

Санкт-Петербург

СБОРНИК ТРУДОВ

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

2023





Мальком быстрее года
Мне казаться так некогда
Душа еще полна весной
Спасибо всем кто был со мной

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Кротинские чтения

СБОРНИК ТРУДОВ
VII Научно-практической конференции

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

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

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

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

Общественная организация «Ассоциация специалистов
службы охраны репродуктивного здоровья»

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

08 декабря 2023 года

Санкт-Петербург
2023

Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи / Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. – Санкт-Петербург: 269 с., вклейка – 4 с.



**Уважаемые коллеги!
Дорогие друзья!**

Я рада приветствовать вас на VII Ежегодной научно-практической конференции «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Кротинские чтения».

Развитие здравоохранения является приоритетным направлением государственной политики нашей страны. Одна из задач, поставленных президентом и Правительством Российской Федерации, – охрана и укрепление здоровья подрастающего поколения, а комплексный подход в ведении подростков – это основная составляющая национальных проектов «Демография», «Здравоохранение», «Десятилетие детства», типового проекта «Репродуктивное здоровье». Задачи, поставленные по повышению рождаемости, нацеливают на развитие и совершенствование службы репродуктивного здоровья подростков, требуют совместных усилий государства, общественных и религиозных организаций, СМИ и общества.

В 2023 году Конференция посвящена 30-летию со дня образования СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента»». Санкт-Петербург был первым городом в России, открывшим Центр охраны репродуктивного здоровья подростков в 1993 году.

Инициаторами создания Центра «Ювента» стали талантливые врачи Юрий Александрович Гуркин и первый главный врач

Центра – Павел Наумович Кротин. Они предвидели необходимость создания и постоянного совершенствования идеологии системы охраны репродуктивного здоровья, основываясь на современных подходах в работе с подростками.

Сегодня Центр «Ювента» занимает ключевое место в системе охраны репродуктивного здоровья подростков Санкт-Петербурга, являясь многопрофильным медицинским учреждением, оказывающим комплексную помощь подросткам в возрасте от 10 до 17 лет. Учреждение продолжает лучшие традиции Петербургской гинекологической школы и остается основной площадкой для обмена опытом специалистов, работающих в системе охраны репродуктивного здоровья подростков по всей стране, включая новые регионы.

Всем участникам Конференции выражаю огромную благодарность за уникальный опыт, профессиональные знания, доброжелательность и открытость в работе с подростками. Желаю успешной и продуктивной работы на благо укрепления репродуктивного здоровья подрастающего поколения, молодежи как основного потенциала будущего нашей страны.

**Главный врач СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента»,
к.м.н., главный внештатный специалист-гинеколог детского
и юношеского возраста Минздрава России
по СЗФО, Санкт-Петербургу
Марина Фёдоровна Ипполитова**

I. Гинекология

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И КОНТРАЦЕПЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ В ЦЕНТРЕ «ЮВЕНТА»

Ипполитова М.Ф., Смирнова Е.В.

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

Проблема исследования: отсутствие комплексных программ по профилактике ранней беременности несовершеннолетних.

Объект: несовершеннолетние беременные (от 13 до 17 лет включительно), прервавшие беременность на сроке до 12 недель в СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» (далее – Центр «Ювента»).

Цель исследования: теоретическое и практическое обоснование эффективности путей и средств профилактики ранней беременности у несовершеннолетних девушек-подростков.

Задачи исследования: характеристика социального статуса девушек-подростков, возраста вступления в сексуальные отношения, используемых методов контрацепции.

Методы исследования: анализ базы данных юных беременных, прервавших беременность в Центре «Ювента», сравнение по годам, обобщение.

Практическая значимость: материалы исследования могут быть использованы в работе врача акушера-гинеколога, педиатра, социального работника, медицинского психолога.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье; девушка-подросток; ранняя беременность; контрацепция; аборт; ИППП, КОК

Детей надо учить не тому, от чего дети бывают,
а от чего не бывают.
А.Ф. Давидович

Актуальность. Сохранение и укрепление здоровья подростков является важнейшей задачей на сегодняшний день: только здоровые родители могут иметь здоровых детей. Репродуктивное здоровье девушек-подростков во многом определяет репродуктивное здоровье женщин, которыми они станут в будущем [1].

В последние десятилетия на территории Российской Федерации констатируются значительные изменения репродуктивного поведения женского населения, в том числе девушек-подростков. Современные подростки и молодые женщины характеризуются ранним сексуальным дебютом, высокой сексуальной активностью, неадекватными репродуктивными установками и низкой информированностью о возможностях современных методов контрацепции, что закономерно приводит к высокому риску наступления непланируемой беременности, которая в 80% случаев заканчивается абортом. На фоне отсутствия государственной системы сексуального просвещения и репродуктивного образования в России сложился стереотип решения проблемы нежелательной беременности путем ее искусственного прерывания, что наносит непоправимый ущерб репродуктивному здоровью нации [2].

Выделяют следующие факторы, влияющие на уровень подростковой беременности [3]:

- высокий уровень сексуальной активности;
- сексуальное или физическое насилие, насилие в семье;
- бедность;
- приемлемость рождения детей в подростковом возрасте в семье и окружении подростка;
- психологические и поведенческие факторы, сниженная познавательная способность, ограниченная способность

планировать будущее или предвидеть последствия своих действий, а также чувство собственной неуязвимости;

- нежелание использовать контрацептивы (личные мотивы или причины, связанные с половым партнером);
- преднамеренная беременность как единственный ритуал перехода во взрослое состояние;
- недоступность или низкое качество медицинской помощи в сфере планирования семьи.

Центр «Ювента» отметил 23 марта 2023 года 30-летие с момента своего открытия. Он создавался для оказания комплексной помощи подросткам по охране их репродуктивного здоровья и по сегодняшний день выполняет свои функции.

Материалы и методы. В Центре «Ювента» был проведен ретроспективный анализ медицинских карт несовершеннолетних девочек-подростков, прервавших беременность на сроке до 12 недель, за период с 2018 по 2022 год. В исследование включено 684 медицинских карты юных беременных в возрасте от 13 до 17 лет включительно ($n = 684$).

За период с 2018 по 2022 год в Центре «Ювента» было выполнено 12 прерываний беременности (1,8%) девушкам-подросткам в возрасте 13 лет, 50 прерываний (7,3%) – в возрасте 14 лет, в 15 лет – 90 (13,2%), в 16 лет – 214 (31,3%), в 17 лет – 318 (46,5%). Средний возраст девушек-подростков, прервавших беременность, составил $16,1 \pm 0,04$ года.

Результаты и обсуждение. Удельный вес первобеременных составил 87,9% от общего числа девочек-подростков, прервавших беременность на сроке до 12 недель. Удельный вес повторнобеременных составил 12,1% от общего числа девочек-подростков, прервавших беременность на сроке до 12 недель, из них: девочки-подростки со второй беременностью – 78,3%, с третьей беременностью – 16,9%, с четвертой беременностью – 4,8%.

Предыдущие беременности у повторнобеременных девушек-подростков закончились: в 41,9% случаев – родами (из них в 2,3% случаев – роды на сроке 30–31 недели беременности, преэклампсия, антенатальная гибель плода; в 2,3% случаев – рождение ребенка-инвалида), в 41,0% – искусственным (хирургическим) прерыванием беременности (из них в 2,3% – искусственным прерыванием беременности на сроке 19 недель по медицинским показаниям), в 11,4% – медикаментозным абортom, в 5,7% – самопроизвольным выкидышем (рис. 1).

