

СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр “Ювента”
(репродуктивное здоровье)»

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

СБОРНИК ТРУДОВ
Всероссийской научно-практической конференции

Министерство здравоохранения РФ
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр “Ювента”
(репродуктивное здоровье)»
ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ
ГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова»
ГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет»
Общественная организация «Ассоциация специалистов службы охраны
репродуктивного здоровья подростков»
Ассоциация врачей Санкт-Петербурга

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

4 декабря 2020 года

Санкт-Петербург
2020

Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи / Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. – Санкт-Петербург: 260 с., вклейка – 8 с.

© Коллектив авторов, 2020



Уважаемые коллеги!

Приветствую участников IV Научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. КРОТИНСКИЕ ЧТЕНИЯ»! Для меня большая честь обращаться сегодня к вам – тем, кто занимается таким важным вопросом, как охрана репродуктивного здоровья подростков.

Павел Наумович Кротин, чье имя носит эта конференция, обладая колоссальным опытом и знаниями, воспитал поколение акушеров-гинекологов, работающих во всех регионах Российской Федерации и оказывающих помощь детям и подросткам. Он внес значительный вклад в сохранение репродуктивного здоровья детей и подростков. Будучи талантливым организатором здравоохранения, в 1993 году он организовал в Санкт-Петербурге уникальный Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента». И сегодня

«Ювента» остается учреждением, в составе которого работает замечательная команда высококвалифицированных специалистов, оказывается весь спектр медицинской помощи подросткам с заболеваниями репродуктивной сферы. Открытие таких центров в регионах нашей страны необходимо, чтобы значительно снизить заболеваемость у детей и подростков.

Детский и подростковый возраст уникален физиологическими изменениями организма, когда происходит рост и развитие – психологическое, нравственное и социальное становление личности. Наиболее важные аспекты для сохранения репродуктивного здоровья – это соблюдение санитарно-эпидемиологических норм, своевременное выявление и санация хронических очагов воспаления, воспитательная работа по формированию мировоззрения. Комплексный подход наиболее эффективен в укреплении репродуктивного здоровья подростков. Им должны заниматься и эндокринологи, и педиатры, и психологи, т. к. на репродуктивное здоровье во взрослом возрасте влияют перенесенные в детстве заболевания (прежде всего сахарный диабет, ожирение, инфекции). Крайне необходима своевременная коррекция врожденных аномалий уrogenитального тракта.

В отличие от европейских стран у нас есть детская и подростковая гинекология, система подготовки медицинских кадров. Однако необходимо внести изменения в систему обучения специалистов, занимающихся профилактикой и лечением заболеваний детей и подростков: создать тематические циклы с использованием современных технологий в процессе обучения и сформировать профильные кафедры.

Огромное значение в современной медицине имеет обмен опытом между специалистами в рамках конференции. Это позволяет сформировать единые подходы в лечении детей и подростков в Российской Федерации. А исследовательская деятельность позволяет решать сложные перспективные задачи потенциала и научного прогнозирования в медицине. Профессия врача складывается из единства профессиональной общности, обмена опытом, повышения профессионального уровня, участия в обсуждении клинических протоколов.

IV Научно-практическая конференция «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. КРОТИНСКИЕ ЧТЕНИЯ» объединяет профессиональное сообщество для актуализации проблем, тенденций, достижений, перспектив развития таких направлений, как гинекология детского и юношеского возраста, детская урология-андрология, детская эндокринология, клиническая психология, и является трибуной для ведущих специалистов страны, занимающихся проблемой здоровья детей и подростков.

Дмитрий Олегович Иванов,
доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист-неонатолог Минздрава России, ректор Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, член Координационного совета при Правительстве России по проведению в РФ Десятилетия детства, президент Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Неонатология и педиатрия: развитие клинических практик»

КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ: ВЗГЛЯД ВРАЧА И ПОДРОСТКА

Ипполитова М.Ф.¹, Куликов А.М.^{1,2}

¹ СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье), Санкт-Петербург, Россия

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

Резюме. Современные молодые люди воспринимают здоровье как жизненный ресурс, как предпосылку к реализации жизненной цели. Для подростков в его восприятии значимыми оказываются социальные детерминанты здоровья. Назрели предпосылки для разработки критериев здоровья для разных возрастных групп. Установленный врачами диагноз заболевания молодежью часто недооценивается или даже игнорируется. Наибольшие медицинские и социальные проблемы возникают при работе с подростками, имеющими хронические заболевания. В этих условиях предпочтительной структурой для оказания медико-социальной помощи подросткам являются клиники, дружественные молодежи.

Ключевые слова: подростки; здоровье; хронические заболевания; клиники, дружественные молодежи

Сегодня как никогда требуются значительные меры, направленные на повышение качества здоровья детского населения. Впервые в 2016 году ВОЗ включила в программу глобальной

стратегии охраны здоровья кроме женщин и детей еще и подростков в связи с тем, что подростки имеют огромный репродуктивный потенциал и значительные риски, оказывающие влияние на их здоровье и здоровье будущего поколения [1, 2].

В настоящее время Россия располагает собственной стратегией здравоохранения, в которой определены целевые показатели для национального уровня [3]. На первый план выходит потребность в инвестициях в здоровье, особенно в условиях высокого уровня хронической заболеваемости среди детей и подростков и низком демографическом показателе детского возраста в структуре всего населения.

По данным Управления Федеральной службы государственной статистики по Санкт-Петербургу и Ленинградской области «Петростат» (далее – Петростат), в городе уровень детского населения в общей структуре не достигает показателя 1980-х годов. Доля детей Санкт-Петербурга (при общей численности населения 5 383 890) от 0 до 17 лет в 2019 году составила 17,2%, в 1988 году – 22,3%. При незначительном увеличении за последние 20 лет детского населения 0–17 лет (с 909 400 человек в 1999 году до 924 044 человек в 2019 году, то есть на 1,6%) численность подросткового населения 10–17 лет в 2019 году уменьшилась за последние 18 лет на 43,4% (с 321 636 человек в 2019 году против 568 684 человек в 2000 году). На этом фоне подверженность подростков разнообразным неблагоприятным влияниям значительно отражается на их репродуктивных возможностях и требует активных медицинских и немедицинских мероприятий, проводимых в комплексе.

По данным международного мониторинга здоровья школьников (HBSC), организованного ВОЗ, за период с 2001-го по 2020 год

удельный вес 15-летних мальчиков, считающих свое здоровье удовлетворительным или плохим, снизился с 44 до 14% [4]. Для девочек этот показатель остается стабильным на уровне 26–29%. В то же время данные официальной статистики свидетельствуют об отсутствии существенной положительной динамики заболеваемости подростков. За последние три года вновь отмечен ее рост [4].

Очевидно, что организаторы здравоохранения и молодые люди имеют разные критерии оценки здоровья. Клиницисты считают, что человек является больным, если в его медицинских документах указан какой-либо диагноз. Однако для подростка чаще всего это обстоятельство не имеет никакого значения.

Современные молодые люди (40% юношей и 28% девушек) в качестве главного мотива заботы о здоровье называют желание быть сильнее и здоровее. В этом проявился результат социальной политики, направленной на популяризацию здорового образа жизни, создание условий для его реализации, формирование соответствующих социальных норм [5].

Здоровье – это интегральная часть образа жизни каждого человека. В каждом возрасте появляется свое представление о том, что такое здоровье. Ребенку 5–6 лет совсем неважно, что у него аллергия и плохая кожа, избыточный вес и нарушения оси нижних конечностей. Самое главное для него – это иметь возможность бегать и прыгать, играть с друзьями, любить родителей. Но для подростка подобные признаки уже станут определяющими в восприятии здоровья. Основными причинами, ухудшающими самочувствие, подростки Санкт-Петербурга считают стресс, депрессию, проблемы влюбленности, взаимоотношения с родителями, алкоголь. Наличие собственно заболеваний тревожит лишь 3% подростков [6].

От универсального определения Всемирной организации здравоохранения здоровья как состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия болезни, молодые люди Европы пришли к пониманию здоровья как жизненного ресурса. Это концептуальное развитие связано с непрерывной эволюцией причин смертности и заболеваемости в молодежной популяции и основных проблем здоровья. Они различны в зависимости от возраста, пола, места жительства и социального положения. Это означает, что быть здоровым – это иметь способность поддерживать сбалансированный статус в соответствии с возрастом и социальными запросами [7].

Здоровье для современной молодежи – это:

- полноценные физические возможности;
- психологический комфорт (позитивные ожидания будущего, неограниченные возможности обучения и получения образования, положительная самооценка);
- хорошее социальное функционирование (общение с друзьями, качественная сексуальная жизнь);
- благоприятная окружающая среда (возможности получения новой достоверной информации о здоровье и необходимых жизненных навыков, полноценный досуг, здоровая экология).

По данным Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, профилактические осмотры (акушером-гинекологом и детским урологом-андрологом) подростков 14–17 лет обоего пола в период 2017–2019 годов выявили высокий уровень морфологических или функциональных нарушений репродуктивной системы. По результатам первого этапа профилактических осмотров при распределении детей по группам здоровья выявилось, что самой многочисленной является II группа, к которой отнесены

68,1%, и III группа – 21,3%. К I группе здоровья отнесены только 9,2%, к IV и V – 1,4%. 70% учащихся старших классов имеют нарастание функциональных отклонений. При этом частота хронических заболеваний возрастает у каждой пятой девочки-подростка.

Международный мониторинг состояния здоровья школьников (2018) показал, что социальное и эмоциональное благополучие девочек ухудшается по мере их взросления. В процессе перехода от раннего (11–13 лет) к среднему подростковому возрасту (15–17 лет) девочки отмечают более резкое снижение показателей ощущения поддержки со стороны семьи, легкости общения с родителями, поддержки со стороны преподавателей и удовлетворенности школой. Дефицит внимания семьи они стараются заменить интенсивной коммуникацией с помощью электронных средств связи и проблемного использования социальных сетей [4].

При анализе здоровья каждого подростка важно найти и оценить взаимообусловленность отдельных слагаемых здоровья (соматического, репродуктивного, психического и социального компонентов). Это необходимо для выбора оптимального метода лечения и профилактики. Яркой иллюстрацией данной посылки оказывается нервная анорексия. Поводом для обращения к врачу обычно служит прекращение месячных. Непосредственная причина аменореи – снижение массы тела и соматические сдвиги. Пусковым фактором выступают отклонения в психическом здоровье и социальной адаптации. Восстановление менструальной функции у таких девушек возможно только при одновременном воздействии на репродуктивную, психоземotionalную и соматическую сферу [8].

В Европе 10–30% подростков страдают хроническими заболеваниями. На лечение таких пациентов расходуется 70–80% бюджета здравоохранения. Реабилитация больных подростков требует решения не только клинических вопросов, но и широкого спектра социальных проблем; необходимы также новые формы организации медицинской помощи молодежи [9].

При этом хронические болезни, которые имеют длительное или даже пожизненное течение, излечиваются трудно или не полностью, требуют продолжительного лечения и реабилитации. Это серьезные врожденные нарушения, заболевания внутренних органов, эндокринной, репродуктивной и нервной систем, психические расстройства, онкологические заболевания. Без своевременной диагностики и коррекции такие заболевания могут привести к инвалидности, ограничению социальных контактов, к задержке и нарушениям в физическом и половом развитии, крушению жизненных планов и даже смерти.

Хронические заболевания в пубертатном периоде создают гораздо больше проблем для медицинских работников, самих пациентов и их родителей, чем аналогичные состояния у детей. Работа с такими подростками требует не только качественного лечения, но и обеспечения их полноценного роста, развития, социализации и мобилизации внутренних защитных ресурсов [10].

Самооценку здоровья можно рассматривать прежде всего как психосоциальный индикатор. Очевидно, что в системе общественного здравоохранения формирование этого ключевого жизненного ресурса наиболее эффективно может осуществляться в центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, реализующих комплексный медико-психолого-социальный

подход и отвечающих потребностям молодых людей как отдельной целевой группы.

Подростки, возможно, болеют реже, чем дети или старшее поколение; при этом проблемы, с которыми они сталкиваются, обусловлены взрослением, влиянием социального, экономического, инфекционного, психического, нравственного, бытового и экологического характера, что требует активных оздоровительных медицинских и организационных мероприятий [11].

Вопросы, которые надо обсуждать с подростками: влияние заболевания и его лечения на рост и развитие, на внешность (изменение массы тела и состояния кожи); осуществление сексуального влечения; взаимодействие со сверстниками; возможность реализации надежд, в том числе репродуктивных ожиданий. Особую сложность составляет низкая приверженность подростков к рекомендациям врачей, их манипуляция родителями и учителями, рискованное поведение для доказательства своей полноценности, экспериментирование с алкоголем, наркотиками, ранним началом половых отношений, вступлением в сомнительные сообщества или секты – все это оказывает влияние на последующую жизнь, здоровье и даже здоровье их будущих детей.

Реализация этих принципов в наибольшей мере сегодня возможна в центрах охраны репродуктивного здоровья (клиниках, дружественных молодежи) с учетом комплексной медицинской, психологической, правовой, социальной помощи, укреплени-ем профилактического ресурса и с обязательной интеграцией детских поликлиник, социальных служб и образовательных учреждений.

Список литературы

1. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.). URL: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf?ua=1 (дата обращения: 15.10.2020).
2. Urgent health challenges for the next decade. URL: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade> (дата обращения: 15.10.2020).
3. Указ Президента РФ от 29.05.2017 № 240 «Об объявлении в РФ Десятилетия детства». URL: <https://baza.np.ru/prezident-rf-ukaz-n240-ot29052017-h3920037/> (дата обращения: 15.10.2020).
4. Inchley J., Currie D., Budisavljevic S., Torsheim T., Jastad A., Cosma A., и др. В центре внимания – здоровье и благополучие подростков. Результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2017/2018 гг. в Европе и Канаде. Международный отчет. Т. 1. Основные результаты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020. URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/hbsc-2020> (дата обращения: 15.10.2020).
5. Журавлёва И.В., Лакомова Н.В. Здоровье молодежи как объект социальной политики. Социальные аспекты здоровья населения. 2018. № 4(62). DOI: 10.21045/2071-5021-2018-62-4-8. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/999/30/lang,ru/> (дата обращения: 15.10.2020).
6. Кришталь Т.Ю. Отчет по результатам исследования уровня знаний, установок и практики поведения детей и подростков

Санкт-Петербурга в области репродуктивного здоровья. СПбМАПО, Детский фонд ООН ЮНИСЕФ. Санкт-Петербург, 2006. 84 с.

7. Resolution of the Council and the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council of 20 November 2008 on the health and well-being of young people. OJ C 319, 13.12.2008, p. 1–3. URL: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:42008X1213\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:42008X1213(01)) (дата обращения: 15.10.2020).

8. Куликов А.М., Кротин П.Н. Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты: Учеб. пособие. Санкт-Петербург, 2001. 60 с.

9. Richard E. Bélanger and Joan-Carles Surís. Adolescents with Chronic Conditions. International Handbook on Adolescent Health and Development. The Public Health Response / A.L. Cherry, V. Baltag, M.E. Dillon (Eds.), Springer, 2017. P. 293–305.

10. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2014/investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020> (дата обращения: 15.10.2020).

11. Симаходский А.С., Ипполитова М.Ф. Эффективность профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья // Детская больница. 2014. № 2(56). С. 10–16.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА – СПЕЦИАЛИСТА ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Егоренкова Д.Д.

*СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Деятельность врача – специалиста любого направления сопровождается рядом правовых вопросов, а оказание медицинской помощи несовершеннолетним пациентам имеет свои юридические тонкости. Это обусловлено в том числе тем, что несовершеннолетний пациент имеет особые права и гарантии в области здравоохранения. В статье рассматриваются актуальные правовые вопросы, возникающие при оказании медицинской помощи несовершеннолетним девочкам врачами – специалистами центров охраны репродуктивного здоровья подростков.

Ключевые слова: пациент; несовершеннолетний; информированное добровольное согласие; врачебная тайна; защита

Центры охраны репродуктивного здоровья подростков (далее – ЦОРЗП) оказывают медицинскую помощь несовершеннолетним от 10 до 17 лет включительно, и на каждом этапе взаимоотношений «врач – пациент» периодически возникают вопросы, разрешить которые можно, только зная законодательство или прибегая к помощи юрисконсульта.

При первом обращении пациента в ЦОРЗП необходимо оценить, может ли подросток самостоятельно представлять свои интересы в организации. Если пациент достиг 15 лет,

он самостоятельно принимает решения относительно оказания ему медицинской помощи. Если же пациент не достиг этого возраста – его интересы представляет законный представитель.

Кто является законным представителем ребенка? Законными представителями несовершеннолетних являются родители/усыновители, опекуны, попечители или органы опеки и попечительства (ст. 26 и 28 Гражданского кодекса РФ) [1]. Иные лица (мачеха, отчим, тетя, дядя и др.) могут представлять интересы ребенка только при наличии нотариальной доверенности от законного представителя (ст. 182, 185, 185.1 Гражданского кодекса РФ).

Итак, любое медицинское вмешательство возможно только с согласия пациента и/или его законного представителя. Согласно статьям 20 и 54 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – закон № 323-ФЗ) [2], необходимое условие для медицинского вмешательства – дача **информированного добровольного согласия** (далее – ИДС), которое имеет следующие особенности.

1. Кто дает ИДС?

ИДС на медицинское вмешательство дает законный представитель в отношении подростка, не достигшего 15 лет (больные наркоманией несовершеннолетние – в возрасте старше 16 лет).

Подросток, достигший 15 лет (больные наркоманией несовершеннолетние – в возрасте старше 16 лет), дает ИДС самостоятельно, без обязательного присутствия и извещения законного представителя.

2. Какая информация содержится в ИДС?

ИДС включает в себя полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске,

возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Чем больше информации включает в себя ИДС, тем больше врач защищает себя от возможных претензий со стороны пациента и/или его законного представителя и тем более полную информацию о предстоящем вмешательстве имеет пациент.

3. Форма ИДС

ИДС оформляется в письменной форме и подписывается законным представителем пациента в возрасте до 15 лет (пациента, больного наркоманией, – в возрасте старше 16 лет), пациентом, достигшим 15 лет (пациента, больного наркоманией, – в возрасте старше 16 лет), и медицинским работником.

ИДС может быть оформлено в форме электронного документа и подписано пациентом/законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

На законодательном уровне утверждены следующие *формы ИДС*, актуальные для ЦОРЗП:

- ИДС на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (далее – Перечень) (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н) [3].

Перечень утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н [4];

- ИДС на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины (Приказ Минздрава России от 07.04.2016 № 216н) [5];

- Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию (Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 № 1) [6];

- ИДС на медицинское вмешательство (рекомендуемая форма, утвержденная Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 № 88) [7];

- ИДС на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства (рекомендуемая форма, утвержденная Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 № 88);

- ИДС на оперативное вмешательство (рекомендуемая форма, утвержденная Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 № 88);

- ИДС на вакцинацию (рекомендуемая форма, утвержденная Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 № 88).

4. Периодичность дачи ИДС

ИДС на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, оформляется один раз при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи (п. 4 Приказа Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н).

В остальных случаях ИДС дается перед каждым медицинским вмешательством. Важно прописывать в ИДС конкретное проводимое медицинское вмешательство, например: проведение диагностической пункции; взятие мазка из влагалища. Если за один прием проводится несколько процедур одним медицинским работником – можно перечислить необходимые процедуры

в одном ИДС. Однако если процедуры проводятся в разные дни или разными медицинскими работниками – ИДС оформляется на каждый случай отдельно.

Безусловно, данная процедура увеличивает объем медицинской документации и занимает определенное время. Однако важно понимать, что ИДС – это не только информация для пациента/законного представителя, но и *один из главных «правовых щитов» врача и медицинской организации.*

Актуальным вопросом при приеме пациента, тем более несовершеннолетнего, является *соблюдение врачебной тайны.*

Сведения, составляющие врачебную тайну, – это любые сведения о пациенте, известные о нем медицинской организации, то есть: факт обращения в медицинскую организацию, информация о здоровье и иные сведения, полученные в результате оказания медицинской помощи (ч. 1 ст. 13 закона № 323-ФЗ).

Без согласия пациента разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, невозможно. Однако имеется ряд исключений, когда допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина. Закрытый перечень исключений содержится в ч. 4 ст. 13 закона № 323-ФЗ.

Одним из таких исключений является предоставление сведений законному представителю пациента, не достигшего 15 лет: решения о любом медицинском вмешательстве или отказе от него принимает законный представитель. Ему также необходимо предоставить всю имеющуюся информацию о здоровье ребенка, удовлетворять запросы о предоставлении копий и выписок из медицинской документации.

Ранее по достижении возраста 15 лет подросток имел право на сохранение врачебной тайны от законных представителей,

и сведения разглашались только с его письменного согласия. Однако в 2020 году в закон № 323-ФЗ были внесены существенные изменения.

С 11 августа 2020 года согласно ч. 2 ст. 22 закона № 323-ФЗ в отношении лиц, достигших возраста 15 лет (больные наркоманией несовершеннолетние – в возрасте старше 16 лет), но не приобретших дееспособность в полном объеме, информация о состоянии здоровья предоставляется не только этим лицам, но и до достижения ими совершеннолетия – их законным представителям.

Таким образом, **независимо от воли (устной или письменной) подростка, достигшего возраста 15 лет, информация о его здоровье может быть получена законными представителями.**

На данный момент соответствующих разъяснений от компетентных органов власти по применению указанных изменений не поступало, а вопросы у медицинских работников возникают. Главный из них – обязаны ли теперь врачи-специалисты и медицинская организация извещать законных представителей подростков старше 15 лет об обращении (поступлении) в организацию последних?

Учитывая то, что прямой обязанности не установлено, а ст. 13 закона № 323-ФЗ о врачебной тайне осталась без изменений, можно сделать вывод, что информация законному представителю предоставляется только по его запросу, устному или письменному.

Вместе с тем важно, что подросток, достигший 15 лет, имеет право на медицинское вмешательство (осмотр и т. д.) без присутствия законного представителя: в ситуации, если такой подросток пришел на прием с законным представителем, но хочет получить

медицинскую услугу без его присутствия, необходимо попросить законного представителя подождать вне кабинета и вежливо разъяснить, что после проведения манипуляций он будет приглашен в кабинет и ему будет предоставлена вся информация о состоянии здоровья подростка.

В отношении присутствия законного представителя на приеме подростка (осмотре и т. д.) нередко возникает конфликтная ситуация при проведении **профилактических осмотров несовершеннолетних девочек в возрасте до 15 лет**. Безусловно, сам профосмотр несовершеннолетних до 14 лет проводится только при получении информированного добровольного согласия законного представителя. Закон говорит, что при профилактическом осмотре девочки в возрасте до 15 лет разрешается присутствие ее законного представителя (п. 92 Приказа Минздрава России от 01.11.2012 № 572н) [8]. «Разрешается», а следовательно – не обязательно. Таким образом, гинекологический осмотр, опрос и иные манипуляции в рамках профосмотра могут проводиться акушером-гинекологом без присутствия законного представителя.

Конфликтные ситуации «врач – пациент», «врач – законный представитель», к сожалению, не редкость. Отчасти это связано с тем, что оказание медицинской помощи на сегодняшний день является частью сферы и рынка услуг, ведь даже закон № 323-ФЗ в ст. 2 говорит о том, что медицинское вмешательство – это медицинская услуга.

Конфликт – это всегда психическая и психологическая нестабильность в отношении с пациентом и законным представителем. Психологически нездоровая атмосфера может повлиять на качество оказания медицинской помощи, на совершение

врачебной ошибки. **В связи с этим лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (заведующий подразделением, руководитель организации) имеет право отказаться от пациента** (ч. 3 ст. 70 закона № 323-ФЗ). Для отказа от ведения пациента необходимы следующие условия [11, С. 8–9]:

- 1) отказ от ведения пациента не угрожает его жизни;
- 2) отказ от ведения пациента не угрожает здоровью окружающих.

Перечень заболеваний представлен в Постановлении Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» [9]. П. 11 Приказа Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» [10] предусматривает перечень внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

При этом необходимо написать заявление на имя непосредственного руководителя об отказе от ведения конкретного пациента, в котором указать:

- причины, по которым вы отказываетесь от ведения пациента (например, чрезмерная нагрузка);
- основания, позволяющие отказаться от ведения пациента (отсутствие у пациента вышеперечисленных заболеваний и состояний);
- возможные негативные последствия ведения вами пациента (например, снижение качества оказываемой медицинской помощи ввиду проблем, связанных с трудностями установления контакта с пациентом).

Вместе с тем стоит учитывать, что у соответствующего должностного лица медицинской организации отсутствует обязанность удовлетворять такое заявление, и вопрос о согласовании отказа в ведении пациента конкретным лечащим врачом находится в исключительной компетенции должностного лица медицинской организации.

Конфликтные ситуации с пациентом/законным представителем могут сопровождаться и оскорблениями врача/иного медицинского работника. Оскорбление – это унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме (ст. 5.61 Кодекса об административных правонарушениях РФ) [12].

Каков алгоритм действий медицинского работника в случае, когда его оскорбляет пациент (законный представитель, посетитель) [11, С. 12–13]?

Этап № 1

Позвать в свой кабинет не менее двух свидетелей. Свидетелями могут являться охрана, коллеги, обслуживающий вспомогательный персонал, другие пациенты. Желательно, чтобы это не были коллеги (врачи-специалисты и медицинские сестры), так как их могут признать заинтересованными лицами.

Этап № 2

Провести диктофонную запись происходящих событий. ВАЖНО пользоваться диктофоном открыто, так как скрытая запись на диктофон не будет являться доказательством в суде. Следует достать диктофон и, включая его, сказать (примерно) следующее: «Я, доктор (ФИО), веду запись разговора с пациентом (ФИО) с целью защиты своих прав при совершении в отношении меня правонарушения».

В случае, когда пациент против записи разговора – ее необходимо прекратить.

Этап № 3

Вызвать полицию, т. е. обратиться по телефону с соответствующим заявлением: «Я, доктор (ФИО), в связи с фактом оскорбления меня при исполнении моих профессиональных обязанностей хочу сделать заявление о привлечении пациента (ФИО), который оскорбил меня, к административной ответственности».

Также необходимо записать номер регистрации сообщения о преступлении (КУСП) и ФИО лица, принявшего его.

Этап № 4

Сделать соответствующую запись в медицинской документации пациента и письменно проинформировать об инциденте своего непосредственного руководителя.

Этап № 5

Обратиться за медицинской помощью к своим коллегам с целью возможной диагностики у себя негативной симптоматики и временной утраты трудоспособности (например, повышения уровня артериального давления, тахикардии, головокружения, резкой слабости и т. п.).

Желательно обратиться в другую медицинскую организацию, так как работники вашей организации могут быть признаны заинтересованными.

В том случае, если пациент агрессивный и буйный (угрожает вам причинением вреда и т. д.), необходимо незамедлительно вызвать работника службы охраны и обратиться в правоохранительные органы.

Итак, мы рассмотрели часть актуальных вопросов, с которыми сталкивается врач-специалист при взаимодействии с пациентом

и законным представителем. Нельзя отрицать, что врачу необходимо знать некоторые правовые тонкости, чтобы иметь возможность защитить себя в случае выдвижения претензии или жалобы.

Ниже представлен ***перечень необходимых нормативных правовых актов, которые регламентируют деятельность врача и центра охраны репродуктивного здоровья подростка.***

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в том числе ст. 13 о врачебной тайне, ст. 20 об информированном добровольном согласии, ст. 54 о правах несовершеннолетних в сфере охраны здоровья).

2. Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

3. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

4. Порядки и стандарты медицинской помощи по различным профилям, в том числе Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», раздел VIII; «Порядок оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями», раздел IX; «Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности», Приложение 25; Правила организации деятельности ЦЗОРП.

Важная информация: с 1 января 2021 года Приказ Минздрава от 01.11.2012 № 572н утрачивает силу. Проект нового приказа «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (по состоянию на 03.08.2020) включает в себя некоторые изменения в организации, структуре и стандарте оснащения центров охраны репродуктивного здоровья подростков, а также в порядке оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями.

Список литературы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ // Российская газета. 1994. 8 декабря (ред. от 31.07.2020).

2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. 23 ноября (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2020) (ред. от 31.07.2020).

3. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» // Российская газета. 2013. 5 июля (ред. от 17.07.2019).

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской

организации для получения первичной медико-санитарной помощи» // Российская газета. 2013. 16 мая (ред. от 17.07.2019).

5. Приказ Минздрава России от 07.04.2016 № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» // Российская газета. 2016. 18 мая.

6. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 № 1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» // Российская газета. 2011. 15 апреля (ред. от 21.07.2016).

7. Приказ ФМБА РФ от 30.03.2007 № 88 «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дат. обр. 27.08.2020).

8. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // Российская газета. 2013. 25 апреля (ред. от 21.02.2020).

9. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // Российская газета. 2004. 7 декабря (ред. от 31.01.2020).

10. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» // Российская газета. 2013. 5 сентября (ред. от 21.02.2020).

11. Защита прав врачей: практикум по тактике / Отв. ред. И.О. Печерей. https://nacmedpalata.ru/files/addonfiles/doctor_protection.pdf. 124 с.

12. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ // Российская газета. 2001. 31 декабря (ред. от 31.07.2020) (с изм. и доп., вступ. в силу с 11.08.2020).

ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Перушкина В.С.¹, Ширшова Н.Ю.², Вербовая Ю.П.¹

¹ Женская консультация № 14,

Санкт-Петербург, Россия

² СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 32»,

Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Рак шейки матки – одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний, диагностируемых у женщин. Особую актуальность этой медицинской и социальной проблеме придает тот факт, что большей частью оно выявляется у женщин репродуктивного возраста. Для врачей первичного звена вопросы профилактики этого заболевания являются ежедневной рутинной, без которой, однако, невозможно себе представить перспективы по снижению заболеваемости раком шейки матки в России.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика; папилломавирусная инфекция; рак шейки матки

Актуальность. Вирус папилломы человека не является представителем нормальной микрофлоры человека. Он относится к инфекциям, передающимся преимущественно половым путем (реже контактно-бытовым) и характеризующимся длительным латентным течением и клиническими проявлениями в виде доброкачественных и злокачественных образований в области входных ворот.

Рак шейки матки – заболевание, которое традиционно занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости. Среди женщин 30–39 лет он находится на первом месте в структуре смертности, среди женщин до 30 лет –

на третьем, уступая раку молочной железы и опухолям лимфатической и кроветворной систем.

Характеристика папилломавирусной инфекции

Папилломавирусы относят к семейству ДНК-содержащих вирусов. Их вирионы имеют относительно малые размеры, простое строение. Вирус папилломы человека (ВПЧ)/*Human papilloma virus (HPV)* может вызвать широкий спектр повреждений эпителия кожи и слизистых, прежде всего ано- и урогенитальной области, верхних дыхательных путей, гораздо реже – полости рта, пищевода, прямой кишки, конъюнктивы глаза у человека.

По частоте встречаемости в онкогенезе все генотипы ВПЧ были разделены на группы высокой степени канцерогенности – типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, которые обнаруживают у 90% больных злокачественными эпителиальными опухолями шейки матки, причем 16-й тип чаще встречается при плоскоклеточном раке шейки матки, 18-й тип – при железистом. К группе вероятно канцерогенных типов ВПЧ относят 26, 30, 34, 53, 66–68, 70, 73-й типы; 6-й и 11-й типы ВПЧ относят к неканцерогенным. Отношение типов ВПЧ к генитальным заболеваниям приведено в таблице 1.

Таблица 1

Онкогенность	Генотип ВПЧ	Заболевания
Низкая	Чаще всего 6 и 11 Также 40, 42–44, 54, 61, 72, 81	Генитальные кондиломы Около 25% всех <i>LSIL</i>
Высокая	Чаще всего 16 и 18 Также 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 и 82	Предраковые заболевания и злокачественные новообразования

Внедрение вируса папилломы человека происходит в эпителиоциты слизистой оболочки или кожи. Рассмотрим основные этапы течения инфекции на примере шейки матки. В области шейки матки наиболее уязвимой точкой внедрения вируса является так называемая зона трансформации – область перехода многослойного плоского эпителия в цилиндрический. Сначала ВПЧ в инфицированной клетке существует в эписомальной форме – вне хромосомы клетки. На этой стадии инфекционный процесс клинически протекает в латентной фазе – бессимптомного вирусоносительства. Цитологически, кольпоскопически, гистологически признаки ВПЧ обнаружить на этом этапе не удается.

В процессе канцерогенеза вирус внедряется в геном клетки, формируется интегрированная (или интрасомальная) форма ВПЧ. Начинается активная экспрессия онкогенов E6 и E7, которые, как было показано во многих исследованиях, подавляют функции онкопротекторов p53 и гена ретинобластомы, тем самым индуцируя клеточную пролиферацию. Созревание и дифференцировка эпителиоцитов не происходят, поэтому на следующем этапе инфекционного процесса возникает дисплазия, а уже крайней степенью этого процесса (в результате действия совокупности социальных, инфекционных и иммунных факторов) является возникновение рака шейки матки.

Профилактика рака шейки матки

В классификации видов профилактических мероприятий выделяют:

- *первичную профилактику* – комплекс мер, направленных на снижение факторов риска возникновения того или иного заболевания. Как правило, к методам первичной профилактики относят социально-экономические программы, направленные на оздоровление населения и улучшение качества окружающей среды;
- *вторичную профилактику* – комплекс мер, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (срыв адаптации) могут привести к возникновению,

обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний;

- третичную профилактику, которую ряд специалистов выделяет как комплекс мер по реабилитации пациентов, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

В отношении рака шейки матки ВОЗ предлагает следующую схему профилактических мер (таблица 2).

Таблица 2

Первичная профилактика (вакцинация против ВПЧ)	Вторичная профилактика (скрининг и лечение)	Третичная профилактика
<p>Девочки и мальчики, если применимо</p> <p>Санитарное просвещение и предупреждения о вреде употребления табака (употребление табака – дополнительный фактор риска рака шейки матки). Половое воспитание с учетом возраста и культурных особенностей. Пропаганда использования презервативов и их распространение среди ведущих половую жизнь.</p> <p>Обрезание (у мальчиков).</p>	<p>Женщины старше 30 лет (при необходимости)</p> <p>Тактика «скрининг – лечение» с применением недорогой методики VIA и последующей криотерапии.</p> <p>Выявление онкогенных типов ВПЧ (например, 16, 18 и др.).</p>	<p>Все женщины (при необходимости)</p> <p>Лечение рака шейки матки в любом возрасте.</p> <p>Хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия.</p>

Любой из вышеперечисленных видов профилактических мероприятий, чтобы быть эффективным, должен учитывать особенности патогенеза заболевания, против которого эти меры применяются.

Понимание путей и механизмов передачи вируса папилломы человека делает для врачей очевидными следующие возможные меры профилактики.

1. Искоренение факторов риска инфекции – стремление к ограничению числа половых партнеров, как можно более длительное пребывание в моногамных отношениях.

2. Приверженность барьерной контрацепции. Несмотря на многообразие путей передачи и сомнительные данные в результатах исследований по защите от ВПЧ-инфицирования с помощью презерватива, барьерная контрацепция оказывает протективное действие в отношении других ИППП.

3. Отказ от вредных привычек, рациональное питание и приверженность здоровому образу жизни.

В отношении онкологических заболеваний в целом в медицине обычно все меры по профилактике сводились к общим рекомендациям по ведению здорового образа жизни, потому что патогенез опухолей многих локализаций долгое время оставался неясным.

Однако в 1946 году выдающийся советский вирусолог Л.А. Зильбер впервые предложил вирусогенетическую теорию рака. Суть этой теории состоит в том, что при онкогенезе ДНК вирусного происхождения внедряется (интегрируется) в виде фрагмента в ДНК клетки и становится составной частью ее клеточного генома. Эта интеграция – начальное звено в цепи процессов превращения нормальной клетки в раковую. Таким образом, трансформированные клетки приобретают ряд новых свойств, в том числе – способность вызывать злокачественные опухоли у лабораторных животных.

«Каким бы путем опухолеродный вирус ни проник в организм человека, долгое время он ничем не проявляет своего присутствия. В этом нет ничего удивительного. Он малоблезнетворен. Ему нужны особые условия, чтобы проявить болезнетворность, и пока этих условий нет, вирус вполне безобиден» (Л.А. Зильбер).

Медицинскому сообществу понадобилось более полувека, чтобы актуализировать эту теорию и внедрить в практическую деятельность эти важные принципы. Так, переломным для гинекологии стал 2008 год, когда Харальд Цур Хаузен (*Harald zur Hausen*) совместно с коллегами Люком Монтанье (*Luc Antoine Montagnier*) и Франсуазой Барре-Синусси (*Françoise Barré-Sinoussi*) «за открытие вирусов папилломы человека, вызывающих рак шейки матки», были удостоены Нобелевской премии.

Понимание роли ВПЧ в патогенезе рака шейки матки привело к разработке двух особо важных подходов к профилактике: вакцинации против ВПЧ и ВПЧ-тестирования для скрининга и ранней диагностики предрака и рака шейки матки. И если совсем недавно о первичной профилактике рака шейки матки всерьез никто не говорил, то сегодня вакцинопрофилактика является доказанным и доступным методом профилактики заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека.

Вакцины против папилломавируса

Профилактические вакцины против ВПЧ состоят из пустых вирусоподобных частиц, которые на своей поверхности несут капсидные белки ВПЧ. Эти вирусоподобные белковые частицы иммунологически имитируют природный патоген. В результате иммунная система распознает этот белок как чужеродный и вырабатывает специфические антитела. В дальнейшем, при контакте организма с вирусом, эти антитела связываются

уже с белковой оболочкой ВПЧ, обеспечивая его элиминацию из организма путем фагоцитоза.

В мире существует три вакцины против ВПЧ: церварикс, гардасил, гардасил-9; в РФ к применению разрешены церварикс и гардасил.

Первая профилактическая вакцина *Gardasil*[®] (квадривалентная вакцина против ВПЧ 6, 11, 16 и 18-го типов производства компании *MSD*) была зарегистрирована в США (*FDA*) в 2006 году. Доказана ее активность против РШМ, рака вульвы, рака влагалища, дисплазий, генитальных кондилом, а также анальных неоплазий. Вторая вакцина *Cervarix*[®] (бивалентная вакцина против ВПЧ 16 и 18-го типов производства компании *GlaxoSmithKline*) была зарегистрирована в Великобритании в 2006 году. Доказана ее активность против РШМ и дисплазий. Спектр активности вакцин в отношении типов ВПЧ представлен в таблице 3.

Таблица 3

Вакцины	Типы ВПЧ
Церварикс	16, 18
Гардасил	6, 11, 16, 18
Гардасил-9	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58

Согласно инструкции по применению, четырехвалентная рекомбинантная вакцина против ВПЧ – гардасил используется для профилактики: у *девочек и женщин* – рака шейки матки, вульвы, влагалища, анального канала, вызванного ВПЧ 16-го и 18-го типов; аногенитальных бородавок, вызванных ВПЧ 6-го и 11-го типов; *CIN I–III* степени и аденокарциномы шейки матки *in situ*, обусловленных ВПЧ 6, 11, 16 и 18-го типов; у *мальчиков и мужчин* – рака анального канала, обусловленного ВПЧ 6, 11, 16

и 18-го типов; аногенитальных бородавок, вызванных ВПЧ 6-го и 11-го типов; предраковых, диспластических состояний, вызванных ВПЧ 6, 11, 16 и 18-го типов.

Возраст проведения вакцинации: девочки и женщины 9–45 лет, мальчики и мужчины 9–26 лет.

Способ введения: внутримышечно в дельтавидную мышцу плеча или верхненаружную поверхность средней трети бедра.

Двухвалентная рекомбинантная вакцина против ВПЧ церварикс используется для профилактики персистирующей ПВИ, предраковых поражений шейки матки, влагиалища и вульвы, рака шейки матки, вульвы, влагиалища, обусловленных ВПЧ высокого онкогенного риска. Возможные схемы введения вакцины приведены в таблице 4.

Таблица 4

Схемы введения	Вакцина против ВПЧ	
	Двухвалентная	Четырехвалентная
Стандартная схема	Девушки/женщины 15–45 лет – 3 дозы (0–1–6 мес.)	Девушки/женщины 14–45 лет – 3 дозы (0–2–6 мес.). Юноши/мужчины 14–26 лет – 3 дозы (0–2–6 мес.)
Альтернативная схема (подростки)	Девочки 9–14 лет – 2 дозы (0–6 мес.)	Девочки и мальчики 9–14 лет – 2 дозы (0–6 мес.)
Ускоренная схема	–	3 дозы (0–1–4 мес.)

Противопоказаниями для проведения вакцинации являются повышенная чувствительность к компонентам вакцины, развитие

тяжелых системных аллергических реакций или поствакцинальных осложнений на предшествующее введение вакцины против папилломавирусной инфекции. Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, а также обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями, иммунизация проводится через 1–2 недели после выздоровления или в период реконвалесценции (ремиссии). Противопоказанием к четырех- и девятивалентным вакцинам является гиперчувствительность к дрожжеподобным грибам. Двухвалентная вакцина противопоказана людям с анафилактической реакцией на латексный компонент.

Результаты рандомизированных плацебоконтролируемых испытаний обеих вакцин, в которых участвовали десятки тысяч молодых женщин (15–26 лет), показали у неинфицированных почти 100% защиту от ВПЧ 16/18 позитивных цервикальных плоскоклеточных неоплазий, аденокарциномы *in situ*, а также от вульварно-перианальных поражений и кондилом при вакцинации *Gardasil*[®]. Доказана также высокая эффективность вакцинации и у женщин старшего возраста до 45 лет.

