ЮВЕНТА»

Бражникова А.П.¹, Городкова Н.А.², Смирнова Е.В.², Петрова Ю.В.²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”», Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Вульгарные акне и симптомокомплекс постакне — это основные заболевания, с которыми сталкивается врач-косметолог в своей работе. В данной статье проанализированы характеристики пациентов, обращающихся в СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков» (далее — Центр «Ювента»), методы лечения, структура заболеваемости на приеме врача-косметолога. Анализ структуры таких обращений пациентов в возрасте от 10 лет и старше позволяет сконцентрировать внимание на наиболее актуальных заболеваниях при создании алгоритмов диагностики и лечения, внедрении современных подходов к терапии, чтобы добиваться контроля над их течением и улучшать качество жизни пациентов этой возрастной группы.

Ключевые слова: врач-косметолог; вульгарные акне; постакне; системные ретиноиды; изотретиноин

Особенностью работы врача-косметолога Центра «Ювента» является обращение большинства пациентов с жалобами на поражение открытых участков преимущественно кожи лица, тела. У пациентов 10–17 лет наиболее актуальной проблемой становятся вульгарные акне и их осложнения [1]. По данным различных авторов, заболеваемость в этой группе варьирует от 70 до 95% в Европейской популяции [2], осложнения могут развиваться у 12–14% (до 95%) больных [3, 4]. У пациентов старше 18 лет акне персистируют в 12–50% случаев [1, 5]. При этом подходы к лечению дифференцируются с оглядкой на возрастные ограничения по назначению как топических, так и системных препаратов, что требует от врача-косметолога знаний и гибкого подхода в каждом конкретном случае.

Цель исследования. Анализ структуры обращений к врачу-косметологу Центра «Ювента» пациентов от 10 лет и старше для улучшения в дальнейшем качества оказания помощи. Кроме сплошной выборки данных медицинской статистики по заболеваемости, в анализ было включено небольшое нерандомизированное неконтролируемое исследование в группе пациентов, получавших системные ретиноиды с акне различной степени тяжести (от среднетяжелой до тяжелой), отбор в которую проводили сплошным методом из числа пациентов, обратившихся по поводу лечения акне и подписавших информированное согласие.

Методы. Анализ полученных результатов проводили с использованием описательной статистики и применением параметрического *t*-критерия Стьюдента. За величину уровня статистической значимости различий принимали $p \leq 0,05$.

Был проведен ретроспективный анализ обращаемости к врачу-косметологу Центра «Ювента» за 16 месяцев (с апреля 2021 года по июль 2022 года). К врачу-косметологу Центра «Ювента» за этот период обратилось 1778 пациентов, основная

часть которых приходилась на возрастную категорию от 15 до 17 лет – 1198 (67,37%), вторыми по численности были дети от 10 до 14 включительно – 495 (27,84%), но и пациенты 18 лет и старше также нуждались в помощи: их было 85 (4,78%). В таблице 1 представлены сводные данные о количественном составе пациентов, обратившихся к врачу-косметологу.

Таблица 1. Количественный и возрастной состав пациентов, обратившихся к врачу-косметологу

	Дети 10–14 лет (абс. ч. / %)	Дети 15–17 лет (абс. ч. / %)	18 лет и старше (абс. ч. / %)	Всего пациентов
Количество пациентов	495 (27,84%)	1198 (67,37%)	85 (4,78%)	1778

Всего у 1778 пациентов было выявлено 2086 заболеваний. Таким образом, на одного пациента в среднем приходится 1,2 заболевания. Заболеваемость за исследуемый период распределилась по возрастным группам следующим образом: 1406 нозологических форм (64,40%) пришлось на возрастную группу 15–17 лет, 563 (26,99%) – на возрастную группу 10–14 лет и 117 (5,60%) – на возрастную группу 18 лет и старше. Данные за исследуемый период представлены в таблице 2.

Таблица 2. Заболеваемость за исследуемый период

	Дети 10–14 лет (абс. ч. / %)	Дети 15–17 лет (абс. ч. / %)	18 лет и старше (абс. ч. / %)	Всего выявлено заболеваний
Выявлено патологии	563 (26,99%)	1406 (64,4%)	117 (5,60%)	2086

Исходя из общей заболеваемости, констатируем, что вульгарные акне были выявлены в 1190 случаях (57,05%), а эскорирированные акне – в 77 случаях (3,69%). В таблице 3 представлены сводные данные о количественном составе пациентов с вульгарными акне, симптомокомплексе постакне и особой

форме акне – эксфолированными, распределенные по возрастным категориям пациентов.

Таблица 3. Количественный и возрастной состав пациентов с вульгарными и эксфолированными акне и постакне

Нозология	Дети 10–14 лет (абс. ч. / %)	Дети 15–17 лет (абс. ч. / %)	18 лет и старше (абс. ч. / %)	Всего патологии
Вульгарные акне	444 (37,31%)	668 (56,13%)	78 (6,55%)	1190
Эксфолированные акне	15 (19,48%)	61 (79,22%)	1 (1,30%)	77
Симптомокомплекс постакне	29 (16,38%)	131 (74,01%)	17 (9,60%)	177

Дифференциальная диагностика потребовалась в 194 случаях (10,91%) за исследуемый период. Инфестации, а также проявления врожденных особенностей кожного покрова наиболее часто расценивались пациентами как проявления вульгарных акне и служили поводом к обращению. Третьей по численности суммарно была группа хронических дерматозов и контактных реакций кожи на топические средства, при этом жалобы были на изолированное поражение зоны лица и не связывались пациентами с проявлением уже известного им анамнестически, а в некоторых случаях впервые выявленного нами на приеме заболевания. В таблице 4 представлены основные нозологические формы, с которыми сталкивается врач-косметолог при верификации диагноза вульгарных акне.

Кроме того, в ходе осмотра были выявлены пигментные и сосудистые доброкачественные образования кожи, которые потребовали последующего динамического наблюдения у 11 пациентов (2,22%) до 14 лет, у 20 пациентов (1,67%) 15–17 лет и у 7 пациентов (8,24%) 18 лет и старше, а часть пациентов была направлена для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики к онкологу: 3 пациента (0,61%) до 14 лет, 5 пациентов (0,42%) 15–17 лет, 3 пациента (3,53%)

18 лет и старше. Поражение волосистой части головы и ногтевых пластин служило поводом для обращения в 8 случаях (0,45%) за исследуемый период.

Таблица 4. Дифференциальная диагностика вульгарных акне

Нозология	Дети 10–14 лет (абс. ч. / %)	Дети 15–17 лет (абс. ч. / %)	18 лет и старше (абс. ч. / %)	Всего патологии
Эпидермальные кисты	8 (1,42%)	9 (0,64%)	0	17 (0,81%)
Вульгарный ихтиоз	20 (3,55%)	28 (1,99%)	1 (0,85%)	49 (2,35%)
Инфекции (пиодермия, бородавки, контагиозный моллюск)	11 (1,95%)	35 (2,49%)	3 (2,56%)	49 (2,35%)
Псориаз	2 (0,36%)	6 (0,43%)	0	8 (0,38%)
Витилиго	3 (0,53%)	3 (0,21%)	0	6 (0,29%)
Атопический дерматит	7 (1,24%)	7 (0,50%)	0	14 (0,67%)
Себорейный дерматит	3 (0,53%)	11 (0,78%)	2 (1,71%)	16 (0,77%)
Простой контактный дерматит	3 (0,53%)	7 (0,50%)	0	10 (0,48%)
Аллергический контактный дерматит	2 (0,36%)	12 (0,85%)	4 (3,41%)	18 (0,86%)
Розацеа	0	3 (0,21%)	4 (3,41%)	7 (0,34%)

Для каждой возрастной группы в Центре «Ювента» врачами-косметологами разработан алгоритм диагностики и лечения, который основан на клинических рекомендациях, анализе имеющихся в свободном доступе современных обзоров литературы по данной тематике, нашем многолетнем опыте наблюдения за динамикой процесса у пациентов [5–7]. Особенности имеются у группы пациентов с эксфолированными акне, так как данная нозологическая форма часто не обособляется и ей не уделяется должного внимания в современных источниках [8]. В Центре «Ювента» создана и функционирует

психолого-психотерапевтическая служба, ведет прием целая команда специалистов: терапевт, педиатр, эндокринолог, акушер-гинеколог, уролог-андролог, а также врачи ультразвуковой и функциональной диагностики, невролог, физиотерапевт; работает своя клиничко-диагностическая лаборатория. Благодаря комплексному ведению пациентов мы можем качественно изменить характер течения заболевания для этой группы пациентов [9].

Также сложности возникают при курации пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами в случае осложнения заболевания симптомокомплексом постакне, который характеризуется индивидуальной особенностью процесса поствоспалительной репарации кожи с образованием эритематозных, пигментных пятен, дезорганизации соединительной ткани [10, 11] и появлением различных вариантов атрофических, реже гипертрофических рубцовых изменений [12]. Для таких пациентов крайне важно последовательно применять различные варианты топической терапии, которые сочетают как чередование официальных препаратов по стадиям, так и косметологические и физиотерапевтические процедуры [13, 14].

У части пациентов в связи с тяжестью и/или резистентностью к комплексно проводимой ранее терапии была применена системная терапия изотретиноином по стандартной схеме 120 мг/кг на курс со стартовой дозой от 0,4 мг/кг массы тела в сутки в зависимости от тяжести до 0,4–1 мг/кг массы тела в сутки – терапевтической, с учетом переносимости и возникающих побочных эффектов. Всего за исследуемый период пероральный изотретиноин получили 28 пациентов, из которых 23 – до 18 лет (2 мальчика и 21 девочка), и 5 пациентов 18 лет и старше (1 юноша и 4 девушки). Из выборки были исключены те пациенты, которые не отвечали выбранным критериям, поэтому далее будут представлены только 12 пациентов

(7 человек до 18 лет: 1 мальчик и 6 девочек и 5 человек старше 18 лет: 1 юноша и 4 девушки). Для включения в исследование использовались следующие критерии:

- наблюдение и лечение в Центре «Ювента» до инициации терапии в течение 6 месяцев;

- наличие обследования для выявления сопутствующих заболеваний;

- наблюдение и контроль лабораторных данных в Центре «Ювента» на момент инициации терапии и вплоть до ее окончания;

- наличие подписанного пациентом и/или его законным представителем информированного согласия для проведения системной терапии изотретиноином;

- явка в декретированные сроки для оценки динамики и коррекции терапии;

- возможность обратной связи с пациентом вне декретированных дат при возникновении экстренных ситуаций.

В таблице 5 представлены основные данные, которые мы наблюдали у выбранных пациентов.

Все пациенты, вошедшие в выборку, получали наружную терапию (в соответствии с клиническими рекомендациями) в комплексе с косметологическими манипуляциями по разработанным в Центре «Ювента» схемам, а также физиотерапевтические процедуры в зависимости от клинической картины и тяжести течения вульгарных угрей [15–17]. Лечение проводилось не менее 6 месяцев и приводило к частичному улучшению клинической картины с последующей резистентностью и непрерывным рецидивированием с внезапным ухудшением состояния кожи, в связи с чем терапевтическая тактика сменялась на применение системных препаратов, наиболее патогенетически обоснованным из которых является изотретиноин [18].

Таблица 5*. Системная терапия изотретиноином

Информация о пациенте	Пациент											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Возраст на момент инцидации (лет)	17	16	17	15	18	24	16	18	17	18	18	17
Возраст начала заболевания (лет)	12	13	12	10	13	14	11	13	14	15	14	14
Длительность заболевания до инцидации (лет)	> 5	> 4	> 5	5	5	10	5	5	> 3	> 3	> 4	> 3
Консультации специалистов: акушер-гинеколог	СПКЯ	ГА, ВОМ		ПОМ, ГЯ (гипер ГТ)	ППр, ПОМ, ДЯ	СПКЯ	БВ	АМ	АМ		ПОМ, ППр	НМЦ, АМ
эндокринолог	АИТ										ГСПП	
педиатр / терапевт				ЖДА		ЖДА			ХргД			СЖ, ДЖВП, БА
уролог-андролог			ФГТр							ХрТ		
оториноларинголог						ХрТ						
Сопутствующие дерматологические заболевания		ПА	ПА	ВБ, ПА	АБ, ПА	ПА	ПА	ПА	ПА	ПА	ПА	
Предшествовавшая терапия				АбДк, ТрЭС	ТрЭС, ДАР	КОК – 3 года		ПсТер	ПсТер	УФО, ЭлФз		
Сопутствующая терапия		УФО, ЭлФз	Ц 2021 г.				КОК					ГепПрот
Системный изотретиноин (длительность лечения и суммарная дозировка)	10 мес. 120 мг/кг М тела	10 мес. 120 мг/кг М тела	10 мес. 120 мг/кг М тела	10 мес. 120 мг/кг М тела	12 мес. 120 мг/кг М тела	12 мес. 120 мг/кг М тела	9 мес. 120 мг/кг М тела	11 мес. 120 мг/кг М тела	12 мес. 120 мг/кг М тела	10 мес. 120 мг/кг М тела	10 мес. 120 мг/кг М тела	10 мес. 120 мг/кг М тела

** Список сокращений:*

АБ – аногенитальные бородавки
АбДк – абдоминальная декомпрессия
АМ – альгоменорея
АИТ – аутоиммунный тиреоидит
БА – бронхиальная астма
БВ – бактериальный вагиноз
ВОМ – вторичная олигоменорея
ВБ – вирусные бородавки
ГА – гиперандрогения
ГПр – гиперпролактинемия
ГСПП – гипоталамический синдром пубертатного периода
ГепПрот – гепатопротекторы
ГЯ(гиперГТ) – гипергонадотропная гипофункция яичников
ДАР – дарсонваль
ДЖВП – дискинезия желчевыводящих путей
ДЯ – дисфункция яичников
ЖДА – железodefицитная анемия
КОК – оральные контрацептивы
НМЦ – нарушение менструального цикла
ПА – постакне
ПсТер – психотерапия
СЖ – синдром Жильбера
СПКЯ – синдром поликистозных яичников
ТрЭС – транскраниальная электростимуляция
УФО – ультрафиолетовое облучение
ФГтр – фимоз гипертрофический
ХргД – хронический гастродуоденит
Хрт – хронический тонзиллит
Ц – циркумцизия
ЭлФз – электрофорез лекарственный

Лечение сопутствующих заболеваний проводилось совместно с коллегами как до инициации системной терапии ретиноидами, так и на ее фоне. В этих случаях решение о применении изотретиноина принималось коллегиально с учетом противопоказаний и возможных побочных эффектов. Наружная терапия ксероза проводилась средствами дерматокосметики (эмольенты и корнеопротекторы) и была стандартизирована для всех пациентов с минимальными изменениями по индивидуальной переносимости или предпочтениями пациента. Средний возраст пациентов, которым была иницирована терапия системными ретиноидами, составил 17,5 лет у девочек

и 17,0 лет у мальчиков, возраст начала заболевания – 13,1 и 12,4 лет соответственно, длительность заболевания – 4,7 года и 5,0 лет соответственно. Симптомокомплекс постакне наблюдался у 9 (75,0%) пациентов, при этом длительность заболевания в этой группе составила 5,1 лет у девочек и 5,0 лет у мальчиков.

Мы не проводили ретроспективный анализ предшествовавших обращению в Центр «Ювента» подходов к терапии у пациентов, но, по данным литературных источников, более раннее применение препаратов, способных влиять на все звенья патогенеза акне, таких как изотретиноин, снижают частоту возникновения осложнений [13, 19].

У 6 (50,0%) пациентов имелись эндокринологические заболевания, которые, по данным медицинской литературы, ассоциированы с более тяжелым вариантом течения вульгарных акне с резистентностью к стандартным методам наружной терапии и большей частотой возникновения симптомокомплекса постакне [20–22]. В нашей выборке у 5 (83,3%) из 6 пациентов с эндокринной патологией развились постакне.

Также у 6 (50,0%) пациентов имелась сопутствующая соматическая патология, которая потребовала коррекции до начала лечения системным изотретиноином, во избежание возникновения побочных эффектов (были компенсированы железодефицитные состояния и нарушения функций желудочно-кишечного тракта).

Из 10 девушек в выборке одна (10,0%) пациентка получала оральные контрацептивы, четыре (40,0%) предпочли барьерные способы предохранения, остальные (50,0%) были проинформированы о необходимости применения контрацептивов в случае начала половой жизни.

Средняя продолжительность терапии составила 10,6 мес. у девочек и 10,3 мес. у мальчиков, курсовая доза – 120 мг/кг массы тела, начальная – 0,4 мг/кг массы тела в сутки с постепенным повышением до терапевтической от 0,4 до 1,0 мг/кг массы тела

в зависимости от тяжести клинической картины и переносимости препарата. Лабораторные данные контролировались по схеме: 0-1-2-4-7-10 месяцев, а у пациента с синдромом Жильбера — 0-1-2-4-6-8-10 месяцев, при этом значительных отклонений по показателям в группе не наблюдалось.

Благодаря разработанной схеме курации пациентов до назначения системных ретиноидов и старта с низких ежедневных дозировок с постепенным выходом на терапевтическую в нашей выборке у 100% пациентов не наблюдалось обострения в первые месяцы назначения, данные о котором имеются в аннотации к препарату и медицинской литературе [23, 24]. Кроме того, во избежание рецидива заболевания, помимо обязательного приема всей курсовой дозы, нами производилось постепенное снижение ежедневной терапевтической дозы до момента отмены препарата.

На день написания статьи рецидивы в представленной группе не наблюдались. Конечно, для получения более точных статистических данных, которые позволили бы широко рекомендовать наш подход к назначению системных ретиноидов, необходима большая выборка, поэтому работа будет продолжена.

Некоторые данные, зафиксированные у наших пациентов, не были отражены в этой статье (например, особенности клинической картины, степень тяжести, нюансы топической и системной терапии, виды косметологических и физиотерапевтических процедур до инициации), так как это не входило в цели и задачи настоящей публикации.