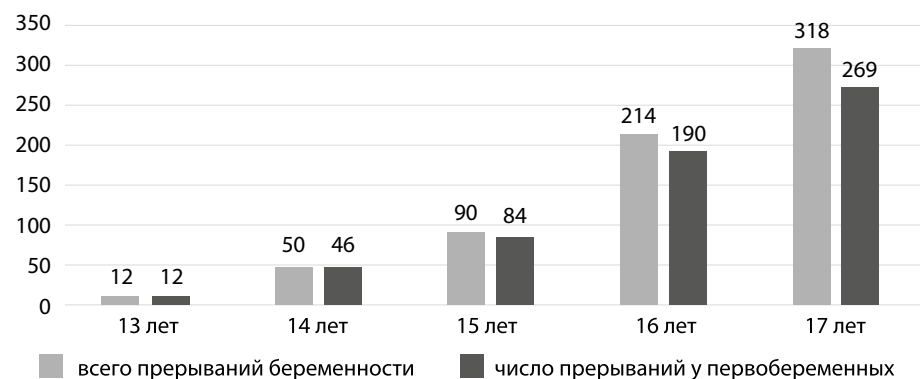


Рис. 1. Число прерываний беременности у девочек-подростков в Центре «Ювента» по возрастам всего и у первобеременных за 2018–2022 годы

Распределение прерываний беременности по видам у девушек-подростков в Центре «Ювента» следующее: медикаментозные аборты составили 32,9% от общего числа прерываний у девушек-подростков 13–17 лет, искусственные (хирургические) аборты – 65,2%, самопроизвольные выкидыши – 1,9%. Удельный вес прерываний беременности по медицинским показаниям составил 10,4%, медицинские легальные аборты (по желанию женщины) – 87,7%. В возрастной группе 13 лет искусственные (хирургические) аборты составили 75,0% от общего числа абортов в этой возрастной группе, в возрастной группе 14 лет – 78,0%,

в возрастной группе 15 лет – 68,9%, в возрастной группе 16 лет – 66,4%, в возрастной группе 17 лет – 61,1%.

Уменьшение числа искусственных (хирургических) абортов с увеличением возраста говорит о том, что чем старше становятся девочки-подростки, тем они ответственней относятся к своему репродуктивному здоровью и обращаются к врачу акушеру-гинекологу на более ранних сроках беременности для производства более щадящего (медикаментозного) метода прерывания беременности.

Медикаментозные прерывания беременности девочкам-подросткам в Центре «Ювента» были сделаны на следующих сроках беременности: до 6 недель беременности включительно – в 34,4% случаев, на сроке 7–9 недель беременности включительно – в 37,6% случаев, 10–11/12 недель беременности – в 28,0% случаев.

Средний возраст начала половой жизни у девочек-подростков исследуемой группы составил $15,1 \pm 0,04$ года. Сексуальный дебют произошел у 30,0% девочек до 14 лет включительно из исследуемой группы (в 12 лет – у 0,6%, в 13 лет – у 6,9%, в 14 лет – у 22,5%), в 15 лет – у 29,5%, в 16 лет – у 32,9%, в 17 лет – у 7,6% (рис. 2). По данным социологических исследований, в Российской Федерации сексуальный дебют до 15 лет имеют 4%, в 16 лет – 11%, в 17 лет – 24%, в 18 лет – 42%, в 19 лет – 61% и в 20 лет – 71% девочек [4].

Обзор отечественных и зарубежных исследований, посвященных сексуальному поведению подростков, свидетельствует о том, что в течение последних нескольких десятилетий доля сексуально активных молодых людей увеличивалась, а средний возраст начала половой жизни подростков снижался, причем более интенсивно – среди девушек. По данным выборочных эпидемиологических обследований, проведенных в Москве О.К. Лосевой, средний возраст начала половой жизни снизился с 20,5 лет

в 1975/76 году до 19,3 лет в 1983/84 году. При обследовании сексуального поведения и установок советских студентов в июне 1990 года средний возраст начала половой жизни составил 18,7 лет [5]. Согласно исследованиям М.К. Горшкова и Ф.Э. Шереги, в 2010 году средний возраст начала сексуальной жизни молодежи в России составлял 15,6 лет [6].

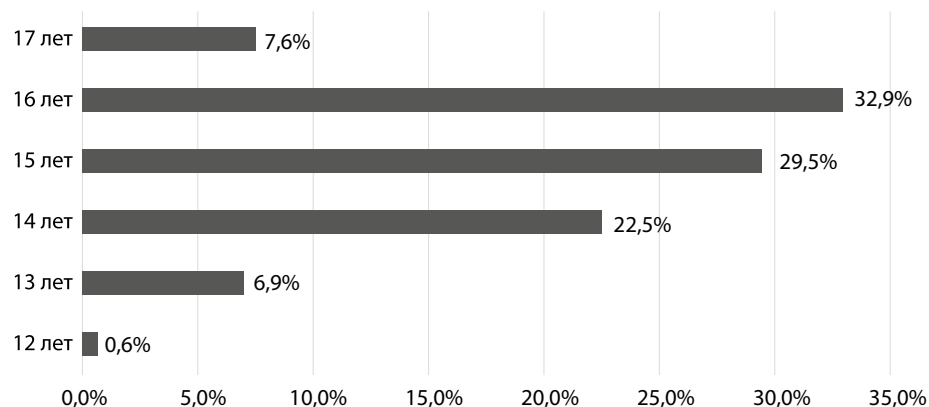


Рис. 2. Возраст сексуального дебюта у девочек-подростков, прервавших беременность в Центре «Ювента» за 2018–2022 годы

По данным опроса, прошедшего в Центре «Ювента» 01.08.2018–31.08.2018 среди подростков и молодежи от 13 до 24 лет, средний возраст реального начала половой жизни составил во всех возрастных группах $16,3 \pm 0,05$ [7]. В последние годы, согласно результатам многолетних международных исследований «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), проводимых сетью исследовательских коллективов в сотрудничестве с Европейским региональным бюро ВОЗ в странах Восточной и Западной Европы, Азии и Северной Америки, снижение возраста сексуального дебюта замедлилось [8].

Количество половых партнеров у девушек-подростков исследуемой группы варьировалось от 1 до 15, в среднем $1,6 \pm 0,07$.

Основными причинами возникновения подросткового промискуитета являются: неблагоприятный психологический климат в семье, пребывание в конфликтной и аморальной семье, ранние половые связи, девиантное поведение. Половые связи с частой сменой партнеров встречаются в некоторых асоциальных подростковых компаниях. Промискуитет нередко сочетается с ранней алкоголизацией: в состоянии алкогольного опьянения у одних растормаживаются влечения, у других наступает пассивное подчинение более старшим и более активным партнерам, в асоциальных компаниях срабатывает также реакция имитации. У девочек-подростков промискуитет как форма сексуального поведения склонен закрепляться, и тогда стремление к постоянной смене партнера становится чем-то вроде ложной половой извращенности.

По социальному статусу девушки-подростки, прервавшие беременность в Центре «Ювента», распределились следующим образом: 48,7% – учащиеся школ, 36,4% – учащиеся средних специальных учебных заведений, 2,0% – студенты высших учебных заведений, 2,2% – работающие, 10,7% – домохозяйки, из них 4,1% находятся в отпуске по уходу за ребенком до полутора лет (рис. 3).