Из вышеизложенного понятно, что в настоящее время все зарегистрированные вакцины применяются с целью профилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний. Активно ведутся исследования по созданию терапевтических вакцин, призванных помочь элиминировать опухолевые клетки.

В ноябре 2006 года главный санитарный врач РФ утвердил инструкцию по применению вакцины гардасил на территории РФ. Однако иммунизация против ВПЧ не входит в Национальный календарь профилактических прививок, что существенно ограничивает ее применение на территории страны. В ряде регионов

по инициативе их глав реализуются местные проекты по иммунизации девочек против рака шейки матки. По данным Московского областного НИИ акушерства и гинекологии, в районах, где проводилась вакцинация девочек до 17 лет четырехвалентной вакциной против ВПЧ, за 4 года (2008–2012) у них отмечено снижение случаев аногенитальных бородавок на 42% по сравнению с периодом до вакцинации.

ВОЗ обращает внимание, что вакцинация против ВПЧ не заменяет скрининг рака шейки матки.

Скрининг рака шейки матки

Вторичная профилактика заболеваний, вызванных ВПЧ, сводится к организованному цитологическому скринингу.

Скрининг рака шейки матки – это систематическое проведение тестирования с целью выявления патологии шейки матки у бессимптомных женщин. Женщины, входящие в целевую группу скрининга, могут чувствовать себя абсолютно здоровыми и не посещать медицинских учреждений.

Услуги по скринингу можно оказывать либо специально организованным образом, либо при посещении женщиной медицинского учреждения по другому поводу, либо сочетая оба способа.

В настоящее время в мире существует три различных метода скрининга рака шейки матки: цитологический мазок с окраской по Папаниколау и жидкостная онкоцитология; визуальный осмотр шейки матки после обработки ее уксусной кислотой; ВПЧ-тестирование на основные онкогенные типы – 16-й и 18-й.

Согласно приказу МЗ РФ № 36ан от 3 февраля 2015 года «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», женщинам 21–69 лет

показан осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности наружного маточного зева и цервикального канала на цитологическое исследование (за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, *virgo*; вместо осмотра фельдшером (акушеркой) допускается проведение осмотра врачом акушером-гинекологом, включая взятие мазка с шейки матки. Цитологическое исследование мазка с шейки матки проводится при окрашивании мазка по Папаниколау).

Методические протоколы по профилактике рака шейки матки, утвержденные в России, рекомендуют придерживаться следующего подхода к цервикальному скринингу:

- начало скрининга – 21 год;
- конец скрининга – 69 лет (при условии предыдущего адекватного скрининга и отсутствии в течение 20 лет *CIN II*);
- 21–29 лет – цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в 3 года;
- 30–69 лет – цитология/жидкостная цитология + ВПЧ не реже 1 раза в 5 лет.

Цитологическое исследование мазков с экто- и из эндоцервикса с использованием различных методов окраски исторически является первым и основным инструментом скрининга, несмотря на недостаточно высокую чувствительность данного метода: 55–74% при специфичности 63,2–99,4%. Приготовление мазков для цитологического исследования с окраской по Папаниколау (ПАП-тест) и жидкостная цитология с использованием системы *CytoScreen* (автоматическое приготовление, окрашивание, оценка препарата) относятся к традиционным методам диагностики состояния шейки матки.

В Российской Федерации обследование на ВПЧ (контроль ПЦР отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека) предусмотрено приказом Минздрава от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» для женщин с выявленными доброкачественными заболеваниями шейки матки. Кратность обследования в приказе не оговаривается.

Инструментальным методом диагностики состояния шейки матки является расширенная кольпоскопия. Это исследование не входит в программу скрининга патологии шейки матки, но за счет своей доступности, безболезненности для пациентки и высокой информативности для врача является большим подспорьем для клиницистов при диагностике патологии шейки матки.

Расширенная кольпоскопия – визуализация с помощью кольпоскопа при 5–8, 15 и 20–30-кратном увеличении влагалищной части шейки матки, в том числе после последовательной обработки ее 3–5% водным раствором уксусной кислоты и 3% водным раствором Люголя, с целью оценки состояния шейки матки и определения показаний и места для биопсии с последующим гистологическим исследованием тканей шейки матки.

Выводы. Несмотря на очевидную пользу вакцинопрофилактики в отношении рака шейки матки, ее внедрение в систему здравоохранения России пока испытывает сложности. В настоящее время практикующие гинекологи могут заниматься только просветительской деятельностью, рассказывая о высоком протективном эффекте вакцин против ВПЧ-ассоциированных заболеваний, а также активным направлением девочек и женщин

на иммунизацию в регионах, где применение вакцины финансируется за счет средств регионального бюджета.

Кроме того, надежно организованный скрининг в совокупности с остальными мерами профилактики призван держать под контролем заболеваемость раком шейки матки.

Список литературы

1. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция: Монография. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 240 с.
2. Вакцины против папилломавирусной инфекции человека: документ по позиции ВОЗ, октябрь 2014, № 43, 2014, 89, 465–492. Режим доступа: <http://www.who.int/wer> (дата обращения: 10.07.2020).
3. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Таточенко В.К., Вишнёва Е.А., Федосеенко М.В., Селимзянова Л.Р., и др. Вакцинопрофилактика заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека: позиции доказательной медицины. Обзор клинических рекомендаций // Вопросы современной педиатрии. 2017. № 16(2). С. 107–117. doi: 10.15690/vsp.v16i2.1711
4. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение»: Учеб. пособие / Под ред. В.С. Лучкевича и И.В. Полякова. Санкт-Петербург, 2005.
5. Минкина Г.Н. Анти-ВПЧ вакцина // Фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2007. № 4. С. 45–50.
6. Подзолкова Н.М., Роговская С.И. Анти-ВПЧ вакцинация: что следует знать любому врачу? Терра медика. 2011. № 2. С. 68–74.
7. Stanley M. Prospects for new human papillomavirus vaccines. Curr. Opin. Infect. Dis. 2009.
8. Краснопольский В.И. Результаты вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний и рака шейки матки в Московской области // Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. № 3.

9. Вакцинопрофилактика заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека: федеральные клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. Москва: ПедиатрЪ, 2016. 40 с.

10. Злокачественные образования в России в 2014 г. Заболеваемость и смертность / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, В.Г. Петровой. Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2016.

11. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей / Под ред. С.И. Роговской, Е.В. Липовой. Москва: Редакция журнала Status Praesens, 2014. 832 с.

12. Информационная записка ВОЗ. Комплексная профилактика рака шейки матки и борьба с ним – здоровое будущее для девочек и женщин. 2013.

13. Gillison M.L. Human papillomavirus-associated head and neck cancer is a distinct epidemiologic, clinical, and molecular entity. *Semin Oncol.* 2004;31(6):744–54. doi: 10.1053.j.seminoncol.2004.09.011.

**АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ МИКРО-РНК
В ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ МАЗКАХ У ЖЕНЩИН
С ПОРАЖЕНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ
ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ (LSIL)**

Присяжная Т.С.^{1,4}, Князева М.С.^{2,3}, Берлев И.В.^{1,2}, Малек А.В.^{2,3}

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Министерства здравоохранения РФ,

Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр

онкологии имени Н.Н. Петрова»

Министерства здравоохранения РФ,

Санкт-Петербург, Россия

³ ООО «Онко-система», Москва, Россия

⁴ Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение

«Городская поликлиника № 76»,

Санкт-Петербург, Россия

Микро-РНК – короткие молекулы, регулирующие экспрессию генов. Профиль экспрессии микро-РНК изменяется в клетках в процессе неопластической трансформации. В частности, характерные изменения микро-РНК наблюдаются в клетках цервикального эпителия при развитии интраэпителиальных неоплазий. Эти изменения усугубляются в клетках инвазивного рака шейки матки. Соответственно, микро-РНК могут служить диагностическими или прогностическими биомаркерами у больных с цервикальными дисплазиями различной степени тяжести.

В этом исследовании мы проанализировали микро-РНК у пациенток с поражениями эпителия шейки матки легкой степени (*LSIL*) и сопоставили полученные данные с клиническим течением заболевания.

Тотальная РНК была выделена из эпителия пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями легкой степени и разделена на два пула: «персистенция» ($n = 10$) и «выздоровление» ($n = 10$) в зависимости от данных повторного цитологического исследования, проведенного через 6–9 месяцев. В полученных образцах мы провели комплексный скрининговый анализ экспрессии 85 микро-РНК (*Cancer focus miRCURY RT-PCR panel, Exiqon*, Дания).

Результаты профайлинга микро-РНК показали разный уровень экспрессии 9 молекул в сравниваемых группах. В случаях персистенции атипичии цервикального эпителия в процессе динамического наблюдения молекулы *miR-126-3p*, *miR-16-5p*, *miR-182-5p*, *miR-200c-3p*, *miR-205-5p*, *miR-223-3p*, *miR-24-3p* экспрессировались существенно активней, чем в группе образцов, полученных от пациенток, состояние цервикального эпителия которых нормализовалось в течение наблюдения. Обратная ситуация наблюдалась для *miR-192-5p* и *miR let-7f-5p*.

Выводы. Молекулы микроРНК, уровень экспрессии которых коррелирует с прогнозом течения дисплазии цервикального эпителия, могут служить полезными биомаркерами и использоваться для персонализации терапии этого распространенного гинекологического заболевания.

Для валидации метода оценки микро-РНК требуются более масштабные исследования.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Зернюк А.Д.^{1,2}, Леонтьева С.А.^{1,2}, Миронова А.В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ,

Санкт-Петербург, Россия

² СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5 им. Н.Ф. Филатова»,

Санкт-Петербург, Россия

В структуре гинекологических заболеваний у девочек-подростков аномальные маточные кровотечения (АМК) по-прежнему встречаются достаточно часто (по данным некоторых авторов, до 50%) и в последние годы отличаются отчетливой тенденцией к затяжному течению с частыми рецидивами.

Неэффективность проводимой терапии, способствующая продолжению АМК, ухудшению состояния пациентки, удлинению периода нетрудоспособности, с одной стороны, а также являющаяся еще одним показанием для госпитализации пациенток, с другой стороны, – одна среди большого количества причин этой тенденции.

При анализе анамнеза пациенток, поступающих с АМК в гинекологическое отделение СПб ГБУЗ ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова, наиболее частыми ошибками амбулаторного этапа являются:

- использование устаревших схем терапии АМК (дицинон в дозах меньше терапевтических, викасол, аскорутин, глюконат кальция, настойка водного перца);

- назначение амбулаторно высокодозного гормонального гемостаза при отсутствии динамического наблюдения за пациенткой, отказ от терапии в связи с развитием побочных эффектов (чаще диспептических), быстрое снижение дозы препарата;

- необоснованное назначение дидрогестерона (при умеренных и обильных кровянистых выделениях, отсутствии данных за достаточную пролиферацию эндометрия);

- недооценка анамнеза и состояния пациентки, позднее принятие решения в пользу ее госпитализации.

Независимо от типа АМК при выборе конкретной лекарственной терапии важное значение имеет индивидуальный подход к пациентке.

Лечение больных с АМК можно разделить на три этапа.

Первый этап – гемостатическая терапия в период кровотечения.

Решение о проведении того или иного вида гемостаза должно основываться не только на тяжести кровотечения и состоянии пациентки, но и на противопоказаниях, необходимости контрацепции, сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии.

АМК можно успешно лечить как негормональными, так и гормональными средствами. При отсутствии показаний к гормональному гемостазу в ряде случаев эффективно использование антифибринолитиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, антигеморрагических средств и утеротоников в достаточных терапевтических дозах.

Основные показания для назначения гормонального гемостаза (А):

• осложненная форма АМК: продолжающееся кровотечение и наличие анемизации или наличие симптомов бактериального эндометрита;

• отсутствие эффекта от проводимой негормональной гемостатической терапии в течение 7 дней (даже если кровотечение скудное и анемизации нет);

• рецидивирующее аномальное маточное кровотечение;

• признаки гиперпластических изменений эндометрия (по данным УЗИ эндометрий больше 12 мм), наличие в яичниках жидкостных включений диаметром больше 25 мм (по данным УЗИ), наличие выраженных мультифолликулярных изменений яичников (по данным УЗИ размеры яичников больше 10 см³ с множеством фолликулов диаметром 7-8 мм и больше).

Периоды принятия решения о гормональном гемостазе:

1) при обращении пациентки за медицинской помощью;

2) при получении результатов клинико-лабораторно-инструментального обследования;

3) при неэффективности негормонального гемостаза.

Второй этап – профилактика рецидива, где медикаментозное лечение зависит от гемостаза, использованного на первом этапе.

Третий этап – этиопатогенетическая коррекция развития АМК (нормализация функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, коррекция пролиферативных процессов, психоэмоциональной дисфункции, компенсация экстрагенитальной патологии и пр.).

Большинство девочек-подростков благоприятно реагирует на медикаментозную терапию. Особого внимания заслуживают пациентки, у которых имеются рецидивы АМК, носящие видимый дисфункциональный характер. Причина рецидивов у них, с одной стороны, связана с нарушением этапности ведения, с другой – с отсутствием верификации основной причины АМК на предыдущих этапах обследования.

Эффективная терапия аномальных маточных кровотечений, профилактика рецидивирования и восстановления нормального менструального цикла чрезвычайно актуальны в свете дальнейшего прогнозирования детородной функции и являются важной задачей в работе лечащего врача девочек-подростков.

**ОСОБЕННОСТИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ
НЕОПУХОЛЕВОЙ ГИПЕРАНДРОГАНИИ
У ПАЦИЕНТОК
В ПРЕПУБЕРТАТНОМ И ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ**

Лагно О.В.

*ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. В статье кратко представлена патогенетическая классификация синдрома гиперандрогении, описаны проявления в детском и подростковом возрасте неклассической формы врожденной гиперплазии коры надпочечников вследствие недостаточности 21-гидроксилазы как наиболее частой причины неопухолевой формы надпочечниковой гиперандрогении. Автором изложены современные подходы к диагностике данного заболевания и особенности дифференциальной диагностики с патологией, которая встречается в препубертатном и пубертатном периодах детства. В заключительной части статьи можно ознакомиться с двумя клиническими случаями, демонстрирующими анамнез, объективное, лабораторное и инструментальное обследование пациенток с неклассической формой врожденной гиперплазии коры надпочечников вследствие недостаточности 21-гидроксилазы.

Ключевые слова: гиперандрогения; неклассическая форма врожденной гиперплазии коры надпочечников; преждевременное адренархе; гирсутизм; дети; подростки

Согласно современным представлениям, синдром гиперандрогении (СГА) – это симптомокомплекс, развивающийся в женском организме вследствие избытка андрогенов или усиления их эффектов в тканях-мишенях. Классификация данного синдрома по этио-патогенетическим механизмам выделяет следующие типы СГА: адrenaлового генеза; овариального генеза; овариально-адrenaлового генеза; транспортный при дефиците глобулинов, связывающих половые стероиды; периферический, или тканевой; экзогенный. В свою очередь, СГА адrenaлового, или надпочечникового, генеза разделяют на дексаметазонподавляемую и дексаметазонрезистентную формы. Последняя включает такие нозологические формы, как андрогенпродуцирующие опухоли надпочечников, синдром Иценко–Кушинга, резистентность к кортизолу [1]. Стертая, или неклассическая, форма врожденной гиперплазии коры надпочечников (НК ВГКН) вследствие дефицита 21-гидроксилазы (21-Г) в соответствии с данной классификацией относится к дексаметазонподавляемой форме надпочечниковой гиперандрогении и признана наиболее частой причиной адrenaловой гиперандрогении [2].

Актуальность. Распространенность НК ВГКН во всем мире среди женщин с признаками и симптомами избытка андрогенов составляет 4,2% [3]. НК ВГКН вследствие недостаточности фермента 21-Г среди пациенток СГА в пубертатном возрасте, по данным российских исследователей, составила 4,9% [4].

В клинической практике детского эндокринолога нередко данная патология у пациенток с СГА требует дифференциальной диагностики [5]. При выраженном прогрессировании избытка андрогенов необходимо исключить андрогенпродуцирующую опухоль. Многие исследователи полагают, что клиническая

картина при неопухолевых вариантах СГА и НК ВГКН заметно не отличаются [6, 7]. Симптомы умеренной вирилизации при НК ВГКН могут появляться с пубертатного возраста (маскулинизация телосложения, клиторомегалия).

Также у пациенток с НК ВГКН часто выявляется гирсутизм легкой и умеренной степени, нарушения менструального цикла, наблюдается угревая сыпь [1, 8]. Наиболее объективным способом оценки степени тяжести гирсутизма является полуколичественный метод с использованием шкалы Ферримена–Голлвея. Сумма баллов, соответствующая выраженности оволосения в андрогензависимых зонах, называется «гормональным числом» [9].

Так как нет единой градации степени гирсутизма по «гормональному» числу, одни авторы считают, что от 5 до 12–14 баллов – это легкая степень гирсутизма, от 13–15 до 25 – умеренный гирсутизм, 26–36 баллов – гирсутизм тяжелой степени [1, 10].

Другие специалисты в области эндокринной гинекологии оценивают, что у девушек-подростков 6–8 баллов соответствует слабому гирсутизму, 8–15 – умеренному, более 15 баллов – выраженному гирсутизму [11].

СГА, развивающийся в пубертатном возрасте, может обозначать синдром поликистозных яичников (СПКЯ) или НК ВГКН. СПКЯ – самая частая форма хронической ановуляции у женщин репродуктивного возраста, связанная с избытком андрогенов. Прولاктин и тиреотропный гормон (ТТГ) должны быть исследованы в качестве скрининга для исключения мягкой формы избытка андрогенов и ановуляции, которые могут быть связаны с гиперпролактинемией.

УЗ-картина поликистозных яичников – неспецифический признак, характерный для ановуляции. Похожая клиническая

картина и состояние яичников могут отражать любое из дисфункциональных состояний, отмеченных выше [12].

Диагноз СПКЯ ставят на исключении других причин гиперандрогении, в том числе НК ВГКН. Нередко возникает необходимость дифференцировать НК ВГКН, как правило дебютирующей с клиники преждевременного адrenaрхе, с неполной формой преждевременного полового развития – изолированным преждевременным адrenaрхе, сопровождающимся чрезмерным увеличением продукции надпочечниковых андрогенов у девочек в период препубертата [13, 14].

Зарубежные эпидемиологические исследования показали, что частота встречаемости НК ВГКН среди пациенток с клиникой преждевременного адrenaрхе составляет от 1,9 до 9,2% [15, 16].

Отечественные исследования по этому вопросу демонстрируют, что у 7,7% пациенток с клиникой преждевременного адrenaрхе диагностирована НК ВГКН вследствие недостаточности 21-Г [17].

Несмотря на то, что изолированное преждевременное адrenaрхе и НК ВГКН относят к вариантам ложного преждевременного полового развития, на практике возникают сложности диагностики, и среди пациентов препубертатного возраста с клиникой преждевременного адrenaрхе доля синдрома центрального преждевременного полового созревания (ЦППС) может достигать 16,8% [16]. Также необходимо отметить, что у 4% пациентов на фоне простой вирильной и НК ВГКН может развиваться ЦППС [18].

При обследовании ребенка с преждевременно появившимися вторичными половыми признаками в первую очередь необходимо оценить скорость роста, поскольку значимое повышение

половых стероидов вызывает ускорение линейного роста (более 2 SDS) и костного созревания (более чем на два года по сравнению с паспортным). Дифференциальная диагностика вариантов преждевременного полового развития предполагает гормональное исследование для оценки базального уровня половых стероидов, стимуляционную пробу гонадотропин-рилизинг гормоном короткого действия. В случае ложного преждевременного полового развития визуализирующие методы исследования включают УЗИ, МРТ, КТ надпочечников и гонад для поиска объемных образований [19].

Диагностика НК ВГКН вследствие 21-Г недостаточности. «Золотым стандартом» в диагностике НК ВГКН принят короткий тест с синактеном (тетракозактид, синтетический аналог адrena-кортикотропного гормона – АКТГ).

Протокол пробы: берут кровь для определения уровней 17-гидроксипрогестерона (17-ОНП) и кортизола, после чего внутривенно вводят 250 мкг тетракозактида (0,2 мг/м², но не более 250 мкг тетракозактида) в 5 мл физиологического раствора, продолжительность инфузии составляет 2 минуты. Через 30 и 60 минут берут кровь для повторного определения уровней 17-ОНП и кортизола.

При отсутствии препаратов АКТГ короткого действия возможно выполнение аналогичной пробы с препаратом АКТГ пролонгированного действия (синактен-депо). После введения 1 мл синактен-депо (соответствует 1 мг препарата) кровь для определения уровней 17-ОНП и кортизола берут через 10–12 и 24 часа. В норме уровень кортизола в условиях стимуляции превышает 500 нмоль/л, при этом уровень 17-ОНП не должен превышать 36 нмоль/л. При дефиците 21-Г уровень 17-ОНП превышает

45 нмоль/л, диапазон от 36 до 45 нмоль/л является «серой» зоной и требует дальнейшей подтверждающей диагностики.

При сомнительных результатах АКТГ-теста проводят генетическую диагностику.

На первом этапе осуществляют поиск частых мутаций в гене *CYP21* (*V281L*, *P30L*, *P450S*). Обнаружение двух мутаций позволяет поставить диагноз. При выявлении одной мутации проводят полное секвенирование гена *CYP21A2*, который отвечает за активность 21-гидроксилазы [20]. Молекулярно-генетический анализ гена *CYP21A2* может использоваться в целях подтверждения диагноза и должен предлагаться всем пациентам с НК ВГКН наряду с генетическим консультированием, поскольку эти пациенты часто имеют аллели, которые могут приводить к классическому ВГКН у потомства [3].

Необходимо отметить, что многие исследователи диагностическим титром считают уровень 17-ОНП (базального либо АКТГ-стимулированного) выше 10 нг/мл, а уровни базальной концентрации 17-ОНП ≥ 2 нг/мл (6 нмоль/л) рекомендовано использовать в качестве скрининга на НК ВГКН вследствие дефицита 21-Г [1, 3, 14].

Как пример НК ВГКН у пациенток с СГА в препубертатном и пубертатном периоде представлю случаи из клинической практики.

Клинический случай 1. Пациентка Х., 4 года 3 мес. Появление с 3,5 лет волос в области больших половых губ и лобка, с 4 лет – в подмышечных впадинах. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности (осуществленной с помощью вспомогательных репродуктивных технологий), протекавшей на фоне гестоза. Роды на 39-й нед. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Длина тела

при рождении 51 см, масса – 3300 г. После 1-го года жизни наблюдалась избыточная прибавка массы тела. В 3 года установлен диагноз «ожирение».

Семейный анамнез: у матери гирсутизм, первичное бесплодие в анамнезе.

Анамнез заболевания: в 3 года 9 мес. девочка консультирована детским эндокринологом в поликлинике по поводу преждевременного пубархе с 3,5 лет. Проведено гормональное обследование: андростендион (A_4) 3,25 нмоль/л; ДГЭА-С – 1,66 мкмоль/л; 17-ОНП – 7,02 нмоль/л (= 2,3 нг/мл).

В связи с повышенным уровнем 17-ОНП было рекомендовано обследование в условиях детского эндокринологического отделения для проведения АКТГ-теста.

Данные объективного обследования: рост – 108 см, выше среднего (+ 1,7 SDS, VI центильный коридор), вес – 25 кг, ИМТ – 21,4 кг/м², избыток массы тела – 33%.

Телосложение гиперстеничное. Кожные покровы чистые, конституционально смуглые. Отмечается гиперпигментация области подмышечных впадин, ануса, немного усилена пигментация сосков и естественных складок в подколенных ямках.

Наблюдается избыточный рост темных пушковых волос на руках, ногах, спине по типу гипертрихоза. Гирсутизма нет. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределение с тенденцией к абдоминальному типу. Щитовидная железа не увеличена, плотно-эластичная, неравномерная при пальпации, узловых образований не пальпируется.

Дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 92 в минуту. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена. Стул 1 раз в сутки, оформленный, дизурических расстройств нет. Половое развитие по шкале Таннер: All PII-III Mal Me (-).

Данные инструментального и рентгенологического исследований: по рентгенографии кистей рук – костный возраст опережает паспортный и соответствует шести годам.

УЗИ малого таза. Матка: положение обычное, контуры ровные, длина тела 23 мм, передне-задний 7,4 мм, поперечный 12 мм. Яичники: правый 18,3x9,3 мм, с мелкими фолликулами, левый 13,4x9,2 мм, с мелкими фолликулами.

Заключение: размеры внутренних гениталий соответствуют возрасту.

УЗИ щитовидной железы: общий объем 2,1 см³, эхоструктура гипоехогенная, неоднородная за счет мелких фиброзных участков более низкой эхогенности до 2,5 мм.

УЗИ органов брюшной полости и почек: без патологии. Биохимический анализ крови: глюкоза 4,71; холестерин 5,21 ммоль/л; ЛПВП 1,35 ммоль/л; триглицериды 1,14 ммоль/л; мочевиная кислота 0,27 ммоль/л.

Гормональное обследование: тестостерон общий 0,02 нмоль/л; ЛГ 0,03 мМе/мл; ФСГ 3,05 мМе/мл; 17-ОН-прогестерон 3,54 нг/мл; пролактин 151 мМе/мл; ТТГ 2,7 мМЕ/л; свободный Т₄ 15,07 пмоль/л, инсулин 11 мкЕд/мл; А₄ 3,74 нмоль/л; ДГЭА-сульфат 2,0 мкмоль/л; кортизол 480 нмоль/л.

Учитывая, что базальный уровень 17-ОНП был повышен, провели АКТГ-тест. Стимулированный уровень 17-ОНП составил 12,3 нг/мл (37,4 нмоль/л). Результат АКТГ-теста оценили как положительный. Проведено молекулярно-генетическое исследование на наличие наиболее распространенных мутаций в гене

21-гидроксилазы (CYP21A2). Выявлена мутация V218L (экзон 7) в гетерозиготном состоянии. У матери и сибса (младшая сестра пробанда) выявлены мутации V218L (экзон 7) в гетерозиготном состоянии. У отца мутации в гене CYP21A2 не идентифицированы.

Диагноз: Врожденная гиперплазия коры надпочечников вследствие недостаточности 21-гидроксилазы, неклассическая форма. Ожирение II степени, смешанного генеза.

Клинический случай 2. Пациентка К. 15 лет. Обратилась с жалобами на прогрессирующий гирсутизм с периода менархе, маскулинные черты телосложения, грубый тембр голоса, угревые высыпания на коже, повышенную сальность кожи и волосистой части головы, избыточный вес, редкие менструации с интервалом 45–60 дней.

Анамнез жизни: девочка от 2-й беременности (1-я – внематочная беременность), протекавшей на фоне токсикоза первой половины, анемии. На 7-й неделе – угроза прерывания беременности. Роды на 39-й неделе. Вес при рождении – 3200 г, длина тела – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов.

На первом году жизни наблюдалась педиатром и неврологом с диагнозом «гипоксически-ишемическое поражение ЦНС».

До 5 лет росла и развивалась в соответствии с возрастом. После 6 лет отмечалось ускорение роста, к 13 годам рост соответствует возрасту. С 13 лет – избыточный вес.

Наблюдается гастроэнтерологом с 13 лет по поводу дисфункции билиарного тракта.

Перенесенные заболевания: детские инфекции (краснуха, ветряная оспа) без осложнений.

Семейный анамнез: у матери гипертрихоз.

Анамнез заболевания: гирсутизм с 11-12 лет прогрессирующего характера; маскулинизация телосложения, барифония, угревая сыпь, умеренная избыточная прибавка массы тела с 13 лет, нерегулярный менструальный цикл с 11 лет по 3-4 дня с перерывом 45–60 дней. Преждевременное пубархе в возрасте около 8 лет, к эндокринологу не обращалась.

Данные объективного обследования: рост – 160 см (средний; V центильный коридор), вес – 63 кг, ИМТ – 24,6 кг/м²; избыток массы тела – 24%. Окружность талии (От) = 88 см; окружность бедер (Об) = 100 см; От/Об > 0,8; ширина плеч (Шп) = 39 см; ширина таза (Шт) = 34 см; Шп/Шт > 1,08. Морфотип андроидный.

Кожные покровы смуглые, фолликулярный гиперкератоз в области плеч, множественные акне на спине и плечах. Отмечается рост стержневых волос в андрогензависимых зонах: на подбородке, верхней губе, вокруг сосков, по белой линии живота, на бедрах. Гормональное число – 20 баллов по шкале Ферримена и Голлвея (гирсутизм умеренной степени тяжести).

Щитовидная железа не увеличена, эластичная при пальпации. Слизистая миндалин и задней стенки глотки чистая, не гиперемирована. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, отчетливые. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.

Половое развитие по шкале Таннера: AIII PV Ma IV Me (+). Менархе с 11 лет, менструации по 3-4 дня с перерывом 45–60 дней, безболезненные.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Данные инструментального и рентгенологического исследований: УЗИ органов малого таза (7-й день цикла): матка 49,1x26,6x39,7 мм. Толщина эндометрия – 6,5 мм. Яичники: правый – 44,8x21,5x31 мм с более чем 10 фолликулами диаметром 9,8 мм по периферии. Объем правого яичника – 14,97 мл. Левый яичник – 42,6x18,6x27,3 мм с более чем 10 фолликулами диаметром 8,6 мм по периферии. Объем левого яичника – 10,81 мл.

Заключение: УЗ-признаки поликистозных яичников.

УЗИ надпочечников: патологических изменений не выявлено.

УЗИ щитовидной железы: без патологии.

УЗИ органов брюшной полости и почек: УЗ-признаки густой желчи в желчном пузыре.

Рентгенография кистей рук: зоны роста закрыты, костный возраст соответствует 17 годам.

Биохимический анализ крови: глюкоза крови 5,1 ммоль/л, холестерин общий 5,2 ммоль/л, ЛПВП 2,1 ммол/л, ЛПНП 3,8 ммоль/л, триглицериды 1,08 ммоль/л, мочевиная кислота 0,22 ммоль/л.

Гормональные исследования на 5-й день менструального цикла: тестостерон общий 5,3 нмоль/л; 17-ОНП 2,79 нг/мл (= 8,46 нмоль/л); A₄ 36,2 нмоль/л; ДГЭА-С 8,3 мкмоль/л; ЛГ 6,64 мМЕ/мл; ФСГ 6,47 мМЕ/мл; эстрадиол 31,9 пг/мл; пролактин 480 мМЕ/л; ТТГ 1,9 мМЕ/л, инсулин 21,7 мкЕд/мл (НОМА 4,1).

Учитывая, что базальный уровень 17-ОНП был повышен, провели АКТГ-тест. Стимулированный уровень 17-ОНП составил 12,7 нг/мл (38,7 нмоль/л). Результат АКТГ-теста оценили как положительный.

Проведено молекулярно-генетическое исследование на наличие наиболее распространенных мутаций в гене 21-гидроксилазы (CYP21A2). Проанализированы следующие мутации: делеция

гена в районе 3-го гена *CYP21A2*, P30L (экзон 1), *i2splice* (интрон 2), *del8bp* (экзон 3), *I172N* (экзон 4), *V237E* (экзон 6), *V281L* (экзон 7), *Q318X* (экзон 8), *R356W* (экзон 8), *P453S*. Данные мутации у пациентки К. не выявлены.

Диагноз: врожденная гиперплазия коры надпочечников вследствие недостаточности 21-гидроксилазы, неклассическая форма. Ожирение I степени, осложненное. Инсулинорезистентность.

Выводы. Принимая во внимание, что НК ВГКН и изолированное преждевременное адренархе в препубертате, а также НК ВГКН и СПКЯ в период пубертата имеют сходные клинические проявления, необходимо проводить дифференциальную диагностику данных состояний по показаниям, используя АКТГ-тест в соответствии с принятыми диагностическими стандартами.

Список литературы

1. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков: Учеб. пособие / Под ред. проф. Н.П. Шабалова. Москва: МЕДпресс-информ, 2017. С. 304–310.
2. New M. Extensive clinical experience: Nonclassical 21-Hydroxylase Deficiency. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91(11):4205–14.
3. Carmina E., Dewailly D., Escobar-Morreale H.F., et al. Non-classic congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency revisited: an update with a special focus on adolescent and adult women. *Human Reproduction Update.* 2017;23(5): 580–99.
4. Барашева О.В. Клинико-лабораторные варианты синдрома гиперандрогении у детей и подростков. Дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2012.

5. Барашева О.В., Плотникова Е.В., Шабалов Н.П. Синдром гиперандрогении и его особенности в подростковом возрасте // *Педиатр.* 2012. Т. 3. № 3. С. 79–88.

6. Kashimada K., Ono M., Onishi T., et al. Clinical course of patients with nonclassical 21-hydroxylase deficiency (21-OHD) diagnosed in infancy and childhood. *Endocr J.* 2008;55(2):397–404.

7. Скородок Ю.Л., Плотникова Е.В., Нагорная И.И., Дитковская Л.В., Казаченко Н.В. Синдром гиперандрогении у детей и подростков: Учебно-метод. пособие. Санкт-Петербург, 2018. 6 с.

8. Moran C., Azziz R., Carmina E., et al. 21-Hydroxylase-deficient nonclassic adrenal hyperplasia is a progressive disorder: A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:1468–74.

9. Ferriman D., Gallwey J.D. Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol Metab.* 1961;21:1440–7.

10. Plouffe L. Disorders of excessive hair growth in the adolescent. *Obstet Gynecol Clin North.* 2000;27(1):79–99.

11. Diamanti-Kandarakis E. PCOS in adolescents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(2):173–83.

12. Репродуктивная эндокринология / Генри М. Кроненберг, Шломо Мемед, Кеннет С. Полонски, П. Рид Ларсен; пер. с англ. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. Москва: Рид Элсивер, 2011. 416 с. Пер. изд. *Williams Textbook of Endocrinology*, 11th edition / Henry M. Kronenberg, Shlomo Melmed, Kenneth S. Polonsky и P. Reed Larsen. С. 66–106.

13. Лагно О.В., Плотникова Е.В., Шабалов Н.П. К вопросу о преждевременном адренархе у девочек (обзор литературы) // *Педиатр.* 2018. Т. 9. № 5. С. 66–74.

14. Armengaud J.B., Charkaluk M.L., Trivin C., et al. Precocious Pubarche: Distinguishing Late-Onset Congenital Adrenal

Hyperplasia from Premature Adrenarche. J Clin Endocrinol Metab. 2009;94(8):2835–40.

15. Paterson W.F., Ahmed S.F., Bath L., et al. Exaggerated adrenarche in a cohort of Scottish children: clinical features and biochemistry. Clin Endocrinol (Oxf). 2010;72(4):496–501.

16. Eyzaguirre F.C., Bancalari R., Youlton R., et al. Precocious pubarche: experience in 173 cases. Rev Med Chil. 2009;137(1):31–8.

17. Барашева О.В., Плотникова Е.В., Тыртова Л.В. и др. Клинико-лабораторные особенности преждевременного адренархе у девочек //Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2012. № 1(37). С. 80–82.

18. Лагно О.В., Туркунова М.Е., Башнина Е.Б. Опыт лечения преждевременного полового созревания агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона длительного действия // Педиатр. 2019. Т. 10. № 4. С. 45–50.

19. Справочник детского эндокринолога / И.И. Дедов, В.А. Петеркова и др. Москва: Литтерра, 2020. С. 260–265.

20. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению пациентов с преждевременным половым развитием // Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями / Под ред. И.И. Дедова и В.А. Петерковой. Москва: Практика, 2014. С. 320–321.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ФИЗИОТЕРАПЕВТА. ВОЗМОЖНОСТИ КВЧ-ТЕРАПИИ

Гордеева Д.А.

*СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Ежедневно в Городской консультативно-диагностический центр «Ювента» обращаются пациентки с жалобами на нарушение менструального цикла. Нерегулярный цикл, скудные менструальные выделения или же, наоборот, обильные и длительные, болезненные месячные – это частые жалобы, с которыми встречаются акушеры-гинекологи при сборе анамнеза у девочек-подростков. В связи с этим в контексте данной работы будут рассмотрены методы эффективного физиолечения такой распространенной гинекологической патологии, как аномальные маточные кровотечения (далее – АМК) подросткового периода.

Ключевые слова: девочки-подростки; аномальные маточные кровотечения у подростков; физиотерапия; электрофорез; КВЧ-терапия

Цель. Оценка эффективности применения КВЧ-воздействия на биологически активные зоны (зоны Захарьина – Геда) на теле у пациенток при АМК подросткового периода.

Материал и методы. Для исследования были отобраны пациентки с АМК в возрасте от 14 до 17 лет, наблюдавшиеся в Городском консультативно-диагностическом центре «Ювента». В среднем их доля составила 22,8% от числа пациенток с другими

гинекологическими патологиями, получавших физиолечение. На основе анализа амбулаторных карт и результатов физиотерапевтического лечения были выделены 40 пациенток. Все пациентки из контрольной группы были осмотрены гинекологом, который выполнил необходимые лабораторные (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма) и инструментальные (ультразвуковое исследование органов малого таза) исследования. Ни одна из пациенток не нуждалась в экстренной госпитализации в гинекологический стационар; все они находились в стационаре кратковременного пребывания под наблюдением гинеколога, где получали необходимую инфузионную, гемостатическую и витаминотерапию, а также посетили врача-физиотерапевта и прошли курс физиопроцедур.

Физиотерапевтический подход к лечению АМК. АМК – это любое изменение объема, продолжительности и частоты менструальных кровотечений у небеременных женщин. У девочек-подростков АМК чаще всего бывают из-за ановуляции при атрезии фолликулов в результате незрелости и дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы или при нарушениях в системе гемостаза.

Из физиотерапевтических процедур 50% пациенток с АМК из контрольной группы получали лекарственный электрофорез с хлоридом кальция, процедуры назначались до прекращения кровотечения. В среднем требовалось провести пять и более процедур (до десяти) лекарственного электрофореза с хлоридом кальция для достижения положительного результата лечения (полной остановки кровянистых выделений из наружных половых путей). Однако было замечено, что при назначении пациенткам КВЧ-терапии на биологически активные зоны

Захарьина – Геда, ассоциированные с маткой (эта процедура была назначена остальным 50% из контрольной группы), для достижения положительной динамики требуется меньше процедур физиолечения. Поэтому с целью уменьшения лекарственной нагрузки на пациенток и сокращения сроков лечения в кабинете физиолечения Центра «Ювента» активно применяется КВЧ-терапия на биологически активные зоны Захарьина – Геда. Для воздействия на матку используются три зоны: спереди область под паховой складкой ближе к внутренней поверхности бедра, справа и слева, а сзади – область над крестцово-копчиковым сочленением. За одну процедуру охватывались 2 зоны: одна спереди (чередовали правую и левую) и одна сзади, при этом использовалось КВЧ-воздействие с длиной волны 7,1 мм (42,19 ГГц) на каждую зону по 15 минут. Процедура длилась 30 минут один раз в день, назначалась ежедневно.

Результаты. Результаты исследования оценивались на основании динамики клинических симптомов. В итоге у пациенток, получавших КВЧ-терапию, удалось достичь более быстрого положительного результата в лечении – полного прекращения кровянистых выделений из наружных половых путей. В среднем на это потребовалось проведение трех процедур КВЧ-терапии.

Выводы. При анализе полученных в ходе исследования данных было выявлено, что эффективность КВЧ-терапии при аномальных маточных кровотечениях подросткового периода в 1,6 раза выше, чем применение лекарственного электрофореза с хлоридом кальция. Также следует отметить, что КВЧ-терапия имеет ряд преимуществ перед другими методами физиотерапевтического воздействия, а именно: отсутствие дискомфортных ощущений

в месте воздействия, снижение лекарственной нагрузки на пациента, меньшее число противопоказаний для проведения процедуры.

Список литературы

1. Ушаков А.А. Практическая физиотерапия // Москва: Медицинское информационное агентство, 2013. 683 с.
2. Беженарь В.Ф., Шогирадзе Л.Ф., Баласян В.Г. Современные подходы к лечению аномальных маточных кровотечений у подростков // Сборник трудов 2-й Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения». Санкт-Петербург, 29–30 ноября 2018 г. 199 с.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭТАПНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА И МНОГОПРОФИЛЬНОГО ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ

*Соломкина Н.Ю.¹, Пикалева Е.Ю.², Плисецкая В.Ю.³,
Стрелкова Т.В.³, Акимова Т.П.⁴, Туркин Ю.Н.¹, Шевченко А.А.¹*

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

*² Детская городская клиническая
больница № 5 им. Н.Ф. Филатова,
Санкт-Петербург, Россия*

*³ СПб ГБУЗ «Детский санаторий “Солнечное”»,
Санкт-Петербург, Россия*

*⁴ ГБУЗ «ДС – РЦ “Детские Дюны”»,
Санкт-Петербург, Россия*

В последние годы отмечается расширение спектра и рост частоты соматической патологии и нарушений менструального цикла (далее – МЦ) у девочек-подростков. Этапную медицинскую помощь они получают на стационарном (ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова), амбулаторном и санаторно-курортном этапе («ДС – РЦ “Детские Дюны”», детский многопрофильный санаторий «Солнечное»). Акценты ее оказываются на разных этапах закономерно смещены.

На стационарном этапе превалирует проведение экстренных мероприятий по основной патологии, включающих и возможности традиционной недлительной физиотерапевтической поддержки.