Выводы. В работе врача-косметолога в Центре «Ювента» основной нозологической единицей являются вульгарные акне и их осложнения в виде постакне. Наиболее часто с этим заболеванием обращаются подростки с 15 до 17 лет, что диктует особый подход к данной категории пациентов как с точки зрения организации диагностического процесса в условиях

многопрофильного центра с мультидисциплинарной командой специалистов, так и на этапе терапевтических мероприятий с учетом индивидуальных и возрастных особенностей.

Дифференциальная диагностика проводится с инфестациями, врожденными аномалиями развития кожи, группой хронических дерматозов и новообразований.

В случае особых форм акне, таких как эксфолиированные, важно создать условия доступности психологической и/или психотерапевтической помощи для достижения клинического эффекта от топической терапии, в противном случае результат может быть неудовлетворительным.

Современные методы терапии резистентных и тяжелых форм акне с применением системных ретиноидов в детской практике требуют, с одной стороны, как можно более ранней интервенции для профилактики осложнений, а с другой – взвешивающего и осторожного подхода: принятие решения об инициации должно основываться на тщательном обследовании пациентов, своевременном лечении сопутствующей патологии, возможности обследования на фоне терапии и коллегиального подхода при необходимости внесения корректив в план курации, что возможно обеспечить лишь в стенах многопрофильного учреждения.

Список литературы

1. Moradi Tuchayi S., Makrantonaki E., Ganceviciene R., Dessinioti C., Feldman S.R., Zouboulis C.C. Acne vulgaris. *Nat Rev Dis Primers* 2015;1:15029.

2. Tan J.K., Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. *Br J Dermatol* 2015;172(Suppl 1):3–12.

3. Layton A.M., Henderson C.A., Cunliffe W.J. A clinical evaluation of acne scarring and its incidence. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(4): 303–8 (Epub 1994/07/01 PubMed PMID: 7955470).

4. Fabbrocini G., Annunziata M.C., D'Arco V., De Vita V., Lodi G., Mauriello M.C., et al. Acne scars: pathogenesis, classification and treatment. *Dermatol Res Pract.* 2010. DOI:10.1155/2010/893080.
5. Kurokawa I. and Nakase K. Recent advances in understanding and managing acne [version 1; peer review: 2 approved] *F1000Research* 2020;9(Faculty Rev):792. <https://doi.org/10.12688/f1000research.25588.1> 84.
6. Zayed A.A., Sobhi R.M., El Aguizy R.M.S., Sabry D., Mahmoud S.B. Sequential peeling as a monotherapy for treatment of milder forms of acne vulgaris. *J Cosmet Dermatol.* 2019;Sep 23:82.
7. Le Cleach L., Lebrun-Vignes B., Bachelot A., Beer F., Berger P., Brugere S., Chastaing M. Guidelines for the management of acne: recommendations from a French multidisciplinary group. *BJD. British Journal of Dermatology* 2017;177:892–893, 911.
8. Dalgard F., Gieler U., Holm J.O., Bjertness E., Hauser S. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne: results from a population survey. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(5):746–51.
9. Sood S., Jafferany M., Vinaya Kumar S. Depression, psychiatric comorbidities, and psychosocial implications associated with acne vulgaris. *J Cosmet Dermatol.* 2020;19:3177–82. <https://doi.org/10.1111/jocd.13753>.
10. Kang S., Cho S., Chung J.H., et al. Inflammation and Extracellular Matrix Degradation Mediated by Activated Transcription Factors Nuclear Factor- κ B and Activator Protein-1 in Inflammatory Acne Lesions in Vivo. *Am J Pathol.* 2005;166:1691–9.
11. Nast A., Dréno B., Bettoli V., Bukvic Mokos Z., et al. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne – update 2016 – short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 Aug;30(8):1261–8.
12. Clark A.K., Saric S., Sivamani R.K. Acne Scars: How Do We Grade Them? *Am J Clin Dermatol* 2018;19:139–44. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0321-x>.

13. Abdel Hay R., Shalaby K., Zaher H., Hafez V., Chi C.C., Dimitri S., Nabhan A.F., Layton A.M. Interventions for acne scars. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD011946. DOI: 10.1002/14651858.CD011946.pub2.

14. Kerwin, Leonard Y., et al. Scar prevention and remodeling: a review of the medical, surgical, topical and light treatment approaches. *International journal of dermatology* 2014;53.8:922–36.

15. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. 2015.

16. Клинические рекомендации. Акне вульгарные. 2020.

17. Thiboutot D.M., Dreno B., Abanmi A., Alexis A.F., Araviiskaia E., et al. Practical management of acne for clinicians: an international consensus from Global Alliance to improve outcomes in acne. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Feb;78(2 Suppl 1):1–23.

18. Ditre C.M., Whitney K.M. Management strategies for acne vulgaris. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2011;4:41–53.

19. Costa C.S., Bagatin E., Martimbianco A.L.C., et al. Oral isotretinoin for acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11(11):CD009435. Published 2018 Nov 24. DOI:10.1002/14651858.CD009435.pub2.

20. Peigne M., Villers-Capelle A., Robin G., Dewailly D. Hyperandrogenism in women. *Presse Med*. 2013;42:1487–99.

21. Tuten A., Sahmay S., Oncul M., et al. Serum AMH levels in the differential diagnosis of hyperandrogenemic conditions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;177:121–5.

22. S. Mehta-Ambalal Clinical, Biochemical, and Hormonal Associations in Female Patients with Acne: A Study and Literature Review *J Clin Aesthet Dermatol*. 2017;10(10):18–24.

23. Asai Y., Baibergenova A., Dutil M., et al. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. *CMAJ*. 2016;188(2):118–26. DOI:10.1503/cmaj.140665.

24. Cooper A.J., Harris V.R. Modern management of acne. *Med J Aust*. 2017;206(1):41–5.

УРЕТРИТ, УРЕТРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И УРЕТРАЛГИЯ У ПОДРОСТКОВ

Бурханов В.В.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного
здоровья подростков “Ювента”»,
Санкт-Петербург, Россия
Федеральное государственное бюджетное образовательное уч-
реждение высшего образования «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Воспалительные и невоспалительные заболевания у подростков, проявляющиеся симптомом болезненного мочеиспускания или болями по ходу мочеиспускательного канала, имеют разную этиологию при схожей клинической картине. В этой статье на основании литературы и собственных наблюдений автора предлагается алгоритм, который может помочь в дифференциальной диагностике и позволить персонализированно подойти к симптому «болезненной уретры» у подростков обоего пола.

Ключевые слова: уретрит; уретральный синдром; подростки

Нормальная анатомия и физиология мочеиспускательно-го канала. Анатомия мужской и женской уретры, как известно, значительно различается. Женский мочеиспускательный канал короткий, и в норме наружное отверстие расположено на промежности кпереди от влагалища. По отношению ко дну мочевого пузыря и диафрагме таза уретра имеет небольшой наклон. Нормальный мышечно-фасциальный аппарат таза обеспечивает

необходимую «поддержку» уретры и способствует хорошему удержанию мочи, в том числе при переменах положения тела или внезапных повышениях внутрибрюшного давления — кашле, чихании и т. д. В отличие от мужского мочеиспускательного канала у женщин нет крупной железы, связанной с уретрой (простаты), но вокруг уретры располагаются сложно устроенные парауретральные железы, описанные британо-американским гинекологом Александром Скином (Скене). Протоки их открываются по сторонам от наружного отверстия уретры.

Мужской мочеиспускательный канал — более протяженный и устроен сложнее. Выделяют четыре отдела: предстательный, мембранозный, бульбарный, спонгиозный. Предстательный характеризуется наличием важнейших анатомических образований (семенного холмика, устьев эякуляторных каналов), окружен тканью предстательной железы. Мембранозный отдел окружен и плотно фиксирован мышечно-фасциальными структурами диафрагмы таза. Бульбарный и спонгиозный отделы находятся в области промежности и вентральной части полового члена соответственно, окружены губчатым телом и имеют развитую собственную гладкую мускулатуру. В области бульбарного отдела в просвет уретры открываются протоки парных желез Купера, по ходу спонгиозного отдела открываются протоки тонких парауретральных желез (Литтре).

Согласно современным представлениям, уретра, или мочеиспускательный канал, не является простым проводником для удаления конечных продуктов жизнедеятельности в виде мочи и секрета половых желез при эякуляции у мужчин, а принимает активное участие в этих процессах благодаря собственной гладкомышечной мускулатуре и окружающим поперечно-полосатым мышечным образованиям в структурах тазового дна. Согласованность действий этих мышц обеспечена адекватным функционированием нервной системы. Свойства

эпителиальной выстилки уретры, нормальная экскреция сопровождающих ее крупных и мелких желез обеспечивают беспрепятственное отхождение мочи при мочеиспускании и эякулята при семяизвержении, а также поддержание местного гомеостаза вне этих процессов.

Заболевания, сопровождающиеся уретральным синдромом.

Воспалительные процессы, сопровождающиеся поражением слизистой уретры, относятся к группе уретритов. Основные проявления — боли при мочеиспускании (альгурия), а также собственно боль в мочеиспускательном канале, не обязательно связанная с мочеиспусканием, — уретралгия. При более торпидном, склонном к хронизации процессе боли сменяются чувством дискомфорта, зудом, тянущим ощущением. Острое состояние может сопровождаться странгурией и задержкой мочеиспускания (ишурией). Наличие учащенных позывов (поллакиурия) может указывать на вовлечение в воспалительный процесс слизистой мочевого пузыря (шейки, тригональной области) и дает основание для постановки диагноза цистита. Могут наблюдаться выделения из уретры различного характера (слизистые, гнойные, пенистые). Для осмотра доступно наружное отверстие мочеиспускательного канала, при наличии воспалительного процесса оно гиперемировано, отечно. Лабораторным подтверждением уретрита является лейкоцитурия в первой порции мочи (при трехстаканной пробе) или повышенное число лейкоцитов при микроскопическом исследовании мазка из мочеиспускательного канала. Одним из критериев диагностики хронического уретрита является количество полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПЯЛ) в поле зрения микроскопа в уретральном мазке. Некоторые авторы считают, что количество ПЯЛ в уретральном мазке менее 4 в поле зрения считается нормой, хотя, по последним рекомендациям Американской ассоциации урологов по лечению ИППП, норма

должна быть снижена до 2 и менее ПЯЛ в поле зрения при наличии симптомов. Согласно Российским клиническим рекомендациям, уретрит подтверждается при наличии 4 и более лейкоцитов в 5 стандартных полях зрения при увеличении в 1000 или 10 и более лейкоцитов в поле зрения (опять же с увеличением в 1000) в осадке первой порции мочи [1].

Причинами уретритов у подростков могут быть секстрансмиссивные инфекции (инфекции, передаваемые половым путем), для которых эпителий уретры является естественной средой обитания: гонококковая инфекция, хламидии, урогенитальные микоплазмы, трихомонады и др. На долю негонококковых уретритов (далее – НГУ) приходится 60–65% воспалительных заболеваний уретры. В России ежегодно регистрируется около 350 тысяч случаев НГУ. В 90–93% случаев НГУ вызываются возбудителями заболеваний, поражающими клетки цилиндрического эпителия: хламидиями (*Chlamydia trachomatis*), генитальными микоплазмами (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*), трихомонадами, грибами рода *Candida*, вирусом герпеса простого I и II типов. Согласно данным официальной статистики, в 2016 году уровень заболеваемости гонококковой инфекцией у 15–17-летних составил 13 случаев на 100 тысяч населения соответствующего возраста, урогенитальным трихомониазом – 35,6 случая, урогенитальным хламидиозом – 31,4 случая, аногенитальной герпетической инфекцией – 7,3 случая на 100 тысяч населения.

В других случаях воспалительный процесс может быть вызван условно-патогенной микрофлорой (стрептококки, кишечная палочка, стафилококки, кандиды и др.). Вирусная этиология уретритов остается предметом дискуссии.

У девочек изолированное воспаление уретры инфекционного характера, или вызванное условно-патогенной флорой, встречается нечасто. В основном мочеиспускательный канал поражается одновременно с влагалищем и вульвой.

Воспалительное состояние мочеиспускательного канала может быть вызвано и факторами неинфекционной природы. Слизистая уретры может отреагировать на вещества, выделяющиеся с мочой, или на гигиенические средства, попадающие в нее при принятии ванн. Такие уретриты можно отнести к «химическим» или контактными, возможно аллергическое состояние. Воспаление может быть вызвано и механическим раздражением слизистой уретры, катетеризацией, взятием анализов-соскобов или мастурбацией различными предметами.

Рецидивирующие воспалительные процессы могут быть обусловлены аномалиями развития мочеиспускательного канала. Такие аномалии, как спрингоцеле, дивертикул уретры, кольцо Кобба, длительное время могут оставаться недиагностированными. В частности, наличие в анамнезе уретроррагии и такой симптом, как постмикционное истечение мочи, могут указывать на наличие синингоцеле куперовой железы [2].

Если болезненные ощущения в уретре не сопровождаются воспалительными изменениями при осмотре и в лабораторных данных, возможна иррадирующая боль от органов таза, или так называемый уретральный болевой синдром как разновидность синдрома хронической тазовой боли (СХТБ). Этиология синдрома хронической тазовой боли продолжает изучаться. Наиболее вероятные причины – нейропатии тазовых и срамных нервов, нарушения кровообращения застойного (конгестивного) характера в проекции тазовых органов, патология позвоночника. Выраженный уретральный болевой синдром наблюдается при выделении с мочой избыточного количества кристаллов оксалата, фосфатов или мочевоы кислоты. В обзорной статье, посвященной проблеме хронического уретрального болевого синдрома у женщин, среди причин последнего выделены хронические инфекции, в том числе парауретральных желез, нейропатический спазм, интерстициальный цистит и гипозэстрогения [3].

Предлагаемый алгоритм диагностического поиска при уретральном синдроме. В связи с изложенными выше фактами предлагается следующий алгоритм (схема 1) в отношении пациентов с уретритами и уретральной болью. Если пациент обращается с острыми симптомами, гнойными выделениями из уретры, следует сразу заподозрить гонококковую инфекцию. Оптимально направление пациента к соответствующему специалисту – дерматовенерологу. Возможно проведение первичной диагностики – микроскопия мазков-отпечатков отделяемого из уретры с окраской по Граму.

Подострое и хроническое течение заболевания позволяет расценивать состояние как предположительно негонококковый уретрит или вообще неинфекционный процесс. Правильно собранный анамнез помогает выяснить этиологию. Согласно Российским клиническим рекомендациям, при симптоматике уретрита необходимо уточнять наличие профессиональных вредностей, хронической соматической патологии, аллергологический анамнез, особенности сексуального поведения пациента (приверженность к традиционному, оральному или анальному половому контакту), ранее перенесенные ИППП.

При осмотре пациента, помимо оценки состояния половых органов и наружного отверстия уретры, требуется уделить внимание состоянию регионарных (паховых) лимфоузлов, осмотреть кожу и суставы.

В лабораторной диагностике начать следует с микроскопии мазка отделяемого из уретры или мазка, взятого с помощью цитощетки. Также необходимо исследование общеклинического анализа мочи. Для топической диагностики может быть предложена трехстаканная проба мочи. Подросткам, ведущим половую жизнь, рекомендуется исследовать также мазок из уретры на инфекции, передаваемые половым путем [4, 5]. Достаточным является исследование на гонококки, хламидии, микоплазмы

(*M. genitalium*), трихомонады. Опционально или при неясных диагнозах можно также провести исследование на уреоплазмы, цитомегаловирус, вирусы простого герпеса и папилломавирус человека.

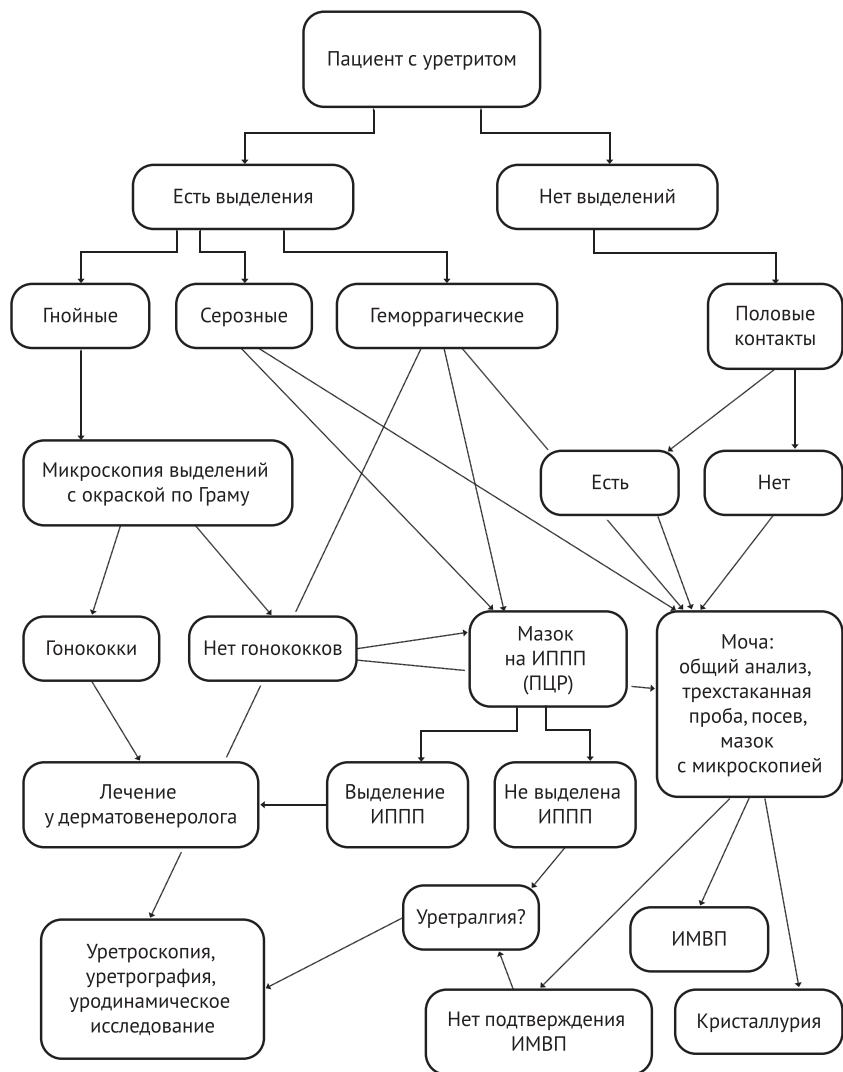


Схема 1. Алгоритм диагностики при уретральном синдроме у подростка

Подтверждение любого специфического уретрита требует исследования на носительство ВИЧ, сифилиса и гепатитов группы В и С.