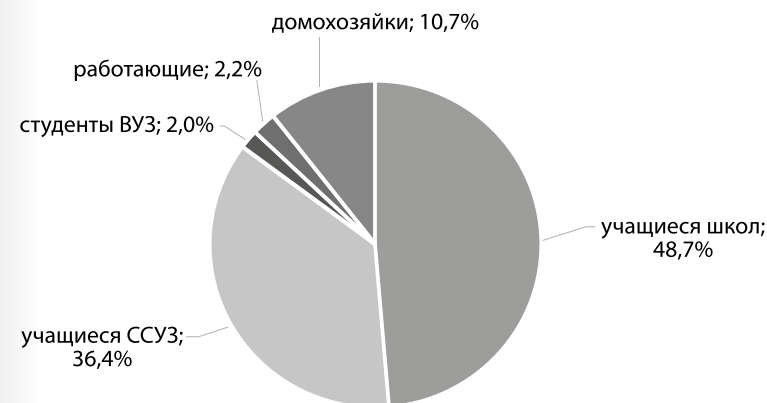


Рис. 3. Социальный статус девушек-подростков, прервавших беременность в Центре «Ювента» за 2018–2022 годы

В настоящее время в обществе востребована, но недостаточно развита система сексуального образования подростков, что определяет актуализацию вопросов взаимоотношения полов, контрацепции, защиты от инфекций, передаваемых половым путем, и ранней беременности. Основными задачами контрацепции у подростков являются профилактика первого аборта и непланируемых первых родов, профилактика заболеваний, передающихся половым путем. Соответственно, требования к подростковой контрацепции следующие: высокая эффективность, безопасность для здоровья, удобство в применении, доступность [9].

Выбирая метод контрацепции для девушек-подростков, необходимо помнить, что их поведение отличается от поведения девушек более старших возрастных групп и имеет следующие особенности: нерегулярный менструальный цикл, нерегулярная половая жизнь, недостаточное сексуальное образование, страх обнаружения средств контрацепции родителями, выбор контрацепции по совету друзей, высокий риск инфекций, передаваемых половым путем, частая смена половых партнеров. По данным Центра «Ювента», лишь 28,5% девушек-подростков использовали для контрацепции барьерные средства, 2,5% применяли комбинированные оральные контрацептивы (КОК) (из них 52,9% девушек – нерегулярно), прерванный половой акт в качестве метода контрацепции использовали 7,5% девушек-подростков, 35,8% использовали барьерные средства контрацепции не всегда, 25,7% никогда ничем не предохранялись (рис. 4).

Важно разъяснять девушкам-подросткам, что фертильность после прекращения приема контрацептивных таблеток восстанавливается сразу [10]. По анализу медицинских карт в Центре «Ювента», девушки-подростки, принимавшие КОК, не имели четкого представления о данном методе контрацепции, допускали пропуски в приеме препаратов либо вообще длительное время

не принимали их. Ложное представление о снижении фертильности в течение нескольких месяцев после отмены КОК может привести к незапланированной беременности [11]. Серьезным недостатком КОК является то, что они не защищают партнеров от ИППП, а для подростков эта проблема очень актуальна.

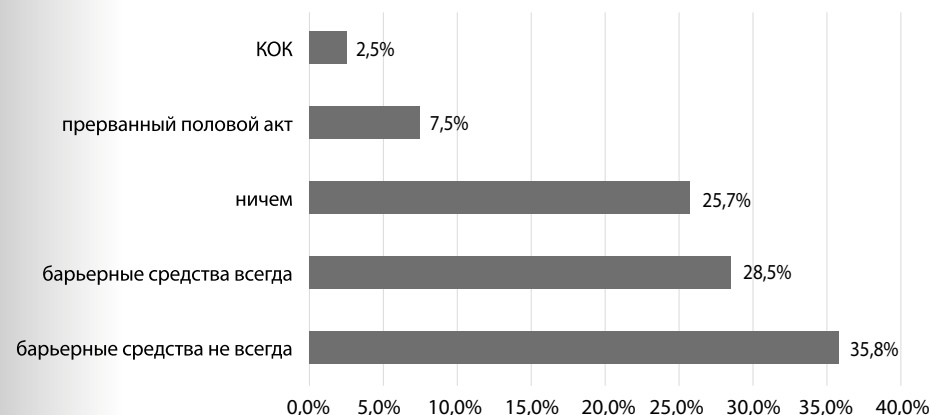


Рис. 4. Использование контрацепции девушками-подростками, прервавшими беременность в Центре «Ювента» за 2018–2022 годы

Помимо низкой информированности о контрацепции у подростков, прервавших беременность в Центре «Ювента», выявился относительно невысокий уровень информированности о риске заражения и последствиях ИППП: в их анамнезе было зарегистрировано до момента прерывания беременности 92 случая ИППП, из них: хламидийная инфекция – в 46,7% случаев, вирус папилломы человека – в 32,6%, микоплазменная инфекция – в 7,6%, аногенитальные бородавки – в 5,4%, трихомониаз, гонорея и уреаплазменная инфекция – по 2,2%, генитальный герпес – в 1,1% случаев. У 10 девушек-подростков зарегистрированы случаи микст-инфекций, передаваемых половым путем.

По данным российских авторов, около 60% современных подростков имеют дефицит знаний о гигиене половой жизни

и методах контрацепции, а более 88% подростков не осведомлены о физиологических особенностях женского и/или мужского организма. Например, большая часть подростков обоего пола имеют неверные представления о «безопасных» периодах и периодах вероятного наступления беременности. Многие считают, что они не забеременеют [12]. Большинство несовершеннолетних слышали в основном лишь о наиболее известных инфекциях, таких как ВИЧ, сифилис, гепатит. Уровень знаний относительно гонококковой инфекции, хламидиозе, трихомонозе существенно ниже: гонорею относят к ИППП около 30% подростков, хламидиоз – 11%. Каждый десятый несовершеннолетний подросток вообще не имеет представлений об ИППП и ВИЧ-инфекции [13, 14]. Многие ИППП протекают скрыто и бессимптомно и могут дать знать о себе много лет спустя после заражения проявлением хронических воспалений мочеполовой сферы, приведя к серьезным нарушениям детородной функции: стать причиной частых выкидышей, невынашивания беременности, бесплодия. Поэтому своевременное обращение девушек-подростков к врачу акушеру-гинекологу является залогом их репродуктивного благополучия в будущем.

Подводя итоги, можно сделать следующие выводы: девушки-подростки, прервавшие беременность в Центре «Ювента», не относились осознанно к выбору и правильному использованию контрацепции. Недостаток знаний о средствах контрацепции является причиной высокого риска возникновения нежелательной беременности. Причем чем моложе девочки-подростки, тем чаще они делают аборты. Следовательно, проблема ранней беременности должна решаться в комплексе. Здесь необходима работа каждого института профилактики, включая медицинские учреждения, учреждения социальных служб, правоохранительные органы, органы местной власти и образовательные учреждения. Но при этом решающую роль в предотвращении ранней беременности и ее последствий играет семья. Задача

учреждений в этом случае – помочь родителям в предоставлении информации, необходимой психологической помощи, обучающих материалов. Основными методами работы в этом случае являются семинары и тренинги для родителей на тему полового воспитания детей. Кроме памяток, плакатов, брошюр с необходимой информацией нужно создание и продвижение с учетом интересов аудитории познавательного контента в социальных сетях, онлайн- и офлайн-кинотеатрах, проведение массовых акций в клубах и на концертных площадках, куда подростки могли бы попасть за символическую плату либо бесплатно, просветительская работа с молодежью на тему методов контрацепции и т.д. Необходимо организовать совместную работу с педагогами, психологами, специалистами по социальной работе по созданию и внедрению программы контрацепции в школах, средних специальных учебных заведениях.