К новым успешным технологиям относятся фотохромо- и лазеротерапия, КВЧ-терапия, ГБО и др.

Отмечены изменения, касающиеся санаторно-курортного лечения (далее – СКЛ): в связи с сокращением его продолжительности до 14–21 дня возможности планомерной коррекции здоровья в течение 2–3 МЦ, как это было ранее, оказались во многом ограниченными. Тем не менее, у наших пациенток с гинекологической и коморбидной патологией мы продолжаем реализацию холистического подхода при формировании лечебно-реабилитационных мероприятий, избегая избыточной медикаментозной и энергетической нагрузки на пациентку. Предпочтение отдается немедикаментозным мероприятиям.

Все пациентки на этапе СКЛ получают климатотерапию, коррекцию режима дня, максимально персонализированную диету, ЛФК и массаж, физиотерапевтические мероприятия.

Дифференцированно назначаемые физические процедуры направлены на купирование гипоксии, коррекцию вегетативных расстройств и необходимую седацию, оптимизацию ритмологической активности (стабилизация позитивного настроения, дыхательный и сердечный ритм, сон – бодрствование, аппетит – насыщение, физическая активность и релаксация, купирование и профилактика боли, стабильный регулярный МЦ и поддержание репродуктивного потенциала).

Предпочтение отдается физическим факторам общего действия на организм, с минимальными энергозатратами при восприятии физической энергии и длительным периодом последствия от проведенного курса процедур.

К базисной физиотерапии следует отнести транскраниальную электростимуляцию (ТЭС) и электросон, гальванизацию

и лекарственный электрофорез магния, меди, витаминов группы В, С, РР и др.; дарсонвализацию, синусоидальные модулированные токи (СМТ), низкочастотную магнитотерапию и магнитолазерную терапию, чрескожное лазерное облучение крови, фотохромотерапию.

К новым методам, зарекомендовавшим свою клиническую эффективность, относятся и **биоакустическая коррекция, парогликолевые и селеновые ванны, чрескожное лазерное облучение крови**. Минимизация энергетической нагрузки на пациентку достигается снижением количества процедур в курсе лечения, уменьшением их продолжительности и улучшением переносимости, с предпочтением сочетанной и комбинированной физиотерапии. В современных условиях, ввиду слишком короткого пребывания пациенток в санатории, пропала возможность динамического контроля менструальной функции и проведения последовательных корректирующих мероприятий в течение 2–3 МЦ, что, безусловно, снизило продолжительность достигнутой положительной динамики с 8 месяцев – 1,5–2 лет (в процессе и после длительного пребывания в санатории ранее) до 3–4 месяцев в настоящее время, после короткого СКЛ, и сравнительно увеличило частоту рецидивов МЦ и обострение коморбидных расстройств.

Таким образом, этапная физиотерапия и внедрение новых технологий способствуют ускорению наступления позитивных клинических изменений, но 2–3 недель проведения СКЛ явно недостаточно для поддержания стабильного совокупного клинического эффекта у девочек с нарушением МЦ и коморбидной патологией. Материал для столь короткой публикации основан на данных более чем 20-летней работы по изучению, лечению и реабилитации свыше 3000 девочек в стационаре и санатории.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛАТЕНТНОГО ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОК С ОБИЛЬНЫМИ И/ИЛИ ЧАСТЫМИ МЕСТРУАЦИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Карцева М.М.

*СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический
центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)»,
Санкт-Петербург, Россия*

Латентный железодефицит всегда предшествует железодефицитной анемии. Актуальность проблемы обусловлена необходимостью железа для нормального функционирования миоглобина, цитохромов, пероксидаз и каталаз. Являясь структурным компонентом гема, железо принимает участие в эритропоэзе, и как следствие уже на этапе донозологической диагностики его дефицит проявляется в ряде случаев развитием сидеропенического синдрома.

Большинство здоровых женщин во время менструации теряет 20–30 мг железа. В норме до следующей менструации организм компенсирует эту потерю. Однако в случае обильных и/или частых менструаций потеря железа составляет 50–250 мг. Следовательно, потребность в железе у таких пациенток возрастает в 2,5–3 раза. Такое количество микроэлемента невозможно получить из пищи. Как следствие, возникает дисбаланс, со временем приводящий к развитию железодефицитной анемии.

В ходе комплексного обследования 83 девочек-подростков 15–17 лет, обратившихся в ГКДЦ «Ювента» за 2019 год с жалобами на обильные и/или частые менструации, снижение уровня ферритина менее 10 мкг/л было выявлено у 52 пациенток (у трех девочек этот показатель составил менее 0,1 мкг/л),

у 24 подростков диагностирована железодефицитная анемия различной степени тяжести, у 7 – нормальные лабораторные показатели.

У пациенток со сниженным уровнем ферритина наиболее распространенными (помимо жалоб, касающихся менструального цикла) были жалобы на слабость, утомляемость, сонливость, сухость кожи, ломкость волос, частые ОРВИ. Все обследуемые были консультированы смежными специалистами (терапевт, невролог, эндокринолог) на предмет выявления сопутствующей патологии. Было проведено комплексное лечение, включающее также терапию препаратами железа. У пациенток, купированных по основному заболеванию и получающих терапию препаратами железа, наблюдалась положительная динамика и в отношении остальных вышеперечисленных жалоб; они также отмечали общее улучшение самочувствия.

Следует отметить, что большинство наблюдаемых обращались ранее в лечебные учреждения, их частично обследовали, но так как они имели уровень гемоглобина в пределах нормативных значений, за неспецифичностью жалоб их направили на различные дообследования (МРТ, УЗИ надпочечников, консультации психолога/ психотерапевта), которые проведены не были.

Выводы. Комплексное обследование с целью выявления латентного железодефицита следует рекомендовать всем пациенткам с обильными и/или частыми менструациями в анамнезе, так как восполнение дефицита железа увеличивает эффективность и комплаентность проводимой терапии, в том числе за счет улучшения общего самочувствия пациента и купирования сидеропенического синдрома.

ПРИЧИНЫ ЮВЕНИЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С ПОЗИЦИЙ ВОСТОЧНОЙ ПСИХОСОМАТИКИ

Финкельштейн Б.Б., Салажан Н.В., Меркулова Л.В.

Семейный натуропатический
медико-психологический центр «Очаг»,
Санкт-Петербург, Россия

СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр
для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)»,
Санкт-Петербург, Россия

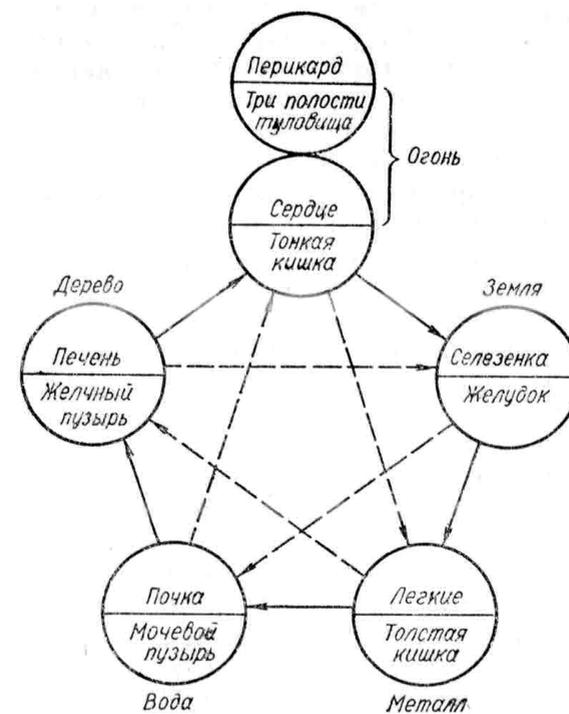
Актуальность. Гинекологи страны наблюдают негативную тенденцию в показателях репродуктивного здоровья девочек и девушек-подростков в возрасте 12–17 лет. Причем ведущее место в этой проблеме занимают ювенильные маточные кровотечения (ЮМК), которые встречаются с частотой 10–37,3% в популяции.

ЮМК означают функциональные расстройства периода полового созревания, при которых отсутствуют органические заболевания половых органов. Причины и механизмы развития данного процесса подробно изучены и освещены в многочисленных методических пособиях и статьях, поэтому мы не будем останавливаться на этом вопросе. Отметим лишь, что амбулаторное лечение ЮМК методами официальной медицины – дело трудное и не всегда эффективное. В задачи врачей входят: остановка кровотечения, антианемическая терапия, регуляция менструального цикла и, конечно, коррекция нарушений психологического состояния. Обычно девочек и девушек-подростков госпитализируют в гинекологические стационары и, как правило, переводят

на гормональную терапию, которая в ряде случаев также не решает всех проблем.

Между тем, согласно современным психотерапевтическим представлениям, *любой патологический симптом ребенка вызван проблемами семьи*. А любой симптом подростка – это отражение семейных, и *личных проблем*, в том числе связанных с подростковой группой, членом которой он или она являются. Принимая во внимание вышесказанное, мы рассмотрим тему ЮМК с психосоматических позиций даосской медицины, чтобы лучше понять, что происходит с юными пациентками и зеркалом каких проблем являются маточные кровотечения.

Психосоматические параллели



Связь органов с первоэлементами и их взаимные влияния

Начнем с того, что нашими психоэмоциональными и физиологическими процессами руководят энергоинформационные образования, называемые каналами. Руководят так же, как мы управляем теми или иными процессами или людьми с помощью мобильной связи. При этом главную роль в развитии ЮМК играют три энергоинформационных образования – каналы *почек, печени и селезенки*.

Канал почек управляет всеми бессознательными и инстинктивными процессами, вкуче с сочувствием и сопереживанием, которое мы получаем извне и посылаем в мир, а также контролирует репродуктивную сферу и синтез различных, в том числе половых, гормонов.

Канал печени руководит нашим отношением к социальным установкам, правилам и запретам, умением принимать их и вписываться в них. А в физиологическом отношении он ведает деятельностью правого, «образного» полушария головного мозга, активностью нервной системы, процессами роста и репарации, а также всеми двигательными актами и функционированием печени как органа и, в частности, главного депо крови.

И наконец, *канал селезенки* в психосоциальном плане управляет нашей способностью понимать людей, поддерживать партнерские и дружеские отношения, проявляя преданность и поддержку. Что же касается физиологических функций канала, то в его ведении находятся левое, «логическое» полушарие головного мозга, система свертываемости крови, венозная сеть, иммунитет и синтез инсулина. При этом селезенка является вторым депо крови.

Любовь – главное чувство *канала легких*, канала, способного укреплять почки, успокаивать печень и стабилизировать селезенку.

Определившись с психосоматическими взаимосвязями, отметим важную особенность подросткового возраста, отличающую его от любого другого.

Психосоциальные особенности подросткового возраста

До 12 лет главным в жизни ребенка являются родители, а также их аналоги – дедушки и бабушки, воспитатели, наставники и учителя. При этом дети в большинстве своем хорошо управляемы и подчиняемы.

С 12 лет родители и их «аналоги» отодвигаются на второй план, причем навсегда. И главное место до 17 лет включительно будет занимать подростковая группа, членом которой является подросток, с ее социальными установками и правилами. И именно в ней, а не в семье или школе, он оттачивает навыки будущей взрослой жизни. И именно ее стандартам старается соответствовать.

Что же касается «взрослых» социальных установок, то подростки начинают противостоять им всеми возможными методами и средствами. Иными словами, в отличие от детей, они перестают быть управляемыми и подчиняемыми. В связи с этим прессинг со стороны взрослых нарастает, ответные подростковые реакции – тоже. И это приводит к дестабилизации работы регуляторных систем.

Патологическая психосоматика канала почек

Первым реагирует на взрослый прессинг канал почек, и без того загруженный работой, ибо именно он занимается физиологической и гормональной перестройкой организма девочек-подростков. Отсутствие *сочувствия* и *сопереживания* со стороны родителей и учителей деформирует его работу, хронически повышая уровень адреналина и делая подростков повышенно тревожными и склонными «сбиваться в стаи». Репродуктивные

процессы в плане синтеза половых гормонов в этих условиях начинают протекать по деструктивному сценарию.

Патологическая психосоматика канала печени

Вслед за каналом почек начинает неадекватно функционировать канал печени, который параллельно с процессами роста и развития подросткового организма вынужден заниматься противостоянием *жестким и бескомпромиссным требованиям взрослого мира*, не соответствующим возрастным особенностям психики подростка. Под его влиянием хронически возбуждается нервная система, что помимо невротических психоэмоциональных реакций и отклонений ведет к возникновению различных спазмов в тех или иных мышцах и органах, включая половую систему, и чрезмерному выбросу крови из печеночного депо.

Патологическая психосоматика канала селезенки

Отсутствие *понимания и дружеской поддержки со стороны взрослых* негативным образом сказывается на работе канала селезенки. При этом помимо срывов иммунитета и отклонений углеводного обмена в контексте нашей темы без видимых причин развиваются венозные застои в половых органах и нарушается свертываемость крови, что вкупе с ее повышенным выбросом из печеночного депо приводит к стойким ювенильным кровотечениям.

Лечение. Исходя из всего вышеизложенного, важное место в лечении девочек и девушек, страдающих ЮМК, должно занимать психологическое сопровождение, осуществляемое психологами или психотерапевтами, имеющими навыки работы в семейной и подростковой парадигме.

Помимо этого, согласно нашему практическому опыту, высокий лечебный эффект могут оказывать натуропатические методы,

такие как рефлексотерапия в сочетании с гомеопатической терапией. Прицельно гармонизируя работу дестабилизированных адаптационных систем (в частности, гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы), данные методы способны вызывать стойкий и длительный лечебный эффект. Причем натуропатические методы могут применяться индивидуально или на фоне фармакологической терапии. В последнем случае они позволяют плавно снижать дозы фармакологических препаратов, в том числе гормональных, а затем и полностью отменять их.

Выводы. В данной ситуации родители не способны самостоятельно помочь своим больным детям, ибо любое самолечение или походы к целителям могут закончиться трагически. Врачи и психологи, в свою очередь, не в силах помочь юным пациенткам без активного и осмысленного участия родителей. Стало быть, необходимо объединить усилия, проявлять больше любви друг к другу и особенно к нашим детям вне зависимости от их возраста.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Алиева К.Х., Кохреидзе Н.А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Иммунодепрессия, вследствие как течения заболевания, так и проводимой терапии, обуславливает подверженность онкогематологических больных воспалительным заболеваниям половых органов (далее – ВЗПО).

Пациенты с онкогематологическим заболеванием (далее – ОГЗ) подвержены инфекциям, вызываемым вирусом простого герпеса, в том числе с генитальной локализацией. При герпесвирусной инфекции у таких пациентов наблюдается возникновение процесса в первый месяц после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (далее – ТГСК) и существенно меньше – в последующие 6 месяцев после ТГСК.

Другой особенностью у пациентов с ОГЗ является развитие гнойной формы вульвовагинита с торпидным течением и выделением флоры, устойчивой к большинству антибактериальных препаратов, что сочетается с прогрессированием локальной инфекции до очаговых (абсцессы) и разлитых (флегмона) гнойных воспалений вульвы и перианальной области. Также описано тяжелое затяжное течение вульвовагинального кандидоза у девочек с ОГЗ.

Примером особой формы воспалительного процесса может быть поражение кожи вульвы при гистиоцитозе Х.

Пациентка 3,5 лет поступила в инфекционный стационар с гинекологическим отделением для детей, диагноз: генерализованная герпетическая инфекция. Именно характерное поражение вульвы у ребенка помогло заподозрить, а затем подтвердить синдром Леттерера – Сиве (гистиоцитоз Х). Проведение системной цитостатической терапии привело к купированию генитальных проявлений заболевания.

При консультировании сексуально активных девочек с ОГЗ следует в обязательном порядке проводить обследование на инфекции, передаваемые половым путем, с целью исключения инфекционных осложнений в период панцитопении. Также системное применение иммуносупрессивной терапии при ОГЗ повышает риск развития поражений шейки матки, вызванных вирусом папилломы человека (далее – ВПЧ). По этой причине пациентки после ТГСК должны регулярно проходить скрининг на ВПЧ-ассоциированный рак шейки матки и предраковые состояния. Более того, всем пациентами с ОГЗ в возрасте 9–26 лет следует рекомендовать проведение ВПЧ-вакцинации через 6–12 месяцев после ТГСК.

Выводы. Таким образом, специфика ВЗПО у пациентов с ОГЗ требует особых алгоритмов обследования и лечения.

Список литературы

1. Fule Robles J.D., Cheuk D.K., Ha S.Y., Chiang A.K., Chan G.C. Human herpesvirus types 6 and 7 infection in pediatric hematopoietic stem cell transplant recipients. *Ann Transplant.* 2014;19:269–76. Published 2014 Jun 2. doi:10.12659/AOT.889995.
2. Hilal T., *Blood Reviews* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.blre.2018.03.004>.

3. Короткий Н.Г., Андреев О.А., Вяльцева Ю.Ю., Нажимов В.П. Гистиоцитоз X (клинический случай)? Детская больница. 2012. № 3.

4. Machado A.M.N., Hamerschlak N., Rodrigues M., Piccinato C.A., Podgaec S., Mauad L.M.Q. Female genital tract chronic graft-versus-host disease: A narrative review. Hematol Transfus Cell Ther. 2019;41(1):69–75. doi:10.1016/j.htct.2018.06.005.

ВАЖНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С АНОМАЛИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

*Батырова З.К., Ахапкина Е.С., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д.,
Кругляк Д.А., Кумыкова З.Х.*

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ,
Москва, Россия*

Актуальность. Аномалии развития половых органов – редкая патология, которая обнаруживается у девочек лишь к моменту менархе. Поэтому порок половых органов, как правило, выявляется гинекологами при дебюте дисменореи или острого живота из-за препятствия оттоку менструальной крови из замкнутой матки. Прогноз репродуктивных исходов зависит не только от типа порока и уровня нарушения, но и от сопутствующей гинекологической патологии и осложнений. Поэтому не вызывает сомнения, что вовремя диагностированная патология и хирургическое вмешательство могут облегчить решение вопросов будущей беременности и родов у таких пациенток.

Цель. Уточнить интраоперационную частоту и характер осложнений аномалий половых органов у девочек-подростков при лапароскопическом контроле.

Материал и методы. Ретроспективный анализ данных 252 пациенток в возрасте 11–18 лет с пороками развития мочеполовой системы, получивших хирургическое лечение в отделении гинекологии детского и юношеского возраста ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗРФ с 2012-го по 2019 год. Анализировали объем операции, интраоперационные находки и осложнения.

Результаты. Всем девочкам с обструктивными аномалиями половых органов выполняли лапароскопический контроль состояния органов малого таза. У 70,2% впервые прооперированных уже имели место различные осложнения, связанные с нарушением оттока менструальной крови. Эндометриозное поражение внутренних половых органов было выявлено у 48 (19%) пациенток. Представляется значимым, что эндометриоз встречался в 2 раза чаще при пороках, сопровождающихся аномалиями тела матки в сочетании с аплазией влагалища ($p = 0,04174$). Среди выявленных объемных образований в 4 раза чаще обнаруживали кисты мезотелия и парамезонефральные кисты ($p = 0,03428$).

Важно, что спаечный процесс имел место у 25% девочек, не имевших ранее оперативных вмешательств, и встречался значительно чаще при сочетании аплазии влагалища и аномалии тела матки ($p = 0,00025$).

Выводы. Таким образом, наличие аномалии развития мочеполовой системы повышают риск развития состояний, отрицательно влияющих на фертильность и общее здоровье девочек, поэтому требуют своевременной комплексной диагностики с применением эндоскопических методов и выбором адекватного объема лечения.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ВЫЗВАВШЕЙ РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ СРЕДИ РОЖЕНИЦ ЗА 2005–2018 ГОДЫ, С УЧЕТОМ СУБЪЕКТОВ РИСКА ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ

Пивоварова Г.М., Свирко К.С.

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

Анализируя первичную заболеваемость женщин, вызвавшую развитие осложнений беременности за 2018 год в РФ, мы установили, что на первом месте по частоте возникновения стоят анемии (255,7‰), на втором – нарушение родовой деятельности (78,7‰), на третьем – сахарный диабет (60,64‰).

В динамике за 2005–2018 годы частота возникновения анемии, осложнившей течение родового и послеродового периода у женщин, уменьшилась на 4,4‰.

В ходе исследования первичной заболеваемости женщин анемией за 2018 год, осложнившей течение родов и послеродового периода, было выявлено, что по частоте встречаемости на первом месте стоял Сибирский федеральный округ (336,5‰), на втором – Северо-Кавказский (310,6‰), на третьем – Приволжский (285,2‰).

Анализ полученных за 2018 год результатов определил следующие субъекты риска в федеральных округах.

1. В Центральном федеральном округе – Брянская область (302,8‰), Рязанская область (289,4‰), Костромская область (276,9‰).

2. В Северо-Западном федеральном округе – Вологодская область (411,2‰), Архангельская область без АО (370,7‰), Псковская область (310,1‰).

3. В Южном федеральном округе – Республика Калмыкия (558,8‰), Астраханская область (333,5‰), Ростовская область (243,0‰).

4. В Северо-Кавказском федеральном округе – Чеченская Республика (365,4‰), Республика Дагестан (357,7‰), Карачаево-Черкесская Республика (319,0‰).

5. В Приволжском федеральном округе – Пензенская область (381,6‰), Оренбургская область (376,7‰), Удмуртская Республика (349,3‰).

6. В Уральском федеральном округе – Свердловская область (295,6‰), Курганская область (283,8‰), Ханты-Мансийский АО (235,9‰).

7. В Сибирском федеральном округе – Омская область (459,8‰), Республика Хакасия (448,9‰), Кемеровская область (398,5‰).

8. В Дальневосточном федеральном округе – Республика Бурятия (469,0‰), Чукотский АО (314,4‰), Еврейская автономная область (287,5‰).

ДИНАМИКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С УЧЕТОМ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ

Козявина К.Ю., Пивоварова Г.М.

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

Резюме. Изложены результаты проведенной оценки материнской смертности среди всего населения Российской Федерации и ее федеральных округов.

Ключевые слова: материнская смертность; субъекты риска

Актуальность. ВОЗ под материнской смертностью понимает смерть женщины, обусловленную беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) и наступившую в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины. Общепринято вычислять показатель материнской смертности отношением абсолютного числа смертей беременных, рожениц и родильниц на 100 тыс. родившихся живыми детей.

ВОЗ 19 сентября 2019 года указала на то, что «материнская смертность недопустимо высока. Ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирает около 830 женщин в мире» [3].

Показатель материнской смертности имеет медико-социальную значимость, так как является определяющим фактором репродуктивно-демографического потенциала в стране и влияет на степень и характер воспроизводства популяции. Это один из основных критериев социально-экономического развития общества, качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения. Поэтому необходимо следить за ситуацией, связанной с материнской смертностью не только в Российской Федерации, но и во всем мире.

Цель. Провести анализ статистических данных материнской смертности, а также их соотношения среди населения Российской Федерации и по федеральным округам; выделить субъекты риска по материнской смертности.

Материал и методы. Использовались санитарно-статистические методы, программы *Microsoft Word, Microsoft Excel*.

Результаты. Число умерших женщин от осложнений беременности, родов и послеродового периода (материнская смертность), на 100 тысяч родившихся живыми в 2019 году составляет 9,0. В динамике с 2013-го по 2019 год отмечается снижение показателя на 20,4%, или в 1,25 раза (рис. 1).

При анализе материнской смертности среди федеральных округов Российской Федерации в 2013 году на первом месте находился Дальневосточный федеральный округ (17,3 на 100 тысяч, родившихся живыми), на втором месте – Северо-Кавказский федеральный округ (13,4), на третьем месте – Северо-Западный федеральный округ (12,6) (табл. 1).

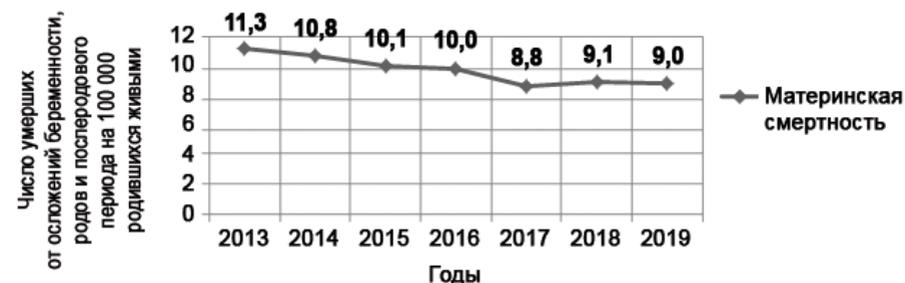


Рис. 1. Число случаев материнской смертности среди всего населения Российской Федерации в динамике с 2009 по 2019 годы

Таблица 1. Показатель материнской смертности среди федеральных округов за 2013 год

РФ / округа	Число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. родившихся живыми
Российская Федерация	11,3
Центральный	10,9
Северо-Западный	12,6
Южный	9,8
Северо-Кавказский	13,4
Приволжский	9,4
Уральский	10,9
Сибирский	12,2
Дальневосточный	17,3

При анализе материнской смертности среди федеральных округов в 2019 году на первом месте находился Дальневосточный федеральный округ (17,6 на 100 тысяч, родившихся живыми), на втором месте – Северо-Западный федеральный округ (12,0), на третьем месте – Центральный федеральный округ (10,1) (табл. 2).

Анализ статистических данных в динамике 2013–2019 годы выявил, что в Дальневосточном федеральном округе показатель

материнской смертности *увеличился* на 1,7%; *уменьшился*: в Приволжском федеральном округе – на 39,4%, Уральском – на 38,5%, Сибирском – на 35,3%, Северо-Кавказском – на 33,6%, Южном – на 11,3%, Центральном – на 7,4%, Северо-Западном – на 4,8%.

Таблица 2. Показатель материнской смертности в РФ и федеральных округах за 2019 год

РФ / Округа	Число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. родившихся живыми
Российская Федерация	9,0
Центральный	10,1
Северо-Западный	12,0
Южный	8,7
Северо-Кавказский	8,9
Приволжский	5,7
Уральский	6,7
Сибирский	7,9
Дальневосточный	17,6

В Дальневосточном федеральном округе число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. родившихся живыми в 2019 году превысило общероссийский уровень в 1,9 раза.

Среди субъектов риска данного округа в 2019 году по числу умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода первое место занимает Сахалинская область (51,7 на 100 тыс. родившихся живыми), второе место – Республика Бурятия (32,1), третье место – Камчатский край (30,2) (табл. 3).

В Северо-Западном федеральном округе число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. родившихся живыми в 2019 году превысило общероссийский уровень на 33,3%.

Среди субъектов риска Северо-Западного федерального округа в 2019 году по числу умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. родившихся живыми первое место занимает Псковская область (56,6), второе место – Калининградская (21,5), третье место – Ленинградская (14,8) (табл. 4).

В ЦФО число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. родившихся живыми в 2019 году превысило общероссийский уровень на 12,2%.

Среди субъектов риска ЦФО в 2019 году по данному показателю первое место занимает Тульская область (44,5), второе место – Костромская (34,7), третье место – Смоленская (28,3) (табл. 5).

Таблица 3. Показатель материнской смертности среди субъектов Дальневосточного федерального округа за 2013–2019 годы

Названия территорий	Годы						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Округ	17,3	14,9	16,2	10,9	8	12,3	17,6
Сахалинская область	15,7	15	30	28,8	Нет данных	33,4	51,7
Республика Бурятия	11,7	29,3	35,4	12,4	Нет данных	14,4	32,1
Камчатский край	72,1	Нет данных	Нет данных	24,6	26,7	Нет данных	30,2

Таблица 4. Показатель материнской смертности среди субъектов Северо-Западного федерального округа за 2013–2019 годы

Названия территорий	Годы						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Округ	12,6	13,5	12,1	15,1	14,2	9,6	12
Псковская область	Нет данных	14	28	13,9	32,9	17,1	56,6
Калининградская область	Нет данных	8,2	Нет данных	Нет данных	9,2	Нет данных	21,5
Ленинградская область	25,7	12,5	Нет данных	6,1	Нет данных	14,3	14,8

Таблица 5. Показатель материнской смертности среди субъектов Центрального федерального округа за 2013–2019 годы

Названия территорий	Годы						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Округ	10,9	11	10,3	10,3	9,8	9,5	10,1
Тульская область	13,3	13,2	12,6	19,6	22,5	8,1	44,5
Костромская область	23,9	24,3	24,5	38,3	Нет данных	48,1	34,7
Смоленская область	38,7	19,2	19,7	10,2	11,5	12,8	28,3

При анализе причин смертности среди всего населения Российской Федерации от осложнений беременности, родов и послеродового периода можно отметить, что наибольший удельный вес занимают остальные осложнения беременности, родов и послеродового периода (26%), следующие по значимости причины – акушерская эмболия (16%) и прочие причины акушерской смерти (14%) (рис. 2).

Выводы. В результате исследования выявлено, что в Российской Федерации число умерших женщин от осложнений беременности, родов и послеродового периода (материнская смертность) в динамике за 2009–2019 годы снизилось на 40,9%, или в 2,5 раза.

При анализе статистики материнской смертности среди федеральных округов Российской Федерации в 2019 году выявлено, что на первом месте находится Дальневосточный федеральный округ, на втором – Северо-Западный, на третьем – Центральный федеральный округ.

Определены следующие субъекты риска, где показатель материнской смертности превышает общероссийский уровень: Псковская область (в 6,3 раза), Сахалинская область (в 5,7 раза), Тульская область (в 4,9 раза), Костромская область (в 3,8 раза),

Республика Бурятия (в 3,5 раза), Камчатский край (в 3,3 раза), Смоленская область (в 3,1 раза).

Таким образом, несмотря на снижение материнской смертности в Российской Федерации за 10 лет на 40,9% проблема остается актуальной. Следует создавать новые, эффективные и доступные методы диагностики и лечения, разрабатывать новые принципы оказания помощи женщинам.

В рамках Глобальной стратегии и цели прекращения предотвратимой материнской смертности ВОЗ вместе с партнерами работает в направлениях:

- преодоления неравенств в доступности и качестве медико-санитарных услуг в областях репродуктивного здоровья, здоровья матерей и здоровья новорожденных;
- обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения для всеобъемлющей медико-санитарной помощи в областях репродуктивного здоровья, здоровья матерей и здоровья новорожденных;
- преодоления всех причин материнской смертности, репродуктивной и материнской заболеваемости и связанных с ними инвалидностей;
- укрепления систем здравоохранения путем сбора надежных данных с целью реагирования на потребности и приоритеты женщин и девочек;
- обеспечения подотчетности для повышения качества помощи.

Список литературы

1. Демографический ежегодник России. 2019: Стат. сб. Росстат. Москва, 2019. 252 с.

2. https://rosstat.gov.ru/search?q=%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F+%D1%81%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C&date_from=&content=on&date_to=&search_by=all&sort=relevance (дата обращения: 27.09.2020).

3. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (дата обращения: 27.09.2020).

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕБЕЗОПАСНЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б.,

Сорокопуд Е.П., Савченко А.А.

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького», кафедра акушерства, гинекологии,
перинатологии, детской и подростковой гинекологии
факультета интернатуры и последипломного образования,
г. Донецк, Украина*

Ключевые слова: охрана репродуктивного здоровья; девочки-подростки; половое поведение

Актуальность. В многочисленных исследованиях показано, что во всем мире для современных девочек-подростков характерны изменения сексуального и репродуктивного поведения, приводящие к увеличению числа случаев заболеваний репродуктивной системы, что характерно и для Донецкого региона. Небезопасное сексуальное поведение ведет к риску инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Проблема заболеваний гениталий, вызванных ИППП, у девочек-подростков приобретает особую значимость.

Результаты. Путем анонимного анкетирования девочек-подростков, пациенток отделения детской и подростковой гинекологии Донецкого регионального центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения ДНР, выяснено, что об ИППП известно 96,7% респондентов. Наибольшая осведомленность в отношении ВИЧ/СПИДа – у 92,0%,

информированность в отношении других ИППП была достоверно меньше – 44,1%, $p < 0,05$. В 57,5% случаев опрошенные были уверены в достаточности знаний об ИППП для профилактики заражения ими, а в 20,6% не знали о возможности инфицирования после однократного незащищенного полового контакта. По данным исследования, в 32,7% случаев ИППП диагностировались у пациенток 15–18 лет из группы риска (в частности, с негетеросексуальной ориентацией). Характерна поздняя обращаемость. У 35% пациенток с ИППП наблюдалось нарушение менструального цикла, у 43% – гидросальпингс, у 15,8% – функциональные кисты яичника, у 9,1% – сальпингоофорит, у 27,3% – аномальное маточное кровотечение.

Выводы. Обследование на ИППП девочек-подростков из группы риска с небезопасным сексуальным поведением повысит эффективность их лечения и снизит частоту осложнений этих заболеваний.

СЕГОДНЯ ЗДОРОВАЯ ДЕВОЧКА – ЗАВТРА СЧАСТЛИВАЯ МАТЬ

Платонова А.Г.¹, Козловская Н.А.²

¹ Лаборатория микробной хроматографии,

ООО «Медбазис»,

Санкт-Петербург, Россия

² Молодежная консультация при детской поликлинике № 29

поликлинического отделения № 61

Калининского района,

Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Представлены результаты сравнения исследований методом хромато-масс-спектрометрии (ХМС) вагинальной микробиоты у девушек-подростков (13–17 лет), не живущих половой жизнью, с вагинальной микробиотой у женщин, пришедших к врачу с репродуктивными проблемами. Выявили наличие бактериальной, вирусной и грибковой нагрузки в исследуемом биотопе. Установлено, что у всех обследованных наблюдаются дисбиотические изменения вагинальной микробиоты. Доказано, что с вступлением в половую жизнь женщины приобретают дополнительные виды и количество бактерий. Из чего можно сделать вывод, что девочки с аномальными маточными кровотечениями раннего репродуктивного возраста (АМК РРВ), первичной дисменореей, воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища требуют пристального внимания со стороны гинеколога и должны быть более глубоко обследованы на видоизменение микробиологического статуса организма.

Ключевые слова: вагинальная микробиота; половое созревание; нарушение менструального цикла; хронический эндометрит; метод хромато-масс-спектрометрии

Актуальность. Современная демографическая ситуация в России характеризуется высокой частотой мужского и женского бесплодия, высокой детской заболеваемостью, в том числе увеличением числа детей с генетическими заболеваниями, наследственными и врожденными пороками развития. Согласно современным данным, в российском обществе у подростков растет общая и первичная заболеваемость. Наряду с ухудшением соматического здоровья снижаются показатели репродуктивного здоровья детей и подростков. По данным официальной статистической отчетности, среди девочек возрастает частота нарушений менструального цикла и распространенность гинекологических заболеваний. Все это объясняет необходимость охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения [1–3].

Нарушение менструального цикла в раннем репродуктивном возрасте является внешним признаком начального звена патологического процесса, определяющего несостоятельность репродуктивной системы в детородном возрасте.

Среди проблем, с которыми встречаются детские гинекологи, выделяются АМК РРВ. Это кровотечения из матки, не соответствующие параметрам нормальной регулярной менструации (5–80 мл / 4–8 суток / каждые 21–45 дней), вызывающие физический и психический дискомфорт у девочек-подростков с возраста менархе до 17 лет включительно. Частота АМК пубертатного периода в структуре гинекологических заболеваний детского и подросткового возраста колеблется от 10 до 37,3% [4].

Не последнее место в списке причин обращения к специалисту занимает первичная дисменорея. Эта функциональная дисменорея, не связанная с патологическими изменениями внутренних половых органов, обычно появляется в подростковом возрасте

через 1–3 года после менархе, с началом процесса овуляции [5]. Частота первичной дисменореи у девочек-подростков колеблется от 8 до 90% и в 15% случаев имеет тяжелое течение, приводящее к нарушению социальной и повседневной активности, вплоть до временной утраты трудоспособности [6].

Еще одной проблемой, с которой обращаются в Центр охраны репродуктивного здоровья подростков, являются воспалительные заболевания вульвы и влагалища у подростков, развивающиеся вследствие активности различных инфекционных возбудителей. Воспалительные заболевания наружных половых органов девочек составляют более 40% обращений к врачу-гинекологу [7]. Предрасполагают к персистенции вульвовагинитов у девочек в данном возрастном периоде анатомо-физиологические особенности урогенитальной системы [8]. Нарушение соотношения облигатной и факультативной микробиот приводит к развитию дисбиоза влагалища, который можно рассматривать как начальный этап формирования эндогенной инфекции.

Проблема хронического эндометрита (ХЭ) у женщин, вступивших в половую жизнь, весьма актуальна. Частота встречаемости этой патологии среди гинекологических заболеваний, по данным разных авторов, составляет: 19,2% (*Farooki*, 1967), 2,8% (*K. Vasudeva, T. Thrasher*, 1972), 14% (В.П. Сметник, 1990), 3,08% (*C. Buckley, H. Fox*, 2004), 2,6% (В.И. Кулаков, А.В. Шуршалина, 2005) [9]. С диагнозом ХЭ в анамнезе женщины имеют: в 76,7% случаев – вторичное бесплодие; в 23,2% случаев – первичное бесплодие; в 8,2% случаев – неразвивающуюся беременность; в 6,5% случаев – самопроизвольные выкидыши; в 35,3% случаев – беременности, закончившиеся абортom в разные сроки [10].

Актуальность данного исследования обусловлена проблемами репродуктивного здоровья женщин, а также проблемами здоровья подростков с начальным овуляторным циклом. Интерес научного сообщества привлекает изучение влияния микробного состава различных экологических ниш человеческого организма на патологию, в том числе при гинекологических заболеваниях. В связи со сложностью дифференциальной диагностики патологических и физиологических состояний в детском возрасте данные исследования являются весьма актуальными. Своевременная коррекция нарушений микроэкологии влагалища девочки до вступления в половую жизнь поможет избежать гинекологических осложнений у женщин, что позволит достичь протективного эффекта в сохранении высокого репродуктивного потенциала в будущем.

Цель. Сравнить микроэкологический статус вагинального отделяемого девочек, проходивших лечение в молодежной консультации, с микроэкологическим статусом вагинального отделяемого женщин, чей биоматериал поступил в лабораторию.

Материал и методы. Проведено исследование вагинальной микробиоты 92 девочек-подростков 13–17 лет (средний возраст составил $15,4 \pm 1,4$ года), не живущих половой жизнью, с расстройством менструаций и 29 женщин с проблемами бесплодия, невынашиваемости беременности 24–45 лет (средний возраст составил $35,1 \pm 4,6$ года). Работа проводилась на базе лаборатории микробной хроматографии ООО «Медбазис», Санкт-Петербург.

На изучение методом хромато-масс-спектрометрии взяты биоматериалы, собранные ложечкой Фолькмана (зонд урогенитальный, тип В) или зондом урогенитальным «Универсальным» типа А и помещенные в сухую пробирку типа Эппендорф.

Начальной стадией пробоподготовки является метанолиз, который проводили в 400 мкл 1 М HCl в метаноле в течение 50 минут при 80°C. В результате реакции метанолиза сложных липидов жирные кислоты освобождаются в виде метиловых эфиров. Их экстрагировали 400 мкл гексана, высушивали и обрабатывали в 25 мкл N,O-бис(триметилсилил)-трифторацетамида в течение 7–8 минут при 80°C для получения триметилсилильных эфиров гидроксикислот.

Смесь эфиров в количестве 2 мкл вводили в инжектор ГХ-МС системы 7820N-5975 *Agilent Technologies* (США) посредством автоматической системы ввода проб (автосемплера), которая обеспечивает воспроизводимость времени удерживания хроматографических пиков и повышает точность автоматической обработки данных. Для управления и обработки данных использовали штатные программы прибора. Хроматографическое разделение пробы осуществляли на капиллярной колонке с метилсиликоновой привитой фазой HP-5 *ms Agilent Technologies* длиной 25 м и внутренним диаметром 0,25 мм, газ-носитель – гелий. Режим анализа – программированный, скорость нагрева термостата колонки 7°C/мин. в диапазоне 125–320°C. Выдержка при начальной температуре – 1,5 мин. Температура испарителя – 280°C, соединительного элемента двух приборов – 270°C, масс-спектрометра – 150–230°C.

Масс-спектрометр – квадрупольный, с ионизацией электронами (70 эВ), используется в режиме селективных ионов, или масс-фрагментографии, при периодическом сканировании до тридцати ионов в пяти интервалах времени.

Площади пиков маркеров на масс-фрагментограммах интегрировали автоматически по заданной программе с использованием

внутреннего стандарта. Затем эти данные вводили в программу расчета, подготовленную в электронных таблицах *Microsoft Excel*. Для количественного расчета использовали данные калибровки по дейтерированной тридекановой кислоте.

Статистическую обработку результатов анализов проводили с помощью пакетов прикладных программ *Microsoft Excel*.

Результаты. В исследовании участвовали 92 пациентки подросткового возраста с диагнозом «АМК и первичная дисменорея» и 29 взрослых пациенток с диагнозом «ХЭ».