Желательно сделать посев отделяемого уретры на условно-патогенную флору или посев первой порции мочи. Скорее всего, какая-либо условно-патогенная флора (стафилококки, стрептококки, энтеробактерии и т. п.) будет обнаружена, но антибактериальную терапию требуется назначать только в случае соответствующей клиники [6, 7].

Отсутствие инфекционных агентов и признаков воспаления при наличии кристаллурии в обычном анализе мочи может указывать на экстрактивную причину дизурических явлений.

При исключении воспалительного процесса, инфекции и патологии в анализе мочи и при хроническом характере уретрального синдрома можно предположить вариант синдрома хронической тазовой боли с уретральным компонентом.

Рецидивирующие воспалительные изменения требуют исключения анатомических и функциональных нарушений уретры. Соответственно, пациенту требуются проведение уретрографии, уродинамических исследований и цистоуретроскопии.

Лечение основных видов уретритов и уретралгии. Наличие воспалительного процесса в уретре требует соответствующей терапии. До получения информации о возможной этиологии уретрита, за исключением гнойного уретрита (предполагаемая гонококковая этиология), применяются при остром процессе антибиотики широкого спектра действия из групп макролидов, тетрациклинов или цефалоспоринов 3-го – 4-го поколений. При подостром течении допустимо использование на старте терапии препаратов нитрофуранового ряда, сульфаметоксазола и фторхинолонов (последние – пациентам старше 18 лет). Любую антибактериальную терапию следует начинать после взятия соответствующих анализов (мазков, посевов). Российские

клинические рекомендации для взрослых предлагают в качестве базовой терапии острых НГУ без подтвержденного этиологического агента доксициклин (100 мг 2 раза в день 7 дней), альтернативно – азитромицин (500 мг в первый день и по 250 мг 4 последующих дня) [8]. Для подростков лучше подходит последний вариант.

Гонококковая инфекция, подтверждаемая микроскопией с окраской по Граму, предполагает назначение цефтриаксона, цефиксима или спектиномицина курсом не менее 14 дней. Пациенты с доказанными секстрансмиссивными инфекциями должны курироваться дерматовенерологами. Подтверждение хламидийной этиологии уретрита требует курсового (не менее 7 дней) назначения доксициклина моногидрата. Альтернативой являются азитромицин или джозамицин, также не менее 7 дней. Выявление трихомонад требует назначения препаратов группы 5-нитро-имидазола (метронидазол, орнидазол, тинидазол), девушкам – в комбинации с местными формами этих препаратов. Микоплазменные уретриты предполагают назначение доксициклина моногидрата или джозамицина (при *Mycoplasma genitalium* – также альтернативно офлоксацина, а при *Ureaplasma sp.* – кларитромицина) курсом не менее 7 дней [9, 10].

Уретрит, ассоциированный с кандидозным поражением головки полового члена, а у женщин – вульвы, рекомендуется лечить назначением флуконазола или итроконазола короткими курсами наряду с наружным лечением.

Присутствие в исследуемом образце уретрального мазка стафилококков, стрептококков, кишечной палочки, кандидозных грибков может означать вторичную инфекцию, но следует помнить, что их можно обнаружить и у здоровых людей. Изучение нормальной микробиоты мочеиспускательного канала, ее изменений при различных заболеваниях и после

перенесенных инфекций продолжается с применением современных молекулярно-лабораторных технологий. Показанием к назначению в этих случаях является сохранение симптомов уретрита.

Терапия уретрита, не связанного с вышеперечисленными инфекциями, но проявляющегося воспалительными изменениями слизистой уретры, начинается с назначения антибактериальной терапии, действующей на условно-патогенную микрофлору мочевых путей. Чаще всего это препараты нитрофуранового ряда, сульфаметоксазол, фторхинолоны. Одновременно с курсом антибактериальной терапии или после него допустимо использование препаратов растительного происхождения. Применение местной терапии в виде инстилляций уретры признается эффективным не всеми специалистами. При длительном, торпидном течении уретрита необходимо провести специализированную диагностику (уретрографию, уретроцистоскопию) в стационаре для исключения органической патологии – стриктур, клапанов, дивертикулов.

Отсутствие патологии органической и инфекционной природы позволяет методом исключения устанавливать диагноз хронической уретральной боли (подвид хронической тазовой боли). Этиология его в настоящее время изучается, определяются изменения эпителиальной выстилки (имеющие причину, возможно, в дисбалансе гормонального фона), окружающей уретру соединительной ткани и нейромускулярный компонент. Препараты спазмолитического действия, физиотерапевтические воздействия, назначение местной гормональной терапии и альтернативные медицинские техники (иглорефлексотерапия, остеопатия) помогают достигнуть долгожданного результата и у этих пациентов.

Собственные наблюдения. За период 2020–2022 годов через урологический кабинет Центра «Ювента» прошло 15 пациентов

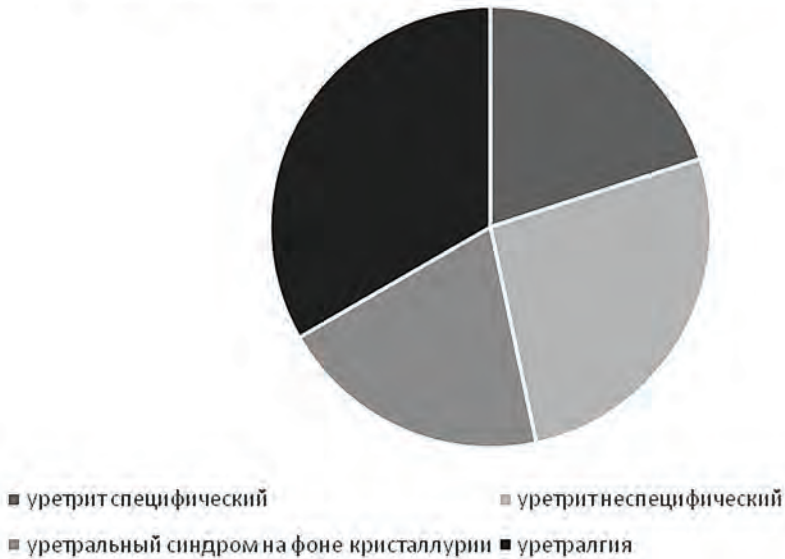
с симптомами изолированного уретрита: 13 пациентов мужского пола и 2 – женского.

Уретральные симптомы у женщин и девочек встречаются чаще, но в основном в совокупности с симптомами цистита или вульвовагинита. 10 пациентов – подростки до 18 лет (в том числе обе девочки), остальные – молодые люди до 30 лет. Симптом выделений из уретры наблюдался у 4 человек (мужского пола). Только у 7 пациентов, включая девушек, уретрит подтвердился наличием воспалительных изменений в микроскопическом исследовании мазка. У одного пациента при микроскопии выявлена гонококковая инфекция. У девушек в одном случае обнаружена трихомонадная инфекция, в другом – хламидийная. У других пациентов с подтвержденным уретритом при посеве первой порции мочи выделен эпидермальный стафилококк (один пациент), у остальных микрофлора при посевах и ПЦР исследованиями не выделена. Двое пациентов посев не сдали.

Из семи пациентов без подтвержденного микроскопией воспалительного процесса в уретре у трех выделены кристаллы в осадке мочи (у двух – фосфаты и у одного – оксалаты). У одного в осадке мочи выявлены цилиндры (пациент перенес накануне респираторную вирусную инфекцию). Наличие кристаллов в осадке мочи может объяснять уретральный синдром (диаграмма).

Пациенты с выявленными секстрансмиссивными инфекциями направлены на лечение к дерматовенерологу. Остальные с воспалительными процессами получили курс антибактериальной терапии (фуразидин или сульфаметоксазол/триметоприм) с положительным эффектом. Пациентам с кристаллурией помимо соответствующих диетических рекомендаций назначался комбинированный растительный препарат с диуретическим и противовоспалительным эффектом.

Структура уретрального синдрома на приеме



Пациентам без инфекций и патологии в анализах мочи (имеющих невоспалительный неинфекционный уретральный синдром) назначены расширение двигательного режима (уменьшение конгестивных явлений), жидкостной нагрузки, применение спазмолитиков и НПВС при обострении болей. При сохранении болевого синдрома рекомендованы физиотерапия (магнитотерапия, индуктотермия на область тазового дна) и иглорефлексотерапия. Упорно рецидивирующих случаев, требовавших назначения дополнительного обследования за этот период, не наблюдалось.

Обсуждение и выводы. Согласно приведенным литературным данным и клиническим рекомендациям, симптоматика острого или подострого уретрита у молодых пациентов с большой

вероятностью указывает на наличие инфекций, передающихся половым путем. На практике это подтверждается лишь частично. В большом количестве также присутствуют уретральные симптомы с менее определенной этиологией. У девочек изолированный уретрит встречается редко, обычно — в сочетании с циститом или вульвовагинитом, и при этом он чаще обусловлен наличием специфической инфекции.

В любом случае исследование пациента с уретритом на инфекции, передаваемые половым путем, молекулярно-биологическими методами (ПЦР) входит в Российские клинические рекомендации и должно быть выполнено у подростков и молодых людей, ведущих половую жизнь.

Сложные, рецидивные случаи с длительным течением, не поддающиеся стандартной терапии, требуют выполнения углубленного диагностического поиска, включающего цистоуретроскопию, уретрографию, МРТ тазового дна, уродинамического комплексного исследования.

Список литературы

1. Ким Д.Г., Гомберг М.А., Гущин А.Е., Зайцев А.В. Негонококковый уретрит у мужчин // Урология. 2019. № 4. С. 122–128. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2019.4.122-128>.

2. Лебедев Д.А., Осипов И.Б. Эндоскопическое лечение синингоцеле куперовой железы у подростка 14 лет // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2018. № 97(5). С. 205–209. DOI: 10.24110/0031-403X-2018-97-5-205-209.

3. Phillip H., Okewole I., Chilaka V. Enigma of urethral pain syndrome: why are there so many ascribed etiologies and therapeutic approaches? *Int J of Urology*. 2014;21:544–8. DOI: 10.1111/iju.12396.

4. Клинические рекомендации. Негонококковый (неспецифический) уретрит. Союз «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», ООО «Российское общество урологов»,

Гильдия специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем, «ЮСТИ РУ». 2021.

5. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the laboratory-based detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* – 2014. MMWR Recomm Rep. 2014 Mar14;63(RR-02):1–19.

6. Кадыров З.А., Степанов В.С., Алдыраков Э.М., Машанеишвили Ш.Г. Микробиота уретры у здоровых мужчин и больных уретритом. Урология. 2021. № 6. С. 136–140. <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2021.6.136-140>.

7. Хилькевич Н.Д. Состояние микробиоценоза мочевого тракта у мужчин без клинических признаков уретрита // Клиническая инфектология и паразитология. 2018. Т. 7. № 2. С. 196–201.

8. Manhart L.E., Gillespie C.W., Lowens M.S., Khosropour C.M., Colombara D.V., Golden M.R., Hakhu N.R., Thomas K.K., et. al. Standard treatment regimens for nongonococcal urethritis have similar but declining cure rates: a randomized controlled trial. Clin Infect Dis. 2013 Apr;56(7):934–42. DOI: 10.1093/cid/cis1022. Epub 2012 Dec 7. PMID: 23223595; PMCID: PMC3588116.

9. Перепанова Т.С., Козлов Р.С., Руднов В.А., Синякова Л.А., Палагин И.С. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Федеральные клинические рекомендации. Москва, 2020.

10. Рахматулина М.Р., Малова И.О., Соколовский Е.В. Инфекции, передаваемые половым путем, у детей и подростков // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2020. Т. 99. № 1. С. 143–149. DOI: 10.24110/0031-403X-2020-99-1-143-149.

СОВРЕМЕННАЯ ПРОБЛЕМАТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ДОПРИЗЫВНИКОВ И ПРИЗЫВНИКОВ

***Орёл В.И., Ким А.В., Гурьева Н.А., Рослова З.А.,
Катаева И.С., Шарафутдинова Л.Л.***

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Состояние здоровья подростков является одним из приоритетных факторов, определяющих трудовой, интеллектуальный, военный, репродуктивный потенциал государства. В большинстве случаев высокая распространенность заболеваний среди юношей определяет увеличение числа лиц, не годных к военной службе.

По отчетным данным городского военного комиссариата Санкт-Петербурга, в 2006–2021 годах в структуре патологии, выявленной в ходе военно-врачебной экспертизы, болезни мочеполовой системы занимали 11-е место среди юношей при первоначальной постановке на воинский учет (далее – ППВУ) и 10-е место среди призывников. В 2021 году в структуре заболеваемости среди допризывников доля данного класса болезней составляла 1,6%, интенсивный показатель – 9,4 на 1000 юношей 17 лет, среди призывников – 2,2% и 13,3 на 1000 соответственно, что в 1,4 раза выше, чем у подлежащих ППВУ. При этом с 2006 года отмечается увеличение данной патологии и среди допризывников (на 23,0%), и среди призывников (на 37,5%).

Болезни мочеполовой системы как причина освобождения от службы в Вооруженных силах, т. е. признание ограниченно

годным, временно не годным и не годным к военной службе, в структуре выявленных заболеваний у допризывников занимали 10-е место, у призывников – 11-е место. Удельный вес в структуре патологии, освобождающей от призыва, этого класса болезней имел тенденцию к росту на 14,3% у юношей при ППВУ, у призывников – на 33,3%. Среди категорий, освобождающих от призыва на военную службу, наибольший процент болезней мочеполовой системы приходился в категории «Г» (временно не годные), у допризывников он составлял 2,3–2,7%, у призывников – 6,2–7,4%. Так как данная категория годности освобождает от призыва на 6–12 месяцев для проведения необходимого лечения, то при своевременном и правильном лечении появляется резерв повышения до категории годности, позволяющей проходить военную службу.

Структура болезней мочеполовой системы у юношей при ППВУ и у призывников выглядит следующим образом: временные функциональные расстройства мочеполовой системы – 40,8% и 36,6%, другие болезни мочевой системы – 31,8% и 29,3%, болезни мужских половых органов – 24,0% и 30,5%, хронические болезни почек – 3,4% и 3,6% соответственно.

Таким образом, распространенность болезней мочеполовой системы, которые влияют на состояние репродуктивной системы, среди допризывного и призывного ресурса растет и требует соответствующего внимания.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ В РАМКАХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Данилова Н.Б.^{1,2}, Соколович Н.А.², Павлова С.Г.³

¹ Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городская поликлиника № 76»,

Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский

государственный университет»,

Санкт-Петербург, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский

государственный педиатрический медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ,

Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В статье рассматривается современное состояние вопроса о стоматологической заболеваемости студентов и профилактических мероприятиях, направленных на улучшение здоровья обучающейся молодежи. Особое внимание уделено аспектам проведения медицинских осмотров студенческой молодежи Санкт-Петербурга, стратегии широкого охвата здорового населения профилактическими мероприятиями.

Ключевые слова: стоматологическая заболеваемость; медицинский осмотр; нормативные документы; здоровье студентов; иногородние студенты

Зарубежный и отечественный опыт в области охраны здоровья населения свидетельствует о том, что здоровье популяции зависит как от уровня социально-экономического развития

страны, так и от политических приоритетов в реализации задач сохранения общественного здоровья. Так, Приказом МЗ РФ от 15.01.2020 № 8 утверждена Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [1]. В документе определены цели, задачи и принципы государственной политики Российской Федерации в области общественного здоровья, направленные на обеспечение национальных интересов и реализацию стратегических национальных приоритетов в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний у населения России на долгосрочную перспективу. Молодые люди в возрасте 17–25 лет, получающие профессиональное образование, являются трудовым, репродуктивным, творческим потенциалом страны. Охрана здоровья данной группы не теряет своей актуальности.

С целью мониторинга основных показателей здоровья в системе отечественного здравоохранения согласно государственным программам обеспечения медицинской помощи проводятся регулярные профилактические осмотры различных групп населения (государственных служащих, работников вредных и опасных производств, различных профессиональных контингентов и пр.). Однако до настоящего времени не существует регламентирующих документов, определяющих периодичность медицинских осмотров студентов в период их очного обучения, в тот самый период, когда закладываются основы профилактики репродуктивного здоровья, хронических неспецифических заболеваний, в том числе стоматологических. По сути, здоровье будущего поколения страны остается без должного внимания.

Студенческая молодежь представляет особую социальную группу, объединенную определенным возрастом, специфическими условиями труда и жизни [2]. Отмечается тенденция к увеличению численности студентов. В вузы России

в 2021 году поступило почти 1,2 млн первокурсников. Годом ранее их было меньше – 1,1 млн. В 2020 году высшее образование в России получали 4 млн человек, в 2021 году эта цифра увеличилась более чем на 120 тысяч. В 2021 году в Санкт-Петербурге получали высшее образование 310 тысяч студентов. По количеству учащихся на тысячу человек Санкт-Петербург занимает второе место среди всех регионов РФ. Отличительной особенностью города является рост количества иногородних и иностранных студентов. В 2022 году на программы бакалавриата и специалитета в вузы Санкт-Петербурга зачислено 28 650 абитуриентов, среди поступивших 69,4% иногородних. Велика и доля иностранных студентов: в вузах Санкт-Петербурга получают образования граждане более чем 114 государств. Проблема здоровья студентов является государственной задачей, которая решается силами ряда специалистов в области медицины, экологии человека и социальной сферы. Немаловажное значение имеет сохранение стоматологического здоровья молодых людей.