Ключевым направлением оптимизации репродуктивного поведения подростков является повышение сексуальной и репродуктивной культуры. Необходимо приблизить квалифицированную контрацептивную помощь к подросткам в виде доступного консультирования, а также повышения их информированности о современных методах контрацепции.

В Центре «Ювента» уже более 25 лет работает Кабинет планирования семьи, в котором подростков информируют о современных средствах и методах контрацепции, рассказывают о показаниях и противопоказаниях к их применению, ведут динамическое наблюдение при назначении гормональных контрацептивных средств, выдают средства барьерной контрацепции. Для девушек-подростков с нежелательной беременностью созданы все условия для быстрого и качественного оказания медицинской, психологической, социальной и юридической помощи. Специалистами Центра «Ювента» разработана и внедрена в работу трехэтапная модель психологического

консультирования беременных, которая состоит из консультации медицинскими психологами на этапе репродуктивного выбора, доабортного и послеабортного консультирования. Немаловажно, что число консультаций на каждом этапе не ограничено и зависит от потребности и необходимости самой девушки-подростка. Медицинские психологи Центра «Ювента» по необходимости проводят консультации с ее партнером и родителями. Эффективную работу с этой категорией пациентов ведут специалист по социальной работе, а также юрисконсульт.

Выводы. Для снижения числа нежелательных беременностей у подростков необходимо внедрение новых технологий, способствующих оптимизации контрацептивной помощи подросткам, работа с семьями, особенно воспитывающими дочерей, и повышение квалификации медицинских работников по вопросам подростковой контрацепции.

Список литературы

1. Гормональная контрацепция в подростковом периоде жизни // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2018. Т. 14. № 2. С. 78–96. doi: 10.24411/1816-2134-2018-12009
2. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Абдуллаева Р.Г., Радзинская Е.В. Гормональная контрацепция у подростков и молодых женщин // Фарматека. 2009. №1.
3. Беременность и аборт у подростков: Доклады совещания ВОЗ. М., 2016.
4. Итоговый отчет Выборочного обследования репродуктивного здоровья населения Российской Федерации (ВОРЗ). М., 2012. 58 с.
5. Кон И.С. Подростковая и юношеская сексуальность в России // Мир детства. 2002. № 4. С. 43–56.
6. Горшков М.К., Шереги Ф.Э. Молодежная проституция и изменение отношения к браку // Мониторинг общественного

мнения: экономические и социальные перемены. 2010. № 4 (98). С. 220–243.

7. Страдымов Ф.И., Ипполитова М.Ф. Характеристика репродуктивных установок подростков и молодежи в возрасте до 24 лет // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи / Под ред. А.С. Симаходского, В.П. Новиковой, М.Ф. Ипполитовой. СПб., 2018. 396 с.

8. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков: исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по результатам обследования 2013/2014 гг. / Ред.: Jo Inchley [и др.]. Copenhagen: Всемирная орг. здравоохранения, Европейское региональное бюро. Cop., 2016. XIV. 276 с.

9. Коколина В.Ф. Подростковая контрацепция // Практика педиатра. 2008. № 10. С. 12–16.

10. Barnhart K.T., Schreiber C.A. Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives // Fertil. Steril. 2009;91:659–63.

11. Clark L.R. Will the pill make me sterile? Addressing reproductive health concerns and strategies to improve adherence to hormonal contraceptive regimens in adolescent girls // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2001;14:153–62.

12. Кузнецова И.В. Гормональная контрацепция у подростков и молодежи // Трудный пациент. 2010. Т. 8. № 8. С. 14–19.

13. Рахматулина М.Р., Шашкова А.А. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков // Вестник дерматологии и венерологии. 2013. № 4. С. 30–37.

14. Герасимова О.Ю. Сексуальное поведение подростков как фактор риска распространения ИППП/ВИЧ // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2017. Т. 2. № 1 (16). С. 52–54.

**АНАЛИЗ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА
КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ
СПБ ГБУЗ ГЦОРЗП «ЮВЕНТА» ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД**

Шапвалова А.И., Ипполитова М.Ф.

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

Резюме. Проведен ретроспективный анализ результатов работы стационара кратковременного пребывания Центра «Ювента» за 2018–2022 годы. Показаны высокая медико-социальная эффективность, улучшение качества и доступности медицинской помощи подросткам и сокращение средних сроков их пребывания в стационаре.

Ключевые слова: пубертатный период; стационар кратковременного пребывания; медико-социальное воздействие; лечение

Актуальность. Планирование объемов гинекологической помощи и поиск путей развития стационарзамещающих технологий в гинекологии в современных условиях должны основываться на ретроспективном анализе, включающем оценку в динамике гинекологической заболеваемости и ресурсов медицинских организаций [1–5]. Организация деятельности стационара кратковременного пребывания (СКП) регламентирована Федеральным законом РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6], Приказами Минздрава РФ от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» [7], от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» [8], Приказом Минздравсоцразвития России

от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», а также правилами организации деятельности СКП в сфере охраны репродуктивного здоровья по 16 профилям [9]. Амбулаторная хирургическая служба направлена, прежде всего, на раннюю диагностику заболеваний, оказание полноценного лечения по принципу «одного окна» пациенткам, которым не требуется госпитализация в круглосуточные стационары. Известно, что около 80% больных хирургического профиля нуждаются в амбулаторном лечении в условиях дневного стационара [8].

Здоровье будущего поколения страны во многом зависит от здоровья женщины, в том числе от репродуктивного здоровья, и связано с гинекологической заболеваемостью. Охрана здоровья женщин остается одной из важных задач здравоохранения, что обусловлено как численным снижением демографического резерва, так и качественным снижением репродуктивного потенциала страны [17]. Современные ученые как в России, так и в зарубежных странах отмечают, что организация медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями с использованием стационарзамещающих технологий значительно повышает объем и качество специализированной медицинской помощи, а также способствует приближению данного вида специализированной помощи к пациентам [10–12].

Организация деятельности дневных стационаров в акушерско-гинекологической практике является одним из наиболее востребованных направлений наряду с такими профилями, как терапия, педиатрия, неврология и хирургия [13–16]. В настоящее время благодаря внедрению высокотехнологичных методов оперативного лечения многих женских болезней (лапароскопия, гистерорезектоскопия, реконструктивно-пластические операции на тазовом дне, промежности и др.) стало возможным не только выполнить органосберегающие операции, но и в значительной

степени улучшить качество жизни пациенток, сохранить им репродуктивную функцию. Применение стационарзамещающих технологий в амбулаторной гинекологической практике имеет ряд преимуществ: постановка диагноза на раннем этапе заболевания, органосберегающий принцип хирургического лечения, малоинвазивный доступ, что в итоге улучшает качество жизни и репродуктивного периода. В настоящее время развитие системы дневных стационаров и специальных центров амбулаторной хирургии в РФ способствует активизации хирургической службы, расширению объема оперативных вмешательств в амбулаторных условиях в режиме краткосрочного пребывания в стационарах, что, несомненно, будет способствовать снижению экономических затрат на здравоохранение. В настоящее время развитие системы дневных стационаров способствует активизации хирургической службы, расширению объема оперативных вмешательств и снижению экономических затрат.