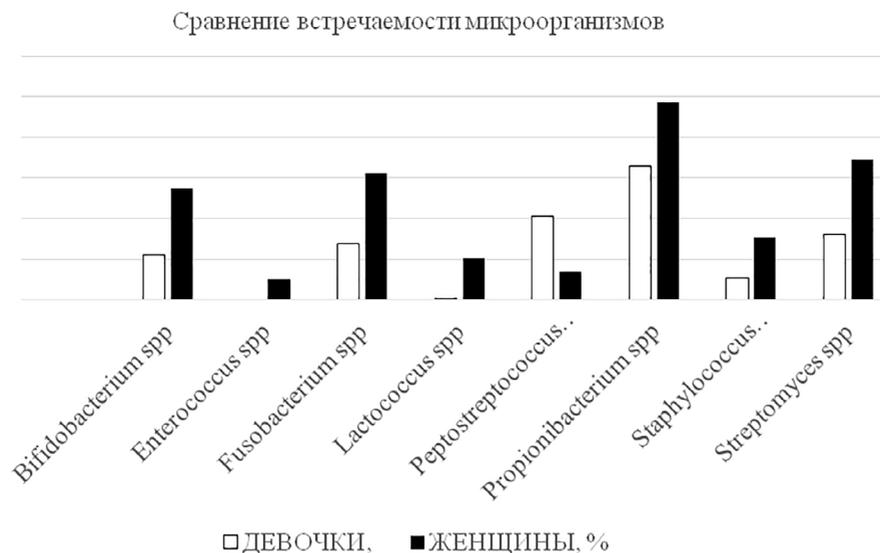
При сравнении микробиоценоза влагалища девушек и женщин установлено, что некоторые бактерии, нечасто заселяющие данный биотоп, больше встречаются у живущих половой жизнью (табл. 1), кроме *Peptostreptococcus anaerobius*. Это можно объяснить обсемененностью извне.

Таблица 1. Сравнение встречаемости микроорганизмов в процентном соотношении

Бактерии	Девочки, %	Женщины, %
<i>Bifidobacterium spp</i>	22	55
<i>Enterococcus spp</i>	0	10
<i>Fusobacterium spp</i>	28	62
<i>Lactococcus spp</i>	1	21
<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	41	14
<i>Propionibacterium spp</i>	66	97
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	11	31
<i>Streptomyces spp</i>	32	69

Данные приведены в гистограмме 1.

Гистограмма 1



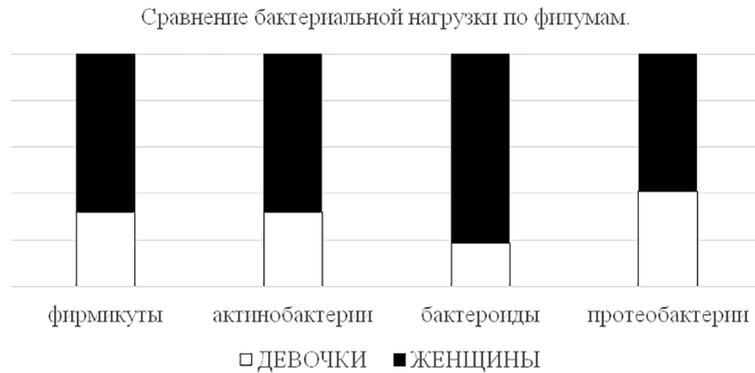
Наибольшая бактериальная нагрузка у женщин видна и по количественному фактору (табл. 2).

Таблица 2. Сравнение бактериальной нагрузки по филумам

Филум	Девочки, 10 ⁵ кл/г биоматериала	Женщины, 10 ⁵ кл/г биоматериала
Фирмикуты	19 286	41 000
Актинобактерии	4 126	8 757
Бактероиды	12	52
Протеобактерии	201	288

Это хорошо видно из гистограммы 2.

Гистограмма 2

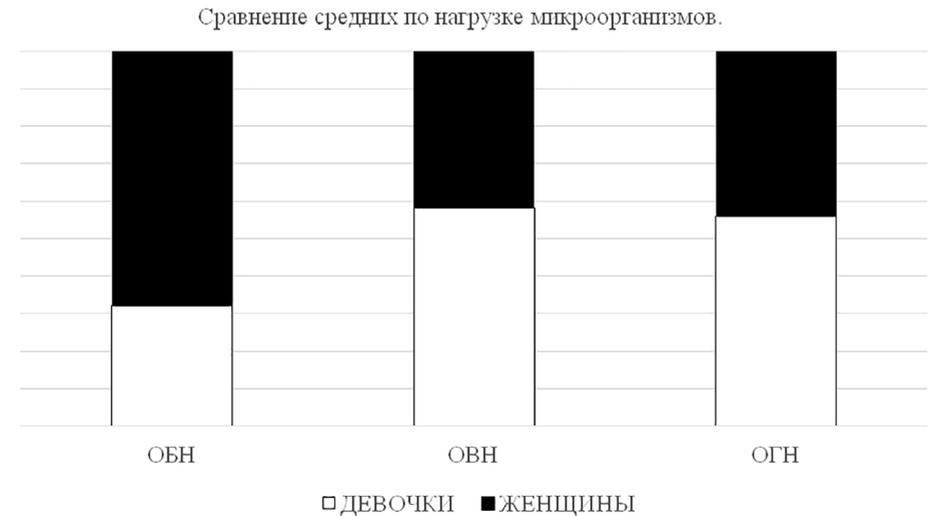
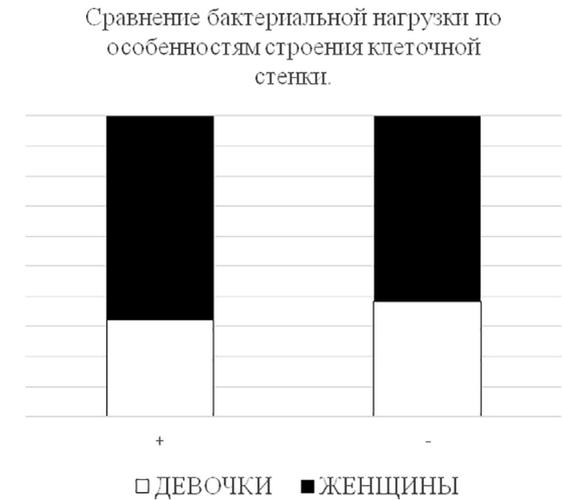


У женщин выше бактериальная нагрузка и по особенностям строения клеточной стенки микроорганизмов (табл. 3). Грамположительных бактерий у девочек меньше в 2 раза, грамотрицательных – в 1,5 раза.

Таблица 3. Сравнение бактериальной нагрузки по особенностям строения клеточной стенки

Бактерии	Девочки, 10 ⁵ кл/г биоматериала	Женщины, 10 ⁵ кл/г биоматериала
Грамположительные бактерии	23 407	49 753
Грамотрицательные бактерии	213	342

Эти данные доказывают, что с вступлением в половую жизнь женщина принимает на свою долю большое количество бактерий, и в зависимости от партнера не всегда «полезных». Если в мужском биотопе наличествуют патогенные бактерии, то они накладываются на уже присутствующие проблемы. Из этого вырастают более серьезные патологии, такие как бесплодие, самопроизвольные выкидыши и т. п.



Однако данные по вирусной (ОВН) и грибковой (ОГН) нагрузке дают необъяснимые результаты (табл. 4). ОВН и ОГН незначительно выше у девочек. Возможно ли предположение, что вирусы или микрогрибы являются преградой к бактериальной обсемененности влагалища? Это требует дальнейшего исследования.

Таблица 4. Сравнение средних по нагрузке микроорганизмов

Нагрузка	Девочки, 10 ⁵ кл/г биоматериала	Женщины, 10 ⁵ кл/г биоматериала
Общая бактериальная	23 626	50 099
Общая вирусная	864	621
Общая грибковая	5600	4431

Выводы. С развитием лабораторной диагностики появляются методы, позволяющие более полно раскрыть микробиоценоз различных биотопов макроорганизма. Одним из таких методов является ХМС, который позволяет получить картину микробного сообщества женских половых органов. Можно наблюдать грибковую и вирусную нагрузку непосредственно данного биотопа, а также бактериальную нагрузку, которая становится выше при внешнем вмешательстве (половой акт).

Многочисленные исследования подтверждают: значительное число органических и функциональных заболеваний женских половых органов берут начало с детства. В свою очередь, гинекологическая заболеваемость девочек и девушек-подростков оказывает существенное влияние на течение будущих беременностей, родов, а также на плодовитость и здоровье потомства в целом.

Нарушение менструального цикла девочек влечет за собой более сложные проблемы в будущем, такие как бесплодие,

невынашиваемость беременности. Поэтому наблюдение девочек врачом-гинекологом с первых дней жизни может внести значимый вклад в сохранение и укрепление потенциала общественного здоровья, в профилактику и раннюю диагностику гинекологических заболеваний и нарушений репродуктивной системы у подростков.

Список литературы

1. Адамян Л.В., Колунов И.Е., Петряйкина Е.Е., Богданова Е.А., Шарков С.М., Сибирская Е.В., и др. Роль детского гинеколога в выявлении факторов риска, диагностики, профилактики и лечения нарушения функции репродуктивной системы // Материалы XV Ассамблеи «Здоровье Москвы». Московская медицина. Спец. выпуск. 2016. № 1. С. 67.
2. Баранов А.А., Шарков С.М., Яцык С.П. Репродуктивное здоровье детей Российской Федерации: проблемы и пути их решения // Рос. педиатр. журн. 2010. № 1. С. 4–7.
3. Долженко И.С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет (состояние, оценка, система мер по его сохранению): Дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 2004.
4. Уварова Е.В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2018. № 1. С. 64–91.
5. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. Москва, 2004. 528 с.
6. Геворгян А.П., Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Арсланян К.Н., Казначеева Т.В. Первичная дисменорея – факторы, влияющие на нее // Материалы XIII Международного конгресса по репродуктивной медицине. 2019. С. 334–335.

7. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Глыбина Т.М., Богданова Е.А. Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий у детей и подростков // *Акушерство и гинекология*. 2012. № 4–1. С. 108–112.

8. Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш. Влагалище как микроэко-система в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии (обзор литературы) // *Гинекология*. 2002. № 4. С. 189–195.

9. Кулаков В.И., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит // *Гинекология*. 2005. Т. 7. № 5–6. С. 302–304.

10. Кобаидзе Е.Г., Падруль М.М., Черемискин В.П. Особенности анамнеза больных с хроническим эндометритом // *Пермский медицинский журнал*. 2015. Т. 32. № 2. С. 25–29.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ: СИНДРОМ ПСЕВДО-БАРТТЕРА У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Городкова Н.А.

*СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический
центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Длительный и бесконтрольный прием мочегонных средств вызывает выраженный дефицит микроэлементов (действует угнетающе на реабсорбацию ионов натрия, хлора, способствует выведению ионов кальция, калия, магния), гиповолемию, усиливает секрецию ренина и ангиотензина II. Хроническая гиперренинемия способствует развитию гиперплазии юктагломерулярного аппарата почек и повышенной продукции альдостерона надпочечниками, что запускает целый каскад ответных реакций. Как исход данных процессов, при отсутствии лечения может развиваться нефрокальциноз и/или хроническая почечная недостаточность, приводящие к инвалидизации пациентов.

Ключевые слова: нарушение пищевого поведения; синдром Барттера; синдром псевдо-Барттера; белково-энергетическая недостаточность; дефицит микроэлементов; хроническая почечная недостаточность; нефрокальциноз; инвалидизация

Актуальность. О том, почему нельзя худеть подросткам, неоднократно говорили многочисленные специалисты. Тем не менее, несмотря на массу научных исследований и пропаганду здорового образа жизни, среди молодежи данная тема не перестает быть актуальной. Как известно, подростковый возраст – переходный

период, во время которого организм быстрыми темпами пере-страивается. Это затрагивает сразу все аспекты жизни, в том числе физиологию и психологию.

На фоне изменившихся за последние годы социально-экономических и экологических условий, ухудшения качества жизни выявляются отчетливые негативные сдвиги в состоянии здоровья населения России [1–3]. Отклонения в состоянии здоровья, сформировавшиеся в подростковом возрасте, снижают возможности реализации молодым человеком важнейших социальных и биологических функций. Дети – это наши инвестиции в общество будущего. От их здоровья и от того, каким образом мы обеспечиваем их рост и развитие до достижения ими зрелого возраста, будет зависеть уровень благосостояния и стабильности в странах Европы в последующие десятилетия [4].

Большая часть подростков с нарушениями пищевого поведения (далее – НПП) – девушки, которые, следуя моде, стремятся соответствовать идеалам красоты, пропагандируемым со страниц глянце-вых журналов, экранов ТВ и в индустрии моды. На более ранних этапах сознательное ограничение пищи тщательно диссимулируется, и диагноз «нервная анорексия» (НА) устанавливается лишь спустя 3–4 и более лет от начала интенсивного похудения [5]. К моменту обращения к врачам разных специальностей приходится бороться с осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы (вторичные кардиомиопатии), эндокринной системы, гинекологии, гастроэнтерологии, нефрологии. Зачастую единственной причиной, по которой девушки-подростки обращаются к врачу, является нарушение менструального цикла вплоть до аменореи.

С 2016 года в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городской консультативно-

диагностический центр для детей “Ювента” (репродуктивное здоровье)» начали работать Центр коррекции нарушений пище-вого поведения (ЦК НПП) и Школа родителей. Был разработан комплексный подход к ведению таких пациенток на амбулатор-ном этапе с участием врачей разных специальностей, в первую очередь – психотерапевта и медицинского психолога. Решение о возможности амбулаторного лечения должно приниматься в каждом конкретном случае на основании учета психопатоло-гической и поведенческой симптоматики, а также соматического состояния пациента.

Больные нервной анорексией достигают одной и той же цели (похудание) различными способами: принимают слабительные и мочегонные препараты, средства, снижающие аппетит, одно-временно применяя большие физические нагрузки. Одним из та-ких вариантов является прием большого количества мочегонных средств. Метод избавления от лишнего веса с помощью диурети-ков обрел большую популярность. Мочегонные препараты дей-ствительно помогают похудеть, но они далеко не безвредны. Чаще всего подростки используют петлевые диуретики из-за их быстро-го и «сильного» эффекта. Препараты действуют угнетающе на ре-абсорбацию ионов натрия, хлора, способствуют выведению ионов кальция, калия, магния; при этом повышается риск летального ис-хода вследствие нарушения метаболизма и остановки сердца. Это связано с тем, что в организме появляется ярко выраженный де-фицит микроэлементов, необходимых для нормального функци-онирования всех органов и систем. В физическом плане человек теряет работоспособность, выносливость, организм теряет способ-ность регулировать температуру тела, что ведет к обезвоживанию, слабости, сбою циркуляции кровотока. Для подростка основной

эффект – это снижение массы тела. Несомненно, что чем более выражен дефицит массы тела, тем более значительных нарушений обмена веществ следует ожидать; чаще наступает БЭН. Снижение веса более чем на 15% от среднего показателя либо при индексе массы тела по Кетле 17,5 является критическим значением [6, 7]. В данной статье хочется обратить внимание врачей разных специальностей, но в основном педиатров, терапевтов и нефрологов, на такое осложнение, как синдром псевдо-Барттера, развивающегося в результате длительного и бесконтрольного приема мочегонных средств девушками-подростками с НПП. **Лекарства от синдрома Барттера нет.** Лечение направлено на конкретные симптомы, требует пожизненного приема определенных добавок и препаратов. При отсутствии лечения может развиваться нефрокальциноз и/или хроническая почечная недостаточность. Без учета анамнеза (указания на НПП и прием мочегонных, что часто тщательно скрывается пациентами), симптомов (которые не носят специфический характер), настороженности врача постановка правильного диагноза крайне затруднительна.

Цель. Привлечь внимание педиатров, терапевтов, врачей общей практики, нефрологов к пациентам, имеющим неспецифическую симптоматику и признаки БЭН. Обратит внимание на детальную проработку анамнестических данных, необходимость комплексного обследования данной категории пациентов (учитывая анамнез) для своевременной диагностики синдрома псевдо-Барттера и, как результат, предотвращения развития хронической болезни почек, приводящей к ранней инвалидизации.

Материал и методы. Изучение и анализ литературы по данной проблеме и собственные клинические наблюдения автора.

Результаты. Синдром Барттера (*Bartter Frederic Crosby*, американский эндокринолог) в клинической нефрологии представляет собой редкую генную мутацию – дефект петли Генле, наследуемую по аутосомно-рецессивному типу и проявляющуюся, как правило, уже в детском возрасте.

В 1962 году *F.C. Bartter* и соавторы [8] описали двух пациентов с гипокалиемическим алкалозом, гиперальдостеронизмом на фоне нормального артериального давления (АД), сниженной прессорной реакцией на введение ангиотензина II (АII) и гиперплазией юкстагломерулярного аппарата почек (ЮГА). Неспособность почечных нефронов задерживать калий приводит к хронической потере его с мочой и уменьшению объема циркулирующей крови при нормальном или пониженном АД. Причиной синдрома Барттера считают нарушение транспортной функции почечных канальцев, проявляющееся снижением реабсорбции ионов Cl (и, соответственно, Na) клетками толстого восходящего отдела петли Генле (ТолВПГ). Это приводит к гиповолемии, избытку натрия и воды в дистальной части нефрона, усилению секреции ионов K и натрий-калиевого обмена. Гипокалиемия стимулирует образование простагландинов E_2 и I_2 , что приводит к усилению секреции ренина и АII.

Хроническая гиперренинемия способствует развитию гиперплазии юкстагломерулярного аппарата почек и повышенной продукции альдостерона надпочечниками. АII и альдостерон вызывают увеличение уровня почечного калликреина с дальнейшим повышением содержания брадикинина плазмы крови. Альдостерон приводит к усилению выведения калия почками. Калликреин (брадикинин) и простагландины блокируют вазопрессорный

эффект АII, поддерживая нормальную величину артериального давления. В 1966 году *H.J. Gitelman* и соавт. представили истории болезни трех пациентов с мышечной слабостью, обусловленной дефицитом K^+ , и хроническим дерматитом (возможно, атрибут дефицита Mg^{2+}) вследствие потерь указанных ионов с мочой [9]. Заболевание также протекало на фоне гиперальдостеронизма и гиперренинемии. Описанное состояние, получившее наименование «Синдром Гительмана» (далее – СГ), имело явные признаки сходства с синдромом, описанным *F.C. Bartter* и соавторами в 1962 году. Эти наблюдения легли в основу открытия целой группы наследственных тубулопатий, получивших в качестве одного из наиболее распространенных название «Синдром Барттера» (далее – СБ) [10]. Достижения современной генетики и молекулярной биологии позволили раскрыть первопричины этих состояний (мутации генов, кодирующих соответствующие ионные транспортеры или рецепторы). В зависимости от вида пораженных генов различают несколько фенотипов. Также встречается приобретенный синдром псевдо-Барттера, характеризующийся сходными проявлениями, но не сопровождающийся врожденной патологией почечных канальцев. Впервые признаки, характерные для псевдо-Барттер синдрома, описали в 1951 году *W.R. Kessler* и *D.H. Andersen*. Авторы наблюдали «тепловую прострацию» у детей жарким летом 1948 года. В 1959 году в Австралии *W.A.C. Douglas* наблюдал двоих детей с симптомами острого недостатка солей. В 1971 году *R.P. Gottlieb*, а в 1979 *R.C. Beckerman* и *L.M. Taussig* описали случаи метаболического алкалоза, гипохлоремии и гипокалиемии у детей с муковисцидозом, не связанные с выраженным обезвоживанием и перегревом. Это осложнение стали назвать синдромом псевдо-Барттера.

Синдром псевдо-Барттера – симптомокомплекс, характеризующийся гипокалиемией, гипохлоремией, метаболическим алкалозом, обезвоживанием, повышенной активностью ренина плазмы крови, повышенным содержанием альдостерона в крови. При длительном применении петлевых диуретиков (псевдо-Барттеровский синдром), которые являются специфическими ингибиторами *Na K 2Cl*-котранспортера (*NKCC2*), угнетается активность *NKCC2*, *CLC-Kb* или *ROMK*-каналов, в конечном итоге нарушается сложная система транспорта ионов в данном отделе нефрона.

В свое время была создана клиническая классификация наследственных аутосомно-рецессивных тубулопатий, которую с незначительными изменениями предлагают применять и в настоящее время [10]. Согласно этой классификации, СБ подразделяется на следующие подгруппы:

1. Антенатальный СБ (гиперпростагландин *E2* синдром).
2. Классический СБ.
3. СГ.
4. Псевдо-Барттеровский синдром.

Диагностика. Диагноз устанавливают на основании чувства жажды и большого количества отделяемой мочи; обращают внимание на эпизоды рвоты, диареи, ведущих к дегидратации. Собирают анамнез на предмет судорог, парезов. При проведении динамической тонометрии фиксируют отсутствие повышенного артериального давления. Для определения функциональной способности почек назначают исследование крови на уровень мочевины, креатинина, мочевой кислоты, общий анализ мочи, пробу Реберга, пробу Зимницкого.

В анализах характерно следующее:

- снижение уровня калия, хлора, натрия, магния в крови и их соответственное повышение в моче;
- повышение содержания простагландинов и калликреина в моче;
- повышение содержания кальция в моче;
- повышение содержания фосфора, ренина и альдостерона в крови.

Это хроническое состояние требует регулярного приема предписанных лекарств, что часто бывает трудно для детей и подростков. Пациенты должны знать о возможных неблагоприятных последствиях медицинской терапии, особенно раздражения желудочно-кишечного тракта, кровотечения. Люди, как правило, истощаются, если ограничены натрием и водой. Должна быть обеспечена адекватная замена жидкости и электролита, особенно в жаркую погоду, во время физических упражнений. Пациентам следует избегать интенсивных упражнений из-за опасности обезвоживания и функциональных нарушений сердечной деятельности, вторичных по отношению к дисбалансу калия. Что касается диеты, необходимо знать, какие продукты имеют высокое содержание калия. Основой лечения синдрома Барттера является восстановление баланса жидкостей и электролитов в организме. Подход может варьироваться от человека к человеку в зависимости от тяжести симптомов. Некоторым пациентам могут потребоваться минимальные терапевтические вмешательства или самопроизвольная нормализация без необходимости дальнейшего лечения. Другим может потребоваться помощь в течение всей жизни от группы специалистов, включая педиатра, терапевта, нефролога. Добавки натрия, хлорида калия и магния

часто используются для коррекции электролитного дисбаланса. Для лечения воспаления и снижения уровня простагландина, которые способствуют чрезмерному мочеиспусканию, могут быть назначены нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Блокаторы желудочной кислоты могут быть необходимы для снижения риска возникновения язв и кровотечений, вызванных длительным применением НПВП. Другие лекарства, такие как антагонисты альдостерона, блокаторы рецепторов ангиотензина II и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), могут потребоваться для снижения уровня ренина и риска повреждения почек. В зависимости от того, какие электролиты не сбалансированы, могут потребоваться мочегонные средства, не содержащие калия (такие как спиронолактон или амилорид), для увеличения выделения натрия в моче, но удерживающие калий.

В 2018 году на амбулаторный прием к терапевту Центра была направлена пациентка Р., 17 лет 4 мес., обратившаяся к психотерапевту в ЦКНПП после выписки из ФГБОУ ВО СПбГПМУ, где она находилась в педиатрическом отделении № 1 (нефрология) с целью обследования, уточнения диагноза и выработки тактики дальнейшего ведения. При выписке диагноз трактовался так: *Bartter*-синдром III, приобретенный, смешанного генеза, в том числе лекарственно индуцированный (плаквенил). Острое почечное повреждение, персистирующее более трех месяцев. Хроническая болезнь почек, ХБП С1. Нервная анорексия.

Диагноз сопутствующий: БЭН 2-й степени смешанного генеза. Хронический ринит. Атрофический. Тотальная перфорация носовой перегородки. Железодефицитная анемия, гипохромная, смешанного генеза, легкой степени. Контактный дерматит.

Хронический гастродуоденит, *HP+*-ассоциированный, обострение. Лямблиоз. Формирующаяся хроническая надпочечниковая недостаточность.

Из анамнеза известно, что с осени 2017 года пациентка начала терять в весе, отмечено снижение эмоционального тонуса, что трактовалось как нервная анорексия. В январе 2018 года при обследовании выявлен высокий титр антинуклеарного фактора (1:1280), ускоренная СОЭ, лейкопения, тромбоцитоз, что в сочетании с синдромом Рейно, перфорацией носовой перегородки (после перенесенного острого гайморита в сентябре 2017 года) позволило предположить аутоиммунное заболевание. Начата терапия плаквенилом, индометацином, аспаркамом и амлодипином, которая проводилась один месяц. Продолжалось обследование, аутоиммунный процесс исключен. Повышение креатинина, мочевой кислоты, снижение СКФ расценено как острое почечное повреждение класса риск, проводимая терапия отменена. Учитывая повышение уровня ренина плазмы крови (128 пг/мл), альдостерона в крови (327 пг/мл), выраженную гипокалиемию (2,5 ммоль/л), некомпенсированный метаболический алкалоз, повышение уровня креатинина (0,197 ммоль/л), снижение функции почек СКФ по пробе Реберга 48,00 мл/мин/1,73 м², СКФ по формуле *Schwartz* 40,77 мл/мин/1,73 м², снижение уровня магния (0,62 ммоль/л), железа сыворотки крови (5,7 мкмоль/л), повышение НЖСС (89,5 мкмоль/л); нормальное артериальное давление за время наблюдения пациентки; улучшение клинических и лабораторных показателей на инфузионное введение хлористого калия, глюкозы, наиболее вероятен диагноз *Bartter* синдром, III тип, приобретенный, смешанного генеза на фоне БЭН, нервная анорексия. Во время плановой госпитализации

в мае 2018 года отмечалось снижение массы тела (индекс Кетле 14,5), слабость, вялость, апатия, головокружения, иногда рвота; ухудшение лабораторных показателей. Пациентка проконсультирована психиатром, неврологом. Удалось установить причину ухудшения. Из анамнеза жизни известно, что в возрасте 10–11 лет проходила лечение в психоневрологическом стационаре с нервной анорексией. Состояние стабильное до 2017 года, когда опять начала снижать массу тела, вызывая рвоту и принимая петлевые диуретики до 5–6 таблеток в сутки. Проводимая поликомпонентная терапия метаболических нарушений при канальцевых расстройствах почек, приобретенного заболевания почек – псевдо-Барттер синдром на фоне нервной анорексии с БЭН, дала положительный эффект.

Таким образом, для постановки диагноза была необходима в том числе консультация и работа с психиатром, что позволило уточнить причину имеющихся клинических и лабораторных изменений.

В 2019 году в Центр «Ювента» обратилась пациентка К. 16 лет 7 мес. на консультацию к гинекологу с жалобами на нарушение менструального цикла. Из анамнеза известно, что в течение года находится под наблюдением и проходит лечение у нефролога с диагнозом синдром псевдо-Барттера, приобретенный. Хроническая болезнь почек, ХБП С1-2. БЭН 2-й степени на фоне нервной анорексии. История заболевания схожа с предыдущим случаем. С целью снижения массы тела принимала петлевые диуретики длительное время. Обратилась к педиатру с жалобами на отеки лица, ног, рук. Госпитализирована в нефрологическое отделение ФГБОУ ВО СПбГПМУ для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациентки. Постоянно принимает калийсберегающий

диуретик (верошпирон), препараты калия, магния, нефропротектор (элькар), кетостерил, препараты железа, осуществляется симптоматическая коррекция лечения. Наблюдается у психиатра, проводится групповая и индивидуальная психотерапия. Следует отметить – диагностика точного варианта СБ на основе клинико-функциональных данных не может считаться достоверной.

К сожалению, молекулярно-генетический анализ у данных пациенток не был выполнен по техническим причинам. Однако они остаются под наблюдением клиники, и, возможно, через некоторое время диагноз будет уточнен.

В любом случае представленные наблюдения иллюстрируют интересный вариант канальцевой дисфункции, который могут встретить не только педиатры, но и «взрослые» нефрологи. Для врача-интерниста очень важно на первом этапе обратить внимание на особенности пищевого поведения пациента, жалобы и клинико-лабораторные данные для ранней постановки диагноза и правильного, комплексного ведения пациента. Специалистам Центра «Ювента» часто приходится сталкиваться с пациентками с НПП и БЭН, и мы хотим поделиться своими наблюдениями и опытом работы.

Список литературы

1. Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты // Педиатрия. 1999. № 3. С. 4–6.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 120 с.
3. Bogin B.A. Patterns of Human Growth. 2nd ed. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1999. 455 p.

4. Здоровье молодежи – забота общества. Доклад исследовательской группы ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения: Женева, 1987. 127 с.

5. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. Москва: Медицина, 1986. 176 с.

6. Руководство по клиническому питанию / Под ред. В.М. Луфта, С.Ф. Багненко. Санкт-Петербург: Арт-экспресс, 2013. 448 с.

7. Назаренко О.Н., Юрчик К.В., Дмитрачков В.В. Диагностика и коррекция белково-энергетической недостаточности и нарушений трофологического статуса у детей. Учебно-метод. пособие. Минск, 2015. 56 с.

8. Bartter F.C., Pronove P., Gill J.R., MacCardle R.C. Hyperplasia of juxtaglomerular complex with hyperaldosteronism and hypokalemic alkalosis. A new syndrome. *Am J Med* 1962;33:811–28.

9. Gitelman H.J., Graham J.B., Welt L.G. A new familial disorder characterized by hypokalemia and hypomagnesemia. *Trans Assoc Am Physicians* 1966;79:221–35.

10. Зверев Я.Ф., Брюханов В.М., Лампатов В.В. Заболевания и синдромы, обусловленные генетическими нарушениями почечного транспорта электролитов. *Нефрология*. 2004. № 8(4). С. 11–24.

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Пичиков А.А., Волкова Е.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия
СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)», Санкт-Петербург, Россия*

Расстройства пищевого поведения (РПП) являются сложной и многосторонней проблемой, далекой от своего решения. При оценке распространенности РПП все исследования указывают на преобладание нарушений у лиц женского пола. При этом менструальная дисфункция у женщин является общей чертой для всех типов РПП. Менструальные циклы в первые два или три года после менархе могут быть нерегулярными. Это явление полностью физиологично и связано с созреванием правильных обратных связей в системе «гипоталамус – гипофиз – половые железы». Нарушения менструального цикла (НМЦ), возникающие у молодых девушек после этого периода, могут указывать на значимую дисфункцию в этой системе. То, что РПП являются фактором риска НМЦ, считается доказанным фактом. Например, в МКБ-10 аменорея является одним из основных критериев для постановки диагноза НА (хотя уже в *DSM-V* данный признак был удален как необязательный, что в итоге способствовало расширительной диагностике). Исследования показывают, что менструация прекращается более чем у 90% девушек с НА, а у 20% менструация прекращается до значительной потери

веса. По статистике, у 68% пациенток, страдающих различными РПП, наблюдается аменорея. Этиология менструальной дисфункции у девушек с РПП многогранна и является результатом сложного взаимодействия различных факторов, включая массу тела, количество жира в организме, уровень лептина и половых гормонов, физической нагрузки и психологических стрессоров. Особое значение приобретает и ряд личностных характеристик. Например, самооценка, особенно в подростковом возрасте, может быть тесно связана с формированием собственного образа тела и перфекционизмом. Когда уровень самооценки низкий, это влияет на удовлетворенность формой и размером тела и коррелирует с более высоким уровнем патологического пищевого поведения, связанного с контролем веса, что, в свою очередь, может влиять на менструальный цикл девушки.

До сих пор существует небольшое количество исследований, позволяющих оценить взаимосвязь дисрегуляции менструального цикла, нарушений пищевого поведения и особенностей личности у девушек-подростков. Помимо этого, верификация НМЦ в виде вторичной аменореи происходит в момент диагностики клинически оформленных РПП, что не всегда позволяет получить достоверные сведения об изменениях в менструальном цикле на начальных этапах формирования различных отклонений в пищевом поведении, а также прояснить их связь с психологическими характеристиками личности.

Необходимо учитывать тот факт, что подростковый возраст является сложным периодом физического и психического роста и развития, а менструальная дисфункция может быть напрямую связана с различными дистрессовыми переживаниями в этот период. Значение менструальной дисфункции у подростков с РПП

особенно важно при рассмотрении ее влияния на линейный рост, пубертатное развитие, минерализацию костей и когнитивное функционирование. Следовательно, если допустить, что различные НМЦ могут быть связаны с проявлениями пищевых нарушений, а в дальнейшем определять течение РПП, то исследование личностных факторов, поддерживающих нарушения пищевого поведения у таких девушек, позволит дифференцированно подходить к психопрофилактическим мероприятиям в соответствии с тем или иным гинекологическим диагнозом.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ САМООТНОШЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Фёдорова Е.Я.

*СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический
центр для детей “Ювента”
(репродуктивное здоровье)»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Пищевое поведение, направленное на удовлетворение самых разнообразных потребностей, в подростковом возрасте приобретает особую социальную значимость, становится средством коммуникации со сверстниками. Поскольку именно на этот период жизни приходится становление самосознания личности и самооотношения как его компонента, очень важно вовремя провести профилактические мероприятия по предотвращению формирования неадекватного восприятия подростками собственного тела.

Было проведено исследование эмоционально-личностной сферы, а также стиля пищевого поведения у девушек-подростков с пищевыми расстройствами. В результате психодиагностического исследования было выявлено, что для девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения характерны: высокий уровень личностной тревожности, нарушения в структуре самооотношения, нарушения в системе значимых отношений, дисморфобические тенденции.

На основании результатов данного исследования были выделены мишени психологической коррекции самооотношения девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения.

Ключевые слова: пищевые расстройства; подростки; психологическая коррекция; самоотношение

Актуальность. С каждым годом проблема нарушений пищевого поведения среди подростков приобретает все большую значимость. На пубертатный период приходится усвоение базовых общечеловеческих ценностей, а также формирование ключевых способов взаимодействия с окружающим миром. Потребность соответствовать критериям, принятым среди современной молодежи, оказывает мощное давление на психику подростка, вынуждая его обращать повышенное внимание на то, как он выглядит и как себя ведет. Средства массовой информации и современная субкультура отнюдь не всегда оказывают благотворное влияние на молодежь: навязывание искаженных, порой даже ложных идеалов, а также ошибочных ценностных ориентиров зачастую приводит к деформации системы значимых отношений и структуры самоотношения у подростков. Подобные нарушения в итоге могут явиться причиной развития девиантного поведения, в том числе нарушений пищевого поведения.

По данным мировой статистики, нарушения пищевого поведения являются причиной смерти одного человека каждые 62 минуты. Нервная анорексия – причина гибели 5-6% больных, она занимает первое место по уровню смертности среди прочих нарушений пищевого поведения [1]. В России до сих пор не проводилось крупных статистических исследований, касающихся распространенности расстройств пищевого поведения среди молодежи. Недостаточная освещенность данной проблемы в обществе и связанная с ней низкая осведомленность населения приводит к тому, что люди с расстройством пищевого

поведения часто получают необходимую медицинскую помощь уже на поздних стадиях болезни, когда в организме происходят необратимые изменения.

Исследование степени сформированности нарушений пищевого поведения среди школьников старших классов общеобразовательных школ Санкт-Петербурга, проведенное М.С. Матусевич, выявило отсутствие пищевой зависимости у 45% испытуемых девушек, из которых 5% находится на границе нормы, что означает риск развития зависимости, тогда как 50% уже имеют разную степень пищевой зависимости. Подобное исследование, проведенное среди студентов первых-вторых курсов высших учебных заведений Санкт-Петербурга, выявило предрасположенность 80% опрошенной аудитории к той или иной группе пищевых отклонений. Эти тревожные результаты дают наглядное представление о существующей картине пищевых нарушений среди школьников старших классов и студентов первых-вторых курсов высших учебных заведений [2]. Возрастающая распространенность пищевых расстройств среди подростков, а также вызываемая ими опасность для здоровья молодежи (в том числе репродуктивного) требуют разработки эффективных программ профилактики нарушений пищевого поведения.

Самоотношение в подростковом возрасте

Подростковый возраст является критическим для формирования самоотношения. Это обусловлено неоднозначностью и противоречивостью развития детей на данном возрастном этапе. Особенности развития личности в этот период во многом определяют и последующий жизненный путь. В подростковом возрасте наиболее четко проступают все особенности психической сферы ребенка и проявляются результаты воздействия социальной среды.

Самоотношение – ведущий компонент структуры самосознания подростка, обуславливающий развитие в его сознании совершенно новых психологических образований – размышлений о себе, других, обществе. Своеобразие самоотношения в подростковом возрасте определяется тем, что именно в этот период происходит становление самосознания личности, сопровождаемое рядом психосоциальных противоречий: с одной стороны, подросток воспринимает себя как личность исключительную, ставит себя выше других людей, с другой стороны – сомневается в себе, но старается не допускать в сознание эти сомнения [3].

В.С. Мерлин видит особенность самоотношения подростка в том, что выработанная им ранее система оценочных суждений в свой адрес и в адрес других, сложившееся эмоционально-оценочное отношение к собственному «я» начинает подвергаться влиянию оценочных суждений сверстников, выступающих на данном возрастном этапе референтной группой. Создающееся внутриличностное противоречие в оценке себя и других, ценностях, интересах имеет свое проявление в поведении [4]. Ключевым противоречием самосознания данного периода, согласно Д.И. Фельдштейну, является противоречие между недовольством собой, с одной стороны, и потребностью в общем положительном отношении к себе как к личности со стороны окружающих – с другой [5].

Появление дезадаптивных пищевых установок в подростковом возрасте часто объясняется стигматизацией полноты и пропагандой идеала худобы среди девушек. Для подростков чрезвычайно важно, чтобы их тело и внешность соответствовали стереотипному образу маскулинности и феминности. Гормональные изменения, «телесные новообразования», далекие

от идеала, порождают сомнения в собственной привлекательности, что повышает неудовлетворенность телом. Например, данные ряда исследований говорят о том, что от 28 до 55% девушек подросткового возраста недовольны своим телом и желают быть худее [6]. Непринятие своей внешности, негативная оценка фигуры и веса толкает подростков к поиску различных способов реконструкции своего тела, которые чаще приносят вред, нежели пользу. Е.И. Дубровская, изучившая данные 363 девочек подросткового возраста, установила, что 11% испытуемых практикуют искусственно вызванную рвоту, 5% принимают слабительные, у 46% отмечаются симптомы компульсивного переедания, у 8% – симптомы нервной анорексии [7].

Стоит отметить возможные сложности, с которыми могут столкнуться специалисты при диагностике пищевых расстройств у подростков. Е.В. Филлипова выделяет следующие препятствия при диагностике анорексии у подростков:

1. сложности при попытках оценить влияние расстройства на когнитивную и эмоциональную сферу подростка;
2. невозможность использования критерия аменореи как одного из важнейших при диагностике анорексии у взрослых;
3. невозможность достоверно оценить степень выраженности дисморфомании в связи со сложностями самоотчета у подростков [8].

Когнитивная незрелость подростков может стать препятствием для вычленения основного поведенческо-когнитивно-эмоционального комплекса булимии: острый аппетит – переедание – чувство вины и ощущение потери контроля – вызывание рвоты или иные формы очистительного поведения [8]. Сложность диагностики связана еще и с тем, что вред, который подросток

может наносить своему здоровью, часто не очевиден окружающим его взрослым, поскольку вызывание рвоты и прием препаратов для «очистения» организма от последствий пищевых приступов, как правило, совершаются подростками в строгой тайне и долгое время не имеют внешних проявлений.

Психологическая коррекция самооотношения девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения

На данный момент не существует единого определения понятия психологической коррекции: в научной литературе встречается несколько подходов к ее пониманию. Как отмечает Т.С. Яценко, психокоррекционный процесс ориентирован на изучение статических качеств психики и выявление их дисфункций и поэтому должен служить активизации пластичности и мобильности психической организации субъекта [9]. С точки зрения Е.И. Дубровиной, психологическая коррекция рассматривается как форма психолого-педагогической деятельности, направленная на исправление тенденций психического развития, которые не соответствуют гипотетической оптимальной модели нормального развития [7]. Е.С. Онищенко определяет психологическую коррекцию как тактичное вмешательство в процессы психического и личностного развития человека с целью исправления отклонений в этих процессах, часто оказывающее влияние не только на личность, но и на ее окружение, организацию ее жизнедеятельности [1].

Существенным плюсом психологической коррекции является то, что ее осуществление возможно даже тогда, когда пациент не понимает сути своих проблем и психологического содержания коррекционных упражнений. Это становится возможным, так как психологическая коррекция изначально не несет в себе

цели кардинального изменения взглядов пациента. Психологическая коррекция также рассматривается как процесс расширения диапазона возможных способов реагирования на те или иные раздражители, формирование навыков, служащих повышению адаптационного потенциала человека. Психологическая коррекция не имеет своих специфических методик, а пользуется в зависимости от потребностей методами психотерапии, педагогической психологии, педагогики, медицины.

По форме организации выделяются следующие виды психологической коррекции:

1) общая (психокоррекционные мероприятия, нормализующие социальную среду пациента и регулирующие его эмоциональные нагрузки);

2) частная (психокоррекционные мероприятия, представляющие собой адаптированные для детского и подросткового возраста приемы и методики, которые используются в работе со взрослыми и применяются в общей системе образовательных процессов: игровая, музыкальная, драмотерапия);

3) специальная (психокоррекционные мероприятия для работы с конкретным пациентом или группой пациентов по решению конкретных задач формирования личности, отдельных ее свойств или психических функций, проявляющихся в отклоняющемся поведении) [10].