Данные отечественных ученых по оценке стоматологического здоровья современной российской молодежи неутешительны: высока распространенность стоматологической патологии, выявляется недостаточность знаний о гигиене полости рта, рациональном питании и другим профилактическим мероприятиям, направленным на сохранение здоровья полости рта. Так, в одном из исследований [3] сделан вывод о неудовлетворительном состоянии стоматологического здоровья московских студентов 16–25 лет; за последние десятилетия отмечается его ухудшение: рост распространенности кариеса зубов с 90,2% до 98,1%, патологии пародонта – с 65% до 86%. Потребность студенческой молодежи в стоматологической помощи является высокой: 93% нуждаются в терапевтическом лечении, в том числе 35% – с применением эндодонтических методов,

67% – в ортопедическом лечении, 41,5% – в пародонтологическом лечении, 23% – в хирургическом, 32% – в ортодонтическом, 100% – в профилактическом наблюдении и санитарно-гигиеническом просвещении.

Таблица. Мониторинг профилактической работы врачей-стоматологов СПб ГБУЗ «ГП 76» в 2012–2021 гг.

Год	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Осмотрено в порядке плановой санации	17344	20639	16939	17004	12903	5017	8167	11660	12064	14270
Из числа осмотренных нуждались в санации	7018	8255	6886	7654	5582	2049	3790	5412	4597	5735
Процент нуждающихся в санации	40,5%	40,1%	40,6%	45,0%	43,3%	40,8%	46,5%	46,0%	38,0%	40,2%

На базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76», которая является профильным учреждением, оказывающим медицинскую помощь обучающейся молодежи Санкт-Петербурга, постоянно проводится мониторинг показателей стоматологического статуса студентов вузов (см. таблицу). При изучении корреляции распространенности кариеса и заболеваний пародонта, эффективности оказания стоматологической помощи и территориального местоположения обучающейся молодежи было выявлено, что у лиц молодого возраста отмечается очень высокая распространенность основных стоматологических заболеваний – кариеса (распространенность – 92%) и воспалительных заболеваний пародонта (78%). Было отмечено, что такие высокие показатели выявлялись независимо от места проживания и у жителей Санкт-Петербурга, и у жителей других регионов. Нуждаемость в санации полости рта определена в 2021 году

в 40,2%. При обследовании выявлены местные факторы в полости рта, способствующие развитию кариеса и воспалительных заболеваний пародонта: зубные отложения (у 79,6%), аномалии положения зубов (у 82%). В целом удовлетворительный уровень гигиены отмечен менее чем у половины опрошенных и составил 42,6% от общего количества обследуемых.

Среди организационных форм стоматологической помощи особое место занимает ежегодная диспансеризация студентов, проведение которой предусмотрено нормативными актами и целевыми государственными программами. По мнению одного из основоположников современной отечественной стоматологии профессора Е.В. Боровского [4], эта форма позволяет получить наилучшие результаты по сохранению здоровья зубов при минимальных затратах, она является наиболее рациональной и целесообразной как с медицинской, так и с экономической точки зрения. Она позволяет перейти от принципа помощи по обращаемости при заболеваниях к принципу плано-профилактического предотвращения заболеваний (Леонтьев В.К., 2003) [5].

Студенты являются категорией населения с наибольшим потенциалом сохранения здоровья зубочелюстной системы [6, 7].

Медицинские стоматологические осмотры, включенные в большинстве случаев в общие профилактические осмотры определенных групп населения, не теряют своей актуальности. Однако для повышения эффективности профилактических мероприятий необходимо тщательное соблюдение методических подходов к их проведению и целенаправленные совместные действия студентов и администраций учебных и лечебных учреждений.

Также проведение данных мероприятий должно соответствовать нормативно-законодательным актам, регламентирующим деятельность в данном направлении:

- Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральному закону от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» с изменениями 2019 года (ст. 36 «Охрана здоровья обучающихся»);
- Федеральному закону от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями и дополнениями от 29.07.2017).

На базе Городской поликлиники № 76, специалисты которой на протяжении многих лет оказывают медицинскую помощь студенческой молодежи, в 2020 году сформирован пакет документов, регламентирующих деятельность по проведению профилактических осмотров. Одним из них является «Порядок проведения медицинского осмотра на выявление стоматологических заболеваний и заболеваний полости рта».

1. Этот документ устанавливает правила организации профилактических медицинских осмотров в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 786н от 31.07.2020 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» [8] и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2012 № 910 МЗ РФ № н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» [9].

2. Профилактические стоматологические осмотры – это скрининговые стоматологические осмотры, направленные на выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.

3. Профилактические стоматологические осмотры студентов вузов и обучающихся сузов проводятся в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи силами СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76», имеющей лицензию на данный вид деятельности.

4. Медицинский стоматологический осмотр относится к оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказывается в амбулаторных условиях (в том числе в составе выездных бригад на базах образовательных организаций).

5. Медицинские осмотры осуществляются:

- несовершеннолетним (детям в возрасте до 17 лет включительно) – врачом-стоматологом детским, врачом-стоматологом общей практики или зубным врачом;

- совершеннолетним – врачом-стоматологом терапевтом, врачом-стоматологом общей практики или зубным врачом.

6. Периодичность проведения профилактических стоматологических осмотров.

6.1. Профилактические мероприятия, в том числе профилактические медицинские осмотры взрослого населения, рекомендуется проводить 1 раз в 6 месяцев (п. 9 Приказа МЗ РФ № 786н от 31.07.2020). Осмотр детей врачом-стоматологом детским (п. 7 Приказа МЗ РФ № 910Н от 13.11.2012) осуществляется в зависимости от степени риска и активности течения стоматологических заболеваний, но не реже одного раза в год.

6.2. В соответствии с Приложением № 14 к Генеральному тарифному соглашению на 2022 год (Тарифы на первичную медико-санитарную специализированную стоматологическую помощь в амбулаторных условиях на территории Санкт-Петербурга) частота применения услуги «Профилактический осмотр» в течение года определяется степенью активности кариозного процесса, но не более 3 раз в год.

6.3. С учетом факторов развития основных стоматологических заболеваний у студенческой молодежи образовательных

организаций Санкт-Петербурга (климатические условия, минимальное содержание фтора в питьевой воде, ненормированный режим питания, наличие вредных привычек у молодежи, повышенная психоэмоциональная учебная нагрузка и др.) целесообразно проводить профилактический стоматологический осмотр в осеннем семестре студентам (учащимся) первых курсов.

7. Медицинские осмотры на выявление стоматологических заболеваний и заболеваний полости рта могут проводиться как в рамках медицинских осмотров студентов (учащихся), порядок проведения которых определен приказом главного врача СПб ГБУЗ «ГП 76», так и по отдельному графику, утвержденному администрацией поликлиники.

8. В ходе профилактического осмотра врачом стоматологического профиля проводится визуальный осмотр полости рта, по решению врача осмотр может быть дополнен:

- проведением витального окрашивания твердых тканей зубов,
- определением индексов гигиены полости рта,
- фторированием эмали зубов,
- местным применением реминерализующих препаратов,
- люминесцентной стоматоскопией,
- обучением гигиене полости рта,
- заполнением медицинской документации.

9. По окончании профилактического стоматологического осмотра врач, проводящий осмотр, распределяет студентов (обучающихся) с учетом выявленной стоматологической патологии на следующие группы здоровья:

1) здоровые — лица, не нуждающиеся в санации полости рта (группа 1);

2) здоровые с факторами риска — лица с выявленными факторами риска, пограничными состояниями, нуждающиеся в наблюдении и профилактическом вмешательстве (лица, у которых выявлено большое количество зубного налета без признаков

поражения тканей пародонта, имеющие сопутствующую соматическую патологию, недостаточную мотивацию к проведению гигиенических мероприятий, режим питания, провоцирующий развитие кариеса) (группа II);

3) больные – лица, нуждающиеся в санации полости рта (имеющие кариес, признаки поражения тканей пародонта, заболевания слизистой оболочки полости рта) (группа III).

10. Сформированные списки студентов (учащихся), относящихся к III группе, передаются:

- в стоматологическое отделение для осуществления организации их дальнейшего лечения у врачей стоматологического профиля с целью санации полости рта и предотвращения развития осложнений выявленных стоматологических заболеваний;

- в терапевтические отделения для наблюдения у терапевтов/педиатров поликлиники в целях обеспечения минимизации риска обострения общесоматических заболеваний (выявленные стоматологические заболевания рассматриваются как факторы риска и сопутствующая патология).

11. Для максимального количества студентов вузов доводится информация о возможности получения терапевтической и ортодонтической стоматологической помощи, а также проведения консультаций – санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики, ранней диагностики стоматологических заболеваний и формированию здорового образа жизни в стоматологическом отделении СПб ГБУЗ «ГП 76» посредством:

- беседы в ходе профилактического осмотра;
- буклетов и памяток на бумажном носителе;
- информационных ресурсов (официальный сайт СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76»).

Наблюдается тенденция к увеличению количества иногородних студентов, поступающих на первый курс вузов Санкт-Петербурга, в том числе абитуриентов и студентов из ДНР

и ЛНР, которые зачисляются в российские вузы по квоте как иностранные студенты. В связи с этим перед врачами-стоматологами встала задача содействовать адаптации студентов на начальном этапе профессионального обучения. Это обусловлено тем, что система образования высшей школы оказалась не подготовленной к трансформациям общественно-политической жизни, когда только знания в традиционном понимании не могут выступать в качестве средства успешной адаптации вчерашних школьников.

Иногородние студенты сталкиваются с рядом проблем. Анализируя результаты анкетирования среди иногородних первокурсников, можно выделить их основные трудности при адаптации к учебно-воспитательному процессу в вузе:

- 1-е место – учебные трудности;
- 2-е место – жилищно-бытовые трудности;
- 3-е место – трудности в общении.

Жилищно-бытовые трудности связаны прежде всего с неудобствами коллективного пользования ванной комнатой и кухней, совместным проживанием с малознакомыми людьми. В ряде случаев эти обстоятельства могут повлечь ухудшение гигиены полости рта, неполномерное использование средств и предметов оральной гигиены, сокращение времени на чистку зубов.

Климатические особенности Санкт-Петербурга также требуют включения механизмов адаптации организма. За год в городе бывает в среднем 75 солнечных дней, на протяжении большей части года преобладают дни с облачной, пасмурной погодой, рассеянным освещением. В таких условиях можно наблюдать у молодежи дефицит витамина *D*, а также такие расстройства поведения, как апатия и сонливость. Это приводит к росту заболеваемости студентов на фоне снижения общего уровня их психосоматического развития. Кроме того, климатические условия в Санкт-Петербурге (низкая средняя температура воздуха,

высокая – около 70% – влажность воздуха) являются благоприятной средой для развития различных заболеваний.

Огромное значение имеет изменение характера питания студентов. Различные нарушения питания особенно ярко проявляются в студенческие годы, что обусловлено режимом дня, неуклонно увеличивающейся учебной нагрузкой, образом и стилем жизни студентов, их материальным положением. Изучая особенности питания обучающейся молодежи, можно сделать вывод о ненормированном режиме питания и серьезном влиянии вредных привычек, таких как злоупотребление сладостями и мучным, а также курение и потребление спиртных напитков [10].

Выявлено, что студенческое питание характеризуется нерегулярным приемом пищи. Около 90% первокурсников не принимают пищу в определенное время, и такая тенденция сохраняется на втором и третьем году обучения в вузе. Дефицит времени приводит к тому, что около 80% первокурсников питаются всухомятку каждый день или несколько раз в неделю. Наиболее частым нарушением режима питания является отсутствие завтрака.

В студенческой среде популярен «американский» стиль питания – употребление большого количества бутербродов, которые запиваются газированными напитками, с небольшим содержанием овощей и фруктов [11]. При оценке качественного состава пищи студентов часто выявляется несбалансированность питания по ряду основных компонентов: низкое содержание белков животного происхождения, жиров растительного происхождения, кальция, аскорбиновой кислоты и тиамин. У студентов выявлены следующие нарушения режима питания: 25–47% не завтракают, 17–30% питаются два раза в день, около 10% не обедают или обедают нерегулярно, около 22% не ужинают. Отмечено редкое употребление горячих блюд, в том числе первого блюда, поздний по времени приема ужин. Ежегодно проводимые исследования среди студентов показали,

что свыше 75% студентов не имеют рационального режима питания. Среди основных факторов питания, оказывающих влияние на здоровье полости рта обучающейся молодежи, негативными являются:

- нерегулярность приемов пищи;
- нарушение сбалансированности пищевых рационов;
- преобладание углеводов;
- отсутствие в ежедневном рационе необходимого уровня витаминов;
- потребление «быстрых» источников углеводов: хлебобулочных и сахаросодержащих изделий вместо более здоровых фруктов, овощей и круп.

Эти факторы негативно сказываются на здоровье полости рта.

Стресс в связи с учебным процессом, а также потребность социализироваться в новой группе людей зачастую выливаются в негативные зависимости, такие как потребление психоактивных веществ, алкоголя и табака, что неблагоприятным образом сказывается на здоровье полости рта и организма в целом.

Процент злоупотребления веществами довольно высок и среди жителей Санкт-Петербурга (56,3%), и среди иногородних студентов (47,8%), что является негативным фактором для развития и течения стоматологических заболеваний.

Чтобы облегчить студентам адаптационный период и в то же время акцентировать их внимание на ответственности за свое здоровье, в ходе медицинского осмотра выстраивается определенный алгоритм. Он нацелен на поддержку студента в его проживании важных перемен в жизни, преодолении кризисных состояний, стрессов, конструировании чувства защищенности, позитивного и оптимистичного взгляда на жизнь.

Отметим ряд вопросов, которые решаются во время приема.

1. Консультация по вопросам начала лечения стоматологических заболеваний или продолжения начатого в другом

регионе лечения. Причем речь идет и о санации полости рта, и об ортодонтическом лечении. В этих целях врачи ориентируют студентов для продолжения лечения на базе СПб ГБУЗ «ГП 76» с возможными вариантами записи на лечебный прием или информируют молодых людей о других ЛПУ Санкт-Петербурга, специализирующихся по данным вопросам.

2. Краткое информирование о составе питьевой воды в Санкт-Петербурге (пониженное содержание фтора) и рациональном питьевом режиме.

3. Приобретение средств и предметов оральной гигиены с перечнем торговых точек (торговые и аптечные сети) и примерными ценовыми диапазонами.

4. Проведение коммуникационных кампаний, направленных на повышение ответственности молодых людей за свое здоровье, осознание ценности человеческой жизни и здоровья, формирование здорового образа жизни.

В рамках комплекса профилактических мероприятий, учитывающих особенности учебного процесса студентов и современные механизмы диетологии, была предложена концепция ланч-боксов – полезного перекуса, который удобно брать с собой и потреблять в перерывах.

Апробированный алгоритм действий врачей-стоматологов среди студентов первого курса в 2021–2022 годах показал высокую востребованность данной работы. Предложенный Порядок проведения медицинского осмотра на выявление стоматологических заболеваний и заболеваний полости рта может быть использован в работе других лечебно-профилактических учреждений, специалисты которых участвуют в профилактической работе. Дальнейшая перспектива проведения ежегодной диспансеризации студентов возможна только при конструктивном сотрудничестве всех ее участников – студентов, администрации образовательных

организаций, руководства и стоматологов лечебно-профилактических учреждений.

Список литературы

1. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 января 2020 года № 8 «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года».

2. Комарова И.А. Медико-социальные проблемы адаптации студентов первого курса ЧелГУ // Вестник Челябинского государственного университета. 2002. С. 127.

3. Проценко А.С. Состояние стоматологического здоровья студенческой молодежи Москвы и пути его улучшения. Дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2010. С. 147.

4. Терапевтическая стоматология / Под ред. Е.В. Боровского. Москва, 2006. 797 с.

5. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. Н. Новгород, 2003. 280 с.

6. Даурова Ф.Ю., Кича Д.И., Цакоева А.А. Состояние полости рта и профилактика стоматологических заболеваний у студентов-иностранцев. Стоматология детского возраста. Москва, 2003. С. 59–61.

7. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н. Поражаемость зубов кариесом у подростков, проживающих в городе и сельской местности // Курский научно-практический вестник. 2016. С. 42.

8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях». URL: <https://base.garant.ru/74710260/> (дата обращения – 30.10.2022).

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2012 № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями». URL: <https://base.garant.ru/70288224/> (дата обращения – 30.10.2022).

10. Попов В.И., Колесникова Е.Н., Петрова Т.Н. Здоровье учащейся молодежи: подходы к оценке и совершенствованию // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2014. № 58. С. 60–63.

11. Карабинская О.А., Изатулин В.Г., Макаров О.А., Колесникова О.В., Калягин А.Н., Атаманюк А.Б. Основные проблемы питания студентов в связи с их образом жизни // Сибирский медицинский журнал. 2011. № 4. С.123–124.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ
«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ»
НА ТЕРРИТОРИИ Г. ЧЕРЕПОВЦА ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Теплякова Н.В.^{1,2}, Ленькова Т.А.², Попова Е.А.²

¹ *Череповецкий государственный университет,
г. Череповец, Россия*

² *Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области
«Вологодский областной центр общественного здоровья
и медицинской профилактики»,
г. Череповец, Россия*

Программа «Репродуктивное здоровье молодежи» реализуется отделом общественного здоровья по г. Череповцу Вологодского областного центра общественного здоровья и медицинской профилактики с 2018 года во всех школах города (каждый учебный год). Она представляет собой комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья подростков, подготовку молодежи к ответственному созданию семьи, ориентацию на здоровый досемейный образ жизни. Целевая аудитория – ученики 10-х классов школ города и их родители.