Из зарубежного опыта следует, что в настоящее время до 40–50% плановых хирургических операций можно выполнить амбулаторно (целый ряд гинекологических, ортопедических вмешательств). По данным некоторых авторов, более 65% операций по поводу наружных грыж живота можно выполнять в амбулаторно-поликлинических условиях [9, 17]. Основная задача центров амбулаторной хирургии – повышение оперативной активности в амбулаторных условиях, «снятие» с госпитального звена пациентов, помощь которым может быть оказана на амбулаторном этапе при существующем уровне лечебно-диагностической работы [18, 19]. В европейских странах разработан и действует «Протокол оценки обоснованности использования стационарной помощи», в котором отражены клинические критерии, применяемые в странах Европейского союза. Протокол дает возможность сравнивать результаты исследований в различных странах и оценивать необходимость использования

стационарных и поликлинических ресурсов. Стационарзамещающая медицинская помощь дает не только экономический эффект, но и, в первую очередь, выраженные медицинский и социальный эффекты, поскольку появляется возможность преодоления негативных последствий госпитализации – эмоциональной изолированности, ограниченности социальных контактов, ослабления семейных и родственных связей [20, 21]. Таким образом, различные вопросы организации современных структур центров с дневными стационарами, особенностей проведения оперативных вмешательств в этих условиях, ведения больных в послеоперационном периоде, а также медицинская и социальная значимость совершенствования стационарзамещающей помощи в целом являются актуальными для отечественной медицины и практического здравоохранения. Внедрение в клиническую практику современных малоинвазивных методов лечения способствует раннему восстановлению и сокращению сроков нетрудоспособности пациенток. Использование современного высокотехнологичного оборудования позволяет минимизировать число осложнений в послеоперационном периоде, снизить нагрузку на врачей круглосуточного стационара и высвободить койки для более тяжелой категории больных. Прогресс не только в технике операций, но и в периоперационном ведении, в том числе внедрение технологии *Fast Track*, позволили задуматься о расширении перечня нозологий и хирургических вмешательств для стационаров кратковременного пребывания.

Цель исследования. Анализ работы стационара кратковременного пребывания СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» за пятилетний период.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинских карт подростков, которые были направлены в Центр «Ювента» и прооперированы по абсолютным показаниям за 2018–2022 годы.

В соответствии с целью, поставленной в данном исследовании, использовались следующие методы исследования:

- 1) социологический (анкетирование),
- 2) статистический,
- 3) аналитический.

Материалами исследования послужили статистические, отчетные и учетные формы:

- форма № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного»;
- форма № 003 – 3/у «Карта больного дневного стационара»;
- форма № 001 – 1/у «Журнал учета больных дневного стационара»;
- статистические данные, отчет о деятельности дневного стационара Центра «Ювента».

Результаты и обсуждение. Внедрение любого нового организационного вида медицинской помощи основывается на степени его медицинской эффективности. Трехлетний период свидетельствует о том, что система здравоохранения испытывает потребность в амбулаторной хирургии. Растущий уровень посещаемости подростками Центра «Ювента» говорит о высококвалифицированной хирургической помощи в условиях амбулатории. Одной из целей развития системы здравоохранения для более полного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи является медицинская эффективность. Медицинский эффект определялся по достижению результата лечения в центре амбулаторной хирургии, где учитывались такие критерии, как адекватность, качество и результативность медицинской помощи.

В 2016 году на основании Приказа главного врача Центра «Ювента» от 23.12.2016 № 118 «О мощности и профиле коечного фонда ГКДЦ «Ювента» 20 бюджетных коек были

распределены по профилям следующим образом: 16 гинекологических для детей, 3 хирургических для детей, 1 уроandroлогическая для детей. Согласно Распоряжению Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 18.01.2018 № 17-р «О профиле и мощности СПб ГБУЗ ГКДЦ «Ювента»» число бюджетных коек сократилось до 18 и с тех пор остается неизменным (рис. 1).

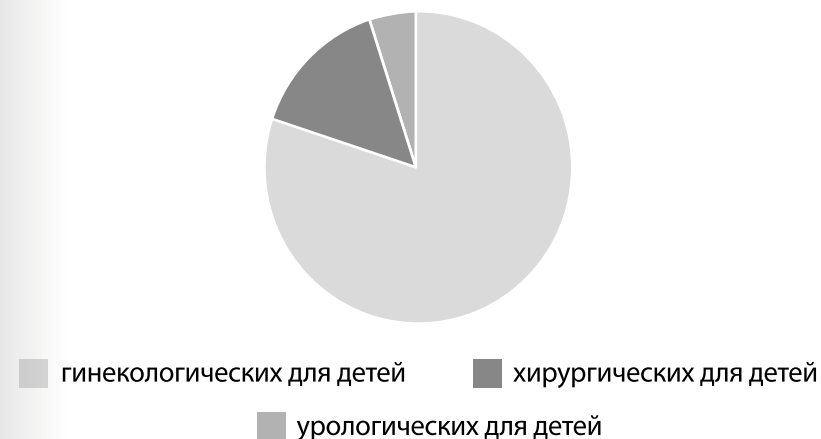


Рис. 1. Распределение профиля коек в Центре «Ювента»

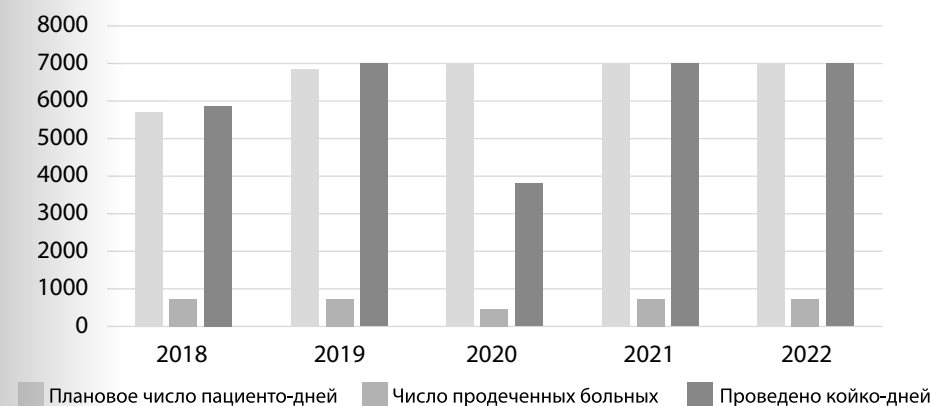


Рис. 2. Деятельность дневного стационара с 2018 по 2022 год в Центре «Ювента»

Показатели деятельности дневного стационара за последние 5 лет имеют практически неизменную динамику. На рис. 2 представлены данные о деятельности дневного стационара с 2018 по 2022 год.

Анализ данных показывает, что показатели числа пролеченных больных сохраняются на одном уровне, исключением стал 2020 год – пандемия SARS COV2. По той же причине в 2020 году было отмечено значительное снижение количества койко-дней (в 2 раза), в 2021 и 2022 году показатели остаются на практически неизменном уровне (7028 и 7038 соответственно).

На рис. 3 представлена средняя длительность пребывания больного на койке.