Что касается психокоррекционного вмешательства в период подросткового возраста, то к наиболее эффективным методам и методикам можно отнести [11]:

1) арт-терапию – направление в психотерапии и психологической коррекции, основной целью которого является

воздействие на психоэмоциональное состояние пациента посредством творческого самовыражения [10];

2) методы когнитивно-поведенческой терапии, главная цель которой – исправление дезадаптивных форм поведения и помощь в овладении новыми адаптивными навыками поведения [12];

3) методы социальной терапии, целью которой является использование социального принятия, признания и одобрения подростка референтной группой и взрослым окружением [11];

4) методы системной семейной терапии, которые могут быть эффективны при психологической коррекции подростковых девиаций, поскольку часто болезнь ребенка является симптомом семейных нарушений [13].

Цель. Изучение структуры самоотношения девушек-подростков с расстройствами пищевого поведения. В соответствии с этим были поставлены следующие задачи:

1) теоретический анализ психологических исследований проблемы;

2) сбор биографических данных;

3) исследование эмоционально-личностной сферы;

4) исследования стиля пищевого поведения;

5) проведение корреляционного анализа результатов, полученных в клинической и контрольной группах.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Городского консультативно-диагностического центра «Ювента». Для решения поставленной задачи и достижения целей исследования применялись: биографический метод, шкала тревоги Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина, опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантелеева, а также шкала оценки пищевого поведения. Обработка эмпирического материала велась

с помощью методов описательной статистики: вычислялись среднегрупповые значения показателей и величины стандартных отклонений. Для определения взаимосвязей между показателями использовался коэффициент корреляции Пирсона, числовой показатель которого лежит в диапазоне от -1 до +1.

Объектом исследования выступили девушки-подростки в возрасте от 13 до 17 лет, всего 50 человек. В первую группу (клиническую) вошли 25 девушек с расстройствами пищевого поведения (F50.0, F 50.1, F50.2, F50.4), проходящих лечение на базе исследования. Вторую группу (контрольную) составили 25 учениц старших классов СОШ, не имеющих в анамнезе нарушений пищевого поведения. Средний возраст участников исследования составил 15 лет.

Результаты. Обнаружены значимые отличия в структуре самоотношения девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения и девушек, не имеющих подобных расстройств в анамнезе. Девушки с нарушениями пищевого поведения в нашей выборке выявили склонность проявлять высокую личностную тревожность и занижать собственную компетентность. Более того, высокая личностная тревожность у испытуемых представленной выборки связана с наличием расстройств пищевого поведения. Подобный результат позволяет сделать вывод о том, что высокий уровень личностной тревожности повышает вероятность формирования пищевых расстройств у подростков. В то же время чем более благосклонен к себе испытуемый, тем менее выражено у него состояние испытываемой тревоги при оценке личностной компетентности. Что касается испытуемых контрольной группы, то для большинства из них характерен умеренный уровень личностной тревожности, являющийся вариантом тестовой нормы.

Для большинства испытуемых клинической группы характерны чрезмерное беспокойство о весе и систематические попытки похудеть вследствие субъективного восприятия некоторых частей тела чрезмерно полными. Высокая готовность к ситуациям переедания и очищения сочетается с дефицитом уверенности в распознавании чувства голода и насыщения, что, в свою очередь, вызывает у испытуемых состояние выраженной реактивной тревоги. Чем сильнее испытуемый беспокоится о весе и чем чаще предпринимает попытки похудеть, тем выше будет его готовность к перееданию и последующему очищению. Для большинства испытуемых клинической группы характерно ощущение неспособности контролировать свою жизнь, чувство одиночества, а также отстраненность от контактов с окружающими.

Что касается самооценки, у подростков с нарушениями пищевого поведения была обнаружена склонность более жестко оценивать собственную личность. Для данных испытуемых типично ожидание негативного отношения от окружающих, а также общие сложности в адекватной интерпретации межличностных взаимодействий. Собственная личность для большинства испытуемых клинической группы не представляет интереса, при этом они также не уверены в своей интересности и привлекательности для окружающих. Вследствие низкой оценки своих сил и возможностей, а также чрезмерной самокритичности для испытуемых характерно чувство субъективной некомпетентности. Выраженная склонность недостаточно тщательно обдумывать последствия своих действий и часто полагаться на случай сочетается с высокой готовностью к самообвинению, что может являться своеобразным проявлением психологической защиты. Помимо этого было обнаружено, что чем выше

уровень личностной тревожности у испытуемого, тем ярче будут выражены вышеперечисленные особенности самооценки.

На основе полученных результатов можно выделить следующие мишени психологической коррекции самооценки подростков с нарушениями пищевого поведения:

- изменение отношений, касающихся нарушений схемы тела и негативных чувств относительно собственной фигуры;
- овладение навыками осознанного выхода из затруднительных ситуаций;
- изменение дисфункциональных когниций, связанных с нарушением системы значимых отношений;
- овладение методами совладания со стрессом;
- повышение самооценки.

Выводы. Подростковый возраст, сопровождающийся множеством психосоциальных противоречий, особой чувствительностью к критике референтной группы, реакциями эмансипации и подчинением веяниям моды, становится благотворной средой для развития различных видов нарушений пищевого поведения.

Диагностика пищевых расстройств у подростков имеет множество сложностей: начиная с когнитивной незрелости подростков, неадекватных представлений об «идеальном теле» и заканчивая склонностью скрывать свои истинные переживания от взрослых.

В результате психодиагностического исследования было выявлено, что для девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения характерны:

- склонность реагировать состоянием выраженной тревоги на обширный круг ситуаций;
- чрезмерная обеспокоенность своим внешним видом, дисморфофобия;

- нарушения в структуре самоотношения;
- сложности в адекватной интерпретации межличностных взаимодействий.

Список литературы

1. American Psychiatric Assotiation [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists> (дата обращения: 15.06.2019).
2. Матусевич М.С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков // Молодой ученый. 2013. № 12. С. 814–817.
3. Крутько И.С. Психотехнологии в работе с молодежью: учеб. пособие. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2017. 188 с.
4. Мерлин В.С. Психология индивидуальности: Избранные психологические труды. Воронеж: МОДЕКС, 2015. 544 с.
5. Фельдштейн Д.И. Психология развивающейся личности. Москва: Институт практической психологии, 1996. С. 345.
6. Дурнева М.Ю. Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований // Клиническая и специальная психология. 2015. № 3. С. 1–19.
7. Дубровская Е.И. К вопросу об изучении формирования пищевого поведения у детей дошкольного возраста // V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья». 2013. С. 321–322.
8. Филлипова Е.В. Детская и подростковая психотерапия. Москва: Юрайт, 2015. С. 430.
9. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. Санкт-Петербург: Питер, 2013. 651 с.

10. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. Санкт-Петербург: Питер, 2002. 1024 с.

11. Осипова А.А. Общая психокоррекция: Учеб. пособие. Москва: Сфера, 2002. 510 с.

12. Райкрофт Ч. Поведенческая терапия / Критический словарь психоанализа / Пер. с англ.; под ред. С.М. Черкасова. Санкт-Петербург: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2013. 159 с.

13. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Введение в семейную системную психотерапию. Краткий лекционный курс. Санкт-Петербург: Речь, 2016. 74 с.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОГО ТВОРЧЕСТВА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ПОДРОСТКОВ

Макаренко М.Р.

*СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический
центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Среди важных вопросов, наиболее остро заявляющих о себе сегодня, особое место занимает психическое и физическое здоровье детей. В России проблема социальной и личностной дезадаптации детей и подростков остается актуальной. Подростковый возраст является сложным этапом развития человека. От того, насколько успешно ребенок прошел этот период, зависит дальнейшее качество его жизни. Важно помочь ему в сложном процессе взросления справиться с объективно и субъективно возникающими трудными ситуациями. Именно в этот период формируются способы межличностного взаимодействия, отрабатываются защитные механизмы и происходит переосмысление имеющихся в арсенале подростка моделей адаптивного поведения. И именно в подростковом возрасте, в период самоидентификации очень важно укрепить доверие ребенка к себе.

Ключевые слова: подростковый возраст; самоотношение; развитие самосознания; арт-терапия; психологическое здоровье подростков

Подростковый возраст является критическим этапом развития человека, он во многом определяет качество всей дальнейшей жизни. В это время идет развитие самооценки как основного

регулятора поведения и деятельности, оказывающей непосредственное влияние на процесс самопознания, самовоспитания, саморефлексии, что, в свою очередь, влияет на развитие личности как всей системы отношений человека [1]. Также в подростковом возрасте активно формируется характер, развивается самосознание, вырабатывается собственная независимая система эталонов самооценивания и самоотношения [1–5].

Самоотношение является ведущим компонентом структуры самосознания подростка. У него развиваются способности проникновения в свой внутренний мир [1, 2, 5, 6]. Э. Эриксон отмечает и важное влияние данного возрастного периода на развитие «я-концепции». Автор пишет о процессе включения подростка в систему взаимоотношений с другими людьми, где он получает оценку себя и своего поведения. В этом процессе и формируется отношение к себе.

Д.Б. Эльконин обращал внимание на изменение направления сосредоточения: от мира на себя, внутрь. Именно в этот период у подростка возникает вопрос: «Кто я?» [7].

Е.Г. Злобина отмечает: «Формирование самосознания возможно лишь в процессе общения с другими людьми. Потребность субъекта в общении с другим человеком есть потребность в оценке, которую субъект от него получает и которую сам ему дает» [8].

Исследователями подросткового возраста замечено, что новообразования возникают из ведущей деятельности предшествующего периода и способствуют развитию личности. Значимые новообразования для ее развития в подростковом возрасте отмечены Л.С. Выготским. Автор обращает внимание на процесс образования понятий, который является главным в развитии

мышления и ведет к высшей форме интеллектуальной деятельности, новым способам поведения. И что очень важно в контексте нашего исследования – идет активный процесс осознания действительности, себя в ней и понимания других людей [9]. К ним ученый относит рефлексию и на ее основе – развитие самосознания. В этот возрастной период ребенок ищет успешные образы собственной личности и наиболее благоприятные формы поведения, помогающие ему установить успешные связи с другими людьми, интегрироваться в общество.

Также Л.С. Выготский исследовал развитие морального самосознания подростков. Было установлено, что данный феномен развивается в определенной последовательности. Теоретические взгляды природы и этапы (шаги) развития самосознания по Л.С. Выготскому выглядят следующим образом:

- 1) рост и возникновение у ребенка собственного образа;
- 2) перенесение этого образа «внутри»;
- 3) интегрирование; осознание себя как единого целого;
- 4) отграничение личности от окружающего мира, осознание отличия и своеобразия своей личности;
- 5) переход к суждению о себе по внутренним, моральным критериям;
- 6) нарастание интериндивидуальной вариации.

В этапах развития самосознания, предложенных Л.С. Выготским, определенно видно присутствие в этом процессе самоотношения, самоисследования – постепенно, с третьего этапа. Далее идет развитие процесса осознания ребенком своей индивидуальности – к пятому шагу, когда происходит переход к суждению подростка о себе по внутренним, моральным критериям. Л.С. Выготский показал долгий путь становления личности подростка.

С.Р. Пантелеев в своих исследованиях самоотношения подростков отмечает его двойственность и конфликтность. Это связано с недостаточной интериоризированностью внешних эталонов, с помощью которых определяется отношение человека к самому себе наравне с внутренними критериями собственной ценности. Данная двойственность ведет у подростков к неуверенности в себе [3].

Рост самосознания в этом возрасте отмечает в своей статье, посвященной проблеме самоотношения у подростков, Е.Н. Ундуск [9]. Автор пишет о повышенной склонности у подростков к самонаблюдению и самоанализу.

Ш. Бюлер отмечает, что позитивный переход подросткового возраста начинается с новых источников радости, к которым ранее он был невосприимчив. Автор говорит, что источниками радости для подростка служат искусство и наука [9]. Для нашего исследования эта важная информация, т. к. мы предполагаем, что творческие занятия могут помочь нам установить контакт с подростком и помочь ему установить успешный контакт с самим собой.

В психологии и поведении подростка еще преобладают детские черты, но начинает пробиваться взрослость. Для ребенка очень важно, чтобы его уже считали взрослым. За этим желанием стоит насущная потребность в уважении другими как необходимое условие самоуважения. Так как найденный «эталон взрослости» не всегда совпадает с реальными возможностями ребенка и не всегда находит возможности для своей реализации, то это отражается на самооценке подростка. В результате переоценивания или недооценивания своих возможностей он завышает или занижает самооценку. Возникает несоответствие уровня притязаний уровню реальных возможностей подростка [10].

Рядом авторов были проведены исследования, позволившие выявить слабость осознанности своих возможностей и способностей подростками (А.Г. Грецов, Е.Н. Андреева, Л.А. Регуш, А.Е. Байтингер). Трудности в осознании и самооценивании заключаются том, что у подростка еще нет четких критериев «хорошо» и «плохо» по отношению к своему поведению. Слабо пока сформированы представления о себе. Подростки испытывают сложности в понимании своих целей, желаний, возникают проблемы с ответом на вопросы «что я хочу» и «что я могу». Это связано с противоречивым отношением к собственному «я» – одновременно и положительным, и отрицательным. Сложность данных процессов усугубляется тем, что об этих переживаниях подростки не рассказывают взрослым из-за отсутствия доверительных отношений с ними. И в дальнейшем это противоречивое отношение к себе реализуется в поведении, которое выходит за рамки просоциального, что влечет за собой негативное отношение окружающих, конфликты в семье и школе, усиление психологической защиты своей личности и отсутствие реального видения ситуации. А это, в свою очередь, ведет к усилению замкнутости и недоверия к взрослым.

Как мы видим, подростки испытывают большие трудности в период своего развития. Без учета возрастных особенностей, причин сложного поведения и реагирования нельзя подходить к установлению контакта со взрослеющими детьми.

Повышенная ранимость, замкнутость, желание казаться взрослым и одновременно с этим острая потребность в принятии и уважении – все эти особенности эмоционального реагирования, причины поведенческих реакций важно учитывать при оказании психологической поддержки подростку, чтобы

не потерять с ним связь, без которой невозможно помочь ему осознать свой внутренний мир.

На данный момент единого подхода к определению феномена самоотношения в современной психологии нет. Анализ работ, посвященных изучению отношения человека к себе, позволил увидеть основные категории, используемые для обозначения понятия самоотношения. К ним относятся: обобщенная самооценка, самоуважение, самопринятие, эмоционально-ценностное отношение к себе, собственно самоотношение, самоуверенность, чувство собственного достоинства, самоудовлетворение, аутосимпатия, самоценность и др. Содержание данных понятий раскрывается с помощью таких психологических категорий, как «личностный смысл» у А.Н. Леонтьева, «отношение» у В.Н. Мясищева, «установка» у Д.Н. Узнадзе, «аттитюд» у *M. Rosenberg, R. Wylie, S. Coopersmit*, «социальная установка» у И.С. Кона и Н.И. Сарджвеладзе, «чувство» у С.Л. Рубинштейна [11].

Остановимся на четырех категориях, которые наиболее полно раскрывают сущность понятия самоотношения. Это «глобальная самооценка» (ее еще называют «общая»), «самоуважение», «самоотношение» и «эмоционально-ценностное отношение к себе».

Сам термин «самоотношение» впервые был введен Н.И. Сарджвеладзе и Ю.Н. Емельяновым [12]. Но в настоящее время в отечественной психологии доминирует категория «эмоционально-ценностное самоотношение» [11].

У. Джеймс начал исследовать глобальную самооценку в конце XIX века. Такие ученые, как В.В. Столин, И.И. Чеснокова, Р. Бернс, разделяют понятия «глобальная самооценка» и «самопознание» [13, 14]. Отечественные психологи понимают под глобальной самооценкой особое эффективное образование личности,

возникшее в результате интеграции самопознания и эмоционально-ценностного самоотношения [5], а также общее чувство за или против себя как совокупность позитивных и негативных моментов отношения к себе (самоотношения) [14]. Это чувство характеризуется относительной устойчивостью, амодальностью, недифференцируемостью и мало зависит от актуального самовосприятия. Постепенное развитие позитивного чувства «я» превращается в устойчивую личностную черту и является центральным звеном внутреннего психического мира человека, оказывает влияние на целостность личности, регулирует процессы согласования и упорядочивания внутренних ценностей, влияет на всю структуру характера [10, 5].

А.М. Колышко отмечает тот факт, что в отечественной психологии исследования посвящены в основном частным самооценкам. Являясь фактором саморегуляции личности, они не могут значимо помочь разобраться в сущности отношения человека к себе [15].

Б.Г. Ананьев, Г. Олпорт в своих трудах по исследованию развития личности подчеркивали тесную связь самоотношения как свойства личности с целями ее жизни и деятельности, ценностными ориентациями. Самоотношение является также важнейшим фактором образования и стабилизации ее единства [16]. И.И. Чеснокова называет самоотношение устойчивой личностной чертой и отмечает его тесную связь с волей [5]. Несформированное позитивное отношение к себе приводит к устойчивому чувству неполноценности, повышенной чувствительности к внешним воздействиям и нарушениям межличностного взаимодействия, что ведет к социальной дезадаптации. Человек с низким самоуважением – это человек с устойчивым чувством

неполноценности, ущербности [6], ранимостью, оторванностью от реального взаимодействия с другими людьми. И.И. Чеснокова обращает внимание на нарушения поведения в связи с таким самоотношением в сфере деятельности: оно проявляется в непоследовательности и нерешительности. Автор пишет: «Личность с пониженным самоуважением отличается неустойчивым внутренним миром, не обладает твердой и последовательной линией поведения в общении, во взаимоотношениях с другими людьми» [10. С. 142].

Как было сказано выше, в подростковом возрасте отмечается рост самосознания. Феномен самосознания, как и феномен самоотношения, рассматривается в психологической науке с разных сторон. Это связано, по мнению В.Ф. Сафина, с тем, что ученые, исследуя данный феномен, руководствуются разными концепциями. Так, С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выготский, Р. Бернс и Р. Ленг смотрели на этот вопрос с позиции психологии личности, И.И. Чеснокова и В.В. Столин – с позиции общей психологии, то есть процессуально [16]; А.В. Петровский, А.А. Реан и М.Г. Ярошевский отождествляют феномен самосознания с понятием «я-концепция». В отечественной психологии большинство ученых понимают «я-концепцию» как «продукт самосознания» [17]. В нашей работе мы придерживались взгляда на феномен самосознания как на «процесс осознанного отношения человека к самому себе, выражающегося в самооценивании данного отношения и регуляции на его основе действий и поведения» [18].

В отечественной и зарубежной психологической литературе самоотношение понимается как эмоциональный компонент самосознания, который, с одной стороны, опирается

на самопознание, а с другой – создает главные предпосылки для формирования саморегуляции, самоактуализации и саморазвития личности (П.Е. Герасимов, А.М. Колышко, Б.Г. Явбатырова, П.П. Сиражова) [11, 15, 19].

Н.В. Черепкова и М.Ю. Кузнецова в своем исследовании формирования самоотношения в подростковом возрасте отмечают, что генезис данного новообразования, его структура и содержание влияют на целостность и гармоничность личности, а также на ее адаптационные возможности, поведение и общение [13]. Отношение личности к себе оказывает важное влияние и на проявление социальной активности. Оно является мотивом саморегуляции поведения и проявляется на всех этапах осуществления поведенческого акта, начиная с мотивов и заканчивая собственной оценкой своих действий [11]. Н.В. Черепкова и М.Ю. Кузнецова отметили, что каждая положительная и отрицательная частная самооценка очень быстро начинает носить глобальный характер [13]. Со временем она начинает поддерживаться подростком, что связано с его потребностью в стабильном представлении о себе. Поэтому при несформированном или негативном самоотношении ребенок понесет в жизнь негативное представление о себе и будет его поддерживать в своих глазах и в глазах окружающих [11].

Л.С. Выготский видит в структуре самосознания шесть направлений:

- 1) накопление знаний ребенком о себе, возрастание их связанности и обоснованности;
- 2) углубление знаний о себе;
- 3) постепенная психологизация своего внутреннего мира через вхождение в образ представлений о себе;

4) процесс интеграции, осознание своей целостности, индивидуальности, непохожести на других;

5) становление своих моральных правил при оценивании себя, своей личности, своего поведения, которые подросток берет из окружающей его культуры;

6) развитие только ему присущих особенностей процессов самосознания [17. С. 229–231].

И.И. Чеснокова, изучая процесс самосознания, понимает его как единство трех компонентов. Непосредственно самопознание автор относит к познавательному компоненту, а эмоционально-ценностный компонент – к самоотношению. По мнению ученого, главная суть процесса самосознания состоит в восприятии личностью большого количества образов себя в многообразии жизненных ситуаций и интеграция этих образов в единую картину, помогающую сформировать собственный образ «я». Таким образом, самосознание здесь представлено как некое обобщение, где выделяется устойчивое и общее представление о себе. Наиболее устойчивый компонент самосознания – самооценка, в ней отражается отношение к себе и уровень знания о себе. По мнению И.И. Чесноковой, это необходимое внутреннее психологическое условие тождественности личности и ее константности. «Структура самосознания... понимается как единство познания себя (понятого как отражение своих более или менее постоянных черт и представлений о своей сущности и общественной ценности), самооценки (которая тоже отражает уровень знания личностью себя и отношения к себе) и саморегуляции» [20].

Т.М. Щёголева и З.В. Диянова, изучая феномен самосознания, отмечают важный для нашего исследования факт. Ими было установлено, что представления о себе не всегда складываются

в устойчивую картину, образ себя. Они могут функционировать и в форме единичных, отдельных образов «я», так и не дойдя до окончательного стойкого формирования «я-концепции», которую ученые называют вершиной самосознания, показателем его зрелости, самым осознанным и рациональным его компонентом. В структуре самосознания, по мнению авторов, есть и менее осознанные компоненты. Таким компонентом является самоотношение. Понимаемое учеными как система эмоционально-ценностных установок в адрес собственного «я», оно проявляется в виде глобального чувства за или против самого себя [20].

В концепции В.С. Столина и С.Р. Пантелеева самоотношение понимается как выражение смысла «я» для самого субъекта, иначе говоря – как устойчивое чувство к собственному «я», состоящее из ряда специфических модальностей. Они различаются по эмоциональному переживанию и семантическому содержанию соответствующего отношения к себе [6, 21].

Компонентное строение самоотношения состоит из когнитивного, эмоционального и конативного компонентов. Сарджвеладзе называет самоотношение одним из видов аттитюдов.

Е.Н. Ундуск отмечает существенную долю влияния на изменение самосознания подростка его самоотношения. Автор видит феномен самоотношения как сложное структурное и многофункциональное образование, отражающее отношение личности к своему «я» как носителю определенных свойств, черт и качеств, члену общества и субъекту деятельности [9]. Здесь важно снова обратиться к структурно-содержательным компонентам самоотношения, предложенным В.В. Столиным и С.Р. Пантелеевым. Это самоуважение, самопринятие, самообвинение, самоуверенность, глобальная самооценка.

Остановимся подробнее на режиме функционирования таких структурно-содержательных компонентов самоотношения, как самоуважение, самопринятие, глобальная самооценка и самоинтерес [1]. Данные компоненты функционируют в режиме психологической защиты.

В статье Е.Н. Ундуск наглядно показано, как это происходит. Самоуважение функционирует в режиме «замещения»: молодой человек, имеющий желание, но не чувствующий в себе способность получить уважение от своих ровесников из референтной группы и ощущающий себя среди них неуверенно, будет переносить свои накопленные в связи с этим негативные эмоции и реакции на более незащищенных детей. Объектом его вербальной и невербальной агрессии будут либо более слабые сверстники, либо, что бывает чаще, более младшие по возрасту.

Следующий компонент, функционирующий в режиме психологической защиты, – самопринятие. Здесь возможен режим «отрицания»: подростки могут пропускать, не видеть, не замечать информацию, которая противоречит их установкам и может вызывать негативное самоощущение. Родители и учителя замечают, что подросток как будто отсутствует, «выключился» при неприятном для него разговоре. (В психологическом сопровождении, учитывая вышесказанное о развитии самоотношения, важно учитывать все возможные реакции подростков и причины их возникновения, которые заставляют ребенка отключаться и не слышать. Ему важно оставаться в добрых отношениях с собой (самопринятии) и не разрушать хорошее отношение к самому себе. Он спасает себя и свою целостность, поэтому необходимо при общении с ребенком помогать ему осознавать важные ситуации для его развития, не задевая его самооценку,

личность, уважая и принимая его.) Самоинтерес и самопонимание функционируют в режиме внутреннего диалога во время интракоммуникации. А с помощью самопринятия, самоуверенности, глобальной самооценки реализуется функция самоадаптации.

И.И. Чеснокова в своих исследованиях самоотношения отмечает особое влияние на его становление отношения к ребенку других людей: «...мое отношение к себе первоначально формируется на основе моего отношения к другому: сравнивая, сопоставляя себя с другими, я выражаю отношение и к самому себе», то есть отношение личности к себе формируется под влиянием отношения к ней других [10].

И.С. Кон в своих наблюдениях подросткового возраста отмечает снижение общего самоуважения в ранне-среднем подростковом возрасте и указывает на его возрастание к 15 годам. Он отмечает, что система частных самооценок к этому возрасту становится более стабильной. Также, по мнению автора, возрастает самоинтерес. А уже к 17 годам важным элементом самоотношения является аутосимпатия и самоуважение. Но здесь отмечается конфликтность самоотношения, точнее – неустойчивость образа «я» и уровня самоуважения [4].

Итак, противоречия в самоотношении и его негативный фон отражается в переживании самых разных областей жизни подростка и проявляется в его социальной дезадаптации.

Из вышесказанного видна значимость адекватно сформированного отношения для успешной адаптации подростка. В этом возрасте необходимо оказывать психологическую поддержку, направленную на осознание ребенком своих достоинств и возможных заблуждений в его отношении к себе, на осознание противоречий в этом направлении. Подросток нуждается

в помощи, т. к. еще не имеет ресурсов самостоятельно понять сложную систему отношений и выделить себя из нее. Также важно помочь подростку осознать свое отношение к себе и другим людям [1]. Одним из важных условий для снижения у подростков негативных переживаний по поводу собственного «я», по мнению Е.Н. Ундуск, является повышение осознанности своей личности. Важны адекватно выстроенные линии поведения со стороны взрослых, основанные на уважении и терпимости.

В связи с вышесказанным можно сделать вывод: для того чтобы без потерь пройти путь взросления, ребенку важно понимание самого себя, своих чувств, потребностей, желаний, умение регулировать свои состояния, осознавать происходящее внутри себя, давать адекватную оценку своим поступкам, развивать коммуникативные навыки. Все это невозможно развить без необходимого уровня рефлексии.

Такие отечественные психологи, как Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, А.Ф. Лазурский и др., рассматривали процесс рефлексии как результат осмысления субъектом своей жизнедеятельности. Данное новообразование рассматривается часто как переломный момент в ходе психического развития личности, когда происходит осознание ребенком себя в своей целостности [22]. С.Ю. Степанов и И.Н. Семёнов выделяют четыре основных механизма рефлексии: интеллектуальную, личностную, коммуникативную и кооперативную. Остановимся подробнее на личностной рефлексии, другими словами – само-рефлексии.

Самоотношение личности в исследованиях И.С. Трифонова предстает интегральной динамической структурой самосознания, которая отражает меру принятия человеком самого себя

и проявляется в переживании чувства собственной ценности и значительности на пути самопознания и рефлексии [23]. В этом взгляде на самоотношение видна его роль в дальнейшей возможности познания личностью самой себя.

С.Э. Ковалёв определяет механизм рефлексии как «центрацию – децентрацию». Он видит связь рефлексивных процессов с реализацией частных отношений субъекта к собственному «я».

В работе С.Ю. Степанова и И.Н. Семёнова рефлексия – форма активного личностного переосмысления человеком различных содержаний своего индивидуального сознания. Осмысление помогает подростку в понимании и осуществлении его деятельности. Авторами замечено, что эффективность рефлексии зависит не только от произвольного обращения сознания на самого себя, но и (что нам кажется важным) от особенностей самоотношения, которое и определяет общий фон рефлексии.

Я.А. Пономарёв рассматривал саморефлексию как возможность переосмысления собственного опыта, поступков, привычного реагирования. С ее помощью человек может стать для себя объектом управления. Исследователь сравнивает рефлексию с зеркалом, которое отражает происходящие изменения внутри него. Можно с уверенностью назвать это осознанием себя, что является, на наш взгляд, инструментом саморазвития и личностного роста.

Многие отечественные исследователи саморефлексии рассматривают ее как отражение личностью собственной психики с помощью самонаблюдения, самоосознания. Важное значение личностная рефлексия (саморефлексия) обретает в подростковом возрасте, так как в этот период идет формирование фундаментальных особенностей личности. То есть способность

к осознанию себя дает возможность человеку увидеть себя со стороны, наблюдая, анализируя и размышляя над собственным «я», включая психические состояния, эмоции и чувства, мысли, поступки по отношению к людям. Она дает уникальный шанс взрослому человеку сосредоточить внимание на собственных проявлениях психики, внутреннем мире [22, 24].

Саморефлексию часто используют как синоним рефлексии, но здесь важно учесть, что понятие рефлексии более общее. Оно означает отражение не только себя, но и ситуации, других людей и т. д. [25, 26].

Структура рефлексии традиционно включает в себя потребности, мотивы, цели, операции, действия, результаты, продукты. Специфическими, качественными характеристиками для нее являются степень развернутости, глубина, тщательность анализа, обобщенность выводов, степень осознания и осмысления, а также время обдумывания и частота обращения к анализу происходящего. Способность к рефлексии зависит от способности встать в позицию наблюдателя, проявляется в мыслительной активности и предполагает критическое осмысление происходящего [27].

Так, М. Хайдеггер замечает, что человек не определяет самостоятельно границы своего бытия, а существует в пределах, уже заданных присутствием других людей, установленными правилами [27]. Это ограничивает его свободу, поэтому на уровне повседневного существования возникает «усредненная самость». Обращаясь к рефлексии, человек возвращается к самому себе. Идея М. Хайдеггера показывает значимость рефлексивных процессов в формировании самоотношения. Эту идею поддерживает и В. Франкл, который говорит о том, что «человек

как рефлексирующее существо обладает способностью к самопринятию, самоопределению и самоосмыслению, к творению себя» [28].

Таким образом, саморефлексия как результат осознания подростком своих переживаний, мыслей и поступков является не только значимым аспектом самоотношения, но также может выступать в качестве внутреннего ресурса в процессе становления личности, ее адаптации и самоопределения. Отношение к себе является одним из главных в социальном бытии человека и влияет на всю систему его отношений.

В этой связи актуальным становится вопрос о методах оказания психологической помощи и поддержки подросткам, а точнее – о таких методах, которые способны запустить механизмы гармонизации, помогающие подростку найти ресурсы в себе самом. Как действительно помочь подростку понять себя, услышать свои желания, научить его видеть и открывать свои ресурсы, справляться с сильными чувствами? Как помочь ему увидеть себя с положительной стороны? Как взаимодействовать с ребенком, не оказывая на него давления, не подталкивая его, а просто сопровождая? Какие методы из огромного арсенала наук о человеке помогут ребенку наладить контакт со своими ресурсами, с самим собой, с другими людьми? Как создать такие условия, в которых подросток смог бы познавать себя, исследовать, формировать позитивное самоотношение?

Исследовав возможные методы психологического сопровождения подростков, мы выбрали арт-терапию, основанную на мобилизации творческого потенциала человека, на внутренних механизмах саморегуляции и исцеления. Они отвечают фундаментальной потребности в самоактуализации – раскрытии

широкого спектра возможностей человека и утверждения им своего собственного индивидуально-неповторимого способа бытия в мире [19].

Методы арт-терапии обладают возможностями мягкой, гуманной поддержки личности ребенка, развивают его способности к самопознанию [15, 19, 29]. Они соответствуют потребности подростка в мягком подходе, могут играть роль «экзистенциальной поддержки», способствовать гуманизации отношений, личностному развитию, формированию позитивного самоотношения и др. [19]. Внутренняя жизнь подростка сложна для вербализации, и изобразительное творчество может быть способом связи между подростком и обществом, подростком и психологом.

Главная функция арт-терапии, по мнению Эдит Крамер, основана на способности творчества содействовать развитию психики [29], что должно помочь человеку даже в трудных жизненных обстоятельствах не прибегать к сдерживающим развитие и спонтанность защитным механизмам. Коррекционные возможности арт-терапии являются результатом предоставления подростку неограниченных возможностей для самовыражения в продуктах творчества и, что очень важно для нашего исследования, – утверждения и познания своего «я», повышения самооценки, а также степени самопринятия и самоценности.

Различают две формы психотерапии искусством – активную и пассивную. При пассивной форме клиент «потребляет» художественные произведения, созданные другими людьми, изучает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения. При активной форме человек сам создает продукты творчества. Это могут быть рисунки, литературные и музыкальные произведения, скульптуры и др. Занятия по арт-терапии могут быть

структурированными и неструктурированными. На структурированных занятиях тема жестко задается и предлагается определенный материал для работы. На неструктурированных занятиях участники самостоятельно выбирают тему рисунка, материал, инструменты.

Метод свободного изобразительного творчества разработан арт-терапевтом Натали Роджерс [19, 29]. Он позволяет человеку выразить себя с помощью изобразительного творчества и исключает директивность и какие-либо интерпретации рисунков со стороны психолога. Эдит Крамер отмечала в этой связи, что художественная деятельность спонтанна, в отличие от планируемой и тщательно организованной деятельности по обучению искусству. Она отмечала, что арт-терапия и психотерапия предполагают поиск внутренней правды. Здесь важен сам процесс: «Если человек способен увлечься творческим процессом, все, что происходит у него внутри, начинает выявляться само» [29]. А создание художественных образов в полной мере реализует потребность ребенка в самовыражении и коммуникации с окружающими людьми. Например, Фридл Дикер-Брандейс использовала метод свободного рисования в Терезинском гетто. Фридл видела в занятиях рисованием способ реабилитации, дающий людям возможность выразить свои эмоции [29].

Занятия свободным изобразительным творчеством могут проходить индивидуально и в группе. Можно использовать разные материалы для рисования: цветные и простые карандаши, ручки, фломастеры, краски, кисти, бумагу, пластилин. Дети рисуют то, что хотят сами. Ребенку предоставляется свобода выбора темы и экспрессии. «Индириктивность» – главный принцип метода, поэтому обсуждение рисунков проходит в свободной атмосфере, дети

делятся своими мыслями и чувствами, если у них есть желание это сделать.

В нашей работе мы берем принцип «индириктивности» за основу. Чтобы помочь подростку услышать себя, важно, чтобы взрослые люди слышали его, не навязывая свое мнение и не нарушая границ его хрупкого мира.

Выводы. Регулярное обращение к себе в обстановке безопасного, безоценочного творческого процесса может, на наш взгляд, помочь сформировать у ребенка доверие к себе, к другому, научиться слышать себя, давать себе время на ответ, понимать себя и свои желания, а также других людей.

Список литературы

1. Андреева Е.Н. Противоречия в самоотношении и проблемные переживания в подростковом возрасте: дис. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2003.
2. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды: В 2 т. / Под ред. А.А. Бодалева, Б.Ф. Ломова. Т. 1. Москва: Педагогика, 1980. 230 с.
3. Столин В.В., Пантелеев С.Р. Опросник самоотношения // Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы. Москва, 1988. С. 123–130.
4. Фельдштейн Д.И. Трудный подросток. Душанбе: Ир Фон, 1972.
5. Чеснокова И.И. Особенности развития самосознания в онтогенезе // Принципы развития в психологии. Москва, 1978. С. 316–335.
6. Курицын А.В. Формирование самоотношения подростков, родители которых страдают алкогольной зависимостью //

Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. 2012. № 3. С. 2.

7. Эльконин Д.Б. Некоторые аспекты психического развития в подростковом возрасте // Психология подростка: Хрестоматия / Сост. Ю.И. Фролов. Москва, 1997.

8. Злобина Е.Г. Общение как фактор развития личности. Киев: Наукова думка, 1981.

9. Ундуск Е.Н. Осознание противоречий в самоотношении как путь разрешения проблем в подростковом возрасте // Проблемы современной науки и образования. 2013. № 3.

10. Чеснокова И.И. Проблемы самосознания в психологии. Москва: Наука, 1977. 144 с.

11. Колышко А.М. Психология самоотношения: Учеб. пособие. Гродно: ГрГУ, 2004.

12. Сафин В.Ф. Психология самоопределения личности: Учеб. пособие. Свердловск: Изд-во Свердл. пед. ин-та, 1986. 142 с.

13. Черепкова Н.В., Кузнецова М.Ю. Формирование самоотношения в подростковом возрасте // Концепт. 2013. Вып. 1. URL: <https://e-koncept.ru/2013/53601.htm> (дата обращения: 17.09.2016).

14. Столин В.В. Познание себя и отношение к себе в структуре самосознания личности: Дис. ... д-ра психол. наук. Москва, 1985.

15. Герасимов П.Е. Стимулирование позитивного самоотношения подростков в досуговой деятельности: Дис. ... канд. психол. наук. Саратов, 2015. 191 с. URL: http://www.sgu.ru/sites/default/files/dissertation/2015/11/30/gerasimov_dissertaciya_na_sayt_1.pdf (дата обращения: 16.05.2016).

16. Бернс Р. Развитие я-концепции и воспитание. Москва: Прогресс, 1986. 422 с.

17. Выготский Л.С. Педология подростка. Собр. соч. Т. 4. Москва: Педагогика, 1984. С. 229–231.

18. Семёнова С.Л., Дьяченко Е.В. Практикум по общей психологии: Учеб. пособие / Под общ. ред. Н.С. Глуханюк. Екатеринбург: изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2003. С. 16.

19. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапевтические методы, используемые в работе с детьми и подростками: обзор современных публикаций. Журнал практической психологии и психоанализа. 2007. № 4.

20. Сибирская психология сегодня: Сб. научных трудов. Вып. 2. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2003. 410 с.

21. Пантелеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система (спецкурс). Москва, 1991.

22. Выготский Л.С. Психология развития как феномен культуры / Под ред. М.Г. Ярошевского. Москва; Воронеж. 1996. 513 с.

23. Трифонова И.С. Формирование профессионально-ценностного самоотношения как средство воспитания ценностного отношения к детям у будущих учителей: Дис. ... канд. пед. наук. Екатеринбург, 2002. С. 242.

24. Астанина Н.Б. Особенности самоотношения несовершеннолетних преступников. Санкт-Петербургский государственный университет. Психология XXI века. 2007.

25. Вульф В.Б. Взгляд на профессиональную подготовку учителя. Москва: Магистр, 1999. С. 112.

26. Галушкина А.В. Рефлексия как средство развития подростков во внеурочной деятельности школы // Молодой ученый. 2015. № 10. С. 1124–1126.

27. Хайдеггер М. Бытие и время. Москва: Наука, 2006. С. 406.

28. Франкл В. Человек в поисках смысла. Москва: Прогресс, 1999. С. 362.

29. Крамер Э. Арт-терапия с детьми. Москва: Генезис, 2014. С. 31–69.

**ДИСТАНЦИОННОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.
НОВЫЙ ОПЫТ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ**

Кохреидзе Н.А., Шумова Т.Ю., Эрмиш И.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Важной частью обеспечения здоровья подростков является оказание комплексной медико-психологической помощи. Показало свою эффективность дистанционное психологическое консультирование девочек-подростков с заболеваниями органов репродуктивной системы, проходящих лечение в отделении детской и подростковой гинекологии в ДЛРК ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».

Материал и методы. В отделении детской и подростковой гинекологии была проведена дистанционная работа с девочками, имеющими заболевания органов репродуктивной системы различного генеза. Работа проходила в нескольких вариантах: консультирование по телефону при самостоятельном обращении пациентки к психологу; участие в вебинаре; консультирование по телефону с использованием предварительного психологического тестирования. В тестировании приняли участие 20 девочек-подростков 13–17 лет.

Результаты. Самостоятельно за психологической помощью за 1,5 месяца никто не обратился. Это является нормой для российской культуры и связано со стигматизацией обращения за помощью к психологу (что для многих означает признание

своей слабости), а также ошибочным восприятием психолога как психиатра. Самым эффективным для дистанционной психологической работы с подростками оказался вариант психологического консультирования с предварительным психодиагностическим тестированием. Во время предварительной психодиагностики с применением батареи специально подобранных тестов у 45% девочек получены высокие показатели контрольной шкалы теста МПДО (модифицированный патохарактерологический диагностический опросник), что говорит о желании испытуемых давать социально одобряемые ответы, представляя себя в более выгодном свете. Наличие различных акцентуаций характера выявлено у 65%. В нашем исследовании высокая личностная тревожность (методика «Шкала реактивной и личностной тревожности») обнаружилась у 40% девочек, ситуативная – у 15%. Это говорит о том, что психологическая работа с такими девочками может быть направлена прежде всего на снижение общего уровня тревожности. В ходе беседы по телефону 13 девочек (65%) высказали желание продолжить работу с психологом.

Дальнейшие консультации затрагивали следующие темы: отношения с родными и близкими, отношение к болезни и лечению, тревоги о будущем (выбор профессии, жизнь отдельно от родственников), самооценка, расстройства пищевого поведения (избыточный вес, недостаток веса). Опросник с обратной связью показал, что общение девочек с психологом по телефону было доверительным и удобным, тестирование – интересным и полезным, и они готовы общаться еще.

Выводы. Полученные в нашем пилотном исследовании данные позволяют запланировать дальнейшую работу по выявлению связи акцентуаций характера, уровня тревожности,

алекситимичности пациенток с определенными заболеваниями органов репродуктивной системы. Результатом этих исследований могут стать рекомендации врачам, психологам, родителям по психологической поддержке девочек с различными диагнозами и психологическими особенностями и эффективному общению с ними.