Программа «Репродуктивное здоровье молодежи» включает в себя подготовительный этап: информирование о целях и задачах программы, сбор информированных согласий с законных представителей подростков, социологические исследования, проведение родительских собраний. В рамках основного этапа проводятся обучающие интерактивные занятия медицинскими специалистами (врачами-гинекологами, урологами, дерматовенерологами, педиатрами, наркологами). Выявление факторов риска развития заболеваний проводится в Центре здоровья для детей Череповецкой детской городской поликлиники № 1

в рамках комплексного обследования. Подростки с факторами риска берутся под диспансерное наблюдение. Социологический опрос среди десятиклассников школ Череповца до и после реализации программы показал эффективность проводимых мероприятий:

1) вырос уровень информированности школьников в вопросах сохранения репродуктивного здоровья (с 38% до 65,7%);

2) увеличился процент учащихся, правильно обозначающих причины нарушений репродуктивного здоровья и факторы, влияющие на развитие заболеваний (например, такой фактор, как заболевания, передающиеся половым путем, стали называть 64,2% респондентов (ранее – 19,4%), наличие вредных привычек – 73% (ранее – 51,2%);

3) повысилась информированность о мерах по сохранению репродуктивного здоровья (частотность такого варианта ответа, как наличие постоянного полового партнера, выросла с 7,8% до 23%, прохождение регулярного обследования у врача – с 29,8% до 66,2%);

4) отмечена стойкая тенденция повышения доверия к медицинским работникам как основному источнику профессиональных, достоверных знаний о репродуктивном здоровье (с 20,2% до 49%);

5) в вопросах основных средств предохранения от ВИЧ-инфекции и ИППП десятиклассники показали высокий уровень информированности – 95%.

За пять лет реализации программы (2018–2022) интерактивные занятия по темам сохранения репродуктивного здоровья проходили ежегодно в 34 школах, их посетили 5 880 учащихся.

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Орлова Н.В.¹, Муравьев А.Н.^{1,2}

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
фтизиопульмонологии, Санкт-Петербург, Россия

² Частное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский медико-социальный институт»,
Санкт-Петербург, Россия

Введение. В современной литературе проблеме детского мочевого туберкулеза посвящены единичные публикации. Доля данной патологии составляет около 3–5% среди всех форм внелегочного туберкулеза. За 2014–2017 годы в ФГБУ «СПб НИИФ» обследовано всего четыре ребенка с уже установленным диагнозом мочевого туберкулеза. У одного ребенка диагноз снят после оперативного лечения, у трех не выявлено признаков активности процесса. Из пяти детей, обследованных за этот же период с подозрением на нефротуберкулез, диагноз не подтвердился. Редкость патологии и отсутствие патогномичных симптомов диктует разработку алгоритмов ее диагностики, позволяющих максимально рано выявить заболевание, избежав в то же время диагностической ошибки.

Материалы и методы. Представлены три случая с некоторой «диагностической неясностью», которой можно было избежать, своевременно используя современные методы обследования.

Результаты. Пациент М., наблюдался урологом по поводу двусторонней пиелозктазии, ежегодно выполнялись посеы мочи на микобактерии туберкулеза (МБТ). Однократно выявлен рост МБТ. Установлен диагноз: «туберкулез паренхимы почек». Получил полный курс терапии. При обследовании в СПб НИИФ

с помощью спиральной компьютерной томографии (СКТ) выявлена причина гидронефроза: добавочные почечные артерии с обеих сторон. Своевременное установление корректного урологического диагноза не дало бы достаточных оснований для постановки диагноза туберкулеза при однократном высеве МБТ, а явилось бы поводом для обследования.

Пациент К., при УЗИ выявлена подковообразная почка, множественные полостные образования левой половины. Однократно выявлены кислотоустойчивые микобактерии в моче. Установлен диагноз: «поликавернозный туберкулез левой почки». Получил полный курс терапии. В СПб НИИФ по данным СКТ выявлена причина гидронефроза – сужение пиелoureтерального сегмента. Выполнена пластическая операция. Своевременное установление правильного диагноза до начала терапии, возможно, позволило бы избежать курса лечения.

Пациент М., из очага смерти по туберкулезу, с установленным излеченным туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов. При профосмотре обнаружено объемное образование правой почки. Заподозрен кавернозный туберкулез правой почки, начата терапия. В СПб НИИФ выполнена резекция нижнего полюса правой почки. Гистологическое заключение: метанефральная аденома. Диагноз нефротуберкулеза снят. Выполнение ранней диагностической (биопсия) или лечебно-диагностической манипуляции (операции) могло бы способствовать своевременной диагностике заболевания.

Выводы. С учетом высокого риска диагностической ошибки, до окончательного установления диагноза «туберкулез почки» в современных условиях необходимо обследование на высокоточном оборудовании. Кроме того, диагноз не должен устанавливаться только на основании анамнестических и лучевых данных и требует бактериологического и/или морфологического подтверждения.

РОЛЬ ВРАЧА-ПЕДИАТРА КАК КЛЮЧЕВОГО СПЕЦИАЛИСТА В ВОПРОСАХ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ТРАВМЫ

Тихоновец М.Ю., Зайцев Д.В., Лазарчик И.В.

*Учреждение здравоохранения «Минская областная
детская клиническая больница»,
Минск, Республика Беларусь*

В Республике Беларусь в системе охраны детского здоровья ведущее место занимает амбулаторно-поликлиническая помощь детям. Участковый врач-педиатр на протяжении длительного времени находится рядом с семьей, нередко осуществляя медицинское наблюдение за детьми в нескольких поколениях. Заботясь о физической и психологической стороне их здоровья, он помогает молодым родителям правильно ухаживать и развивать ребенка.

В своей деятельности специалист встречается и с семьями, принадлежащими по разным причинам к группе социального риска вследствие плохих жилищных условий, отсутствия работы у родителей, употребления ими алкоголя или наркотиков, применения насилия. Часто в таких семьях существует реальная угроза здоровью и даже жизни ребенка. Участковый врач-педиатр может быть первым специалистом, заметившим эти серьезные проблемы.

Выполняя роль патронажного работника и профессионального друга семьи, врач-педиатр находится в уникальном положении, имея возможность поддержать семью, выслушать ее проблемы и предложить помощь для их решения.

Часто семейное неблагополучие тщательно скрывается и агрессором, и жертвами насилия, что связано со страхом наказания, непониманием серьезности происходящего,

недоверием к специалистам. Врач, работающий с семьей, должен уметь на ранних этапах распознать признаки неблагополучия, провести оценку риска причинения вреда здоровью и выявить последствия, которые можно определить как травматизацию, оказать своевременную помощь ребенку и предоставить информацию специалистам системы профилактики: педагогам, психологам, работникам органов опеки и попечительства, социальной службы.

Таким образом, умение распознать признаки жестокого обращения с детьми и пренебрежения родительским долгом при проведении домашнего визитирования, квалифицированное оказание медицинской помощи детям, ставшим жертвами домашнего насилия, и своевременное информирование заинтересованных субъектов межведомственного взаимодействия по выявлению детей, оказавшихся в неблагополучной ситуации, определяют ключевую роль медицинских работников педиатрической службы в вопросах выявления и профилактики ранней детской травмы.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ

Комилова Б.И., Фозилов Н.С.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Цель. Оценить антропометрические показатели физического развития студентов Таджикистана в сравнении с результатами подобных исследований.

Материалы и методы. В исследованиях участвовали 390 студентов Хатлонского государственного медицинского университета (ХГМУ) Таджикистана, среди которых юношей было 279 (71,5%), девушек – 111 (28,5%), средний возраст составлял 19,3. Программа исследований включала измерение основных показателей физического статуса: рост (см), масса тела – МТ (кг), индекс массы тела – ИМТ (ед.). Полученные результаты сравнили с данными подобных исследований 15 686 студентов из 22 стран, средний возраст $20,8 \pm 2,6$ (Peitzer K., et al., 2014).

Результаты. Средние показатели ИМТ, роста и веса студентов ХГМУ составили $21,6 \pm 0,14$, $168,8 \pm 0,4$ и $61,5 \pm 0,5$ соответственно.

Нормальные показатели ИМТ выявлены у 319 (81,8%) студентов: 233 (83,5%) юношей и 86 (77,5%) девушек.

Дефицит МТ обнаружен у 39 (10%) человек: у 27 (9,7%) юношей, у 12 (10,8%) девушек, избыток МТ – у 27 (6,9%) студентов: 16 (5,7%) юношей и 11 (9,9%) девушек, ожирение – у 5 (1,3%) человек: 3 (1,1%) юношей и 2 (1,8%) девушек.

По данным зарубежных исследователей, среднее значение показателей ИМТ, роста и веса аналогичной группы молодежи было равно $22,3 \pm 3,6$, $162,9 \pm 6,9$ и $62,3 \pm 7,6$ соответственно.

Нормальные показатели МТ определены у 62,1% девушек и 64,4% юношей, дефицит – у 17,6% девушек и 10,8% юношей, избыточная МТ – у 14,1% девушек и 18,9% юношей, а ожирение выявлено у 5,2% девушек и 5,8% юношей.

При сопоставлении полученных данных с зарубежными установлено, что студентов с нормальной массой было больше среди девушек ХГМУ на 15,4%, а юношей – на 19,1%, чем среди девушек и юношей других стран. Дефицит МТ у девушек ХГМУ на 6,8% меньше, а показатели избыточной МТ и ожирения у девушек других стран на 7,6% выше показателей девушек ХГМУ.

Выводы. Показатели физического развития юношей и девушек Таджикистана по весоростовым параметрам отличаются от показателей у их сверстников из других стран, что может быть индикатором социально-экономических особенностей как позитивного, так и негативного характера.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩАЕМОСТИ В МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ
МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

**Филькина О.М., Воробьёва Е.А., Малышкина А.И.,
Кочерова О.Ю., Долотова Н.В.**

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Ивановский научно-исследовательский институт материнства
и детства им. В.Н. Городкова» Министерства
здравоохранения РФ,
г. Иваново, Россия*

В период пандемии новой коронавирусной инфекции важно изучение заболеваемости подростков 15–17 лет по сравнению с допандемическим 2019 годом, с определением динамики заболеваемости и обращаемости в медицинские организации.

Цель. Выявление особенностей обращаемости в медицинские организации и заболеваемости болезнями мочеполовой системы подростков 15–17 лет в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ обращаемости с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции, и заболеваемости болезнями мочеполовой системы у подростков 15–17 лет по данным отчетной формы № 030-ПО/о-12 "Сведения о профилактических медицинских осмотрах" за 2019–2021 годы. Профилактический осмотр в 2019 году прошли 31 588 подростков 15–17 лет, в 2020 году – 28 495, в 2021 году – 25 571.

Результаты. В 2019 году зарегистрировано 1517 обращений (2,3%) в медицинские организации, связанных с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции, в 2020 году – 415 аналогичных обращений (0,8%),

в 2021 году – 527 (0,8%). По сравнению с 2019 годом число таких обращений, связанных с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции, в медицинские организации в 2020 году снизилось в 3,7 раза, в 2021 году – в 2,9 раза. Снизилось число обращений на одного подростка в 3,3 раза: с 0,05 до 0,015.

В 2019 году заболеваемость болезнями мочеполовой системы выявлялась у 3677 подростков 15–17 лет и составила 116,4%, в 2020 году аналогичная заболеваемость определялась у 2296 подростков (80,6%), в 2021 году – у 2897 подростков (113,3%). Заболеваемость болезнями мочеполовой системы в период пандемии *COVID-19* была ниже, чем в допандемический, в 1,4 раза за счет заболеваний почек и мочевыводящих путей, а также более низкой заболеваемости воспалительными болезнями женских тазовых органов, расстройств менструации и эктопий шейки матки.

Выводы. При снижении обращаемости подростков в медицинские организации с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции, в 3 раза заболеваемость болезнями мочеполовой системы снизилась в 1,4 раза. Следовательно, динамику заболеваемости необходимо оценивать вместе с динамикой обращаемости в медицинские организации. В связи с этим в период пандемии важно активно выявлять жалобы, относящиеся к репродуктивной функции, при обращении подростка к педиатру и профилактических осмотрах.

РОЛЬ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ В АНТИКОВИДНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

Вустенко В.В., Глушич С.Ю., Дёмина Д.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР, РФ

Нарушение питания является причиной целого ряда алиментарных и алиментарно обусловленных заболеваний, снижения иммунобиологической реактивности и нарушений иммунного статуса организма. Действия человека напрямую зависят от знаний в той или иной сфере. В выборе продуктов питания немаловажную роль играют и знания подростков о целесообразности употребления тех или иных нутриентов с целью профилактики заболеваний (в частности, коронавирусной инфекции).

Цель. Подъем иммунологической резистентности подростков против коронавирусной инфекции путем предоставления объема знаний подросткам о рациональном питании.

Нами проведено анонимное анкетирование учащихся 9–11 классов общеобразовательных школ городов Донецк и Горловка. Анкетирование проводилось с октября по декабрь 2016 года, но в связи с отсутствием существенных изменений в молодежной политике результаты, на наш взгляд, могут быть экстраполированы и на сегодняшний день. Опрос проводился учащимися секции «Клиническая медицина» Малой академии наук.

Результаты. Всего на вопросы ответили 168 учеников в возрасте от 13 до 16 лет (54% – девочки, 46% – мальчики, $p < 0,05$). Вопросы, которые использовались при анкетировании, были составлены нами самостоятельно; учитывались наиболее

важные, на наш взгляд, аспекты роли витаминов *A, B, C, D, E*, белков, жиров и углеводов, а также методы профилактики их дефицита в организме человека. Участие в анкетировании было добровольным, результаты оценивались анонимно, что повышало вероятность честного ответа со стороны опрошенных. Современные исследования особое внимание уделяют роли витамина *D* в профилактике и лечении коронавирусной инфекции легкой и средней тяжести, а также в снижении смертности. При этом в *CovidReference* (6-ое издание, 2021 год) не упоминаются другие витамины ни в разделе о профилактике, ни в разделе о лечении.

Как показали результаты проведенного нами опроса, меньше половины (48%, 81 человек) опрошенных детей знали о функции витамина *D* в организме человека. Всего лишь 36% (62 ученика) знают, какие продукты питания имеют максимальное содержание витамина *D*. И только 50% (85 учеников) осведомлены о пользе регулярных длительных прогулок на солнце как методе насыщения организма витамином *D*.

Выводы. Рост уровня знаний подростков о составе и качестве продуктов питания может быть одним из легкодоступных алиментарных факторов повышения иммунологической резистентности, в частности и против коронавирусной инфекции.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2017–2022 ГОДЫ

Мариничева Г.Н., Панчишина К.А., Большакова К.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Западный
государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Проанализированы и обобщены статистические данные по детской инвалидности в Российской Федерации за 2017–2022 годы. Освещена актуальность этой проблемы. Предметом изучения стали вопросы о численности детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, их возрастно-половой структуре, поскольку имеется тенденция к повышению доли детей-инвалидов, и чаще в возрасте от 8 до 14 лет. В структуре причин инвалидизации преобладают психические нарушения, болезни нервной и эндокринной систем. Полученные данные могут помочь в разработке и усовершенствовании индивидуальных программ по реабилитации или абилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, а также мер социальной поддержки за счет средств бюджета субъектов Российской Федерации.

Ключевые слова: инвалидность; детская инвалидность; статистический анализ

Актуальность. Уровень детской инвалидности в стране — это важнейший медико-социальный показатель здоровья населения. Он характеризует уровень культуры, социально-экономического развития общества, эффективность деятельности государственных систем по учету, профилактике и реализации программ, направленных на поддержку детей-инвалидов.

Инвалидизация отражает крайний вариант нездоровья детей и подростков. Тяжелые нарушения здоровья у детей обуславливают комплекс серьезных социальных, экономических и морально-психологических проблем как для самого ребенка-инвалида, так и для его семьи, требуя привлечения дополнительных государственных средств. Инвалидизация снижает качество жизни населения, темпы развития страны как в целом, так и в отдельных регионах [1].

По данным ВОЗ, инвалиды составляют десятую часть населения земного шара, из них 120 млн – дети и подростки. Показатель детской инвалидности в развитых странах составляет 250 случаев на 10 тысяч детей и обнаруживает явную тенденцию к нарастанию. Проблема детской инвалидности – одна из приоритетных сегодня во всем мире и в нашей стране в частности. На начало 2022 года в Российской Федерации зарегистрировано около 10,5 млн инвалидов, среди которых примерно 730 тысяч детей.

Дети-инвалиды, или, как их еще определяют, дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), – это дети с физическими и интеллектуальными, сенсорными и двигательными ограничениями, а также с эмоционально-волевыми и адаптационными проблемами, нуждающиеся в комплексной помощи вследствие социальных, психологических, медицинских ограничений. Реализованные ранее и действующие в настоящее время целевые программы направлены на решение узких практических задач, с помощью которых невозможно формирование условий преодоления социальных барьеров, возникающих перед детьми с ОВЗ в современном обществе. Важное место в социальной политике России отводится разработке программ для адаптации детей и интеграции их в общество.

Результаты. За основу анализа были взяты следующие критерии: причины детской инвалидности, распределение

детей-инвалидов по регионам, полу и возрасту, а также динамика государственной помощи и реабилитации детей-инвалидов за 2017–2022 годы в Российской Федерации.

По результатам анализа, общая численность детей-инвалидов в РФ на начало 2022 года составила 728 988 человек, что на 13% больше по сравнению с 2017 годом (636 024 человека) [2]. Доля детей-инвалидов в общей численности инвалидов на начало 2022 года составила 6,1%, а на начало 2017 года – 4,9%. Этот показатель свидетельствует о значительном росте инвалидизации среди детей.

Статистика показывает, что больше всего детей-инвалидов на начало 2022 года зарегистрировано в Центральном федеральном округе (20,5%); основная их часть живет в Москве и Московской области. Несколько меньше – в Северо-Кавказском федеральном округе (20,4% от общего числа детей-инвалидов), главным образом в Чеченской Республике и Дагестане [2]. Данные результаты, вероятно, связаны с большей численностью населения в этих регионах. Далее следует Приволжский федеральный округ: там 16,5% [2] детей-инвалидов. В этом регионе их больше всего в Башкортостане и Татарстане.