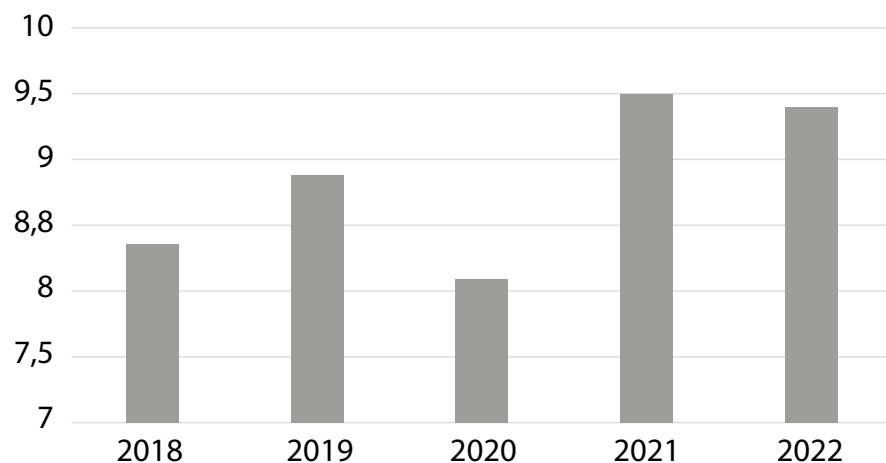


Рис. 3. Средняя длительность пребывания больного на койке в Центре «Ювента»

За последние годы средняя длительность пребывания больного на койке выросла: в 2021 году – на 1,1% по сравнению с 2019 годом. В 2022 году наметилась тенденция к снижению и приближению к показателям 2019 года. По нашему мнению, повышение изучаемого показателя в 2021–2022 годах связано

с тем, что в 2020 году не проводились профилактические мероприятия, раннее выявление заболеваний, что неминуемо привело к увеличению средней длительности пребывания больного на койке.

Исходы лечения в Центре «Ювента» в период с 2018 по 2022 год по показателям выздоровления и ухудшения показали стабильность и остались на нулевой отметке. На рис. 4, 5 приведены исходы лечения за 2018–2022 годы в Центре «Ювента».

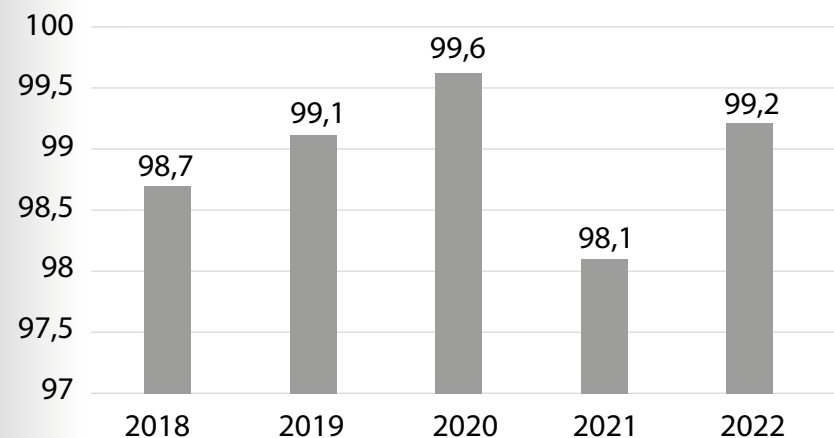


Рис. 4. Исход лечения – улучшение (%) за 2018–2022 годы в Центре «Ювента»

Работа, проведенная в 2018–2019 годах, привела к значительному росту показателя улучшения как одного из исходов лечения, в 2021 году зарегистрирован минимальный уровень этого показателя за последние 5 лет – 98,1%, однако в 2022 году зарегистрировано достижение уровня 2019 года.

Исход лечения за 2018–2022 годы по показателю без перемен установил обратную тенденцию: минимальное значение было зарегистрировано в 2020 году и составило 0,47%, что в 1,95 раз меньше, чем в 2018 году, и в 1,72 раза меньше по сравнению с 2022 годом. Анализ показателей медицинской

эффективности за 2018–2022 годы выявил следующие особенности: а) увеличение количества пролеченных больных с 465 до 664 пациентов; б) увеличение используемой пропускной способности Центра на 7,1%; в) уменьшение средней продолжительности пребывания больного на койке на 1 сутки на 23% случаев.

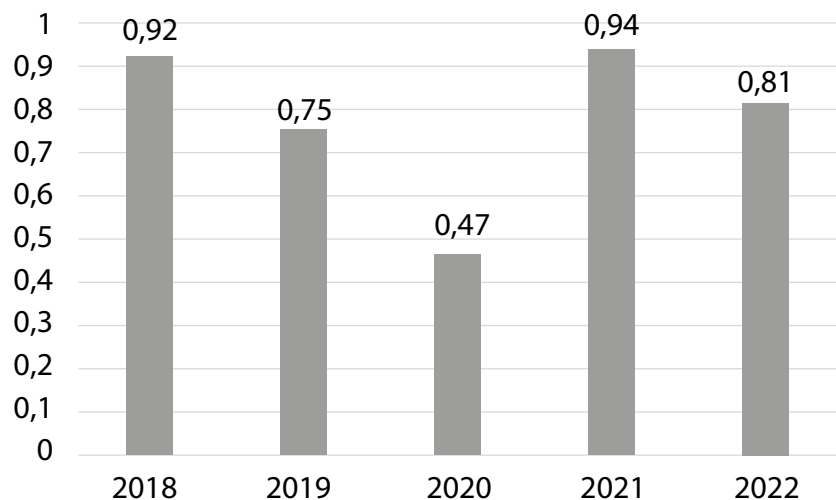


Рис. 5. Исход лечения – без перемен (%) за 2018–2022 годы в Центре «Ювента»

Заключение. В условиях сохраняющего высокого уровня гинекологической заболеваемости как в России, так и во многих зарубежных странах и продолжающегося снижения числа коек гинекологического профиля в круглосуточных стационарах планирование объемов гинекологической помощи и поиск путей развития стационарзамещающих технологий в гинекологии должны основываться на постепенном внедрении системы дневных стационаров гинекологического профиля. Стационарзамещающие технологии приобретают все большую актуальность вследствие медико-социальной предпочтительности. Исследования зарубежных авторов подтверждают, что развитие дневных стационаров является альтернативой госпитализации, повышает

комфорт пребывания пациентов в медицинской организации и расширяет доступность медицинской помощи [25–27]. Рост объема и видов оперативных вмешательств, налаженная работа Центра, отсутствие осложнений привело к увеличению количества операций и пролеченных больных, к повышению качества оказываемой медицинской помощи и востребованности данного вида амбулаторной помощи среди населения. Планирование объемов гинекологической помощи и поиск путей развития стационарзамещающих технологий в гинекологии в современных условиях должно основываться на ретроспективном анализе, включающем оценку в динамике гинекологической заболеваемости и ресурсов медицинских организаций, с одной стороны, и ряд других характеристик, включая медико-социальные особенности самих пациенток, с другой. Анализ опыта работы дневного стационара Центра «Ювента» свидетельствует об эффективности такой формы организации охраны здоровья детского населения: в основу профилактики заболеваний и ведения пациентов с нарушением репродуктивной функции положен мультидисциплинарный подход [22–24]. Пациенты могут быть направлены на консультацию и обследование к специалистам Центра из других подразделений, а также к врачам других медицинских организаций. Внедрение любого нового организационного или технологического вида медицинской помощи основывается на степени его медицинской, экономической и социальной эффективности. 30-летний период работы дневного стационара Центра «Ювента» свидетельствует о необходимости развития амбулаторной хирургии.

Список литературы

1. Чхеидзе Н.С. Основные тенденции развития стационаров гинекологического профиля на современном этапе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003. 19 с.

2. Шаповалова М.А., Корецкая Л.Р. Моделирование и экономическое обоснование организации стационарной медицинской помощи посредством частичной госпитализации // Главный врач: Хозяйство и право. 2014. №3. С. 22–25.

3. Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г. Состояние и перспективы развития акушерско-гинекологической помощи в сфере здравоохранения // Акушерство и гинекология. 2005. № 3. С. 17–24.

4. Шипова В.М., Гриднев О.В., Вартанян Э.А. Актуальные проблемы планирования объема акушерско-гинекологической помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27. №2. С. 163–166.

5. Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурно-функциональный анализ деятельности дневных стационаров в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №2. С. 20–23.

6. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 гг.

7. Молдалиев И.С. Деятельность амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений по обеспечению хирургической помощи населению РК // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. 2006. № 38. С. 44–49.

8. Гаврилов С.С., Абеуова Ж.С., Идрисов Б.К., Кайназарова М.А. Состояние и перспективы развития амбулаторной хирургии // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. 2006. № 40 (3). С. 49–53.

9. Раннев И.Б., Наумов С.С., Магомадов Р.Х., Башанкаев Б.Н. Анализ работы амбулаторных хирургических отделений и перспективы их развития // Здравоохранение. 2005. № 11. С. 36–40.

10. Коротовских Л.И., Обоскалова Т.А., Прохоров В.Н. Собственный опыт амбулаторной хирургии в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. 2009. Т. 58. № 5. С. М6–М7.

11. Пиддубный М.И., Кан И.Е., Гончаревская З.Л., Грабарник А.Е. Оздоровление женщин в условиях дневного стационара // Вестник Российского университета дружбы народов. Сер.: Медицина. 2002. № 1. С. 227–230.

12. Попова С.С. Перспективы дневных стационаров в лечении гинекологических заболеваний // Аспирант и соискатель. 2011. № 2. С. 167–169.

13. Дмитриев В.А. Вневедомственный экспертный контроль качества лечения пациентов на стационарзамещающих койках // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 18–21.

14. Кочорова Л.В., Цивьян Б.Л. К вопросу о преемственности в лечении гинекологических пациентов в условиях обязательного медицинского страхования // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 3. URL: <http://www.scienceeducation.ru/article/view?id=26400> (дата обращения: 21.03.2018).

15. Островский Д.А., Субботин А.Ю., Бабенко П.В. Социальная значимость работы учреждений стационарзамещающей медицинской помощи // Здоровье населения – основа процветания России. Материалы X Юбилейной всероссийской научно-практ. конференции с междунар. участием. Филиал РГСУ в г. Анапе. ООО «Издательский Дом – Юг». 2016. С. 233–237.

16. Федоткина С.А., Карайланов М.Г., Русев И.Т. Рациональное использование стационарзамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2017. Т. 12. № 2. С. 179–189.

17. Адамян А.А., Магомадов Р.Х., Кутин А.А., Наумов С.С. Особенности хирургического лечения в центре амбулаторной хирургии // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2007. № 1. С. 80–83.

18. Кутин А.А., Цека О.С., Магомадов Р.Х. Центр амбулаторной хирургии: стационарзамещающая технология (общие позиции организации и развития): Учебно-метод. пособие. М., 2005.

19. Винник Л.Ф. Амбулаторная хирургическая лечебная койка стационара на дому // Материалы I съезда амбулаторных хирургов РФ. СПб., 2004. С. 31–32.

20. Даненков А.С. О проблемах Центра амбулаторной хирургии А.С. // Амбулаторная хирургия. 2005. № 4 (8). С. 20–22.

21. Мальчиков А.Я. Медицинская, социальная и экономическая эффективность оперативного лечения в стационарзамещающих условиях. Дисс. ... д-ра мед. наук. Рязань, 2003.

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

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

24. Ипполитова М.Ф., Страдымов Ф.И. Возможности и перспективы дневного стационара в Центре охраны репродуктивного здоровья подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. Т. 17. № 1. С. 6–15.

25. Burgess C.K., Henning P.A., Norman W.V., Manze M.G., Jones H.E. A systematic review of the effect of reproductive intention screening in primary care settings on reproductive health outcomes // Fam Pract. 2018;35(2):122–31.

26. Hall Kelli Stidham, Patton W. Elizabeth, Crissman P. Halley, Zochowski K. Melissa, Dalton K. Vanessa. A population-based study of US women's preferred versus usual sources of reproductive health care // Am J Obstet Gynecol. 2015;213(3):352.e1-14.

27. Marsh F., Bekker H., Duffy S. A survey of women's views of Thermachoice endometrial ablation in the outpatient versus day case setting. BJOG. 2008;115(1):31–7.

ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ, НЕ ЖИВУЩИХ ПОЛОВОЙ ЖИЗНЬЮ

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

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

Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Представлены результаты исследования микробиоты влагалища несовершеннолетних пациентов, не живущих половой жизнью. Общеизвестно уделять внимание микробиоте вагины несовершеннолетних, имеющих сексуальный опыт, ошибочно полагая, что до начала половой жизни существенных изменений микробиоценоза влагалища не происходит. Данные проведенного исследования позволили выявить наличие состояния бактериального вагиноза, дисбиоза в этой группе пациентов, которые требуют наблюдения врача акушера-гинеколога и медикаментозной коррекции.

Ключевые слова: несовершеннолетние, не живущие половой жизнью; микробиота влагалища

Актуальность. Микробиота обладает очень важным свойством – способностью обеспечивать колонизационную резистентность, механизмы которой следующие: 1) препятствие адгезии; 2) прямой антагонизм за счет продукции органической кислоты (лактата), антибактериальных ферментов (лизоцима), перекиси водорода, продукции бактериоцинов и бактериоциноподобных веществ; 3) косвенный (непрямой) антагонизм, или подавление персистентных характеристик аллохтонных микроорганизмов.

Под влиянием эндогенных и экзогенных факторов происходит постоянное изменение микробиоты влагалищного биоптата.

Химические факторы – антибиотики и местные дезинфектанты – оказывают влияние преимущественно на количественный состав биоты, снижая заселенность слизистой оболочки микроорганизмами [1]. В настоящее время полностью не сформировано представление о нормальном микробиоценозе влагалища и его изменениях в динамике взросления девочки [2].

По мнению многих авторов, основными клинко-лабораторными синдромами дисбаланса биоты влагалища являются следующие: 1) дисбиоз со снижением количества лактобактерий и заменой на преимущественно грибковую микробиоту – микобиоту, что ведет к развитию вагинального кандидоза; 2) дисбаланс с преобладанием анаэробной биоты – ведет к развитию бактериального вагиноза; 3) дисбаланс с преобладанием аэробной биоты над другими постоянными симбионтами вагины – на начальных этапах своего формирования не является патологическим состоянием, а лишь характеризует определенные физиологические процессы и определяет подверженность инфицированию другими, более патогенными и вирулентными возбудителями [3]. Данные научной литературы свидетельствуют, что при отсутствии реагирования иммунной системы организма на изменения в биотопе, в данном случае – вагины, дисбаланс может приобрести патологический характер со стойкой клинко-лабораторной характеристикой [1].

Среди факторов, влияющих на качественный состав биоты, наиболее значимым на сегодняшний день считается половой путь [1]. В клинических рекомендациях «Бактериальный вагиноз» указано, что его выявляют преимущественно у женщин репродуктивного возраста [4]. Работая с пациентами пубертатного возраста, не имеющими сексуального опыта, врачи акушеры-гинекологи Центра «Ювента» отмечают типичные для бактериального вагиноза (БВ) жалобы и клинко-лабораторные характеристики. Это послужило поводом провести исследование

по выявлению особенностей микробиоты влагалища у несовершеннолетних пациенток, не живущих половой жизнью.