Список литературы

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Пособие для психологов и врачей. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. Санкт-Петербург, 2005.
2. Аринцина И.А., Мухамедрахимов Р.Ж. Особенности работы клинического психолога в детском многопрофильном стационаре [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 5(16). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.06.2020).
3. Еганян Ш.А. Эмоционально-личностные особенности девочек-подростков с расстройствами гинекологической сферы: дис. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2011.
4. Иванов В.Г., Николаев Е.Л. К вопросу о психологическом консультировании в сети Интернет // Проблемы современного педагогического образования. 2017. № 54-5. С. 326–332.
5. Кононова Т.А., Рустанович Ю.Г. Роль психологического сопровождения в лечении девушек-подростков с дисменореей // Сборник трудов 2-й Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения». Санкт-Петербург, 29–30 ноября 2018 г. С. 70–75.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Ризаханова О.А., Пантелеева Т.А.

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

Согласно определению ВОЗ, здоровье – «это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия», для поддержания которого необходимы такие составляющие, как политическая воля, экономическое стимулирование и профилактическая направленность. Под первой составляющей здоровья подразумевается доминирование в индивидуальном и коллективном сознании ценности здоровья как личной ответственности человека перед собой, семьей и государством. Экономическая составляющая предполагает восприятие здорового человека как экономической единицы при равной степени ответственности за здоровье работодателя и наемного работника. Субъектом профилактической медицины становится не больной, а здоровый человек; в ее функции входит воспроизводство трудового ресурса нации, развитие здоровья, профессионального долголетия, безопасности труда, уменьшение потока больных.

Доля различных факторов в поддержании здоровья рассчитана ВОЗ: на долю системы здравоохранения в лучшем случае приходится не более 10% успеха, 17–20% здоровья зависит от окружающей среды, а 45–55% – от образа жизни.

Ведущей задачей в поддержании здоровья населения является первичная профилактика.

В настоящее время приоритетными стратегиями первичной профилактики считаются санитарное просвещение и иммунопрофилактика, так как именно эти две формы работы, не требующие значительных капиталовложений, и являются залогом повышения качества жизни и увеличения ее продолжительности – конечных целей любого вмешательства в сфере охраны здоровья.

В области санитарного просвещения, как и в любой другой области охраны здоровья, а также в сфере профилактики следует пропагандировать научно обоснованные подходы, то есть придерживаться принципов доказательной медицины или практики, основывающейся на добросовестном и открытом использовании современных научных достижений в лечении пациентов.

Иммунопрофилактика всегда была приоритетной стратегией здравоохранения РФ, так что даже сейчас, когда столь сильно влияние антивакцинальных групп, сохраняется стройная система проведения профилактических прививок. Иммунопрофилактика требует больших затрат, но расходы на разработку вакцин, их закупку, хранение, транспортировку и введение не идут ни в какое сравнение с расходами на лечение острых и хронических заболеваний, например вирусных гепатитов, не говоря уже о крайне низкой эффективности этого вида лечения.

Для понимания воздействия туровых и плановых программ вакцинации нужно анализировать результаты подобных вмешательств.

ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О.

*ГБУЗ «Специализированная клиническая
психиатрическая больница № 1» Министерства
здравоохранения Краснодарского края,
г. Краснодар, Россия*

С 2004 года в Краснодарском крае ведется мониторинг суицидального поведения. Эта работа позволила снизить число случаев смерти от неестественных причин, ошибочно зарегистрированных как суициды, с 12 до 2,1%. Проводятся комплексное психолого-психиатрическое обследование, подбор адекватной терапии в амбулаторных или стационарных условиях, медицинская реабилитация детей с суицидальным поведением.

Показатель распространенности завершенных суицидов несовершеннолетних в крае имеет волнообразный характер, его максимум – 3,3 на 100 тыс. детского населения в 2005 году, а минимум – 0,53 в 2017 году. За период наблюдения сложилось несколько устойчивых тенденций: преобладание подростков 15–17 лет (65–80%), преобладание при незавершенных попытках девушек, а при завершенных суицидах – юношей (60–70%); выбор травматичных способов (повешения, падения с высоты, огнестрельные ранения) в случаях истинных суицидальных намерений, а при демонстративных – медикаментозных отравлений и поверхностных повреждений. Причинами суицида называли конфликты в кровной или приемной семье (физическое, психологическое насилие, игнорирование потребностей)

более 70% детей, отвержение сверстников – 15–20%, неуспеваемость и неразделенные чувства – по 5–10%.

С целью универсальной профилактики суицидов специалисты психиатрической службы регулярно проводят обучающие семинары, конференции, круглые столы, беседы, лекции. Функционирует телефон доверия для детей и подростков, ежемесячно проходят заседания восьми Школ для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития, разработаны методические рекомендации, памятки, листовки. В рамках селективной и антикризисной профилактики лицам суицидального контингента оказывается дифференцированная психиатрическая и психотерапевтическая помощь. Важным показателем эффективности работы является ежегодное увеличение количества выявляемых детей «группы риска» в пресуицидальный период (высказывающих суицидальные мысли и намерения, но еще не совершавших суицидальные попытки). Однако для успешной профилактики суицидов необходимы межведомственные усилия.

**К ВОПРОСУ О ЛИЧНОСТНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРАХ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ (НА ОСНОВЕ
АНАЛИЗА ПОСМЕРТНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ
ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ)**

Бойко Е.О.¹, Бызова Т.В.², Ефрюшкина О.В.², Павлюкова М.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ,
г. Краснодар, Россия

² ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края,
г. Краснодар, Россия

Резюме. Одним из очевидных признаков суицидогенеза несовершеннолетних сегодня является сложность установления причин произошедшего, отсутствие очевидной объективной причины подобного аутодеструктивного поведения в сочетании с динамикой эмоционального состояния, истощением адаптационных механизмов, что зачастую находит отражение в дневниковых записях и переписках. Подобное положение вещей ставит перед психиатрами, психологами, социологами новые задачи по изучению внутреннего мира современного подростка, разработке методов профилактики явлений социально-психологической дезадаптации. Предметом исследования в рамках данной статьи явились особенности пресуицидального, досуицидального и непосредственно суицидального периода в поведении несовершеннолетних. Изложенные выводы были сформулированы на основе ретроспективного психологического анализа материалов, предоставляемых для проведения

посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз. Полученные результаты могут быть интересными как специалистам, непосредственно осуществляющим работу с несовершеннолетними в условиях кризисных ситуаций, так и широкому кругу читателей.

Ключевые слова: суицидальное поведение; детерминанты суицидального поведения; суицидогенез; подростковый возраст; старший школьный возраст; самосознание; я-концепция

Актуальность. Проблема суицидального поведения субъекта не утрачивает своей актуальности вот уже многие десятилетия. Исследование данной темы имеет достаточно длительную историю; специалисты различных направлений в рамках тех или иных подходов осуществляют работу как по определению детерминант суицидального поведения, так и по разработке методов эффективной помощи лицам, оказавшимся в кризисной ситуации либо уже совершившим суицидальные попытки. Диапазон накопленного материала крайне широк. Суицидальное поведение находится в центре внимания психиатров, психологов, социологов и специалистов целого ряда смежных профессий. К суицидальному поведению, как и к большинству психологических явлений, применимы три основных критерия анализа и три основных теоретических концепции: социологические (Э. Дюркгейм, К. Хорни, М. Фарбер, А.Г. Амбрумова и др.), психопатологические (Ж. Эскироль, Н. Савадж, Г.И. Гордон, К. Бирнбаум и др.) и персонологические (З. Фрейд, К.Г. Юнг, А. Адлер, К. Меннингер, К. Роджерс и др.). Сегодня исследователи едины во мнении, что для понимания сущности суицидального процесса необходимо объединение всех трех подходов и полное представление

о взаимодействии биологических и клинических, макро- и микросоциальных факторов, а также представление об индивидуально-психологических особенностях субъекта суицидального поведения. Именно многоаспектное сочетание трех групп факторов делает проблему исследования суицидального процесса актуальной, теоретически и практически значимой. А крайне быстро изменяющиеся социальные условия и формы реагирования на них в различных возрастных и социальных группах делают неэффективными попытки разработки каких-либо законченных алгоритмов анализа суицидального поведения и повышают значимость «понимающей» парадигмы в изучении проблемы, что, в свою очередь, повышает значимость изучения суицидогенеза субъекта, его письменной продукции, истории его переписок, анализа показаний свидетелей из его ближайшего окружения. Иными словами, речь идет об объединении естественно-научной и гуманистической парадигм изучения психического явления. Если в рамках естественно-научной парадигмы основной ценностью является объективность и количественные показатели знаний, получаемых об объекте, выдвижение и проверка гипотез, то гуманитарная парадигма исследования подразумевает внимание к единичным явлениям, переход от констатации факта к его пониманию, осмысление поведения субъекта в контексте изменяющихся социальных условий и конкретных обстоятельств жизни. В современной науке исследование любого психического явления, а тем более экспертное исследование суицидального поведения, невозможно без четкого и обоснованного естественно-научного алгоритма, однако невозможность проведения экспериментального исследования, очевидная социальная и субъектная обусловленность

суицидального процесса повышает значимость гуманитарного подхода к каждому конкретному случаю, обуславливает необходимость объединения объективного и «понимающего» начала.

В нашем представлении одним из эффективных инструментов комплексного исследования суицидального процесса, позволяющих объединить клинический, социальный и психологический аспекты исследования, является анализ я-концепции суицидента. Многочисленность подходов, направлений изучения я-концепции отражает, в первую очередь, структурную и содержательную сложность этого личностного феномена. В нашем исследовании я-концепция рассматривается с позиций интегративного подхода, как результат личностного развития человека, система самовосприятий, понимания, определения себя субъектом, складывающаяся на основе интеракций с окружающей средой. Это относительно устойчивая система выражения множественных я, система установок, направленных на самого себя, включающая на разных уровнях своего проявления такие механизмы, как когнитивный, эмоциональный, волевой, поведенческий. Человек, взаимодействуя с миром, является субъектом и объектом множества процессов. Так, внешний мир избирательно воспринимается и индивидуально интерпретируется личностью. В свою очередь, внутренний мир личности подвергается существенному влиянию со стороны объективных характеристик внешнего мира. Рассматривая человека в конкретной жизненной ситуации, мы можем выделить два фактора формирования особенностей восприятия объективной действительности: 1) объективные характеристики ситуации; 2) индивидуальное восприятие ситуации. На наш взгляд, результатом взаимодействия субъекта

и внешнего мира (прежде всего, мира других людей) в контексте целостного жизненного пути является именно я-концепция – интегрированная, структурированная, относительно устойчивая система представлений индивида о собственных качествах, свойствах, возможностях. Основываясь на знании о самом себе, накопленном в ходе всего процесса развития, который объединяет как рациональное, так и эмоциональное начала, индивид воспринимает себя в качестве активного субъекта деятельности и общения, формирует систему знаний и установок относительно самого себя, принимает решения, эффективно взаимодействует с окружающей средой. Я-концепция представляет собой одновременно и динамичное, и статичное явление. С одной стороны, изначально являясь «зеркальной», я-концепция формируется и развивается под активным влиянием внешнего мира, впитывая в себя внешние оценки, и изменяется в зависимости от среды, в которой находится личность. С другой стороны, постепенно я-концепция личности, становясь более устойчивой к влиянию внешних факторов, побуждает человека изменять имеющиеся внешние условия и обстановку, если они не соответствуют его уже сформированным представлениям о себе, обуславливают степень доверия человека к информации о нем самом, поступающей извне, и, соответственно, побуждает его к тем или иным действиям.

Возрастным особенностям я-концепции посвящено немало исследований. Традиционно принято считать, что значимым периодом в становлении я-концепции и переходе ее к более содержательным, индивидуальным и устойчивым характеристикам является старший школьный возраст (15–18 лет). Этот факт объясним целым рядом закономерностей, описанных

в отечественной и зарубежной психологии. Здесь стоит упомянуть и изменение социальной ситуации развития с осознанием приближения нового этапа жизни и необходимостью выбора профессии (Г.М. Андреева, Г.Г. Дилигенский, В.А. Ядов), и изменение характера социального взаимодействия старшего школьника с постепенным отдалением от группы референтных сверстников, возникновением необходимости в более доверительном общении, и развитие когнитивной сферы с возможностью осмысления наиболее абстрактных и сложных вопросов с явлениями так называемой «философской интоксикации» (Г.С. Абрамова), и такие новообразования возраста, как произвольность всех форм поведения, профессиональное и личностное самоопределение. Эти и многие другие факторы ведут к активному развитию и изменению самосознания с формированием относительно устойчивой я-концепции. Не стоит забывать, что указанные нами факторы развития самосознания и становления я-концепции ведут в том числе и к целому ряду противоречивых и негативных переживаний, чувству одиночества и отгороженности, снижению стрессоустойчивости и понижению уровня фрустрационной толерантности, столкновению юношеского максимализма, категоричности с малым запасом имеющихся копинг-стратегий и навыков совладающего поведения, способности выработки иного взгляда и иного способа действий в субъективно сложных ситуациях.

Данная работа представляет собой попытку анализа особенностей самосознания и комплекса возрастных особенностей старших подростков – субъектов суицидального поведения на современном этапе развития общества. Работа является обобщением опыта проведения посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз в отношении

несовершеннолетних на территории Краснодарского края в период с 2016-го по начало 2019 года. Анализ динамики роста проводимых экспертиз в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГБУЗ «СКПБ № 1» в отношении лиц, совершивших завершённый суицид, позволяет сделать вывод о росте социальной значимости данного процесса в обществе. При анализе статистических данных о проведенных посмертных комплексных судебно-психиатрических экспертиз обращает на себя внимание тот факт, что экспертизы, проводимые в отношении подростков, совершивших самоубийство, отдельно долгое время не учитывались. Отдельная статистика экспертиз подросткового суицида начинается только с 2015 года. Количество подростков, погибших от асфиксии в результате самоповреждений, падения со здания, сооружения, совершивших прыжок под движущийся объект, значительно превышает официально признанную статистику и позволяет сделать вывод о трудности констатации завершённого суицида: большинство фактов гибели ребенка признавалось несчастным случаем, и посмертная судебно-психиатрическая экспертиза не проводилась. Невзирая на трудности статистики и анализируя проведенные комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы, можно сделать вывод, что наличие психического расстройства констатировалось только в 13-14% случаев. В большинстве случаев подростки, совершившие самоубийство, при жизни не обнаруживали признаков какой-либо психической патологии, проживали в социально и материально благополучных семьях, имели все необходимое для нормальной жизнедеятельности. События, предшествующие суициду, в подавляющем большинстве не могли быть расценены как кризисные, но являлись субъективно

значимыми на общем фоне низкой фрустрационной толерантности при общей смысловой и идеологической депривации, сложившейся в обществе тотального потребительства.

Согласно принятой методике ретроспективного психологического анализа имеющихся данных (В.А. Тихоненков, Ф.С. Сафуанов, Б.С. Положий, Е.А. Панченко), выводы по каждому конкретному случаю формулировались в двух направлениях. Первое – анализ конфликта, лежащего в основе социально-психологической дезадаптации суицидентов, определение его характера и специфики (патологический, непатологический, интраперсональный, интерперсональный, смешанный). Второе – анализ специфики и взаимодействия детерминант формирования суицидального поведения (основные, способствующие, реализующие). В ходе анализа имеющегося материала была сохранена последовательность, используемая нами при анализе каждого конкретного случая, представленного на экспертизу: анализ основных этапов жизненного пути погибшего; анализ особенностей его социального взаимодействия; анализ индивидуально-психологических особенностей и, наконец, анализ материалов переписок и иной письменной продукции субъекта суицидального поведения. Последний пункт представляется нам крайне важным, поскольку позволяет соблюсти основные принципы гуманистической, «понимающей» парадигмы исследования погибшего именно как субъекта суицидального поведения. Как показывает практика, в современных условиях без анализа именно письменной продукции ответить на вопросы, поставленные следствием, восстановить профиль личности погибшего не представляется возможным. Зачастую установить диагноз посмертно также невозможно из-за недостаточности данных

или просто из-за того, что при жизни суицидент не обращался за психиатрической помощью. Поэтому в данном случае мы ушли от четкого разграничения выборки по признаку наличия или отсутствия психической патологии, объединили в выборку лиц с расстройствами пограничного спектра и с отсутствием таковых. Предметом рассмотрения явились система социального взаимодействия субъектов суицидального поведения, а также особенности различных компонентов я-концепции; на них был сделан основной акцент.

Специфика работы по проведению посмертной судебной экспертизы, а также этические соображения не позволили авторам статьи использовать цитаты, отражающие отношение суицидентов к себе, своей семье, тем или иным аспектам. Поэтому представленная работа содержит лишь элементы косвенной речи и выводы, сделанные исследователями на основе анализа имеющегося материала.

Ретроспективный психологический анализ имеющихся материалов позволил нам условно разделить представленные случаи завершенных суицидов на две группы. Первую группу (31 случай), более многочисленную, представляют собой подростки, обладавшие следующими признаками.

1. Отсутствие каких-либо существенных и очевидных для опрошенных свидетелей проблем в тех или иных сферах. Семьи подростков – благополучные, чаще полные, положительно характеризуются в официальной документации с места обучения, жительства и пр. В случае распада семьи характерно сохранение социального благополучия и воспитательной функции (участие отдельно проживающего родителя в жизни ребенка), отсутствие упоминаний о признаках выраженных семейных конфликтов.

При этом в ряде случаев отмечаются высказывания самого подростка о переживаниях (стыд за отца, покинувшего семью; обида на отдельно проживающего отца; неудовлетворенное желание общаться с отдельно проживающим отцом).

2. Положительные характеристики на самих подростков, отсутствие упоминаний о значимых нарушениях поведения, влекущих за собой постановку на профилактический учет и пр. Отсутствие изменений в успеваемости. Упоминания об исполнительности, спокойствии, уравновешенности, вежливости, неконфликтности. Способность поддерживать нейтральные отношения с учителями и одноклассниками. У многих – участие в предметных олимпиадах. Чаще склонность к предметам гуманитарного цикла.

3. Наряду с этим – эксперименты с внешностью (предпочтение одежды черного цвета, косая челка, дреды), наличие комплексов, связанных с внешностью, своеобразие интересов (аниме, хикикомори, сатанизм, сочинение стихов и песен, увлечение рисованием, ведение дневников).

4. Упоминания о некоторой замкнутости подростков, ограниченном количестве близких друзей при достаточной способности поддерживать нейтральные отношения с окружающими.

5. Неадекватная конфликтная самооценка с тенденцией к завышению, а также склонностью к отказу от деятельности. В проанализированных материалах переписок и в дневниковых записях содержатся высказывания, свидетельствующие о высокомерии самих подростков, отсутствии у них желания общаться с неинтересными и скучными сверстниками, об отсутствии интереса к чему бы то ни было, самоуничтожительные мысли о неспособности быть полноценным человеком, экстрапунитивные реакции («не понимают», «недостойны»).

6. Как правило, двойственные высказывания о будущем, которые сочетают в себе высокий уровень притязаний и пессимизм, отсутствие дифференцированных представлений о возможностях достичь желаемого.

7. Сочетание внешне положительного социального облика подростков с интенсивной перепиской, в которой содержатся откровенные высказывания об имеющихся переживаниях, негативном отношении к различным сферам жизни (обучению, взаимодействию с родителями, собственном будущем), с ненормативной лексикой, высказываниями суицидальной направленности.

8. Отсутствие информации о неожиданных стрессовых ситуациях в сочетании с длительно продолжающимися переживаниями (чаще без четкой фабулы, но крайне остро воспринимаемыми подростком). Частые упоминания о скуке, отсутствии интереса к чему-либо и удовлетворяющего общения со сверстниками и взрослыми, о пессимизме в отношении собственного будущего. В ряде случаев имеет место упоминание о наличии стрессовых факторов, которые, однако, не обладают достаточной остротой и чаще происходили какое-то время назад, не могут быть рассмотрены как непосредственно предшествовавшие суицидальному процессу (переезд, отсутствие учебников, ссора с подругой, не оправдавшиеся надежды на близкое общение с понравившейся девушкой, финансовые затруднения). Упоминание об одиночестве и непонятности. Следует отметить, что высказывания подростков о подобных переживаниях не сопровождаются намерениями изменить сложившуюся ситуацию либо содержат крайне нереалистичные и поверхностные представления о путях ее решения, сочетающиеся с представлениями о непреодолимости создавшегося положения.

Предсуицидальный период указанной группы подростков также отличается целым рядом особенностей. Большинство погибших сообщали о своем намерении некоторым из сверстников. В ряде случаев имела место подготовка прощальных писем. На попытки отговорить от суицида следовали возражения (заявления о том, что по-другому не смогут). Выбор потенциально летального способа суицида (самоповешение, падение с высоты, выход на железнодорожное полотно перед движущимся транспортом) сочетался с выраженными элементами манипулятивного поведения и привлечением внимания, обсуждением своих действий перед суицидом либо даже непосредственно в период его совершения (переписка, фото) с лишением собеседника возможности изменить ситуацию.

Ко второй группе (14 случаев) нами были отнесены подростки, суицидальное поведение которых было связано с той или иной относительно внезапной стрессовой ситуацией – ссорой, страхом наказания за совершенный проступок и пр. Также в материалах был представлен случай шантажа подростка неизвестным лицом в сети Интернет. Для подростков, составивших эту группу, характерны следующие особенности.

1. В большинстве случаев социально неблагополучная семья, конфликты с родителями.
2. Низкий материальный достаток семьи.
3. Невысокий уровень рефлексии, отсутствие дифференцированных представлений о собственном будущем.
4. Нарушения поведения.
5. Конфликтность.
6. Сниженный уровень успеваемости.
7. Импульсивность.

8. Сокращенность предсуицидального периода.

9. Выбор потенциально летального способа суицида (самоповешение, падение с высоты).

10. Невыраженность элементов манипулятивного поведения.

Было отмечено также, что схожими социальными и индивидуально-психологическими особенностями обладали подростки, погибшие в результате вдыхания токсических веществ (8 случаев), а именно: неблагоприятные социальные условия, низкий уровень рефлексии, нарушения поведения, импульсивность. Согласно показаниям свидетелей, погибшие имели представление об опасности совершаемых ими действий, однако не прекращали и более того – зачастую агрессивно реагировали на попытки их остановить. Возможно, данное поведение может быть охарактеризовано как аутоагрессивное деструктивное. Однако данное положение является темой для отдельного исследования, которое представляется крайне актуальным, поскольку количество подобных происшествий в последнее время заметно увеличилось.

Выводы. В структуре личности, а также в социально-психологических характеристиках несовершеннолетних суицидентов двух групп были отмечены как сходные, так и резко различающиеся аспекты. Для всех суицидентов характерен выбор потенциально летального способа лишения себя жизни. В обеих группах отмечается сниженный порог фрустрационной толерантности с ограниченными возможностями поиска выхода из сложившихся ситуаций и истощением адаптационных возможностей, страхом перед будущим и возможными проблемами; суицидальное поведение явилось вариантом разрешения трудных жизненных ситуаций. Для всех проанализированных случаев также характерно отсутствие доверительного контакта

со взрослыми, отсутствие дифференцированных планов на будущее, представлений о возможности достижения желаемого и реализации имеющихся возможностей. Представителей обеих групп характеризуют низкий уровень социальной компетентности, категоричность, отсутствие навыков эффективного совладающего поведения. Самосознание несовершеннолетних обеих групп характеризуется отсутствием адекватной самооценки, возможно – повышенным уровнем алекситимии, несформированностью ценностного отношения к себе как к субъекту деятельности, малой дифференцированностью системы самонастроек.

Остановимся на различиях, выявленных в ходе анализа имеющихся данных. В первой группе не было отмечено резких изменений жизненных обстоятельств, для второй группы более характерно наличие внезапного стрессового фактора. Первой группе присущ более пролонгированный предсуицидальный период с меньшим количеством внешних суицидальных проявлений, с эмоциональными переживаниями, отраженными в дневниковых записях и переписках. Непосредственно суицидальный период подростков первой группы характеризовался наличием значительного количества манипулятивных элементов поведения; у подростков второй группы признаки манипулятивного поведения зафиксированы не были. Если у последних специфика самосознания и смыслового компонента деятельности выражалась в неразвитости процесса рефлексии и недостаточной дифференцированности представлений о себе, то у подростков первой группы нарушения самосознания проявлялись преимущественно в неадекватной самооценке с тенденцией к завышению и отказу от деятельности, страхом перед возможными неудачами.

Для подростков первой группы наиболее очевидным личностным смыслом суицида (Ф.С. Сафуанов, В.А. Тихоненков) явились призыв (поиск сочувствия или признания, который мог быть обусловлен несправедливым отношением, обидой, неразделенной любовью, одиночеством) и отказ (выражавший утрату смысла жизни, «экзистенциальный вакуум», капитуляцию перед жизненными невзгодами), для подростков второй группы – избегание.

Опыт работы с подростками, выжившими после совершенных суицидальных попыток, позволил нам дополнить и расширить полученные выводы. Подростков, совершивших суицидальные попытки, также можно условно разделить на две группы, которые схожи по своим характеристикам с группами подростков, совершивших завершенный суицид. Однако имеется и ряд существенных отличий.

Подростки первой группы имеют аналогичные характеристики: семьи в большинстве случаев полные, финансово и социально благополучные, но отмечается дефицит эмоционального общения с близкими взрослыми, иногда даже отсутствие доверия к значимым близким. Отсутствовали упоминания о значимых нарушениях поведения, имелись положительные характеристики с места учебы. Хотя подростки признаются, что мало кто знал и замечал в них малые девиации: курили и употребляли алкоголь, наносили самопорезы, отказывались от еды. В данной группе подростков, совершивших суицидальные попытки, преобладает демонстративный тип суицидальных намерений. Со слов подростков, они выбирали способ с тем расчетом, чтобы их успели спасти: отравление медикаментами, порезы на руках. Многие из детей признались, что даже и не думали, что умрут. Замысел, как правило, вынашивали долго, долго не могли

решиться. Родители подростков первой группы узнавали о трудностях жизни детей лишь после совершенных суицидальных действий, они отрицали причины случившегося или не понимали их. Факт суицида семьей замалчивался. Сами подростки говорили, что причинами суицидальных проявлений были конфликты с родственниками, сверстниками и любимыми, то есть внешние межличностные конфликты, что является отличием от первой группы подростков, совершивших завершенный суицид, для которых был характерен внутренний конфликт с размышлениями о смысле жизни и будущем.

Действия подростков второй группы характеризуются внезапностью принятого решения, часто на фоне стрессовых ситуаций: ссоры, страха наказания. В большинстве случаев семьи неблагополучные, подростки состояли в группе риска или на профилактическом учете в учебных заведениях, находились в зоне особого педагогического внимания. Наиболее часто используемый способ – повешение. Встречаются случаи повешения в легком алкогольном опьянении. Подросткам данной группы присущи импульсивность, низкий уровень рефлексии, поверхностные представления о будущем, малодифференцированные представления о будущей профессии, продуцирование конфликтов с родственниками. Многие из них заявили о скуке, отсутствии смысла жизни, причины своих поступков, как правило, объяснить затруднились. В большинстве случаев это была реакция на сильные конфликты с родителями, выраженное манипулятивное поведение назло («Поссорился сильно с мамой, пошел к себе в комнату. Пока она смотрела телевизор, я повесился»). Часто после суицидальных попыток подростки находились под наблюдением взрослых – родителей, психологов и педагогов. Суициденты

отмечали нежелание госпитализироваться, заявляли, что стали осторожнее; если ранее они резали руки, то стали резать ноги (внутреннюю поверхность бедра).

На основе анализа данных мы можем предположить, что суицидальная предипозиция для современных подростков обладает некоторыми специфическими чертами, обусловленными как социальными, так и индивидуально-психологическими особенностями. Так, во-первых, сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам у современных старших школьников-суицидентов выражается сниженным уровнем фрустрационной толерантности. При этом в качестве мотива выступают не базовые, а приобретаемые потребности, барьер для их преодоления в первой группе преимущественно внутренний, во второй группе – внешний; в первой группе фрустрирующая ситуация нередко приобретает черты «экзистенциального вакуума», воспринимается как тягостная, не имеющая решения. Во-вторых, своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность) дополняются возрастными особенностями, усиливая негативные переживания и ограничивая возможности подростка найти решение либо изменить взгляд на сложившуюся ситуацию. В-третьих, своеобразие коммуникативных особенностей, помимо прочего, выражается в низком уровне коммуникативной компетентности, неразвитости такого компонента я-концепции, как я-рефлексивное («я глазами других»). В-четвертых, неадекватная самооценка в большей степени характерна для подростков первой группы, чаще она является завышенной либо лабильной, нередко связана с отказом от деятельности по причине того, что высокий уровень притязаний сочетается с отсутствием уверенности в успехе и отсутствием ценностного отношения к себе как субъекту

деятельности. В-пятых, ограниченный репертуар психологических защит и копинг-стратегий, помимо возрастных особенностей, обусловлен спецификой такого новообразования анализируемого возраста, как личностное самоопределение.

Исходя из вышесказанного, в качестве одного из суицидогенных факторов поведения старших школьников на фоне отсутствия жизненного опыта и ограниченности репертуара копинг-стратегий может быть рассмотрена специфика самосознания, выражающаяся в низком уровне рефлексии и сформированности либо своеобразии я-концепции – ее когнитивного (система самоустановок), эмоционального (самооценка) и поведенческого компонентов, рассмотренных в совокупности социальных, индивидуально-психологических и клинических аспектов их формирования. Вопреки принятому и распространенному среди психологов-практиков понятию «жизнестойкости», которое имеет преимущественно бихевиоральный, поведенческий характер, сегодня необходимо уделять внимание становлению компонентов самосознания подростков и юношей. Именно развитие произвольности поведения и развитие самосознания, формирование я-концепции является залогом успешного преодоления возрастного кризиса и одной из форм профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних.

Список литературы

1. Дюркгейм Э. Самоубийство // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Сост. А.Н. Моховиков. Москва, 2001. С. 247.
2. Хорни К. Собрание сочинений: В 3 т. Москва, 1997. Т. 3. 481 с.

3. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков // Саморазрушающее поведение подростков. Ленинград, 1991. С. 29–36.

4. Меннингер К. Война с самим собой. Москва, 2000. С. 19–90.

5. Абрамова Н.М. Личностные и этнокультурные особенности лиц, совершивших суицидные попытки путем отравления (по материалам больниц скорой медицинской помощи г. Чебоксары): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2005. 24 с.

6. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учеб. пособие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. Москва, 2009. 606 с.

7. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суицидальное поведение (детерминанты, клиническая динамика, типология, профилактика): Монография. Москва, 2016. 250 с.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ И ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ

Уерги У.Н.

*СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. На практическом опыте СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)» представлена модель социально-психологического сопровождения беременных несовершеннолетних, находящихся в ситуации репродуктивного выбора; модель предусматривает системную работу медицинского психолога и специалиста по социальной работе. Подробное описание технологии приема и консультирования беременной пациентки специалистом по социальной работе отражает профилактическую направленность деятельности в вопросах сохранения репродуктивного здоровья и семейного благополучия подростков. Социальное сопровождение беременной является компонентом комплексной помощи, на которую нацелена деятельность службы охраны репродуктивного здоровья подростков.

Ключевые слова: несовершеннолетние беременные; репродуктивный выбор; социально-психологическое сопровождение беременных; профилактика абортов

Согласно требованиям Приказа Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка

оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», при первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по ее желанию или по социальному показанию врач акушер-гинеколог (иной ответственный специалист) направляет беременную на консультацию психолога (специалиста по социальной работе) [1]. Безусловно, данное требование касается и несовершеннолетних беременных.

Указанное положение нормативно-правового акта строго соблюдается в деятельности СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей “Ювента” (репродуктивное здоровье)» (далее – Центр). На его базе функционирует отделение психологической помощи подросткам, где медицинские психологи проводят в том числе консультации несовершеннолетних беременных в ситуации репродуктивного выбора.

Консультация психолога призвана оказать эмоциональную поддержку и обратить девушку к ее внутреннему состоянию, активизировать индивидуальные ресурсы, в том числе внешние, для более объективного осознания ситуации, принятия решения об исходе беременности с максимально ответственным осознанием его причин и последствий.

Практика обнажила необходимость расширения потенциала психологической консультации до социально-психологического сопровождения беременной в ситуации принятия решения об исходе беременности. С 2020 года на базе отделения психологической помощи подросткам принимает специалист по социальной работе, ведущий также социальное сопровождение несовершеннолетних беременных.

Решение о направлении юной беременной пациентки на прием к специалисту по социальной работе принимает медицинский психолог по результатам психологической консультации, исходя из результатов диагностики ее состояния, мотивации, этапа и контекста принятия решения об исходе беременности.

Актуальными для направления к специалисту по социальной работе случаями, безусловно, являются ситуации репродуктивного выбора, в которых пациентка принимает решение о сохранении беременности, а также находится в амбивалентной позиции или рассматривает возможность искусственного прерывания беременности, руководствуясь социальными факторами.

К таким факторам из практики можно отнести: незаконченное обучение, отсутствие поддержки родителей и (или) партнера, как следствие – материальная зависимость, низкий достаток, жилищно-бытовая неустроенность.

Отсутствие сведений о своих правах и возможностях в решении данных проблем может стимулировать несовершеннолетних беременных к прерыванию беременности как способу избегания потенциальных трудностей.

Прием специалиста по социальной работе включает два этапа: диагностический и информативный. Результатом социальной диагностики является составление социального паспорта несовершеннолетней, включающего:

- сведения о ее семье;
- информацию о наличии поддерживающего социального окружения;
- сведения о ее материальном и жилищно-бытовом положении;

- характеристику социального статуса в образовательном процессе или трудовой занятости;
- а также иные сведения, важные для определения заключения по социальному случаю.

Заключение по социальному паспорту обобщает полученную информацию о жизненной ситуации и потенциальных ресурсах несовершеннолетней при пролонгированной беременности, позволяет выявить индивидуальные потребности в социальном обслуживании с целью создания благоприятных условий для рождения и воспитания ребенка.

Информативная часть консультации, проводимая на втором этапе приема, строится, исходя из индивидуальных показателей социального положения пациентки. Она включает в себя информирование по следующим вопросам:

- о возможностях социально-медицинского сопровождения состояния беременности;
- о праве и способах продолжения обучения с учетом необходимости отпуска по беременности и родам, а также отпуска по уходу за ребенком;
- о социально-трудовых правах несовершеннолетней беременной;
- о социально-правовых вопросах родительства несовершеннолетних;
- о мерах государственной социальной поддержки женщин в связи с беременностью и рождением ребенка, а также семей с детьми;
- о возможностях социального обслуживания беременных и их семей в трудной жизненной ситуации.

Говоря о возможностях социального обслуживания, консультант раскрывает информацию о форме и содержании социальных услуг в государственных учреждениях:

- предоставлении места для временного проживания в кризисной ситуации;
- консультативных услугах профильных специалистов: педагогов-психологов, психологов, дефектологов, специалистов по социальной работе, юрисконсультов и др.;
- услугах социального сопровождения (посредничества) с целью получения услуг, не относящихся к социальным: медицинских, психолого-педагогических, юридических, социально-трудовых и других при отсутствии социальных компетенций у несовершеннолетней для их самостоятельного получения;
- услугах, направленных на формирование навыков, а также расширяющих возможности ответственного родительства;
- услугах социального патронажа и т. д.

Информирование в данном вопросе предполагает предоставление четкого алгоритма действий для получения социальных услуг: контактные данные профильных учреждений, направления их деятельности, условия социального обслуживания, порядок обращения. Исходя из индивидуальных социальных компетенций пациентки, специалистом по социальной работе может быть предложено непосредственное сопровождение, то есть посредничество при обращении за социальной помощью в иное учреждение, проведение переговоров с представителями учреждения.

Социальное обслуживание несовершеннолетних беременных и юных матерей осуществляется в Санкт-Петербурге не только в системе государственной социальной защиты, но и общественными и религиозными объединениями, некоммерческими организациями. На консультации специалиста по социальной работе пациентка получает информацию о наличии и направлениях деятельности таких организаций, что дополнительно расширяет восприятие внешних ресурсов для будущего благополучного родительства. Возможности негосударственных организаций помимо социального обслуживания предусматривают и материальную поддержку в денежном или натуральном виде (продукты, лекарства, вещи/одежда, предметы ухода за ребенком и др.).

Важной составляющей консультации несовершеннолетней беременной является выдача структурированного печатного материала по всем освещенным вопросам. Это позволяет пациентке повторно обратиться к информации, даже частично упустив ее содержание на самой консультации.

Предметное информирование по вопросам социальной поддержки и возможностей в ситуации пролонгированной беременности повышает у пациентки уровень осознанной уверенности в наличии и формах этой поддержки, позитивных вариантах развития событий.

Данный фактор оказывает весомое влияние на принятие решения об исходе беременности, что особенно ярко проявляется у пациенток, находящихся в выраженном амбивалентном состоянии.

Возможности социально-психологического сопровождения несовершеннолетней беременной предполагают также консультации партнера (отца ребенка) и ее родителей (законных представителей).

Консультация партнера и (или) законных представителей несовершеннолетней по своему содержанию подобна основной консультации пациентки, но с расширением диагностических границ. Партнер и (или) родители несовершеннолетней включаются в диагностику в качестве объекта для определения их индивидуальных потребностей в социальном обслуживании для расширения ресурсных возможностей в поддержке пациентки (ключевой принцип: формирование поддержки беременной через восстановление функциональности семейной системы). Информирование о социальных возможностях партнера, родителей, семьи в целом в ряде случаев позволяет снизить влияние факторов, провоцирующих их негативное отношение к ситуации незапланированной беременности. Задача психолога и специалиста по социальной работе – путем консультации партнера и (или) родителей оказать содействие в формировании поддерживающего социального окружения для беременной.

Социально-психологическое сопровождение может представлять собой разовые консультации психолога и специалиста по социальной работе, а также ряд повторных встреч с последующей передачей несовершеннолетней беременной на социальное сопровождение по месту жительства с ее согласия. В случае необходимости и с согласия пациентки специалист по социальной работе выдает ей направление в СПб ГКУ «Центр организации социального обслуживания» (далее – ЦОСО) с указанием выявленных индивидуальных потребностей в социальных услугах, а также необходимой помощи. Согласие пациентки на выдачу направления фиксируется в бланке согласия на разглашение врачебной тайны (в связи с тем, что выдача данного направления влечет за собой разглашение факта обращения пациентки

в медицинское учреждение, что относится к сведениям, составляющим врачебную тайну) [2].

Дальнейшее обращение девушки в ЦОСО дает ей возможность заключения договора о предоставлении социальных услуг для длительного социального обслуживания (на период, определяемый нуждаемостью: до 1 года с возможностью продления). Обслуживание осуществляется в учреждении, приближенном к месту жительства, либо выбранном по иному принципу самой беременной (из списка учреждений, определенных ЦОСО) [3].

Одной из форм социального сопровождения несовершеннолетних беременных пациенток и их партнеров (отцов детей) в Центре, принявших решение о сохранении беременности, является групповой тренинг. Он направлен на формирование и укрепление установок на ответственное родительство, реалистичных представлений о родительстве, осознанное определение возможностей для реализации благополучного материнства и отцовства.

Социальное сопровождение беременной пациентки является компонентом комплексной помощи. Направление консультаций согласуется с медицинским психологом и врачом. Главной целью специалиста по социальной работе в вопросе сопровождения несовершеннолетних беременных пациенток в ситуации репродуктивного выбора является не убеждение и тем более не принуждение к сохранению беременности или ее прерыванию, а исчерпывающее информирование обо всех социальных возможностях, поддержке и помощи со стороны государственной и общественной системы социальной защиты для того, чтобы пациентка, находясь в кризисной ситуации непредвиденной беременности, приняла самостоятельное максимально ответственное решение, влияющее на ее здоровье и судьбу и исключающее

решение о прерывании беременности в положении социального неведения и отвержения.

Социально-психологическое сопровождение беременных в стенах медицинского учреждения для подростков является фактором и компонентом профилактики абортов, а вместе с тем и возможностью раннего установления патронажа над будущей юной матерью, входящей в зону социального риска. При учете заявительного характера социального обслуживания возможность получения консультативной социальной помощи несовершеннолетними беременными в медицинском учреждении увеличивает вероятность их своевременного обращения за помощью в профильные социальные учреждения в случае возникновения трудной жизненной ситуации, кризиса.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // СПС «Консультант плюс». URL: <http://www.consultant.ru/>

2. Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 01.07.2019 № 405-р «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения “Центр организации социального обслуживания” при реализации полномочий по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг и признанию утратившими силу некоторых

распоряжений Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга и внесении изменений в распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 21.02.2018 № 62-р» // URL: <http://coso.ksp.gov.spb.ru/informacija/normativnye-dokumenty>

3. Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 01.07.2019 № 404-р «Об утверждении регламента Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения “Центр организации социального обслуживания” по предоставлению услуги по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг» // URL: <http://coso.ksp.gov.spb.ru/informacija/normativnye-dokumenty>

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ НЕЗАПЛАНИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Панова О.В., Куликов А.М.

*Кафедра педиатрии и детской кардиологии
Федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. На фоне психологической и физиологической незрелости организма подростка аборт часто сопровождается тяжелыми осложнениями, которые могут крайне негативно сказаться на репродуктивном, соматическом и психическом благополучии растущего организма.