Четвертое, пятое и шестое места занимают Сибирский федеральный округ во главе с Кемеровской областью и Красноярским краем – 11,8%, Южный федеральный округ (Краснодарский край и Ростовская область) – 9,6% и Уральский федеральный округ (Свердловская и Тюменская области) – 8,2%.

В Северо-Западном федеральном округе, в частности в Санкт-Петербурге, относительно небольшая численность детей-инвалидов по сравнению с другими регионами – 7,4%, а в Дальневосточном федеральном округе – самый низкий показатель детской инвалидности (5,5%) [2]. Следует отметить, что в каждом из регионов из года в год наблюдается

отрицательная динамика, т. е. численность детей-инвалидов неуклонно возрастает (рис. 1). Наибольший уровень выявлен в Северо-Кавказском федеральном округе, в Центральном и Приволжском федеральном округах.

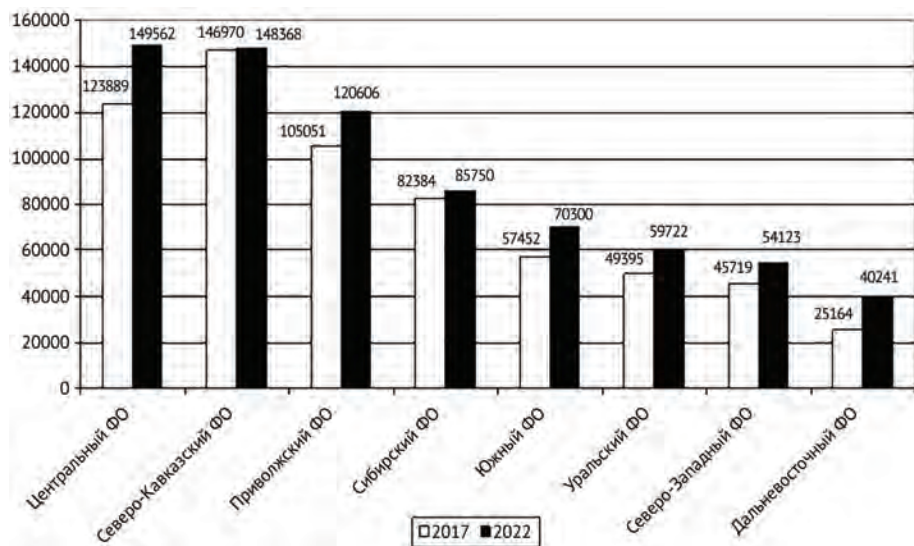


Рис. 1. Распределение детей-инвалидов по регионам Российской Федерации за 2017–2022 гг.

При изучении возрастно-половой структуры в этой категории было выявлено, что существенных изменений в 2022 году по сравнению с 2017 годом здесь не произошло. Удельный вес мальчиков в 2017-м и 2022 годах составил чуть более половины (57% и 58% соответственно), девочек – меньше: 43% в 2017 году и 42% в 2022 году [3] (рис. 2).

Возрастная группа, в которой наблюдается преобладающее число детей-инвалидов, – 8–14 лет. Далее следует возраст от 4 до 7 лет. Несколько меньше детей-инвалидов – в возрасте 15–17 лет; меньше всего их в возрастной группе от 0 до 3 лет (рис. 3). Такая динамика прослеживается на протяжении всего проанализированного нами периода [2].

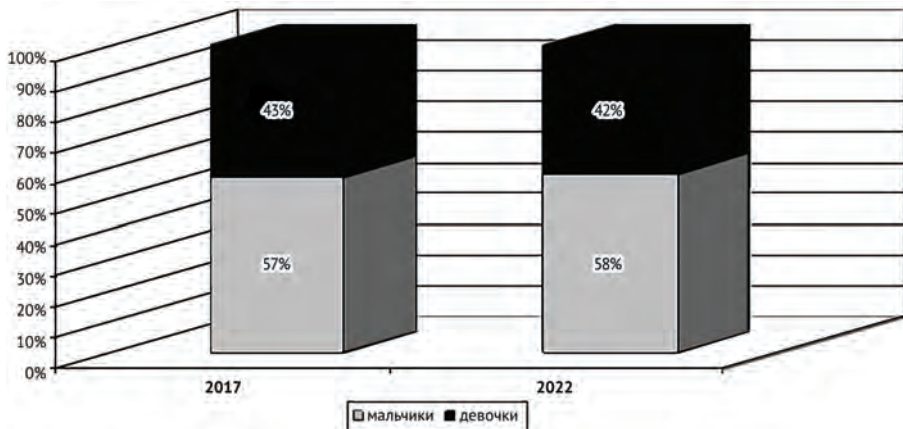


Рис. 2. Распределение детей-инвалидов по полу в РФ за 2017–2022 гг.

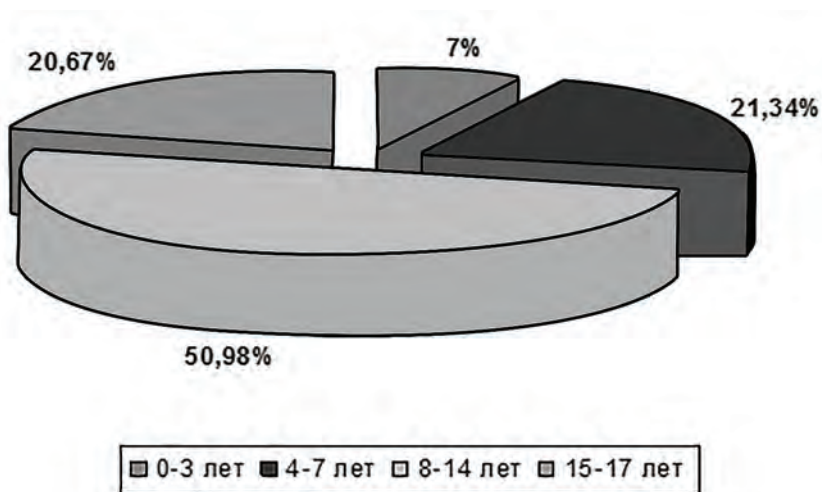


Рис. 3. Распределение детей-инвалидов по возрасту в РФ за 2017–2022 гг.

Основная группа заболеваний, являющаяся причиной детской инвалидности, – это психические расстройства и расстройства поведения. Далее следуют заболевания нервной системы, врожденные аномалии (пороки развития) и хромосомные нарушения, эндокринные заболевания, нарушения двигательной

функции, новообразования. Такое соотношение причин сохраняется в 2017–2022 годах (рис. 4). Наименьший удельный вес при распределении среди впервые признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет по формам болезней приходится на отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (0,3%), туберкулез (0,3%), болезни мочеполовой системы (1,1%), болезни органов дыхания (1,1%), травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин (1,2%) и др.



Рис. 4. Распределение первичной инвалидности у детей по некоторым причинам в РФ за 2017 г.

При анализе распределения признанных инвалидами детей по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма также было выявлено, что наибольший удельный вес приходится на нарушение психических функций – около трети (32,8% – 24 193 чел.) среди впервые признанных в 2021 году. На втором месте – нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (18,4% – 13 587 чел.), на третьем месте – нарушение функций эндокринной системы и метаболизма (11,6% – 8 527 чел.) (рис. 5). Наименьший удельный вес приходится на нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (0,3%), нарушение

функции кожи и связанной с ней систем (0,8%) и одновременное нарушение слуха и зрения в группе нарушений сенсорных функций (0,2%) [4].

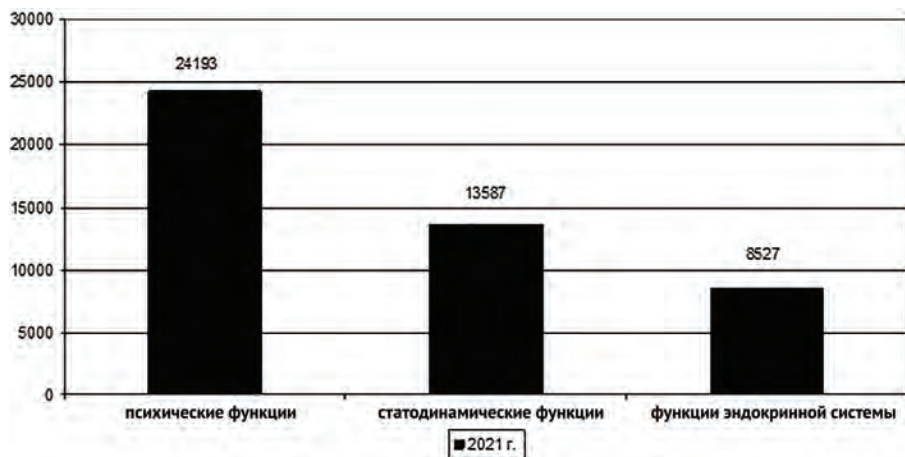


Рис. 5. Распределение впервые признанных детей-инвалидов по преимущественным основным видам стойких нарушений функций в РФ за 2021 г.

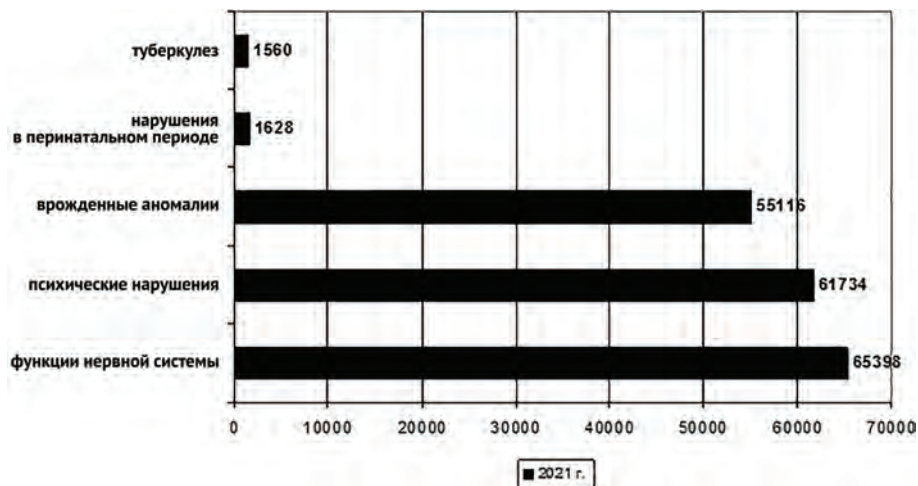


Рис. 6. Распределение повторно признанных детей-инвалидов по преимущественным основным видам стойких нарушений функций в РФ за 2021 г.

Среди повторно признанных детей-инвалидов в возрасте до 18 лет в 2021 году наибольшее количество заболеваний, приводящих к инвалидности, приходится на болезни нервной системы (23,2% – 65 398 чел.). На втором месте – психические расстройства и расстройства поведения (21,9% – 61 734 чел.). Далее следуют врожденные аномалии (19,5% – 55 116 чел.) (рис. 6). Наименьший удельный вес приходится на отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (0,58% – 1628 чел.), и туберкулез (0,6% – 1 560 чел.) [4].

На сегодняшний момент действует Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», который включает:

- восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт [5].

В 2021 году в России было разработано 380 690 индивидуальных программ по реабилитации или абилитации детей-инвалидов. Из них:

- 1) заключений о нуждаемости в мероприятиях психолого-педагогической реабилитации или абилитации – 235 639 (62%);
- 2) заключений о нуждаемости в мерах профессиональной реабилитации или абилитации – 12 772 (3,4%), из которых:
 - нуждаемость в профессиональной ориентации – 11 381 (89,1% всех программ по профессиональной реабилитации и абилитации);
 - содействие в трудоустройстве – 4 574 (35,8%).

3) заключений о необходимости медицинской реабилитации или абилитации – 379 977 (99,8%).

Предусмотренные медицинские мероприятия включали в себя:

1) мероприятия медицинской реабилитации (379 886 – почти 100% из всех программ медицинской реабилитации или абилитации);

2) мероприятия реконструктивной хирургии (21 014 – 5,5%);

3) протезирование и ортезирование (47 166 – 12,4%);

4) санаторно-курортное лечение (122 407 – 32,2%) [4].

Согласно данным Росстата, летом 2021 года детские оздоровительные лагеря посетили 3 597 548 детей, в том числе 25 589 (0,7%) детей-инвалидов. За тот же период 2017 года детей-инвалидов, посетивших летние лагеря, было 33 933, что на 25% больше в сравнении с 2021 годом.

В 2021 году наибольшая доля детей-инвалидов посетила детские оздоровительные лагеря в Приволжском федеральном округе (23,1% – 5 910), что на 26% меньше по сравнению с 2017 годом (7 957). В Сибирском федеральном округе в летних оздоровительных лагерях находилось 18,8% – 4 798 таких детей, что на 11% меньше в сравнении с 2017 годом (5 388). Несколько меньше – в Центральном федеральном округе (18,5% – 4 722), что на 14,7% меньше показателей 2017 года (5 534). Далее по количеству детей-инвалидов, посетивших детские оздоровительные лагеря, следуют Уральский федеральный округ (14,9% – 3 805), что меньше на 5% в сравнении с аналогичным показателем 2017 года (4 015), Дальневосточный федеральный округ (7,9% – 2 023), что на 31% меньше показателей 2017 года (2 935), Северо-Западный федеральный округ (6,7% – 1 711), что на 56% больше в сравнении с 2017 годом (3 926), Южный федеральный округ (6,4 % – 1 637), что меньше на 28% в сравнении с 2017 годом (2 274), и Северо-Кавказский

федеральный округ (3,8% – 983), что на 48,4% меньше в сравнении с 2017 годом (1 904) (рис. 7) [4].

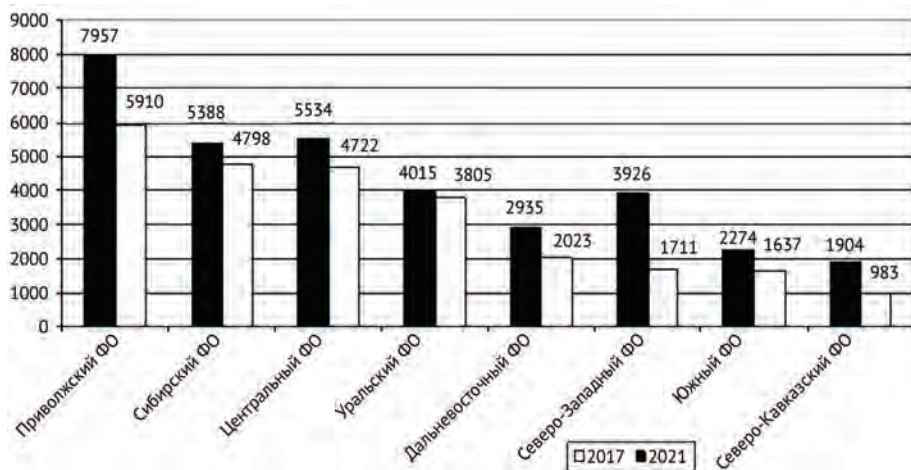


Рис. 7. Распределение по округам детей-инвалидов, посетивших детские оздоровительные лагеря в РФ в 2021 г.

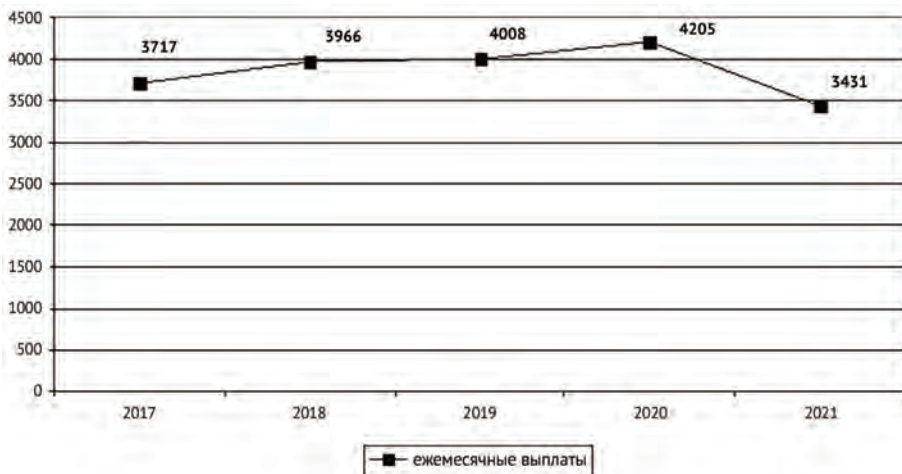


Рис. 8. Распределение среднего размера ежемесячной денежной выплаты на одного ребенка-инвалида в РФ за 2017–2021 гг. (руб.)

Помимо всех указанных программ и мероприятий по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, разработаны меры социальной поддержки за счет средств бюджета субъектов РФ. В 2021 году регулярные денежные выплаты в размере 3 431 рубля предоставлялись 38 554 (2017 год – 36 108) детям-инвалидам в возрасте до 18 лет. Этот показатель на 7,7% меньше в сравнении с 2017 годом, когда ежемесячные выплаты составляли 3 717 рублей (рис. 8). Единовременные выплаты в 2021 году получили 41 813 (2017 год – 37 200) детей-инвалидов в размере 4 165 рублей, что на 48,8% больше по сравнению с 2017 годом (2 134 рубля) [4].

Выводы

1. Общая численность детей-инвалидов в Российской Федерации в 2022 году возросла на 13% по сравнению с 2017 годом.
2. Наибольшее число детей-инвалидов – в Центральном федеральном округе (20,5%), Северо-Кавказском (20,4%) и Приволжском (16,5%).
3. Преобладающая возрастная группа – 8–14 лет.
4. Распределение детей-инвалидов по полу за 2017–2022 годы относительно стабильно; большинство составляют мальчики.
5. Чаще всего причинами первичной инвалидности у детей являются: психические расстройства и расстройства поведения, нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций и нарушение функций эндокринной системы.
6. Основными причинами инвалидности повторно признанных детей-инвалидов являются болезни нервной системы, психические расстройства и расстройства поведения, а также врожденные аномалии.

7. Разработанные в 2021 году индивидуальные программы по реабилитации или абилитации детей-инвалидов включали заключения о нуждаемости в реабилитации или абилитации: психолого-педагогической, профессиональной, медицинской.

8. В 2021 году наибольшая доля детей-инвалидов посетила оздоровительные лагеря в Приволжском ФО (23,1% – 5 910), Сибирском (18,8% – 4 798) и Центральном ФО (18,5% – 4 722).

9. В 2021 году регулярные денежные выплаты детям-инвалидам в возрасте до 18 лет стали значимо ниже, чем в 2017 году, но повысились единовременные выплаты.

Полученные данные свидетельствуют о том, что проблема детской инвалидности является крайне актуальной медико-социальной задачей, требующей систематического мониторинга со стороны государства. Необходима разработка мероприятий, направленных на снижение уровня инвалидности, улучшение качества жизни, социальной адаптации и финансовой поддержки детей-инвалидов. Учитывая причины формирования инвалидности, при разработке мер, направленных на ее снижение, следует отдавать приоритет развитию медико-генетической службы, совершенствованию антенатальной и перинатальной помощи, внедрению скрининговых исследований разных видов патологии, развитию системы медицинской помощи детям, страдающим хроническими заболеваниями и имеющим нарушения здоровья и ограничения возможностей, но официально не признанными инвалидами.

Список литературы

1. Авдеева М.В., Лобзин Ю.В., Лучкевич В.С. Оценка эффективности организационно-функциональной деятельности центров здоровья по первичной профилактике социально значимых неинфекционных заболеваний // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2013. № 2(42). С. 169–172.

2. Землянова Е.В., Войцеховская Ж.И. Прогноз показателей инвалидности детского населения России на период до 2020 года // Информационно-аналитический вестник. 2009. № 9. С. 16–23.

3. Лучкевич В.С., Авдеева М.В., Самодова И.Л. Измерение в социологическом исследовании. Анализ и обобщение результатов эмпирического медико-социологического исследования. Учебно-метод. пособие. Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2016. 48 с.

4. Панчишина К.А., Большакова К.А., Мариничева Г.Н. Анализ детской инвалидности в Российской Федерации за 2017–2020 гг. // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: Материалы Всероссийской научно-практ. конф. с междунар. участием. Иркутск, 8 декабря 2021 года. Т. 1. Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2021. С. 291–295.

5. Панчишина К.А., Большакова К.А., Мариничева Г.Н. Анализ показателей детской инвалидности в России за 2018–2021 гг. // Здоровье населения и качество жизни: Электронный сборник материалов IX Всероссийской научно-практ. конф. с междунар. участием. Санкт-Петербург, 30 марта 2022 года. Т. 2. Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2022. С. 9–13.

ПРИЧИНЫ И СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2021 ГОДУ

**Орёл В.И., Ким А.В., Гурьева Н.А., Углева Е.М.,
Булдакова Т.И., Смирнова В.И., Шарафутдинова Л.Л.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Проблема детской инвалидности — одна из самых актуальных и в мире, и в России. На 1 августа 2022 года общая численность детей-инвалидов в РФ составила 742 234 ребенка, из них 42% — девочки (313 132) и 58% — мальчики (429 102). Общая численность детей-инвалидов в структуре всей инвалидности в РФ — 6,2%. К указанной дате в Санкт-Петербурге зарегистрировано 23 563 ребенка-инвалида, что составило 3,17% от общего количества в РФ. Из них 39% — девочки (9 190) и 61% — мальчики (14 373). По возрастам распределение в РФ было следующим: дети в возрасте до 3 лет — 50 711, 3–7 лет — 157 246, 8–14 лет — 381 019, 15–17 лет — 153 258, что составило 6,8%, 21,2%, 51,3% и 20,6% соответственно. Распределение по возрастам в Санкт-Петербурге было следующим: до 3 лет — 1 803, 3–7 лет — 5 872, 8–14 лет — 11 594, 15–17 лет — 4 294, что составило 7,7%, 24,9%, 4,2% и 18,2% соответственно. Достоверных различий по сравнению с распределением по возрастам в РФ не выявлено. Из числа детей, первично признанных инвалидами в стране, более 30% составили дети с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Среди детей, признанных инвалидами в связи с психическими заболеваниями, около 70% — дети с умственной отсталостью. У 17% причиной

инвалидности явились болезни нервной системы. Врожденные аномалии составили 14%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 11,5%. Далее следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,4%), новообразования (4,8%). За прошедшее пятилетие структура распределения детей-инвалидов по формам болезней остается неизменной.

По данным Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу», в 2021 году категория «ребенок-инвалид» первично определена 2 119 детям, что на 187 человек больше, чем в 2020 году. Как и в предыдущие годы, более 60% первичной инвалидности у детей Петербурга составили психические расстройства, болезни нервной системы и врожденные пороки и аномалии развития. Повторно категория «ребенок-инвалид» в 2021 году в Санкт-Петербурге была установлена для 5 091 человека, из них 823 детям – до достижения возраста 18 лет. В период действия Временного порядка признания лица инвалидом была автоматически продлена категория «ребенок-инвалид» на 6 месяцев 49 детям.

В Санкт-Петербурге в 2021 году разработано и выдано 8 034 индивидуальные программы реабилитации/абилитации инвалидов/ребенка-инвалида (ИПРА) и даны рекомендации о нуждаемости в следующих видах реабилитации:

- медицинская – в 100,0%, в том числе рекомендаций в реконструктивной хирургии – 7,1%; в протезировании и ортезировании – 19,6%; в санаторно-курортном лечении – 81,0%;
- психолого-педагогическая – в 64%;
- профессиональная – в 9%;
- социальная – в 99,9%.

Оборудование жилого помещения специальными средствами и приспособлениями рекомендовано в 21,3%. Рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации даны в 2 620 случаях, что составило 32,6% ИПРА.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ

Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Воробьёва Е.А., Долотова Н.В.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Ивановский научно-исследовательский институт материнства
и детства им. В.Н. Городкова» Министерства
здравоохранения РФ,
г. Иваново, Россия*

Низкая мотивация сохранения здоровья у подростков является одним из главных препятствий в формировании здорового образа жизни, отказа от вредных привычек.

Цель. Изучение опасного для здоровья поведения подростков 15–17 лет.

Материалы и методы. По стандартной анкете, разработанной международной научно-исследовательской сетью *HBSC* «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья», проведено анонимное анкетирование 366 подростков 15–17 лет, обучающихся в общеобразовательных школах г. Иванова.

Результаты. Подростки высоко оценили свою информированность по вопросам здорового образа жизни. Ответили, что хорошо знают, что такое здоровый образ жизни, 75,5% мальчиков и 83,8% девочек. Половина мальчиков и девочек (51,1% и 47,3% соответственно) не хотели бы узнать больше по этому вопросу. Источником информации о ЗОЖ девочки чаще, чем мальчики (87,1% и 66,7%, $p < 0,05$), называют интернет и учителей (61,3% и 46,7%, $p < 0,05$), медицинских работников (62,3% и 53,3%). С ними обсуждают вредные последствия употребления алкоголя, курения. Однако четверть мальчиков и 16,1% девочек считают соблюдение ЗОЖ ненужным, так как они здоровы.

По результатам опроса, две трети подростков (69,6%) отрицали курение табака, каждый третий (30,4%) ответил, что курит (10,7% девочек и 15,9% мальчиков). Признались в ежедневном курении 4,1% подростка, что меньше, чем среди их сверстников в целом по РФ (12%) и в других странах (13%), по данным аналогичного исследования.

Признались, что пробовали алкоголь, 6,9% мальчиков и в два раза больше девочек (18,3%).

На частое употребление алкогольных напитков (не реже раза в неделю) указали 11,8% подростков. 11,4% не отрицали однократное сильное опьянение, 10,2% признали не менее двух случаев опьянения.

Выводы. Несмотря на заявления о высокой степени информированности по вопросам здорового образа жизни, у подростков отмечается низкая мотивация сохранения здоровья. Треть подростков пробовала курить табак и пить слабоалкогольные напитки. Многие курят ежедневно и часто употребляют алкоголь. Пропаганда вреда курения и алкоголя среди подростков актуальна и в настоящее время.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

*Лисовский О.В.¹, Лисица И.А.¹, Панкратова П.А.¹,
Красноруцкая Д.А.², Колосюк В.А.¹, Кириченко И.Я.¹,
Лисовская Е.О.¹, Близнякова Д.С.¹, Богданова Е.А.¹*

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия

² Ростовский государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Качество жизни обучающихся определяется не только физическим благополучием, но и комплексом эмоциональных и психологических компонентов. Особенности самооценки в подростковом возрасте отражаются на мышлении, памяти, концентрации внимания и, как следствие, на качестве освоения практических компетенций специалиста при обучении. Своевременный анализ психических особенностей личности позволяет не только выявить группы риска среди подростков, но и сгладить факторы социальной адаптации и негативные последствия для здоровья.

Цель. Выявить тревожно-депрессивные компоненты психики подростков, обучающихся в вузе.

Материалы и методы. На кафедре общей медицинской практики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета проведено анкетирование студентов первого курса в процессе обучения и перед сдачей дифференцированного зачета по дисциплине «Ознакомительная практика» в период сессии. В первой группе в анкетировании

приняли участие 116 обучающихся: лиц женского пола – 93 (80,2%), мужского – 23 (19,8%). Вторую группу составили 146 человек: девушек – 110 (75,3%), юношей – 36 (24,7%). Для оценки нервно-психических характеристик использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Для выявления зависимости значения теста от периода тестирования и влияния основных факторов использован дисперсионный анализ (ANOVA), для оценки существенности расхождений средних попарно сравниваемых групп – апостериорный тест с коррекцией Бонферрони.

Результаты. Средние значения по мере движения от обучения на первом курсе до экзаменационного периода растут как для тревоги, так и для депрессии.

При анализе различий выявлены надежные тенденции увеличения тревоги у девушек (коэффициенты, значимые на уровне 10%). Для юношей средние по шкале тревоги уменьшаются. Тестирование по шкале депрессии показывает, что для студенток различия средних баллов существенны, средний балл в период обучения на первом курсе существенно отличается от балла перед сдачей экзамена.

Выводы

1. Подростки обладают мобильной психикой, особенно это характерно для девушек, с тенденцией нарастания депрессии в экзаменационный период.

2. Своевременное выявление тревожно-депрессивных нарушений в доклинический период и разработка профилактических мероприятий необходимы в подростковом возрасте на всех этапах обучения.

Список литературы

1. Проскурякова Л.А., Лобыкина Е.Н. Оценка риска нарушений пищевого поведения и особенности питания у студентов

с различным уровнем личностной тревожности. Профилактическая медицина. 2019. Т. 22. № 6. С. 80–86.

2. Лисовский О.В., Гостимский А.В., Карпатский И.В., Лисица И.А., Кузнецова Ю.В., Завьялова А.Н. Перспективы дистанционного обучения при формировании профессиональных компетенций в медицинском вузе. Виртуальные технологии в медицине. 2020. № 3(25). С. 101–102.

3. Карабинская О.А., Изатулин В.Г., Макаров О.А., Колесникова О.В., Калягин А.Н. Оценка качества жизни студентов первых лет обучения медицинского вуза. Сибирский медицинский журнал. 2011. № 7. С. 111–113.

4. Москвина А.Р., Завьялова А.Н., Лисовский О.В. Оценка пищевого поведения, физической активности студентов первого курса медицинского вуза // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. Сб. материалов междунар. научно-практ. конференции, посвященной 30-летию юбилею Медицинского института ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет». Грозный, 2020. С. 514–517.

5. Кириченко И.Я., Аль Харес М.М., Турун Д.П., Синюгина А.И., Григорьева К.М., Вилина А.А., Панкратова П.А., Близнякова Д.С. Нутритивный статус госпитализированного ребенка. Forcipe. 2021. Т. 4. № 52. С. 76–77.

Содержание

Олег Эргашев

Приветственное слово вице-губернатора3

Ипполитова М.Ф., Куликов А.М., Городкова Н.А., Уерги У.Н.

**Детская гинекология в России: вклад профессора
Юрия Александровича Гуркина5**

Ипполитова М.Ф., Куликов М.М., Смирнова Е.В.

**Комплексный подход в формировании
репродуктивного потенциала детей и подростков18**

ГИНЕКОЛОГИЯ30

Ипполитова М.Ф., Смирнова Е.В.

**Организация и эффективность работы дневного
стационара в центре охраны репродуктивного
здоровья подростков «Ювента»30**

Ипполитова М.Ф., Кириченко И.Я., Жгулёва А.А.

**Оценка уровня знаний о репродуктивном здоровье
и репродуктивных установках у подростков и молодежи51**

Зароченцева М.В., Джиджихия Л.К., Трищенко О.В.

**Возможности оптико-электронной диагностики цервикальных
поражений в современных условиях на аппарате *TruScreen*:
мировой и отечественный опыт. Обзор литературы53**

Павленко Е.О., Ландина О.Ю.

**Жидкостная цитология в диагностике цервикальной
интраэпителиальной неоплазии у подростков69**

<i>Дёмина Т.Н., Железная А.А., Шаповалов А.Г., Хвесик А.А.</i> Прегравидарная подготовка, ведение беременности и родов у женщин с генетической тромбофилией	84
<i>Дудниченко Т.А., Арнт О.С., Гозуа М.С., Чабан Е.В.</i> Особенности течения беременности и родов у женщин после перенесенной коронавирусной инфекции	100
<i>Лупушару А., Голубкова Д.А., Оппедизано М.Д.Л., Бусоргина М.О., Гафиатулин М.Р., Коваленко К.А., Проскурякова К.С., Зайцева А.В., Яценко Е.В.</i> Особенности ведения беременности и родов у юных	103
<i>Оппедизано М.Д.Л., Бусоргина М.О., Гафиатулин М.Р., Коваленко К.А., Лупушару А., Голубкова Д.А., Зайцева А.В., Яценко Е.В., Артюх Л.Ю., Карелина Н.Р.</i> Топографо-анатомические особенности строения таза. Париетальные клетчаточные пространства	110
<i>Оппедизано М.Д.Л., Бусоргина М.О., Гафиатулин М.Р., Коваленко К.А., Лупушару А., Голубкова Д.А., Зайцева А.В., Яценко Е.В., Артюх Л.Ю., Карелина Н.Р.</i> Топографо-анатомические особенности строения таза. Висцеральные клетчаточные пространства	115
<i>Соломкина Н.Ю., Пикалева Е.Ю., Плисецкая В.Ю., Акимова Е.П., Алексеева Н.П.</i> Физиотерапия в послеоперационном периоде в подростковой гинекологии	119

Лунёва Н.Н., Петров А.Г.

**Медицинские и поведенческие аспекты
подросткового эндометриоза.
Обзор литературы123**

Дудниченко Т.А., Гозуа М.С.

**Коррекция угрозы прерывания беременности
с помощью физиотерапевтических методик137**

Ким А.В., Рослова З.А., Зверинцева Е.А.

**Анализ распространенности воспалительных
заболеваний наружных половых органов у девочек
младшего возраста по результатам
профилактических осмотров140**

Кириленко О.В., Лисицына И.Н.,

Павленко Е.О., Ландина О.Ю.

Хламидийная инфекция у подростков143

Проскурякова П.С., Оппедизано М.Д.Л., Бусоргина М.О.,

Гафиатулин М.Р., Коваленко К.А., Лупушару А.,

Голубкова Д.А., Зайцева А.В., Яценко Е.В.

**Основы рационального подбора контрацепции
для подростков145**

Кульневич Е.О.

**Особенности протекания олиго/аменореи
у несовершеннолетних с нервной анорексией150**

Кухарчик Ю.В., Соколова О.В., Захаревич В.И.

**Идиопатическое привычное невынашивание
беременности: клинический случай152**

<i>Лисицына И.Н., Павленко Е.О., Карцева М.М., Меркулова Л.В., Галкина Н.А., Кулиш М.С., Кульневич Е.О., Фёдорова Н.А., Луговской П.С.</i>	
Возраст менархе у подростков Санкт-Петербурга	154
<i>Гафиатулин М.Р., Коваленко К.А., Оппедизано М.Д.Л., Бусоргина М.О., Лупушару А., Голубкова Д.А., Проскурякова П.С., Зайцева А.В., Яценко Е.В.</i>	
Факторы, влияющие на менархе. Возможные последствия раннего и позднего начала менструации. Обзор литературы	156
<i>Уварова Ю.М., Денисюк Е.А., Горбачёва Т.И., Орлова О.В.</i>	
Дисменорея в период пандемии Covid-19	162
<i>Чайка В.К., Железная А.А., Шаповалов А.Г., Шпатусько Н.И., Рыков А.А., Демишева С.Г.</i>	
Вагинальная гистерэктомия как способ выбора лечения юных женщин с ожирением	164
<i>Чайка В.К., Железная А.А., Бабич Т.Ю., Говоруха И.Т., Цвяшко Т.И., Дёмина Д.В.</i>	
Особенности консервативных родов у женщин после кесарева сечения	166
<i>Корбут И.А., Захаренкова Т.Н.</i>	
Факторы риска ювенильных маточных кровотечений у девочек Гомельской области	168
<i>Межидов К.С.</i>	
Распространенность заболеваний репродуктивной системы среди девочек Чеченской Республики	170

Захаренкова Т.Н.

**Частота встречаемости и клиническое значение
урогенитальных микоплазм у девочек-подростков172**

Дёмина Д.В., Железная А.А., Демишева С.Г., Вустенко В.В.

**Анализ репродуктивного здоровья женщин
после перенесенного оперативного
вмешательства на яичниках174**

Коробков Н.А., Пухавская Ж.Г., Дудниченко Т.А., Арнт О.С.