Цель. Изучение особенностей гемодинамики и ее вегетативной регуляции у молодых женщин после прерывания беременности по социальным показаниям.

Материал и методы. В основную группу вошли 47 молодых женщин 15–19 лет, обратившихся в Городской консультативно-диагностический центр «Ювента» для прерывания незапланированной беременности. В контрольную группу вошли 24 небеременные молодые женщины того же возраста. Гемодинамику пациенток исследовали с помощью метода тетраполярной интегральной реографии человека по методике М.И. Тищенко. Состояние центральных и гуморальных механизмов вегетативной регуляции работы сердца анализировали с помощью методики вариационной пульсометрии.

Результаты. Через неделю после аборта отчетливо снизились частота сердечных сокращений: 70,00 (58,00 ÷ 85,00) против 79,00 (70,00 ÷ 92,00); $p < 0,01$, минутный объем кровообращения: 5,66 (4,62 ÷ 7,06) против 6,32 (5,41 ÷ 7,71); $p < 0,01$, сердечный индекс: 3,56 (2,88 ÷ 4,66) против 4,12 (3,40 ÷ 4,75); $p < 0,01$, коэффициент резерва: 122,00 (101,00 ÷ 159,00) против 141,50 (119,00 ÷ 170,00); $p < 0,01$. Такие показатели, как ударный объем крови, ударный индекс и коэффициент интегральной тоничности, остались на прежнем уровне. При оценке данных гемодинамики пациенток через месяц после аборта достоверных различий по сравнению с ее первоначальным уровнем и аналогичными показателями у небеременных обнаружено не было.

Выявлены следующие изменения показателей вегетативной регуляции работы сердца в динамике после прерывания беременности. Показатель *Mo* (мода), характеризующий гуморальный канал регуляции сердечного ритма (влияние катехоламинов), значимо повысился у испытуемых через неделю после аборта (0,79 (0,72 ÷ 0,94)) по сравнению с первоначальным уровнем (0,71 (0,69 ÷ 0,78)); $p < 0,01$. Вместе с тем через неделю после аборта отмечалось значимое снижение показателя *Amo* (амплитуда моды), отражающего влияние симпатического отдела ЦНС на сердечный ритм (21,50 (16,00 ÷ 24,00)) по сравнению с уровнем до аборта (25,50 (17,50 ÷ 43,50)); $p < 0,05$. Баланс между симпатическим и парасимпатическим отделами (индекс вегетативного равновесия) также значимо ($p < 0,01$) сместился в сторону увеличения влияния парасимпатического отдела (24,75 (19,51 ÷ 33,52)) по сравнению с первоначальным уровнем (37,82 (22,21 ÷ 62,51)).

Выводы. Таким образом, через неделю после аборта были выявлены сдвиги вегетативного тонуса с увеличением ваготонии, повышения парасимпатической и снижения симпатической регуляции, что, вероятно, связано с адаптацией организма молодой женщины к прерыванию беременности и восстановлением после хирургического вмешательства. Выявленные изменения гемодинамических показателей также могут быть связаны со снижением симпатического и увеличением парасимпатического влияния на деятельность сердечно-сосудистой системы.

МЕРЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПОДДЕРЖКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕЙ МАТЕРИ

Гречишкина М.А.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
«Кризисный центр помощи женщинам»,
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Отделение социальной реабилитации «Маленькая мама» предоставляет комплекс социальных услуг несовершеннолетним беременным, молодым матерям с детьми по сохранению биологической семьи, выходу из трудной жизненной ситуации, подготовке к самостоятельной жизни.

Ключевые слова: маленькая мама; несовершеннолетняя мать; ранняя коммуникация; психологический портрет; приоритетные направления; факторы риска

В системе социальной защиты населения Санкт-Петербурга существует уникальное учреждение «Маленькая мама». Это отделение социальной реабилитации – первое в России учреждение, принявшее на себя заботу о несовершеннолетних беременных и юных матерях с грудными детьми.

«Маленькая мама» является структурным подразделением Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Кризисный центр помощи женщинам», оказывает комплексную социальную помощь несовершеннолетним беременным и молодым матерям с детьми в возрасте до трех лет с января 1998 года и выполняет важный социальный заказ города по оказанию помощи данной категории населения.

Это девочки-подростки, в основном воспитанницы сиротских учреждений, от которых отказались родители. Мы учим наших подопечных быть мамами, любить своих детей, принимать ответственные решения.

Ранняя беременность, рождение ребенка вне брака, отсутствие средств существования, родных и близких людей, готовых помочь в воспитании ребенка, отсутствие жилья, образования, специальности, возможности трудоустройства и устройства ребенка в детское образовательное учреждение – это факторы риска по возможному отказу от ребенка.

Рождение ребенка несовершеннолетней матерью в большинстве случаев не делает ее более ответственной. У таких матерей отмечаются сниженный социальный интеллект, эмоциональная неустойчивость, излишняя доверчивость, повышенная тревожность.

Основу системы помощи юным матерям составляет индивидуальная работа, которая включает в себя обучение ранней коммуникации, способам поведения в конфликтных ситуациях, работу в системе детско-родительских отношений, формирование социальной грамотности и активной жизненной позиции.

Обучая матерей ранней коммуникации с ребенком, мы обращаем внимание на такие моменты, важные для развития тесной привязанности, как способность матери оценивать сигналы, посылаемые ребенком, и умение на них реагировать, общение с ребенком во время купания, переодевания и кормления, использование жестов, взглядов, звуков, улыбок, положительных эмоций.

Мы учим матерей развивать способности ребенка, разъясняя, что забота и внимание, которые ребенок получает в первые годы жизни, имеют решающее значение для его роста и развития

и оказывают влияние на всю его дальнейшую жизнь. Проводим беседы о том, что игра развивает способность говорить, любознательность, что ребенок растет и развивается быстрее, если с ним разговаривают, обнимают, если он чувствует любовь, привязанность, внимание, одобрение и поощрение, чувствует себя в безопасности, получает полноценное питание и хороший уход.

Говоря о наказании детей, обращаем внимание на то, как это может повредить их развитию.

Мы подчеркиваем необходимость соблюдения санитарных норм и правил как основы сохранения здоровья детей, говорим об обеспечении безопасности, создании безопасной среды во избежание несчастных случаев.

Мы отрабатываем также упражнения на развитие эффективных коммуникативных навыков (как в общении с ребенком, так и в общении с другими людьми).

Юные матери приходят в отделение со своими проблемами: одни в подавленном настроении и с непониманием сложившейся ситуации, другие в состоянии агрессии и с негативным отношением ко всем окружающим, третьи в страхе перед будущим. Некоторые – с твердым намерением изменить свою жизнь к лучшему. А кто-то довольно спокойно относится к факту своей беременности, не испытывает ни шока, ни страха. Они перекладывают все проблемы, связанные с рождением ребенка, на свое ближайшее окружение, будучи уверенными, что все обязаны им помогать.

Несмотря на разный уровень образования, интеллекта, социальный статус (наличие родителей, опекунов, сиротство), есть особенности, которые объединяют наших подопечных.

Психологический портрет молодой матери

- сниженный социальный интеллект, эмоциональная неустойчивость, излишняя доверчивость;
- повышенная тревожность, пограничные расстройства;
- слабая интуиция;
- дефицит социальной ответственности;
- наличие зависимостей, вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики);
- раннее начало половой жизни;
- потребительское отношение к жизни.

Мы начинаем свою работу с несовершеннолетней беременной или уже родившей юной матерью со сбора социального и медицинского анамнеза.

Психологи проводят первичную диагностику (как правило, это занимает до 10 дней) с целью выявления уровня интеллекта, эмоционального состояния, личностных особенностей и приоритетов, потенциальной опасности ребенку, исходящей от матери.

Затем на консилиуме мы заслушиваем специалистов всех служб (социальной, медицинской, психологической, педагогической) и разрабатываем варианты решений для вывода матери из трудной жизненной ситуации и ее подготовки к самостоятельному проживанию или возвращению в семью.

В отделении «Маленькая мама» созданы условия для того, чтобы мама с ребенком чувствовали себя комфортно, уютно, могли восстановиться после пережитых конфликтов в семье, разлада с отцом ребенка, испытаний. Проживание в отдельной комнате с ребенком позволяет маме иметь личное пространство и быть в некоторой степени независимой от окружающих.

На этапе психопрофилактической работы по подготовке несовершеннолетней беременной к родам медицинские работники и психологи:

- настраивают ее на благоприятный исход родов и рождение здорового, полноценного ребенка;
- знакомят с эмоционально-психологическими аспектами родов и послеродового периода;
- объясняют особенности физиологического течения родового акта, рассказывая о приемах самообезболивания в родах (включая различные виды массажа и методики дыхания);
- готовят будущую маму к грудному вскармливанию;
- обсуждают с ней психологические трудности послеродового периода и восстановление организма после родов.

Занятия по релаксации и снятию страха и напряженности в связи с предстоящими родами специалисты проводят в комнате психологической разгрузки.

Для адаптации к роли будущей матери большое значение имеет то, что беременная находится вместе с уже родившими мамами. Это благотворно сказывается на ее состоянии. Она получает информацию непосредственно от молодых матерей, видит младенцев, помогает ухаживать за ними и перенимает положительный опыт. Это способствует снижению заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни.

Юным мамам часто трудно дается умение интуитивно чувствовать ребенка и его потребности, психологически настроиться на него. Это норма: в подростковом возрасте девушек гораздо больше интересуют друзья и подруги. Нам постоянно приходится напоминать молодым мамам, что изменились

приоритеты, и ее главная забота – ребенок, которого надо покормить, с которым надо погулять, сходить на развивающие занятия к психологу, посетить врача в детской поликлинике, сделать много других дел.

В работе с несовершеннолетними матерями мы используем следующие принципы:

- позитивный настрой на несовершеннолетнюю маму, на решение ее проблем;
- доверительное взаимодействие (установление доверительного контакта);
- позитивное взаимодействие (опора на положительные качества);
- поощрение положительных изменений (умение выделять и ценить самое маленькое достижение);
- разумный компромисс (любые изменения должны быть созидательными, а не разрушительными);
- гибкость (использование различных форм, способов, стратегий);
- системность (целостная система высокого уровня, все компоненты которой взаимосвязаны и взаимозависимы);
- превентивность (легче предупредить, чем исправить);
- индивидуальный подход.

Приоритетные направления в работе отделения

Социально-медицинское направление

Регулярные лекционные и практические занятия по обучению навыкам ухода за ребенком (кормление, пеленание, купание).

Соблюдение личной гигиены и гигиены ребенка.

Профилактика простудных и инфекционных заболеваний.

Профилактика заболеваний репродуктивной системы.
Пропаганда здорового образа жизни.
Работа с поликлиниками и оздоровительными центрами города.

Социально-психологическое направление

Диагностика матерей: интеллект, эмоциональное состояние, личностные особенности, профорентация.

Диагностика младенцев: уровень развития.

Психологическая работа с беременными: коррекция эмоционального состояния, позитивный настрой, внутриутробное развитие будущего ребенка.

Коррекция поведения несовершеннолетних матерей: консультирование, обучение техникам саморегуляции, релаксации, тренинги, направленные на развитие и укрепление коммуникативных навыков и самооценки.

Работа в системе «Мать и дитя». Консультирование по стадиям развития ребенка, обучение пониманию сигналов ребенка, занятия по развитию ребенка и укреплению эмоциональной привязанности.

Социально-педагогическое направление

Создание благоприятных условий для социализации, направленных на восстановление и формирование личности будущей матери, нормализацию ее эмоционального состояния, снижение страхов перед родами, тревожности.

Содействие в приобретении нового опыта взаимодействия в процессе моделирования семейных отношений, повышении материнской компетентности, гармонизации детско-родительских отношений.

Привитие санитарно-гигиенических навыков, навыков по уходу за ребенком.

Помощь в получении практических навыков для будущей самостоятельной жизни.

Организация культурно-досуговой деятельности (домашние праздники, посещение театров, выставок, музеев).

Помощь в выполнении домашних заданий, содействие в получении дальнейшего образования.

Привлечение волонтеров (студентов, активных молодых людей) для расширения социальных связей молодых матерей, навыков их коммуникации, повышения их самооценки.

Занятия в творческой мастерской.

Формы и методы работы с несовершеннолетними мамами

Индивидуальные

Диагностика – системный сбор и анализ информации по какому-либо направлению.

Консультирование – совокупность рекомендаций и советов, которые предоставляют специалисты.

Анкетирование – сбор материала, характеризующего несовершеннолетнюю.

Интервью – получение ответов на заранее продуманные вопросы.

Убеждение – эмоциональное и глубокое разъяснение сущности проблемы, анализ и выстраивание перспектив.

Помощь в самовоспитании – сознательной, целенаправленной деятельности, направленной на совершенствование человеком своих положительных качеств и преодоление отрицательных.

Привитие навыков самоорганизации, предполагающей умение планировать свою жизнь, оценивать свои возможности, принимать решения.

Погружение в ситуацию свободного выбора – предоставление возможности самостоятельно принять решение в определенной жизненной ситуации.

Групповые

Беседы, позволяющие проникнуть в духовную жизнь подростка, выяснить трудности, помочь проанализировать их и сделать выводы.

Наблюдения – исследования поведения без вмешательства в него.

Экономические занятия, обучающие экономии личного бюджета.

Моделирование проблемных ситуаций, предполагающее искусственное создание определенных проблем и поиск путей их решения.

Ролевые игры, позволяющие примерить на себе новые роли.

Девичьи посиделки – семейный вечер, дружеская встреча с чаепитием и развлечениями.

Мастер-классы, знакомство с авторскими методиками, работками, новыми технологиями на наглядных примерах.

Тренинги для совершенствования умений и навыков, обучения конструктивным способам решения конфликтных ситуаций.

Занятия по ведению домашнего хозяйства.

Литературные гостиные, встречи с сотрудниками библиотек.

Встречи с волонтерами.

Выставки – публичная демонстрация результатов творчества.

Рассмотрим историю Анастасии 15 лет и ее ребенка Олеси. Мать Насти, которая была для нее единственным близким человеком, умерла. Отец давно разведен и проживает в другой семье. Настя осталась в квартире с родственниками, имеющими свою семью. Между Настей и тетей конфликт. Отец материально поддерживает Настю, но брать ее к себе не намерен. Отсутствие родительского попечения и помощи от биологического отца Олеси привели Настю к тяжелому психологическому состоянию. Ранняя беременность стала результатом безответственного отношения Насти к своему здоровью, включая половое воздержание, и контрацептивной безграмотности. К факту беременности Настя отнеслась спокойно, полагая, что всю ответственность на себя возьмет ее отец. Он встретил Настю с внучкой из родильного дома, но к себе домой не забрал. Беременность и роды дались Насте тяжело, она была не в силах подняться ночью к ребенку. Помимо физической усталости существовали и психологические сложности. Юная мама не могла должным образом заботиться о ребенке, ее больше интересовало общение с друзьями. Пришлось подключить к решению проблемы отдел опеки. Специалист отдела провела с Настей беседу, объяснила необходимость ее пребывания в отделении «Маленькая мама».

С Настей работал психолог для формирования надежной эмоциональной привязанности между матерью и ребенком. Молодой маме оказывали помощь в формировании опыта адекватного позитивного материнства.

Специалист по социальной работе посетила с Настей школу, договорилась о свободном посещении занятий. Специалисты отделения оказывали ей помощь в приготовлении домашних заданий.

Настя закончила 9-й класс общеобразовательной школы. Ей было оформлено пособие по инвалидности (выявлено хроническое заболевание), ребенок получил место в детском саду, семья поставлена в очередь на получение жилья.

Большую помощь в духовном развитии наших матерей оказывает настоятель храмового комплекса святого праведного Иоанна Кронштадтского, протоиерей Михаил Подолей. При его непосредственном участии в отделении «Маленькая мама» открыта молитвенная комната, создана библиотека. Батюшка проводит беседы, молебны, обряды крещения, духовно окормляет матерей и детей, что также благотворно влияет на сохранение семьи.

За 1998–2019 годы обслужено 754 человека (389 матерей и 365 детей), из них 233 несовершеннолетние матери (59,9%), в том числе: в возрасте 13 лет – 3 (1,3%), 14 лет – 13 (5,6%), 15 лет – 20 (8,6%), 16 лет – 50 (21,5%), 17 лет – 85 (36,5%), старше 18 лет – 156 (40,1%). Как итог – 346 сохраненных семей (95,1%) и 694 сохраненных жизни (в том числе две двойни).

Список литературы

1. «Маленькая мама»: Из опыта работы / Санкт-Петербургское государственное учреждение «Кризисный центр помощи женщинам»; Отделение социальной реабилитации «Маленькая мама»; под ред. М.А. Гречишкиной. Санкт-Петербург, 2009. 64 с.
2. Мудрик А.В. Социальная педагогика: Учебник для студ. пед. вузов / Под ред. В.А. Сластёнина. Москва, 2000. 200 с.
3. Пушкарёва Т.Н. Основы и клиническое значение материнской привязанности // Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. № 4.
4. Шалимова М.А., Глинкина О.В. Сборник материалов по психо-профилактической подготовке беременных к родам. Москва, 2003.

НАРУШЕНИЯ В ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ КАК ПРЕДИКТОРЫ МАНИФЕСТАЦИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Алексеева Н.В., Максимова Т.А., Киселёва М.В., Северинова Ю.Н.

*СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический
центр для детей “Ювента” (репродуктивное здоровье)»,
Санкт-Петербург, Россия*

Четкое понимание психоэмоциональных особенностей подростков, страдающих угревой болезнью, дает возможность определения и использования наиболее действенных моделей оказания психотерапевтической помощи в рамках комплексного подхода к лечению этой нозологии.

В настоящее время в современной дерматологии доказана взаимосвязь патогенеза кожных заболеваний и психоэмоционального статуса.

Общность предрасполагающих факторов развития угревой болезни и психических расстройств, развитие психоэмоциональных нарушений как ответ на возникновение косметического дефекта, изменения состояния кожи пациента вследствие изменений психического состояния пациента – неоспоримые доказательства этой взаимосвязи в случае угревой болезни.

Необходимо учитывать также четкую взаимосвязь эмоциональных реакций с вегетативными и эндокринными изменениями, обусловленными продукцией гормонов коры надпочечников. Косметический дефект, вызванный угревой болезнью, является выраженным стрессогенным фактором у подростков и значительно снижает качество жизни.

Базовыми факторами формирования дерматологических заболеваний (в частности, угревой болезни) у подростков

являются определенные типы эмоционального реагирования. Они встречаются чаще у подростков с тревожно-мнительным радикалом, повышенным нейротизмом, со склонностью к конверсионным реакциям. Следует иметь в виду, что косметический дефект сам по себе вызывает вторичные психопатологические реакции, что усугубляет течение заболевания. Отношение к болезни, приобретающее характер патологической фиксации на дефекте, может формировать психопатологические реакции даже при отсутствии отягощенного эмоционального статуса.

Совокупность патологических типов эмоционального реагирования и вторичных психопатологических реакций может привести к возникновению стойких нарушений психоэмоциональной сферы в виде синдромов и самостоятельных нозологий. Из наиболее распространенных можно перечислить дисморфофобический синдром, патомимию (частое явление с риском осложнений и необходимостью назначения антибактериальной терапии), ипохондрические расстройства, социофобию, обсессивно-компульсивное расстройство, психогенную депрессию. Это также повышает риск суицидального поведения и развития расстройств пищевого поведения.

Таким образом, включение в терапию угревой болезни мероприятий, направленных на улучшение эмоционального состояния, способствует формированию ремиссии заболевания, ее стабилизации, а также уменьшению уровня гормонов стресса и риска возникновения других психосоматических расстройств.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ COVID-19 У ПОДРОСТКОВ

Бражникова А.П.

*ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»*

Министерства здравоохранения РФ,

Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Диагностика и профилактика коронавирусной инфекции нового типа являются актуальными задачами, которые решает сегодня медицинское сообщество во всем мире. Наличие дерматологических маркеров данной инфекции, таких как «ковидные пальцы», позволяет выявить бессимптомных и/или переносящих в легкой форме COVID-19 подростков и обезопасить контактирующих с ними людей от возможного заражения. Проявления по типу многоформной экссудативной эритемы, пятнисто-папулезные, уртикарные, везикулезные высыпания, связанные с COVID-19, зарегистрированные в педиатрической практике как на фоне других симптомов новой инфекции, так и в связи с применением некоторых медикаментов (например, гидроксихлорохина), нуждаются в верификации с лекарственно-индуцированными поражениями кожи, а также с инфекционными экзантемами, буллезными дерматозами, аутоиммунными заболеваниями. Разнообразие дерматологических маркеров COVID-19 диктует необходимость осведомленности о них, ведь даже при отсутствии респираторных симптомов подросток может являться источником SARS-CoV-2 и представлять эпидемиологическую опасность для окружающих.

Ключевые слова: SARS-CoV-2; «ковидные пальцы»; многоформная экссудативная эритема; дерматологические маркеры COVID-19

Коронавирусная инфекция нового типа *COVID-19*, вызванная *SARS-CoV-2*, впервые официально зарегистрирована в декабре 2019 года, и уже к 11 марта 2020 года ВОЗ объявила о пандемии.

На 30 сентября 2020 года во всем мире насчитывалось более 33 млн зараженных и 1 млн умерших от *COVID-19*, наибольшее число из них составляют пациенты старшей возрастной группы.

Коронавирусная инфекция нового типа стала испытанием для специалистов различных областей: так, вирусологам пришлось в короткие сроки определять свойства возбудителя и особенности иммунологического ответа в популяции, а клиническим специалистам – наиболее типичную симптоматику и варианты течения заболевания для установления их прогностической ценности.

В большинстве случаев инфекция протекает с поражением респираторного тракта, но уже в феврале 2020 года появились публикации о манифестациях с экстрареспираторными симптомами.

Зарегистрировано вовлечение в инфекционный процесс сердечно-сосудистой системы (у 8,9–52% пациентов с *COVID-19*), гепатобиллиарной системы (16,1–53,1%), желудочно-кишечного тракта (9,2–26,8%), почек (0,5–23%), центральной нервной системы (0,5–16,8%), глаз (1,1–15,9%) и кожи (1,1–15,9%) [1].

Первые публикации с описанием различных кожных высыпаний у пациентов были доступны с марта 2020 года и носили отрывочный, описательный характер с новообразованной терминологией, без иллюстраций и подтверждающих морфологических исследований, но побудили дерматологическое сообщество сконцентрировать внимание на этой проблеме.

По состоянию на 30 сентября имеется несколько объединяющих весь пул публикаций, исследований, в которых предпринимаются попытки систематизировать высыпания [2].

Подчеркивается, что пока нет точных данных о частоте встречаемости кожных симптомов (она варьирует от 1,8 до 20,4%) [3, 4], связи с тяжестью заболевания, а также не всегда можно говорить о прогнозе течения заболевания на основании дерматологических маркеров. Затрудняет классификацию значительное многообразие: пятнисто-папулезные, везикулезные, уртикарные, пурпурозные, ретикулярное ливедо, очаги ишемизации и некроза, питириазоподобные, похожие на многоформную эритему. Но отмечается тенденция к доброкачественному и самостоятельному разрешению высыпаний в срок от 3 до 15, редко 28 дней. Кроме того, можно говорить, что наиболее часто встречающимся вариантом были так называемые «ковидные пальцы», выявление которых необходимо с эпидемиологической целью [5, 6].

SARS-CoV-2 может обнаруживаться в клетках различных тканей, где отмечается экспрессия *ACE2*, а аффинность спайк-протеина у этого вируса выше в 10–20 раз, чем у *SARS-CoV* [7]. В ходе виремии, возможность которой была подтверждена у пациентов с *COVID-19*, *SARS-CoV-2* может попадать в отдаленные от входных ворот ткани, например в кожу, где потенциальной мишенью имеют шанс оказаться эпидермальные структуры, так как среди клеток, экспрессирующих *ACE2* рецепторы в коже, кератиноциты составляют 97,37%, клетки потовых желез – 2,63% [8].

Сравнивая с кератиноцитами экспрессия *ACE2* в коже отмечается на эндотелиоцитах, что может пролить свет на механизм проникновения вирусов в ткани и наличие у некоторых пациентов симптомов воспаления в сосудистом русле [9].

Предполагается, что высыпания при *COVID-19* могут быть и истинными инфекционными экзантемами, и параинфекционными,

а также вариантами васкулопатического и/или коагулопатического процессов [10].

Дерматологические маркеры *COVID-19* зарегистрированы у пациентов всех возрастных групп (от 8 месяцев жизни до 98 лет), основная масса которых имела лабораторно подтвержденный диагноз (58,2%); остальные были либо контактными с доказанными случаями *COVID-19*, либо подозрительными на заболевание в связи с наличием типичных экстракожных симптомов [11].

Особенностями течения коронавирусной инфекции нового типа у детей является легкий характер течения (сухой кашель и интоксикация, редко с нарушением носового дыхания, болезненностью при глотании), без лихорадки и пневмонии, длительностью не более двух недель. У части пациентов инфекция манифестировала с симптомов поражения желудочно-кишечного тракта (течение заболевания при этом было более тяжелым). В редких случаях отмечено быстрое прогрессирование респираторной симптоматики до острого дистресс-синдрома, метаболического алкалоза, септического шока, нарушения коагуляции и полиорганной недостаточности. Факторами риска у таких пациентов были: возраст до двух лет, наличие иммуносупрессивной терапии в анамнезе или тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации [12, 13].

Лабораторные показатели были схожими с таковыми у взрослых: лимфопения относительная и высокие значения ЦРБ и СОЭ; у некоторого числа детей – повышение концентрации трансаминаз, лактатдегидрогеназы, миоглобина; в тяжелых случаях – нарастание лимфопении и лейкопении, высокая концентрация *D*-димера и ферритина, а также цитокинов *IL-6*, *IL-4*, *IL-10*, *TNF-α* [14].

По-прежнему говорить о заболеваемости, а вследствие этого и о распространенности тех или иных симптомов *COVID-19* у детей можно весьма условно, но с точки зрения дерматологических маркеров такие попытки предпринимаются.

Частота встречаемости различных проявлений при *COVID-19* в зависимости от возраста пациента отражена в таблице, составленной на основании данных обзора [11].

В детском возрасте особый интерес представляют две формы: «ковидные пальцы» и высыпания по типу многоформной экссудативной эритемы.

Новый термин «ковидные пальцы» имеет несколько синонимов: «перниоподобные», «псевдоперниоз», ознобленные. Преимущественная локализация в области дистальных фаланг кистей и стоп, характерная для этих высыпаний, привела к ошибочному объединению их с другими проявлениями – очагами ишемизации и некроза, которые имеют иные клинические характеристики и считаются маркерами тяжелого течения инфекции (со значимыми нарушениями коагуляции у пациентов) [15]. Основная часть «перниоподобных» высыпаний была ассоциирована с легким вариантом течения инфекционного процесса, фазой выздоровления и/или негативными результатами лабораторных тестов. В одном из исследований описан случай обнаружения «ковидных пальцев» у контактных лиц из ближайшего окружения пациента [16, 17]. Высказывались различные предположения о природе данных высыпаний. Гипотетически с вариантом поздней манифестации коронавирусной инфекции впервые связали данные проявления испанские коллеги, подметив, что даже у животных, переносящих коронавирусную инфекцию, на поздних стадиях наблюдаются высыпания, напоминающие глубокие формы пиодермии [18].

Таблица. Распространенность дерматологических маркеров COVID-19 в зависимости от возраста пациентов

Группа дерматологических маркеров	Частота встречаемости (среди всех пациентов с поражением кожи)	Период появления в сочетании с другими симптомами COVID-19	Средний возраст пациентов в группе, лет
Акральные высыпания (перниоподобные)	40,4%	После основных симптомов не ранее 5-го дня (медиана – 14 дней)	23,2
Эритематозная пятнисто-папулезная сыпь	21,3%	Совместно с другими симптомами	53,2
Везикулезные высыпания	13,0%	После основных симптомов 2–5 сутки	48,3
Уртикарные высыпания	10,9%	Совместно с другими симптомами	38,3
Другие (экзематозные, аннулярные, ангиоматозные)	4,3%	В различное время	67,0
Васкулопатические и коагулопатические (ливедо/пурпура/некрозы)	4%	Совместно с другими симптомами	77,5
Напоминающие многоформную эритему	3,7%		12,2
Неспецифические эритематозные	2,1%		-
Редкие (включают симметричные кожные лекарственно индуцированные интертригинозные высыпания, подобные розовому лишаю)	0,3%		-

Невозможность в большинстве случаев подтвердить методом ПЦР выделение вируса объясняется тем, что вирусная нагрузка к моменту появления «перниоподобных» элементов уже минимальна и пациенты находятся в стадии выздоровления [19].

По другой версии, появление «ковидных пальцев» может быть обусловлено деятельностью цитотоксических CD8+ T-лимфоцитов, которые привлекаются для обезвреживания инфицированных кератиноцитов и эндотелиоцитов в акральных участках кожи. Предполагается, что у пациентов с легкими и бессимптомными вариантами COVID-19 на фоне истощения T-клеточного ответа и вирус-опосредованной иммуносупрессии не происходит выработки достаточного для элиминации количества анти-SARS-CoV-2 антител, что и объясняет появление высыпаний на поздних этапах инфекционного процесса [20].

При этом у части пациентов все же отмечается выделение вирусов при отсутствии иной, кроме кожных проявлений, симптоматики, что делает высыпания единственным маркером перенесенного заболевания [21].

«Ковидные пальцы» описаны как эритематозные пятна или папулы, располагающиеся на дистальных отделах конечностей (чаще – фаланги пальцев стоп) и напоминающие ознобление, которые спустя время могут трансформироваться в инфильтрированные, пурпурозные, буллезные, эрозивные, сопровождающиеся умеренной болезненностью, иногда зудом и жжением, которые появляются не ранее шестого дня иных симптомов новой инфекции и разрешаются бесследно самостоятельно в течение 14–28 дней [22, 18].

Гистологические исследования демонстрируют, что данные высыпания имеют черты, сравнимые как с идиопатическим

вариантом ознобления, так и с аутоиммунным (красная волчанка). Были обнаружены депозиты иммуноглобулинов *IgM*, *IgA* и *C3* фракции комплемента в сосудах дермы и присутствие микротромбов с отеком эндотелиоцитов (эндотелиит) и депозитами фибрина в стенках венул дермы. Процесс имел различную степень выраженности воспаления с некрозом кератиноцитов, отеком сосочкового слоя дермы, периваскулярными и периэкринными инфильтратами, с преобладанием *CD3+*/*CD4+* *T*-клеток, присутствием *CD303+* плазматоидных дендритных клеток и *CD30+* активированных клеток и в редких случаях – эозинофильных лейкоцитов [23].

Учитывая возможный параинфекционный характер «ковидных пальцев», подобные проявления следует считать более значимыми в эпидемиологическом смысле, как выявляющие перенесших новую коронавирусную инфекцию подростков, в отличие от более грозных в прогностическом плане проявлений в виде участков акральной ишемизации и/или некроза [24].

Группа сосудистых (васкулопатических и коагулопатических) высыпаний при *COVID-19* включает ретикулярное ливедо, пурпурозные элементы на конечностях и очаги ишемизации и/или некроза, которые преимущественно встречаются в старшей возрастной группе. Они появляются совместно с другими симптомами инфекции и характеризуют более тяжелые варианты течения заболевания, связанные с протромботическим потенциалом вируса (регистрируется гиперкоагуляционный статус больных с увеличением концентрации *D*-димера в плазме). Пациенты с подобными проявлениями чаще остальных требуют госпитализации и лечения в отделении интенсивной терапии, у них более высок риск летального исхода [25].

Высыпания в виде «ковидных пальцев» иногда сочетались с проявлениями по типу многоформной экссудативной эритемы, которые не были распространенными в группе кожных маркеров *COVID-19* (всего 3,7%), но с наибольшей частотой встречались именно в педиатрической практике (средний возраст больных составил 12 лет) [26].

У пациентов с легким вариантом течения *COVID-19* зарегистрированы мишенеподобные элементы, напоминавшие многоформную эритему, в области кистей и предплечий (локти), возникшие через несколько дней после появления «ковидных пальцев» [5].

В иных случаях описаны мишеневидные эритематозные элементы с темным или псевдовезикулезным центром, располагавшиеся симметрично на туловище, реже ягодицах и нижних конечностях, а также петехиальными и пятнистыми элементами в полости рта, на фоне ухудшения лабораторных показателей (*D*-димер, ЦРБ, лимфоциты).

Пациентки (средний возраст 66,5 лет), выписанные из стационара с улучшением клинических симптомов, радиологических данных и негативацией ПЦР-тестов после перенесенного *COVID-19*, через 5–7 дней были госпитализированы повторно из-за кожных высыпаний. Разрешение симптомов наступило через 2–3 недели при применении системных глюкокортикостероидов. Гистологические исследования соответствовали интерфейс-дерматиту: умеренный спонгиоз, лимфоцитарный экзоцитоз в эпидермисе, расширение сосудов дермы, заполненных нейтрофилами, экстравазация эритроцитов, лимфоцитарный периваскулярный и интерстициальный инфильтрат, редко – вакуолизация клеток базального слоя [27].

Предполагается прямое патогенетическое воздействие вируса на эпидермальные структуры через связывание с рецепторами ACE2, приводящее к вторичному акантолизу и дискератозу, а также инфильтрации иммунокомпетентных клеток [28].

МЭ является полиэтиологическим синдромом, который в 90% случаев сочетается с действием инфекционных агентов, но в 10% может быть лекарственно индуцированным состоянием, что необходимо помнить на этапе сбора анамнеза, а также при проведении дифференциальной диагностики [29].

Кроме «ковидных пальцев» и высыпаний по типу многоформной эритемы у детей описаны и другие варианты кожных симптомов COVID-19: кореподобные пятнисто-папулезные высыпания, уртикарные и везикулезные, которые можно отнести к экзантематозной группе, т. к. они появляются совместно с другими симптомами инфекции (а иногда и предшествуют им) и разрешаются самостоятельно на фоне лечения инфекционного процесса, патоморфологически не имеют строго детерминированных признаков, но можно выделить общие паттерны (поверхностный периваскулярный инфильтрат, фокальный спонгиоз с некротизацией кератиноцитов) [30, 31]. Данная группа вызывает наибольшие трудности при верификации вследствие отсутствия специфических признаков, характерных исключительно для новой коронавирусной инфекции, и необходимости проведения специфических лабораторных тестов для исключения других инфекционных экзантем.

В заключение отметим, что получение информации о дерматологических маркерах новой коронавирусной инфекции является результатом активного междисциплинарного взаимодействия медицинских работников из разных стран. Остается немало

нерешенных вопросов, ответы на которые мы сможем отыскать только сообща. В настоящее время отсутствует общепризнанная классификация кожных маркеров COVID-19, что усложняет дифференциальную диагностику, однако именно наличие данных симптомов может стать отправной точкой при постановке диагноза.

Список литературы

1. Chih-Cheng Lai, Wen-Chien Ko, Ping-Ing Lee, Shio-Shin Jean, Po-Ren Hsueh. Extra-respiratory manifestations of COVID-19. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 2020, 106024. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106024>.
2. Suchonwanit, Poonkiat, et al. Cutaneous manifestations in COVID-19: Lessons learned from current evidence, *Journal of the American Academy of Dermatology*. Vol. 83(1). P. e57-e60.
3. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
4. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;10.1111/jdv.16387.
5. Recalcati S., Barbagallo T., Frasin L., Prestinari F., Cogliardi A., Provero M., et al. Acral cutaneous lesions in the time of COVID-19. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020.
6. Aguirre A.S., Gomar F.D.L.T., Rosés-Gibert P., Castillo J.G., Arcaya Z.M.D.L.A.D., Gonzalez-Perez R. Novel outbreak of acral lesions in times of COVID-19: A description of 74 cases from a tertiary university hospital in Spain. *Clin Exp Dermatol*. 2020.
7. Wrapp D., Wang N., Corbett K.S., Goldsmith J.A., Hsieh C.L., Abiona O., et al. (2020) Cryo-EM structure of the 2019-nCoV

spike in the prefusion conformation. *Science* 367 (6483):1260–3. <https://doi.org/10.1126/science.abb2507>.

8. Xue X., Mi Z., Wang Z., Pang Z., Liu H., Zhang F. High expression of ACE2 on the keratinocytes reveals skin as a potential target for SARS-CoV-2. *The Journal of Investigative Dermatology* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jid.2020.05.087>.

9. Li M., Li L., Zhang Y., et al. Expression of the SARS-CoV-2 cell receptor gene ACE2 in a wide variety of human tissues. *Infect Dis Poverty* 9, 45 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00662-x>.

10. Suchonwanit P., Leerunyakul K., Kositkuljorn C. (2020) Diagnostic and prognostic values of cutaneous manifestations in COVID-19. *Dermatologic Therapy*, 33: e13650. doi:10.1111/dth.13650.

11. Daneshgaran G., Dubin D.P., & Gould D.J. (2020) Cutaneous Manifestations of COVID-19: An Evidence-Based Review. *American Journal of Clinical Dermatology*. doi:10.1007/s40257-020-00558-4.

12. Huang C.L., Wang Y.M., Li X.W., Ren L.L., Zhao J.P., Hu Y., et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan China. *Lancet*. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).

13. Jiang Y., Xu B.P., Jin R.M. Diagnosis, treatment and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement (First Edition). *Chin J Appl Clin Pediatr*. 2020;35:81–5.

14. Xu Z., Shi L., Wang Y., Zhang J., Huang L., Zhang C., et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med*. 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30076-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30076-X).

15. Zhang Y., Cao W., Xiao M., et al. *Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi*. [Clinical and coagulation characteristics of 7 patients with critical

COVID-2019 pneumonia and acro-ischemia]. 2020;41(0):E006. doi:10.3760/cma.j.issn.0253-2727.2020.0006.

16. Bouaziz J.D., Duong T., Jachiet M., et al. Vascular skin symptoms in COVID-19: a French observational study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020. <https://doi.org/10.1111/jdv.16544>.

17. Alramthan A., Aldaraji W. A case of COVID-19 presenting in clinical picture resembling chilblains disease. First report from the Middle East [published online ahead of print, 2020 Apr 17]. *Clin Exp Dermatol*. 2020;10.1111/ced.14243. doi:10.1111/ced.14243.

18. Landa N., Mendieta-Eckert M., Fonda-Pascual P., & Aguirre T. (2020). Chilblain-like lesions on feet and hands during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Dermatology*. doi:10.1111/ijd.14937.

19. Calvão J., Relvas M., Pinho A., Brinca A., Cardoso J. Acro-ischemia and COVID-19 infection: Clinical and histopathological features. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020.

20. Mahieu R., Tillard L., Le Guillou-Guillemette H., Vinatier E., Jeannin P., Croué A., et al. (2020) No antibody response in acral cutaneous manifestations associated with COVID-19? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 34: e546-e548. doi:10.1111/jdv.16688.

21. Xiang F., Wang X., He X., Peng Z., Yang B., Zhang J., et al. Antibody Detection and Dynamic Characteristics in Patients with COVID-19. *Clin Infect Dis* 2020. doi:10.1093/cid/ciaa461.

22. Galván Casas C., Català A., Carretero Hernández G., et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases [published online ahead of print, 2020 Apr 29]. *Br J Dermatol*. 2020;10.1111/bjd.19163. doi:10.1111/bjd.19163.

23. Kanitakis J., Lesort C., Danset M., Jullien D., Chilblain-Like. Acral Lesions During The Covid-19 Pandemic (“Covid Toes”): Histologic, Immunofluorescence And Immunohistochemical Study Of 17 Cases *Journal of the American Academy of Dermatology* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.05.145>.

24. Sanchez A., Sohier P., Benghanem S., et al. Digitate Papulosquamous Eruption Associated With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection. *JAMA Dermatol* 2020 doi:10.1001/jamadermatol.2020.1704.

25. Bikdeli B., Madhavan M.V., Jimenez D., et al. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up. *J Am Coll Cardiol*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.031>.

26. De Masson A., Bouaziz J., Sulimovic L., et al. Chilblains are a common cutaneous finding during the COVID-19 pandemic: a retrospective nationwide study from France. *J Am Acad Dermatol*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.161>.

27. Jimenez-Cauhe J., Ortega-Quijano D., Carretero-Barrio I., et al. (2020), Erythema multiforme-like eruption in patients with COVID-19 infection: clinical and histological findings. *Clin Exp Dermatol*. Accepted Author Manuscript. doi:10.1111/ced.14281.

28. Mahé A., Birckel E., Merklen C., Lefèbvre P., Hannedouche C., Jos, M., et al. Histology of skin lesions establishes that the vesicular rash associated with COVID-19 is not “varicella-like”. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020. [CrossRef]

29. Sokumbi O., Wetter D.A. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: a review for the practicing dermatologist. *Int J Dermatol*. 2012;51(8):889–902. doi:10.1111/j.1365-4632.2011.05348.x.

30. Requena L., Requena C. Histopathology of the more common viral skin infections. *Actas Ermosifiliogr*. 2010;101(3):201–16. Review.

31. Gottlieb M., Long B. Dermatologic manifestations and complications of COVID-19. *American Journal of Emergency Medicine* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.06.011>.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОДРОСТКОВ

*Лучанинова В.Н.¹, Рябых О.В.¹, Афанасьев М.К.¹,
Киселёва А.К.², Бондаловская Е.О.²*

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург, Россия

² СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2
Святой Марии Магдалины»,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Внебольничная пневмония является первой по значимости причиной смерти детей и подростков, что определяет актуальность этой проблемы.