**Возможно ли избежать ошибки
при периперационной антибиотикопрофилактике
при кесаревом сечении176**

Мамедова С.О., Кожурова М.А., Кухарчик Ю.В., Соколова О.В.

**Особенности течения беременности и родов у юных
первобеременных179**

*Чайка В.К., Железная А.А., Шаповалов А.Г.,
Шпатусько Н.И., Рыков А.А., Демишева С.Г.*

**Вагинальная гистерэктомия как способ выбора лечения
юных женщин с ожирением181**

*Бабенко-Сорокопуд И.В., Савченко А.А.,
Демишева С.Г., Мишук О.Н.*

Вульвовагиниты у девочек с сопутствующей патологией183

*Демишева С.Г., Яковлева Э.Б.,
Железная А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В.*

**Пигментный обмен у беременных с гепатобилиарными
заболеваниями и аномальными маточными
кровотечениями пубертатного периода185**

<i>Ласачко С.А., Люлько В.Э., Алматар М.Г.</i> Диагностика и лечение заболеваний молочных желез у девочек-подростков	188
<i>Мушегян Ж.Г., Нестерович О.Н.</i> Анализ программы «Молочная железа – Матта. Изучаем. Запоминаем. Применяем» для девочек-подростков 9–11-х классов в школах г. Ростова-на-Дону	190
<i>Книжникова А.А., Пахомова Ф.В.</i> Эмоциональные и личностные особенности девушек с эндометриозом	192
ПСИХОЛОГИЯ	194
<i>Уерги У.Н., Кононова Т.А.</i> Подростковые установки и современный имидж родительства как предпосылки репродуктивного выбора несовершеннолетних	194
<i>Кононова Т.А., Щепелина К.А.</i> Психологическая и информационная помощь несовершеннолетним беременным, обратившимся в службу «Телефон доверия»	198
<i>Верешко Е.В., Чермных С.В., Говоруха И.Т.</i> Особенности психоэмоционального статуса несовершеннолетних беременных	205
<i>Кононова Т.А., Фёдорова Е.Я.</i> Семейная система как основной ресурс психокоррекции пищевых нарушений у подростка	214

<i>Архиповская О.А., Большакова Т.В., Юдина Д.А.</i> Взаимосвязь стиля пищевого поведения и копинг-стратегий у девушек с нервной анорексией	225
<i>Лисовский О.В., Панкратова П.А., Лисица И.А., Красноруцкая Д.А., Колосюк В.А., Завьялова А.Н., Близнякова Д.С., Богданова Е.А.</i> Выявление стереотипов реагирования подростков с использованием шкалы оценки пищевого поведения	236
<i>Кононова Т.А., Гризан М.А.</i> Тренинг как основная форма групповой психологической работы с подростками	239
<i>Малкина-Пых И.Г.</i> Виктимизация личности в условиях всеобщей цифровизации и ее последствия: психологические аспекты	248
<i>Бабенко-Сорокопуд И.В., Дёмина Т.Н., Говоруха И.Т.</i> Психологическая помощь девушкам-подросткам группы риска в формировании репродуктивного поведения	250
<i>Уерги У.Н., Кононова Т.А.</i> Многогранный подход к вопросу насилия: социальная помощь несовершеннолетним в условиях центра охраны репродуктивного здоровья подростков	252
<i>Кононова Т.А., Ачик Н.Д.</i> Психологические последствия жестокого обращения с детьми и подростками как фактор ревиктимизации	255

Крайнюков С.В.

**Влияние неблагоприятного детского опыта
на соматическое и психическое здоровье266**

Костюковский Я.В.

**Социальное пространство подростка:
самореализация или саморазрушение?268**

Соколова В.В., Жгулёва А.А.

**Исследование установок и сексуального
поведения студентов медицинских вузов
в области репродуктивного здоровья273**

Мариничева Г.Н., Гоголева М.Н.,

Алексеева М.Е.

**Динамика заболеваемости детей и подростков
с психическими расстройствами и расстройствами
поведения, в том числе связанными
с употреблением психоактивных веществ,
за 2015 – 2020 годы276**

Ульянова И.А.

**Специфика современных подходов
в профилактике асоциального поведения
детей и подростков288**

ПРОЧЕЕ293

Городкова Н.А.

**Изменение липидного спектра крови
у девушек-подростков с расстройствами
пищевого поведения по типу нервной анорексии293**

<i>Бражникова А.П., Городкова Н.А., Смирнова Е.В., Петрова Ю.В.</i> Анализ структуры обращений к врачу-косметологу по данным Городского центра охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента»	305
<i>Бурханов В.В.</i> Уретрит, уретральный синдром и уретралгия у подростков ...	319
<i>Орёл В.И., Ким А.В., Гурьева Н.А., Рослова З.А., Катаева И.С., Шарафутдинова Л.Л.</i> Современная проблематика распространенности болезней мочеполовой системы среди допризывников и призывников	333
<i>Данилова Н.Б., Соколович Н.А., Павлова С.Г.</i> Проведение профилактических мероприятий врачами-стоматологами в рамках медицинских осмотров студенческой молодежи Санкт-Петербурга	335
<i>Теплякова Н.В., Ленькова Т.А., Попова Е.А.</i> Опыт реализации межведомственной программы «Репродуктивное здоровье молодежи» на территории г. Череповца Вологодской области	350
<i>Орлова Н.В., Муравьев А.Н.</i> Роль современных технологий в диагностике мочеполового туберкулеза детей и подростков. Разбор клинических случаев	352
<i>Тихоновец М.Ю., Зайцев Д.В., Лазарчик И.В.</i> Роль врача-педиатра как ключевого специалиста в вопросах выявления и профилактики ранней детской травмы	354

Комилова Б.И., Фозилов Н.С.

Оценка физического развития подростков356

*Филькина О.М., Воробьёва Е.А., Малышкина А.И.,
Кочерова О.Ю., Долотова Н.В.*

**Особенности обращаемости в медицинские организации
и заболеваемости болезнями мочеполовой системы
подростков 15–17 лет в период пандемии Covid-19358**

Вустенко В.В., Глушич С.Ю., Дёмина Д.В.

**Роль рационального питания подростков
в антиковидных мероприятиях360**

Мариничева Г.Н., Панчишина К.А., Большакова К.А.

**Анализ показателей детской инвалидности
в Российской Федерации за 2017–2022 годы362**

*Орёл В.И., Ким А.В., Гурьева Н.А., Углева Е.М.,
Булдакова Т.И., Смирнова В.И., Шарафутдинова Л.Л.*

**Причины и структура детской инвалидности
в Санкт-Петербурге в 2021 году375**

*Филькина О.М., Кочерова О.Ю.,
Воробьёва Е.А., Долотова Н.В.*

**Поведенческие факторы риска здоровью
подростков 15–17 лет377**

*Лисовский О.В., Лисица И.А., Панкратова П.А.,
Красноруцкая Д.А., Колосюк В.А., Кириченко И.Я.,
Лисовская Е.О., Близнякова Д.С., Богданова Е.А.*

**Особенности психического здоровья подростков
в студенческой среде379**

Литературный редактор, корректор – Елена ВЛАДИМИРОВА
Дизайн и верстка – Ирина АКИМОВА

Оригинал-макет:
Санкт-Петербургский общественный фонд
«Поддержка медицины»
secjournal@mail.ru
Тел. (812) 904-75-15

Подписано в печать 23.11.2022. Формат 60x84 1/16.
Бумага офсетная. Гарнитуры PT Sans, Times. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 22,785. Тираж 500 экз.

Комбинированный препарат от ЖАРА и БОЛИ для детей, применяют с 2 лет.

Бруфика Плюс

Показания к применению:

В качестве жаропонижающего средства при:

- ☑ острых респираторных заболеваниях;
- ☑ гриппе;
- ☑ детских инфекционных заболеваниях;
- ☑ постпрививочных реакциях и других инфекционно-воспалительных заболеваниях, сопровождающихся повышением температуры тела.

В качестве болеутоляющего средства слабой или умеренной интенсивности при:

- ☑ головной и зубной боли;
- ☑ мигрени;
- ☑ невралгия;
- ☑ боли в ушах и в горле;
- ☑ боли в мышцах;
- ☑ боли при травмах, растяжениях, ожогах и других видах боли.



ВОРИКОЗ 200 / 50 МГ

Вориконазол, таблетки

Противогрибковый препарат с широким спектром действия

ВОРИКОЗ является в своем роде инновационным, так как специально разработанный комплекс вспомогательных веществ не содержит в себе лактозы, в отличие от референтного препарата или аналогов в мире.

HiGlance 1-я Компания в мире которая разработала вориконазол в микронизированной форме и без лактозы !!!



Информация для специалистов.

Срок годности
Ворикоза 3 года !!!

Хайрабезол 20 / 10 МГ

таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой

Ингибитор протонного насоса.

Информация для специалистов.

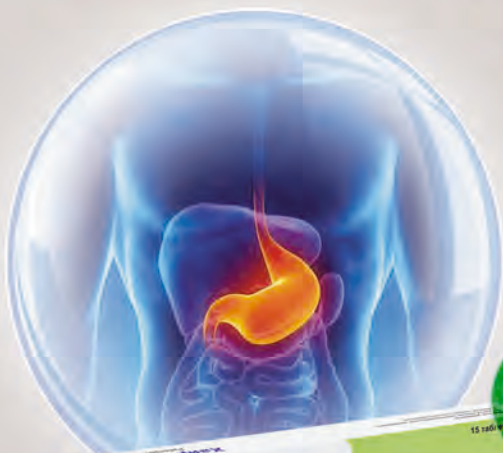
Для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, гиперсекреторных состояниях, стрессовой язве желудочно-кишечного тракта и др.

Содержание минимального количества углеводов позволяет назначать препарат пациентам с сахарным диабетом !!!

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНИЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
УТВЕРЖДЕНО

HiGlance впереди инновационных разработок!

- ✓ *HiGlance – первая компания в мире разработала срок годности 3 года*
- ✓ *Более 1 000 000 человек успешно вылечились Хайрабезолом*
- ✓ *Хайрабезол рекомендован ДЕТЯМ с 12 лет*



Экономичная упаковка

уп. №30

550-650
руб. *



уп. №30

850-950
руб. *



уп. №15

550-650
руб. *



уп. №15

380-450
руб. *



* Средняя цена в аптеках

Компания HiGlance Laboratories использует самые передовые технологии в процессе производства лекарственных средств. Благодаря своей научной работе Компания создает свои инновационные формулы: использует самые очищенные фармацевтические активные вещества "API" и современные вспомогательные вещества (в соответствии с USP, BP, EP), которые позволяют увеличить срок годности препаратов, дают лучшую переносимость и более выраженный клинический эффект.



Автоматические цитологические процессоры (CelltraZone, Корея)



HURO PATH S (1 лунка)

Производительность: более 90 стёкол в час.
Дисплей: сенсорный. Диаметр окошка: 20 мм.
Габариты (ШхГхВ): 250х330х200 мм. Вес: 7 кг.



HURO PATH T (2 лунки)

Производительность: более 140 стёкол в час.
Дисплей: сенсорный. Диаметр окошка: 20 мм.
Габариты (ШхГхВ): 465х332х255 мм. Вес: 16,5 кг.

Обеспечивают бережное перемещение тонкого слоя клеток после фильтрации. Благодаря технологии двойной мембранной фильтрации и преципитации в запатентованном фильтре остаётся избыточная слизь, детрит, элементы крови. Специальная мембрана сохраняет важный для диагностики цитологический материал при скрининге рака шейки матки и цитологическом исследовании мокроты, мочи, тонкоигольной биопсии, аспиратов и др.

ПРЕИМУЩЕСТВА:

- Минимальное количество расходных материалов.
- Возможность проведения ИЦХ и ПЦР исследований.
- Доступная стоимость расходных материалов.
- Материал из виалы может неоднократно использоваться и быть пригодным для диагностики в течение двух лет.

Схема переноса клеток





FITOLON
research company

ЙОД-ЭЛАМ является источником природного йода из ламинарии, поэтому:

- Нормализует работу щитовидной железы, эндокринной системы
- Повышает умственную и физическую работоспособность
- Выводит токсины, соли тяжелых металлов, радионуклиды, аллергены из организма
- Избыточное поступление йода не вызывает токсических эффектов, так как йод усваивается организмом только в необходимом количестве, а его излишек выводится из организма в неизменном виде
- Необходимое организму количество йода легко усваивается



ЙОД-ЭЛАМ

ЙОД-ЭЛАМ – источник биодоступного органического йода (190-220 мкг/тб) и других макро-микроэлементов из ламинарии, а также растворимых пищевых волокон в виде альгината кальция.

Основное назначение БАД "Йод-Элам" - восполнение йодного дефицита и потребности в растворимых пищевых волокнах: профилактика дефицита кальция, а также дополнение питания макро- и микроэлементами, незаменимыми аминокислотами. Этого вполне достаточно, чтобы рекомендовать БАД для применения в питании. Однако ЙОД-ЭЛАМ обладает и другими уникальными свойствами. Поисковые исследования, проведенные в Санкт-Петербурге, показали, что профилактическое введение ЙОД-ЭЛАМА более чем в 5 раз увеличивает выживаемость экспериментальных животных в условиях гипоксии.

В эксперименте было показано, что применение в течение 30 дней дозы препарата с многократным превышением по йоду не вызывала побочных эффектов. В физиологической дозе ЙОД-ЭЛАМ проявляет антиоксидантные свойства в почках при 10-ти и 20-тидневном применении, в печени – при 30-тидневной длительности приёма. Тиреостимулирующее действие проявляется через 10 дней от начала приёма.

Йод-Элам проходил апробацию в Учреждениях Минздрава РФ: НИИ физиологии им. И.П. Павлова, НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов продукта; беременным и кормящим женщинам; состояния, при которых противопоказаны препараты йода. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Награждён знаком "Зелёный крест" Национальной организации Международного зелёного креста в России "За вклад в улучшение здоровья людей и выпуск полезной продукции".

ЙОД-ЭЛАМ дополнительно обогащает организм биодоступным кальцием, снижает частоту возникновения аллергических реакций, укрепляет иммунитет, повышает защитные силы организма.

БАД к пище. Не является лекарством.

СГР № RU.77.99.88.003.E.005668.04.15 от 15.04.2015

ТУ 9284-064-85520899-2014



Ф. FITOLON SHOP





ЛЕЧЕБНЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

#ПИТЬЧТОБЫЖИТЬ

*Лучшее,
что создала природа!*



РУДОЛЬФОВ ПРАМЕН
ИСТОЧНИК ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА И КАЛЬЦИЯ

БИЛИНСКА КИСЕЛКА
ЛУЧШИЙ ПОМОЩНИК В РАБОТЕ ЖКТ

ЗАЙЕЧИЦКАЯ ГОРЬКАЯ
РЕКОРДНОЕ СОДЕРЖАНИЕ МАГНИЯ

ПРОЛОМ
ТЕРМАЛЬНАЯ ВЫСОКОЩЕЛОЧНАЯ ВОДА

ВИНЦЕНКА
СУТОЧНАЯ НОРМА ЙОДА В 30 МЛ

Санкт-Петербург: +7 (812) 309-92-08
Москва: +7 (495) 969-27-92

MINERVODA.RU

Артлайф – российская компания-производитель уникальной продукции для здоровья, красоты и молодости



- 25 лет на рынке
- Собственное производство
- Научные разработки
- Инновационные биокомплексы для поддержки репродуктивного здоровья молодого поколения!

Формула женщины – профилактика минерального и гормонального дисбаланса



Младоконфорт – уход за грудью, профилактика мастопатии, уменьшение болезненных ощущений



Панбиолакт Де-Фем – восстановление кишечной и урогенитальной микрофлоры женщин



Альдеприм – поддержание эмоционального баланса



На связи с вами:

  **+7-911-253-97-21**

Залогина Светлана Сергеевна,
эксперт в сохранении
семейного здоровья

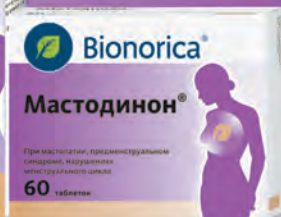
Профессиональная консультация.
Оформление заказа.
Доставка продукции
любым удобным способом.

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

ПРИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ И МАСТОДИНИИ



Включен
в клинические
рекомендации
по ДДМЖ*



Рег. уд.: П N014026/01 от 09.10.2007;
П N014026/02 от 09.10.2007

www.mastodynon.com
www.bionorica.ru
www.mastopatiaforum.ru

Растительный негормональный препарат

Мастодинон®

- Помогает в лечении мастопатии
- Способствует уменьшению болезненности в молочных железах
- Поддерживает гормональный баланс^{1,2}

ПРИРОДА. НАУКА. ЗДОРОВЬЕ

*Доброкачественная дисплазия молочной железы». 2020. <http://cr.rosminzdrav.ru/#1/schema/1027>. Доступ: 26.02.2021. 1. Бурдина Л.М. Лечение заболеваний молочных желез и сопутствующих нарушений менструальной функции Мастодиномом. Лечащий врач. 1999. №8. С. 13-16. 2. Яворская С.Д., Сычева М.А., Кореновский Ю.В. Влияние лекарственного фитопрепарата на уровень гонадотропных гормонов и метаболитов эстрогенов у пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез в сочетании с масталгией. АИГ 2019;1:102-108.

РЕКЛАМА

**ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.**

Революционный скрининг рака шейки матки и цервицитов с точностью выявления патологии до 96%

Цифровой сканер TruScreen (ТруСкрин)



Скорость

результат за 4 минуты

Точность

достигает 96%



Безопасность

разрешен беременным

Комфорт

неинвазивный, не требует
подготовки пациентки



Объективность

исключен человеческий фактор,
автоматическая обработка данных

Мобильность

легкий и компактный



Как заказать прибор?

Свяжитесь с нашим менеджером



manager@truscreen.ru
8-800-777-97-79
truscreen.ru



СИСТЕМА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ



- 2022 -