Цель. Определить особенности преморбидного фона, морфологической характеристики и активности воспалительного процесса при внебольничной пневмонии у подростков.

Материал и методы. Материалом для анализа послужили анкеты с данными из историй болезни подростков 13–17 лет, госпитализированных по поводу внебольничной пневмонии (ВП) в детскую больницу ($n = 48$, средний возраст $15,9 \pm 1,5$ года).

Проводилась оценка морфологической характеристики ВП, частоты сопутствующей соматической патологии и вирусной инфицированности, а также некоторых показателей активности воспалительного процесса (лейкоцитарный индекс интоксикации – ЛИИ и СРБ). При обработке полученных результатов применялись методы описательной статистики.

Результаты. Выявлено, что у подростков преобладала сегментарная, полисегментарная и долевая ВП (у 42 из 48 человек, т. е. у 87,5%) в сравнении с другими возрастными группами детей, у которых чаще диагностировалась очаговая пневмония. Одновременно у наблюдаемых детей подросткового возраста отмечена высокая частота инфицированности (ЦМВ, ВЭБ, ВПГ): 87,1%, а также у 36 человек из 48 (75%) выявлена сопутствующая патология со стороны других систем и органов (ЖКТ, глаз, нервной системы и др.). Все это, несомненно, являлось отягчающим фоном, приводило к тяжелому течению пневмонии и, соответственно, увеличению перечня лекарственных средств при назначении лечения. При оценке ЛИИ отмечен его высокий уровень ($M_1 = 2,37 \pm 0,4$ при норме 0,94–1,17; различия достоверны, $p < 0,01$). При выписке ЛИИ стал нормальным: $M_2 = 1,05 \pm 0,11$, различия между M_1 и M_2 достоверны, $t = 2,69$, $p = 0,009$. Аналогичными были показатели СРБ ($M = 22,54 \pm 5,5$, при выписке $3,61 \pm 1,7$, различия достоверны, $p < 0,001$). Это указывает на достаточно высокую реактивность организма подростков; с другой стороны, нормализация показателей воспалительного процесса говорит о рациональном и эффективном объеме лечебных мероприятий.

Выводы. Таким образом, знание выявленных закономерностей определяет эмпирический объем лечебных мероприятий. Своевременная диагностика и адекватное лечение внебольничной пневмонии у подростков должны основываться на результатах детального и последовательного анализа клинико-анамнестических, лабораторных и рентгенологических данных.

УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Ризаханова О.А., Авдеева М.В.

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

Под риском принято понимать событие или группу родственных случайных событий, наносящих ущерб объекту или субъекту, обладающему данным риском. Управление рисками в здравоохранении представляет собой достаточно сложную многоуровневую управленческую систему риск-менеджмента.

До недавнего времени приоритетом управления рисками в медицине считалось управление качеством лечебно-диагностического процесса с целью обеспечения безопасности пациентов. В здравоохранении существуют риски медицинские, организационные, управленческие, психоэмоциональные, экономические, а также риски, реализация которых провоцирует отрицательные последствия операционных, анестезиологических, лечебно-диагностических, родовспомогательных и других вмешательств в виде осложнений разной степени тяжести и в конечном итоге ведет к несоответствию лечебно-диагностического процесса ожиданиям больного.

Учитывая рост заболеваемости и смертности трудоспособного населения России от предотвратимых причин, помимо всех вышеуказанных рискообразующих факторов крайне важно учитывать проявление в экономической системе риска ухудшения

индивидуального, группового и общественного здоровья. Влияние случайных событий, наносящих физический, моральный и экономический ущерб здоровью пациентов, исследует новое для системы охраны и восстановления здоровья населения научное направление – риск-менеджмент в здравоохранении.

Одним из эффективных инструментов управления рисками в здравоохранении является процессуальный подход к минимизации риска нанесения ущерба пациенту, предполагающий создание и осуществление процедур контроля за лечебно-диагностическим процессом и его корректировки в случае возможных отклонений. В данном направлении ведется работа по стандартизации и регламентации процессов оказания пациентам медицинских услуг, регулируемых создаваемой федеральной, региональной и локальной нормативно-правовой базой (законы, приказы, положения, регламенты, стандарты, порядки, инструкции). В настоящее время в мире сертифицировано более 500 тыс. систем процессного менеджмента качества, в том числе в области здравоохранения, отвечающих требованиям международных стандартов *ISO* серии 9000 (*ISO 9001:2008, IDT*). На их основе в России разработан и утвержден межгосударственный стандарт ГОСТ *ISO 9001–2011*, предназначенный для процессного управления качеством производимых обществом товаров и услуг.

Считается, что учет всевозможных рискообразующих факторов крайне важен для оценки экономической эффективности профилактических программ и степени их влияния на показатели общественного здоровья.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ В ОТНОШЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У МОЛОДЕЖИ

Данилова Н.Б.^{1,2}, Петросян Л.Б.³, Жапакова Р.Н.⁴, Дроздова Р.К.⁴

¹ СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76»,

Санкт-Петербург, Россия

² кафедра стоматологии факультета стоматологии
и медицинских технологий Санкт-Петербургского
государственного университета,

Санкт-Петербург, Россия

³ Кафедра ортопедической стоматологии ФГБВОУ ВО
«Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»,

Санкт-Петербург, Россия

⁴ СПб ГБУЗ «Медицинский
информационно-аналитический центр»,

Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Актуальность вопросов, связанных со стоматологическим здоровьем как неотъемлемой составляющей общего здоровья, заключается в том, что в связи с изменениями в социальной и экономической сфере России наблюдается массовое ухудшение состояния здоровья, которое наиболее ярко проявляется среди молодежи.

Основной принцип охраны здоровья граждан законом (ст. 2 ФЗ № 323 от 21.12.2011) – это приоритет профилактических мер. Важной задачей является профилактика заболеваний, имеющих медико-социальное значение, к которым относятся и стоматологические заболевания. Грамотное информирование пациентов о профилактике заболеваний полости рта является важной

и неотъемлемой составляющей работы современного врача-стоматолога.

Ключевые слова: уровень медицинской грамотности; молодежь; стоматолог; здоровье полости рта

На базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76», которая является профильным учреждением, оказывающим медицинскую помощь обучающейся молодежи Санкт-Петербурга, было проведено масштабное анкетирование среди студентов первого курса различных высших образовательных заведений города. Опрос проводился с целью изучения стоматологического здоровья студентов – жителей различных регионов Российской Федерации. Анкета пациента, проходящего стоматологический профилактический осмотр, была специально сформирована для молодых людей 17–19 лет на основании «Анкеты о здоровье полости рта для взрослых» и «Анкеты о здоровье полости рта для детей», рекомендованных экспертами ВОЗ. В ходе профилактического осмотра было проанкетировано 1750 студентов-первокурсников.

У лиц молодого возраста отмечается очень высокая распространенность основных стоматологических заболеваний – кариеса (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 РФ.

Ряд вопросов анкеты был посвящен уровню медицинской грамотности в отношении стоматологического здоровья у молодежи. Анализ полученных результатов свидетельствует о недостаточности знаний по вопросам гигиены полости рта, рациональному питанию и другим профилактическим мероприятиям,

направленным на сохранение здоровья зубов. Причем более низкие показатели были определены у молодых людей, которые не являются жителями Санкт-Петербурга.

В то же время среди иногородних студентов (их общее число составило 64% среди всех первокурсников, которые приняли участие в анкетировании) 58% имели высокий уровень знаний по гигиене полости рта и осведомленности о состоянии своего здоровья. Среди жителей Санкт-Петербурга эта группа молодых людей составила 69% (рис. 1).

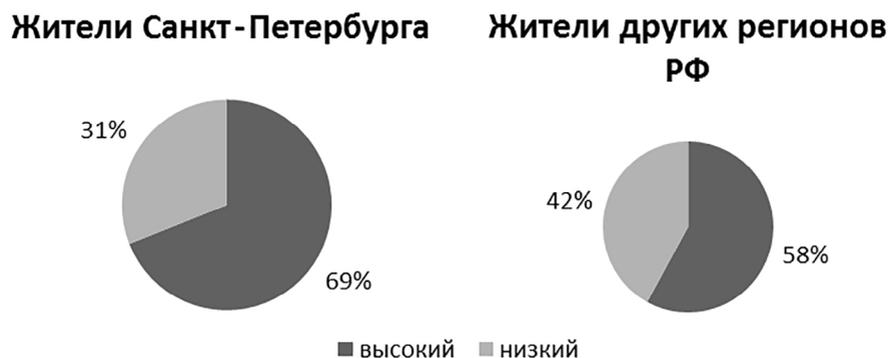


Рис. 1. Уровень медицинской грамотности в отношении стоматологического здоровья у молодежи Санкт-Петербурга и жителей регионов РФ

Также было выявлено, что индекс оценки интенсивности поражения зубов кариесом (КПУ – сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов) у респондентов с высоким уровнем осведомленности преимущественно соответствовал компенсированной форме кариеса с преобладанием в структуре пломбированных зубов.

Нуждаемость в санации полости рта определена в 48%. 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%). Удовлетворительный уровень гигиены отмечен менее чем у половины опрошенных и составил 42,6% от общего количества обследуемых.

Отвечая на вопрос анкеты «Из каких источников вы получаете информацию по вопросам здоровья?», подавляющее большинство в этой группе (65%) сослалось на «консультации медицинских работников» (рис. 2).

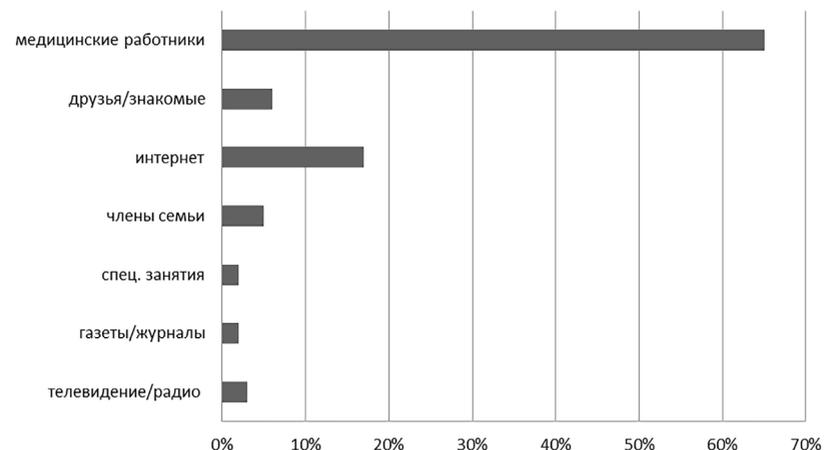


Рис. 2. Информационные источники по вопросам стоматологического здоровья

В группе респондентов, отметивших в качестве источника информации консультации медицинских работников, было выявлено минимальное количество молодых людей, которые выразили готовность начать лечение у врачей-стоматологов

в поликлинике, обслуживающей студентов по месту учебы. Пациенты с высоким уровнем знаний о профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта не собирались менять лечащего доктора даже при условии переезда в другой город, так как считали, что высокий уровень осведомленности и показателей стоматологического здоровья – это заслуга лечащих врачей.

В то же время при анализе анкет первокурсников было установлено, что 40% опрошенных готовы сменить своего врача и начать лечение на базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76».

В результате выявления причин, по которым опрошенные хотели сменить врача, было установлено, что часть молодых людей готова обращаться за стоматологической помощью в поликлинику по месту учебы в связи с переездом (53% иногородних студентов). Как иногородние студенты, так и жители Санкт-Петербурга говорили также о том, что их не устраивало общение с врачом, ранее проводившим лечение, межличностный контакт был не налажен, и врачом не оказывалось должного внимания профилактике стоматологических заболеваний. Степень осведомленности о здоровье полости рта у данной группы молодых людей была низкая, вся информация о стоматологическом здоровье и профилактике стоматологических заболеваний, а также об уходе за полостью рта была получена не от врача-стоматолога, а из социальных сетей, журналов, брошюр и т. д. Это и определяло недовольство качеством получаемых услуг от врача и желание его сменить. Следует отметить, что именно среди этой группы молодых людей значительно чаще выявлялся низкий уровень гигиены полости рта и необходимость санации полости рта.

Полученные данные результатов анкетирования молодых людей были сопоставлены с моделями взаимоотношений между врачом и пациентом (рис. 3):

1. активно-пассивная (врач выполняет свою работу без участия пациента);
2. покровительственная (врач объясняет пациенту, что необходимо сделать);
3. информативная (врач доносит до больного всю информацию);
4. интерпретивная (врач консультирует больного и помогает ему принять решение, выполняя роль советника);
5. совещательная (равенство врача и пациента: доктор вовлекает пациента в обсуждение, во время которого помогает ему осознать приоритеты, касающиеся здоровья);
6. партнерская (врач дает рекомендации, а пациент соблюдает предписания врача).



Рис. 3. Модели взаимоотношений между врачом и пациентом

Учитывая особенности данного возрастного периода, а именно процессы физиологической перестройки организма и социализации личности студентов-первокурсников, из возможных вариантов наиболее популярным у наших респондентов оказался интерпретивный – 32%; 30% опрошенных выбрали информативную модель отношений; третьей по частоте выбора стала покровительственная модель – 17%. Оставшиеся варианты собрали почти равное количество голосов: 10% – активно-пассивная, 6% – совещательная и 5% – партнерская модели.

Таким образом, исследование подтверждает, насколько важно врачам-стоматологам обращать внимание на вопросы профилактики стоматологических заболеваний с целью повышения стоматологической грамотности населения: это дает пациенту дополнительную уверенность в компетентности врача, желание продолжать сотрудничество с ним. Наибольшую актуальность эти вопросы принимают при общении с молодыми людьми, которые активно откликаются на профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия, что и позволяет рассматривать различные программы сохранения стоматологического здоровья студенческой молодежи как потенциально эффективные мероприятия.

С точки зрения любого стоматолога, здоровье полости рта является несомненной ценностью, однако пациент может не разделять его мнение (например, при наличии материальных проблем или вследствие пренебрежительного отношения к собственному здоровью). Не секрет, что стоматологи не всегда уделяют достаточно внимания личностным особенностям своих пациентов (особенно с точки зрения последних), а следовательно, не используют в полной мере тот потенциал, который закладывается

позитивной коммуникацией с пациентом. Первостепенное значение для правильного и успешного взаимоотношения «стоматолог – пациент» имеет возрастной аспект. Это обусловлено, во-первых, тем, что потенциалы человека (не говоря уже о состоянии органов полости рта), которые могут быть использованы в стоматологической практике, в разные периоды жизни различны; во-вторых, тем, что возрастные и дифференциальные особенности оказывают влияние на восприятие, поведение, оценку деятельности, в том числе на посещение стоматолога.

Не менее важным являются социальное, семейное и материальное благополучие пациента, его общекультурный и профессиональный статус. В связи с этим обучение индивидуальной гигиене полости рта является неотъемлемой частью работы современного врача-стоматолога.

Обучение методам индивидуальной гигиены должно строиться по определенной схеме, быть наглядным, доступным для восприятия и запоминания. Обязательным условием является выдача пациенту печатных и/или письменных рекомендаций. Необходимо указать в рекомендациях точное название и страну – производителя продукта, способы применения и индивидуальные дозировки средств гигиены, варианты контроля правильности применения, аналоги на рынке, примерную стоимость и места приобретения, правила хранения, возможные побочные явления.

Беседу с пациентами молодого возраста можно проводить, придерживаясь предложенных ниже рекомендаций, при этом в каждом случае врач может добавлять или исключать пункты в зависимости от стоматологического статуса и временных рамок, отведенных на прием конкретного пациента.

Развернутая схема построения беседы по вопросам оральной гигиены включает в себя следующие разделы.

1. Ознакомление пациента с необходимыми именно ему средствами гигиены. СанПиН 1.2.676-97 (с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного врача РФ от 11.01.2002 № 1, от 11.06.2002 № 19, от 10.12.2002 № 47) регламентирует средства индивидуальной гигиены как любые вещества или средства, предназначенные для контакта с зубами и слизистой оболочкой полости рта с исключительной или преимущественной целью их очищения, профилактики, лечения и дезодорирования, но не отнесенные к разряду лекарственных препаратов в силу основных свойств и концентрации составляющих их компонентов. В средства гигиены включены зубные пасты и гели, зубные порошки и таблетки для обработки зубных протезов, средства для обработки зубных щеток; зубные полоскания, ополаскиватели и бальзамы, дезодоранты; зубные щетки, флоссы, ершики и ирригаторы различного вида и назначения, щетки для обработки зубных протезов; средства для отбеливания зубов; таблетки для выявления зубного налета; жевательные резинки, леденцы для очищения и дезодорирования полости рта и др.

2. Формирование для пациента последовательности и продолжительности этапов индивидуальной гигиены полости рта в зависимости от возраста, стоматологического и гигиенического статусов, мануальных навыков, психологических особенностей, мотивации пациента и его пожеланий.

3. Объяснение правил проведения выбранных этапов гигиены полости рта, рекомендации средств для их проведения и методов чистки зубов.

4. Желательным аспектом является обучение пациента самостоятельному контролю над качеством проводимой гигиены полости рта, поскольку врачебный контроль не всегда осуществим (низкая кратность осмотров, загруженность врача, отсутствие в штате гигиениста, низкая мотивация пациента на профилактические осмотры и т. д.). В настоящее время для этих целей на российском рынке представлены специальные товары для домашнего использования различных форм: жевательные таблетки, например «Paro Plack», и растворы, окрашивающие зубной налет в яркий цвет. Фирма «Кураден Интернэшнл АГ» (США) предлагает «Жидкость для индикации зубного налета».

Все назначения и рекомендации должны учитывать психологические особенности людей данной возрастной группы (см. табл.). Применяя в своей повседневной практике советы психолога, врач-стоматолог сможет более аргументированно и логически выверенно выстроить беседу о гигиене полости рта.

Таблица. Возрастные особенности взрослых пациентов/родителей пациентов (И.В. Кобиясова, М.А. Соболева, 2009)

Стадия развития	Характерные психологические черты данной группы	Как строить общение?
Ранняя зрелость (20–25 лет)	Высокие показатели мнемических и мыслительных функций, гибкость и подвижность в принятии решений, поэтому потенциал обучаемости и убеждаемости в этот период наиболее высокий	При общении с этими пациентами донести новую информацию не представляет особых трудностей. Сам критерий новизны облегчает им восприятие, поэтому именно на нем и следует сделать акцент

Таким образом, регулярно используя в своей работе различные модификации профилактических схем, врач-стоматолог выполняет требования законодательства. В Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан записано, что «каждый гражданин России имеет право на регулярное получение достоверной своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние» (Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.12.2011, ч. 5 ст. 19). В то же время такая врачебная практика способствует повышению уровня медицинской грамотности в отношении стоматологического здоровья у молодежи, что является неотъемлемой составляющей здоровья человека, в частности при формировании здорового образа жизни молодого поколения.

Список литературы

1. Аветисян Р.Р., Каряева С.К., Абаев А.Б. Этико-психологический аспект проблемы взаимоотношения врача и пациента. *European Social Science Journal*. 2017;9:403–6.
2. Аветисян Р.Р., Каряева С.К., Абаев А.Б. Основопологающие критерии этико-психологических принципов общения в медицинской деятельности // *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики*. 2018. № 4(79). С. 88–90.
3. Актуальные вопросы этики и деонтологии в медицине на современном этапе: учебное пособие для системы высшего профессионального образования. Иваново, 2014. 85 с.
4. Гаврина Е.Г. Роль профессиональной этики в совершенствовании взаимоотношений врача и пациента. Монография /

Под ред. Л.А. Тутова, Е.М. Разумовской, З.Р. Зиганшиной. Москва: Теис, 2018. С. 29–33.

5. Изуткин Д.А. Этика взаимоотношений врача и пациента в различных моделях их отношений // *Медицинский альманах*. 2012. № 5. С. 214–216.

6. Кэмпбелл А., Джиллет Г., Джонс Г. Медицинская этика: Учеб. пособие / Пер. с англ.; под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 400 с.

7. Сокол А.Ф. Современный врач: особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств // *Социология медицины*. 2014. № 1(24). С. 7–14.

8. Кобиясова И.В., Соболева М.А. Практика и теория грамотного общения с пациентом // *Профилактика сегодня*. 2009. № 9. С. 14–20.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ УСТАНОВКИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ 18–20 ЛЕТ И ВОЗМОЖНЫЕ МЕРЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

*Лучанинова В.Н., Борисова О.Н., Алексеева Е.М.,
Петухова Е.К., Шелухина Ю.А.*

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

Актуальность. С конца XX века и по настоящее время в большинстве европейских стран, в том числе в России, происходит демографическая модернизация. Главными ее признаками являются падение рождаемости, рост числа искусственных абортов и внебрачных рождений, замещение внутрисемейных связей социальными, активное феминистическое движение, стремление молодежи к личностному и карьерному росту, что получило название второго демографического перехода. В стимулировании к деторождению важную роль играет формирование правильной репродуктивной установки.

Цель. Определить состояние репродуктивной установки в группе студенческой молодежи и предложить методы ее коррекции.

Материал и методы. Основным инструментом был опросник ВОЗ (1996), в котором идеальная репродуктивная установка характеризуется следующими показателями: желаемое количество детей – 3, тип семьи – брак, исход первой беременности – роды, рождение первого ребенка в браке – через 2 года, интергенетический интервал – 2–4 года. Выборка составила 375 человек:

студенты 2–4-го курсов медицинских вузов. При математической обработке использовали методы описательной статистики.

Результаты. Для наибольшего числа респондентов (95%) крайне важно состоять в официальных отношениях с партнером для принятия решения о рождении ребенка; соответственно, создать семью вне брака готовы лишь 1,7%. Средний интергенетический интервал составил 1,95 года, что практически равно идеальному варианту (два года). Разрешение первой беременности родами выбирает 95% студентов. Исключительно аборт выбрали лишь 2% респондентов. При среднем значении количества детей в семье, равным 2,43, 44% студентов нацелены на рождение в семье трех и более детей, однако большая часть студентов (56%) выбирает простой (два ребенка) и отрицательный (менее двух детей) типы воспроизводства.

Выводы. Институт брака и семьи, вопреки сложившимся стереотипам в современном обществе, продолжает занимать лидирующее место в системе ценностей молодого поколения. На основе анализа репродуктивных установок опрошенных студентов можно отнести к 8-й и 10-й группам прогнозирования репродуктивного поведения (из 12 групп по классификации ВОЗ). Эти две группы характеризуются отрицательной установкой на воспроизводство, низкой информированностью в вопросах репродуктивного поведения и наличием/отсутствием устранимых ограничений деторождения, что и выявлено у обследуемых.

Исходя из этого, для коррекции репродуктивной установки необходимо проведение индивидуальной и групповой образовательной работы в форме как личных бесед, так и интерактивного консультирования с помощью компьютерных программ.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ

*Корочкин М.В.¹, Поддубный Г.С.¹, Мурчина А.Н.¹, Корнюшко А.Ю.¹,
Гридина Л.Ю.¹, Жукова О.Н.¹, Манжос П.И.², Иманалиева А.А.²*

*¹ ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская
клиническая больница Департамента
здравоохранения города Москвы»,
Москва, Россия*

*² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва,
Россия*

Актуальность. С развитием малоинвазивных технологий спектр оперативных вмешательств для однодневных стационаров постепенно расширяется. Однако остаются дискуссионными вопросы применения лапароскопических операций у детей в условиях стационара одного дня, так как зачастую данные вмешательства требуют интубации трахеи, что повышает риск анестезиологических осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. С февраля 2017-го по март 2020 года в стационаре кратковременного пребывания МДГКБ лапароскопическим способом оперированы 1868 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с варикоцеле, паховой грыжей и синдромом непальпируемого яичка. Выполнено 682 герниорафий, 1114 перевязок яичковых вен и 72 диагностические лапароскопии. В отделении разработан уникальный алгоритм анестезиологического пособия для проведения лапароскопических операций в условиях стационара кратковременного пребывания, включающий следующие этапы: индукция севофлюраном;

установка внутривенного катетера и проведение инфузионной терапии; установка двухпросветной ларингеальной маски и перевод пациента на искусственную вентиляцию легких; инфильтрация местным анестетиком мест установки троакаров; поддержание поверхностной анестезии севофлюраном во время оперативного пособия; по окончании операции удаление ларингеальной маски и перевод ребенка на самостоятельное дыхание. Критериями отбора пациентов для проведения лапароскопических операций являлись возраст ребенка (старше 1 года), отсутствие хронических заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, признаков респираторных заболеваний и деформаций лицевого скелета и шеи.

Результаты. Длительность пребывания пациентов в стационаре составила 6–8 часов. Осложнений не отмечалось.

Выводы. Разработанный алгоритм анестезиологического пособия при проведении лапароскопических операций у детей является высокоэффективным и позволяет выполнять в условиях дневного стационара эндохирургические вмешательства, которые ранее проводились только в условиях круглосуточных отделений.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МАРМАРА
В МОДИФИКАЦИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
ДЕТСКОЙ АНДРОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ЛЕВОСТОРОННИМ ВАРИКОЦЕЛЕ**

*Тарусин Д.И.¹, Шарков С.М.¹, Жидков М.В.¹,
Матар А.А.², Середницкая Н.А.², Горкин С.А.³*

¹ ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница»
Департамента здравоохранения города Москвы,
Центр охраны репродуктивного здоровья детей и подростков,
Москва, Россия

² ООО «Международный центр андрологии»,
Москва, Россия

³ ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 131»
Департамента здравоохранения города Москвы,
Москва, Россия

Актуальность проблемы диагностики и лечения варикоцеле у подростков обусловлена распространенностью заболевания в популяции, достигающей на пике (14–17 лет) 18,2% от общего числа мальчиков-подростков. Известно, что до 40% носителей варикоцеле формируют к фертильному возрасту репродуктивную недостаточность. Доказано, что профилактически выполненная варикоцелэктомия слева способствует регрессу гипотрофии левого яичка, восстановлению качества сперматогенеза.

Ультразвуковое доплерографическое исследование позволяет установить, что абсолютное большинство пациентов демонстрируют III, смешанный, илеосперматический и реносперматический рефлюкс при варикоцеле. Операции «высокого» лигирования яичковой вены, в частности операции Паломо,

Паломо-Ерохина и Иваницевича, в силу анатомических особенностей доступа, позволяют оказать воздействие только на реносперматический компонент рефлюкса.

Операция субингинального лигирования, в отличие от ранее перечисленных, позволяет оказать хирургическое воздействие на оба типа рефлюкса.

В отличие от классического приема Мармар, мы используем тот же доступ, но проводим широкую мобилизацию комплекса гроздевидного сплетения и яичковой вены на протяжении 12–17 см. Также, в отличие от классической техники Мармар, мы не используем эмболизацию дистальной части гроздевидного сплетения. Для профилактики роста *vasa vasorum* и восстановления проходимости данной группы вен мы воздерживаемся от пересечения лигированной группы сосудов и используем нерассасывающийся шовный материал, выполняя перевязку в трех зонах – максимально краниально, максимально каудально (выше разделения гроздевидного сплетения на переднюю и заднюю ветви), а также между ними. Все операции выполняются под стационарным оптическим увеличением от 4 до 8 крат.

С 2010 года нами выполнено более 3,5 тыс. операций в этой модификации. Доля послеоперационного гидролимфоцеле составила 0,09%, доля рецидивов – 1,1%.

Полученные результаты позволяют рекомендовать данную технику для широкого применения.

НОВЫЙ ПРИНЦИП УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Тарусин Д.И.¹, Шарков С.М.¹, Жидков М.В.¹, Галкина Я.А.¹,
Матар А.А.², Середницкая Н.А.², Горкин С.А.³

¹ ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница»
Департамента здравоохранения города Москвы,
Центр охраны репродуктивного здоровья детей и подростков,
Москва, Россия

² ООО «Международный центр андрологии»,
Москва, Россия

³ ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 131»
Департамента здравоохранения города Москвы,
Москва, Россия

Стандартное УЗ-исследование при варикоцеле включает в себя оценку эхогенности, формы, положения и объема яичек, размеров придатков яичек, реверсивного кровотока и индекса резистентности в системе тестикулярных сосудов. Критериями, которые чаще всего рекомендуется использовать, являются: а) ширина вен более 2 мм; б) наличие рефлюкса венозной крови в расширенных венах длительностью более 2 сек. и изменения индекса резистентности сосудов внутритестикулярного бассейна.

Однако если такой набор данных можно считать достаточным для установления показаний к операции вообще, то для выбора тактики операции целесообразно расширить критерии оценки.

Нами был разработан расширенный протокол исследования, который включает в себя: а) проведение исследования в ортостатическом положении, то есть в условиях, когда рефлюкс проявляется максимально; б) определение скорости рефлюкса

в венах с градациями: до 20 см/с, от 21 до 40 см/с, от 40 см/с и выше; в) определение типа рефлюкса по *Coolset* (илеосперматический, реносперматический, смешанный); г) выявление илеофemorальной компрессии на уровне позвонка LV (компрессия левой общей подвздошной вены правой подвздошной артерией), д) исследование компрессии левой почечной вены в орто-мезентериальном пинцете (*Nut cracker syndrome*).

Были разработаны и апробированы критерии оценки венозной гемодинамики. Так, мы приняли ранее опубликованные данные о соотношении диаметров левой почечной вены в зоне до и в зоне вхождения в орто-мезентериальный пинцет более 1:5, максимальную скорость в левой почечной вене на входе в орто-мезентериальный пинцет более 17 см/с, прерывистый характер венозного потока в зоне илеофemorальной компрессии с «провалами» венозного компонента КДСЧ в зависимости от фазы дыхательного цикла, дефицит объема яичка на стороне поражения более 20%, расширение вен более 2,0 мм и прирост диаметра при пробе Вальсальвы более чем на 1 мм или отсутствие прироста при диаметре вен более 4,0 мм и непрерывном рефлюксивном сбросе, а также скорость рефлюкса на пробе Вальсальвы более 40 см/с с длительностью более 2 сек.

Используя указанные критерии, нам удалось ранжировать пациентов по ведущему этиологическому признаку болезни, а также установить абсолютные показания к операции. Они представлены следующими значениями: дефицит объема яичка более 20%, скорость рефлюкса более 40 см/с (либо постоянный ортостатический рефлюкс), прирост диаметра одной или нескольких вен гроздевидного сплетения более чем на 1 мм, наличие синдрома Мей-Тернера или орто-мезентериальной компрессии.

ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Филькина О.М., Воробьёва Е.А., Матвеева Е.А., Малышкина А.И.

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт
материнства и детства имени В.Н. Городкова»
Министерства здравоохранения РФ,
г. Иваново, Россия*

Актуальность. Анкетирование подростков по вопросам репродуктивного здоровья показывает их низкую информированность о его формировании, нарушениях, об организации медико-психологической помощи, профилактике нарушений. Низкая информированность обусловлена отсутствием системы повышения знаний в этом направлении.

Цель. Определить основные способы повышения информированности подростков по вопросам репродуктивного здоровья.

Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование 245 подростков 15–17 лет, обучающихся в средних общеобразовательных школах, и статистическая обработка результатов.

Результаты. В анкетах основными источниками информации о репродуктивном здоровье девушки указали маму, подруг, друзей другого пола. Юноши чаще общаются на эту тему с друзьями и своими девушками. Половина девушек и 38% юношей указали, что редко или вообще не говорят о репродуктивном здоровье с врачами. Учитывая, что подростки выбирают для общения по этим вопросам сверстников, для их информирования наиболее подходят волонтеры. Важно, чтобы доносимая до подростков информация соответствовала современным знаниям о здоровье. В связи с этим в волонтерском движении решающая

роль отводится специалистам, осуществляющим качественную информационно-психологическую подготовку волонтеров. Компетентность волонтеров по вопросам репродуктивного здоровья формируется на основании знаний, доказательной медицины. Создается единая информационно-методическая база для волонтерского движения, где постоянно обновляются учебные материалы. Создается единый компетентный уровень обучения по одним и тем же вопросам, объединяются усилия обучающихся специалистов и волонтеров. Оценка качества информации, подготовленной волонтерами для школьников, проводится специалистами. Любая информация, преподносимая волонтерами по теме, обязательно содержит мотивирование на здоровый образ жизни с доказательством возможности управления своим здоровьем, формирование ответственности за собственное здоровье; внимание акцентируется на том, что любое «нездоровье» – это ограничение функциональной и социальной деятельности.

Таким образом, важное значение в формировании репродуктивного здоровья подростков имеет их информированность по данному вопросу. Наиболее эффективным способом повышения информированности является передача знаний волонтерами при условии их качественной подготовки.

**АКТУАЛЬНОСТЬ СОЗДАНИЯ КАБИНЕТА
МОЛОДЕЖНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ
СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Яценко Н.О., Подборецкая Е.А.

*ГБУЗ ЛО «Ломоносовская межрайонная больница
им. И.Н. Юдченко»,
г. Ломоносов Ленинградской обл., Россия*

Подростковый возраст ввиду его психоэмоциональных и физиологических особенностей является особенно ранимым. По данным статистики, 15% семейных пар в России страдает бесплодием. Среди причин называют преимущественно хронические заболевания репродуктивной системы. Как правило, это не диагностированная в детском и подростковом возрасте патология, преимущественно в период 15–17 лет.

На основании статьи 51 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» несовершеннолетние имеют право на медицинские осмотры, санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов.

В Ломоносовском районе Ленинградской области – около 1400 юношей и девушек 15–17 лет. Проведенный анонимный опрос среди старшеклассников восьми школ района (97 человек) об особенностях их здоровья показал, что практически в 100% случаев молодых людей интересует тема сохранения здоровья. По вопросам, касающимся здоровья, интимной сферы, психологических проблем, подростки предпочли бы

обращаться: к родителям – 43%, специалистам молодежной консультации – 37%, близкому другу/подруге – 17%. Не стали бы делиться ни с кем и хотят решать свои проблемы самостоятельно 3%, и это вызывает тревогу: подросток порой живет с нерешенными проблемами, замыкаясь в себе. Проведение профилактического осмотра в школе не нашло удовлетворенности у опрошенных респондентов в большинстве случаев по разным причинам. Основными были некомфортное место и время проведения (кабинеты школы, время занятий).

В настоящее время отсутствие в районе единого центра комплексной медико-социальной помощи подросткам, системы взаимодействия между социальными службами района для проработки и решения медико-социальных проблем, связанных с особенностями подросткового возраста, а также территориальная удаленность от молодежных консультаций Санкт-Петербурга ставит подростков в состояние медико-социальной депривации.

Таким образом, организация центра комплексного медико-социального консультирования молодежи становится в наше время особенно актуальной для сельского здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

1. <i>Ипполитова М.Ф., Куликов А.М.</i> Критерии здоровья: взгляд врача и подростка	6
2. <i>Егоренкова Д.Д.</i> Актуальные правовые вопросы деятельности врача – специалиста центра охраны репродуктивного здоровья подростков	15
3. <i>Перушкина В.С., Ширшова Н.Ю., Вербовая Ю.П.</i> Профилактика рака шейки матки	29
4. <i>Присяжная Т.С., Князева М.С., Берлев И.В., Малек А.В.</i> Анализ экспрессии микро-РНК в цитологических мазках у женщин с поражениями шейки матки легкой степени (<i>lsil</i>)	43
5. <i>Зернюк А.Д., Леонтьева С.А., Миронова А.В.</i> Тактика ведения аномальных маточных кровотечений у несовершеннолетних	45
6. <i>Лагно О.В.</i> Особенности надпочечниковой неопухолевой гиперандрогении у пациенток в препубертатном и пубертатном периоде	49
7. <i>Гордеева Д.А.</i> Аномальные маточные кровотечения у подростков в практике врача-физиотерапевта. Возможности КВЧ-терапии	63
8. <i>Соломкина Н.Ю., Пикалева Е.Ю., Плисецкая В.Ю., Стрелкова Т.В., Акимова Т.П., Туркин Ю.Н., Шевченко А.А.</i> Новые технологии в этапной физиотерапии нарушений менструального цикла и коморбидной патологии у девочек в условиях стационара и многопрофильного детского санатория	67

9. <i>Карцева М.М.</i> Распространенность латентного железодефицита у пациенток с обильными и/или частыми мenstrуациями в анамнезе	70
10. <i>Финкельштейн Б.Б., Салажан Н.В., Меркулова Л.В.</i> Причины ювенильных маточных кровотечений с позиций восточной психосоматики	72
11. <i>Алиева К.Х., Кохреидзе Н.А.</i> Воспалительные заболевания половых органов у онкогематологических пациентов подросткового возраста	78
12. <i>Батырова З.К., Ахапкина Е.С., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д., Кругляк Д.А., Кумыкова З.Х.</i> Важность лапароскопического контроля у девочек-подростков с аномалиями половых органов	81
13. <i>Пивоварова Г.М., Свирко К.С.</i> Анализ частоты заболеваемости, вызвавшей развитие осложнений беременности среди рожениц за 2005–2018 годы, с учетом субъектов риска по федеральным округам	83
14. <i>Козявина К.Ю., Пивоварова Г.М.</i> Динамика материнской смертности среди всего населения Российской Федерации с учетом федеральных округов	85
15. <i>Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Сорокопуд Е.П., Савченко А.А.</i> Актуальность диагностики инфекций, передаваемых половым путем, у девочек-подростков с небезопасным сексуальным поведением	93

16. Платонова А.Г., Козловская Н.А. Сегодня здоровая девочка – завтра счастливая мать	95
17. Городкова Н.А. Наблюдения из практики: синдром псевдо-Барттера у девушек-подростков с нарушением пищевого поведения	107
18. Пичиков А.А., Волкова Е.В. Расстройства пищевого поведения и нарушения менструального цикла у девушек-подростков	120
19. Фёдорова Е.Я. Особенности структуры самоотношения девушек- подростков с нарушениями пищевого поведения	123
20. Макаренко М.Р. Теоретический анализ возможностей применения изобразительного творчества в психологическом сопровождении подростков	136
21. Кохреидзе Н.А., Шумова Т.Ю., Эрмиш И.В. Дистанционное психологическое консультирование девочек-подростков с заболеваниями органов репродуктивной системы. Новый опыт в условиях пандемии	159
22. Ризаханова О.А., Пантелеева Т.А. Приоритетные задачи первичной профилактики	162
23. Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О. Проблемы суицидального поведения детей и подростков	164
24. Бойко Е.О., Бызова Т.В., Ефрюшкина О.В., Павлюкова М.А. К вопросу о личностных и социальных факторах суицидального поведения подростков (на основе анализа посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз)	166

25. Уерги У.Н. Социально-психологическое сопровождение беременных несовершеннолетних в медицинском учреждении как фактор профилактики абортов и отказов от детей	185
26. Панова О.В., Куликов А.М. Особенности сердечно-сосудистой системы у молодых женщин после прерывания незапланированной беременности	195
27. Гречишкина М.А. Меры комплексной поддержки несовершеннолетней матери	198
28. Алексеева Н.В., Максимова Т.А., Киселёва М.В., Северинова Ю.Н. Нарушения в психоэмоциональной сфере как предикторы манифестации и прогрессирования угревой болезни в подростковом возрасте	209
29. Бражникова А.П. Дерматологические маркеры Covid-19 у подростков	211
30. Лучанинова В.Н., Рябых О.В., Афанасьев М.К., Киселёва А.К., Бондаловская Е.О. Особенности течения внебольничной пневмонии у подростков	226
31. Ризаханова О.А., Авдеева М.В. Управление рисками в современном здравоохранении	228
32. Данилова Н.Б., Петросян Л.Б., Жапакова Р.Н., Дроздова Р.К. Изучение уровня медицинской грамотности в отношении стоматологического здоровья у молодежи	230

33. Лучанинова В.Н., Борисова О.Н., Алексеева Е.М.,
Петухова Е.К., Шелухина Ю.А.
**Особенности формирования репродуктивной
установки у студенческой молодежи 18–20 лет
и возможные меры ее коррекции242**
34. Корочкин М.В., Поддубный Г.С., Мурчина А.Н.,
Корнюшко А.Ю., Гридина Л.Ю., Жукова О.Н.,
Манжос П.И., Иманалиева А.А.
**Лапароскопические операции у детей
в условиях стационара кратковременного пребывания244**
35. Тарусин Д.И., Шарков С.М., Жидков М.В., Матар А.А.,
Середницкая Н.А., Горкин С.А.
**Опыт применения операции Мармара
в модификации научно-практического центра
детской андрологии у детей
и подростков с левосторонним варикоцеле246**
36. Тарусин Д.И., Шарков С.М., Жидков М.В., Галкина Я.А.,
Матар А.А., Середницкая Н.А., Горкин С.А.
**Новый принцип ультразвуковой диагностики варикоцеле
у детей и подростков248**
37. Филькина О.М., Воробьёва Е.А.,
Матвеева Е.А., Малышкина А.И.
**Волонтерское движение в формировании
репродуктивного здоровья подростков250**
38. Яценко Н.О., Подборецкая Е.А.
**Актуальность создания кабинета
молодежного консультирования
в условиях сельского здравоохранения252**

Литературный редактор, корректор – Елена ВЛАДИМИРОВА
Дизайн и верстка – Ирина АКимова

Оригинал-макет:
Санкт-Петербургский общественный фонд
«Поддержка медицины»
www.medical-spb.com
secrjournal@mail.ru
Тел. (812) 904-75-15

Подписано в печать 23.11.2020. Формат 60x84 1/16.
Бумага офсетная. Гарнитуры PT Sans, Times. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 15,1125. Тираж 500 экз.