Цель. Определить состояние микробиоты влагалища несовершеннолетних пациенток, не живущих половой жизнью.

Задачи:

- выявить особенности микробиоты влагалища пациентов, не имеющих жалобы на выделения из половых путей/дискомфорт в области наружных половых органов по критериям: с признаками БВ, с признаками дисбиоза и с нормальной микробиотой влагалища;
- выявить особенности микробиоты влагалища пациентов, имеющих жалобы на выделения из половых путей/дискомфорт в области наружных половых органов по критериям: с признаками бактериального вагиноза (БВ), с признаками дисбиоза и с нормальной микробиотой влагалища.

Материалы и методы. В Центре «Ювента» было проведено исследование среди несовершеннолетних пациенток, не живущих половой жизнью, с целью оценки состояния микробиоты влагалища за период 7 месяцев (с февраля 2023 по август 2023). Исследуемая группа составила 156 человек. Она была разделена на две группы:

1-я группа: пациенты, не имеющие жалоб, обратившиеся к врачу акушеру-гинекологу с профилактической целью;

2-я группа: пациенты, обратившиеся к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на выделения из половых путей/дискомфорт в области наружных половых органов.

Критериями отбора являлись: возраст 11–17 лет включительно; отсутствие половой жизни; период от менархе не менее двух лет; принадлежность к I–IV группам здоровья. Медицинские вмешательства проводились после получения ИДС несовершеннолетних и/или одного из родителей или иных законных

представителей в соответствии с законодательством Российской Федерации [5].

Проведен сбор жалоб и анамнеза. Физикальный осмотр включал общий и гинекологический с проведением определения *pH* влагалищного содержимого, получение отделяемого из уретры и влагалища для последующего микроскопического исследования. Получение материала для проведения молекулярно-биологического исследования микрофлоры методом полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР).

Реакция отделяемого влагалища исследовалась с применением индикаторных полосок «Кольпо-тест *pH*» РФ.

При подготовке препаратов влагалищных мазков к микроскопии использован трехэтапный способ окраски по Граму. Микроскопия при увеличении 20 X 90.

Исследование микробиоты влагалища проводилось с помощью набора «АмплиПрайм ФЛОРОСКРИН[®]-Бактериальный вагиноз», позволяющего количественно определять ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus spp.* и общее количество бактерий методом мультиплексной ПЦР и гибридизационно-флюоресцентной детекцией продуктов амплификации. Использование данного набора позволяет оценить состояние биоматериала, полученного от лиц с подозрением на наличие БВ, вне зависимости от формы и наличия манифестации невоспалительного синдрома.

Результаты и обсуждение. Общая группа составляет 156 человек. На рис. 1 отражено распределение исследуемых пациентов по возрасту; 64,72% – пациенты 15–17 лет, что отображает общую характеристику по возрасту пациентов Центра «Ювента».

Пациенты исследуемой группы обращались к врачу акушеру-гинекологу в связи с нарушениями менструального цикла, воспалительными заболеваниями кожи (акне), циклической тазовой болью, а также с профилактической целью (табл. 1).

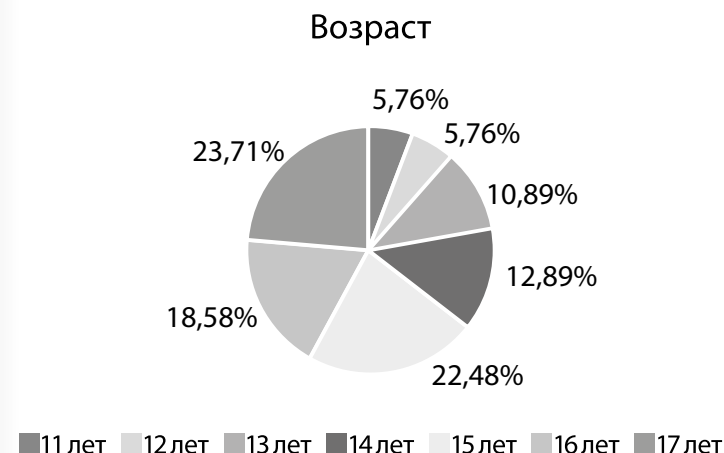


Рис. 1. Характеристика исследуемой группы по возрасту

Таблица 1. Характеристика нозологических форм состояний, не связанных с микробиотой влагалища

Диагноз	Количество абс.	%
Дисменорея	50	27,6%
Нарушения менструального цикла (олигоменорея, обильные менструации в пубертатном периоде, аменорея II)	61	33,7%
Состояния, связанные с избыточным или недостаточным поступлением энергетических ресурсов (БЭН, ожирение)	20	11%
Группа здоровья I	20	11%
Угри	17	9,4%
Железодефицитное состояние, железодефицитная анемия	13	7,3%

Большинство пациентов исследуемой группы имели нарушения ритма и характера менструации, циклическую тазовую боль, что отображает общую тенденцию состояний у пациентов Центра «Ювента».

Особенности микробиоты влагалища пациентов 1-й группы. Численность группы составила 108 человек. При физикальном осмотре в 100% наружные половые органы не имели признаков

воспаления. При исследовании реакция отделяемого влагалища с использованием индикаторных полосок для 95 человек (88%) *pH* определена в диапазоне 4,0–4,5, что соответствует нормальному значению. У 13 (12%) пациенток значение *pH* определено в диапазоне 4,5–4,8 – ощелачивание среды с показателями *pH* более 4,5 подтверждает наличие дисбиотического состояния.

При микроскопическом исследовании отделяемого урогенитального тракта:

- при исследовании влагалищного мазка количество лейкоцитов определялось в диапазоне от 4 до 16 в поле зрения; при исследовании мазка из уретры количество лейкоцитов определялось в диапазоне от 1 до 5 в поле зрения; умеренное количество слизи и эпителиальных клеток;

- микрофлора влагалища и уретры была представлена преимущественно полиморфными гр +/- палочками.

Особенности микрофлоры влагалища, установленные по результатам ПЦР-исследования, представлены в табл. 2.

Таблица 2. Особенности микрофлоры влагалища, установленные по результатам ПЦР-исследования

Особенности микробиоты вагины	Количество абс.	%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (-), <i>Atopobium vaginae</i> (-), <i>Lactobacillus spp</i> (10^6 - 10^7)	51	47,3%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (менее или равно 10^4), <i>Atopobium vaginae</i> (-), <i>Lactobacillus spp</i> (10^6 - 10^7)	22	20,3%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (менее 10^4), <i>Atopobium vaginae</i> (менее 10^4), <i>Lactobacillus spp</i> (10^5 - 10^6)	12	11,1%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (10^5 - 10^6), <i>Atopobium vaginae</i> (менее 10^4), <i>Lactobacillus spp</i> (10^7)	5	4,7%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (более 10^6), <i>Atopobium vaginae</i> (более 10^5), <i>Lactobacillus spp</i> (менее 10^6)	11	10,1%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (10^3), <i>Atopobium vaginae</i> (-), <i>Lactobacillus spp</i> (менее 10^5)	7	6,5%

Таким образом, у пациентов 1-й группы по результатам молекулярно-биологического исследования при сопоставлении концентраций ДНК микроорганизмов установлены следующие особенности микробиоты.

1. В 47,3% случаев в микробиоте преобладают ДНК *Lactobacillus spp.*; *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* не определяются. Это является нормобиотой для здорового подростка. Бактериальные вагинальные сообщества, в которых преобладают *Lactobacillus spp*, считаются признаком здоровья влагалища [5]. *Lactobacillus*, которые занимают до 95% всей микрофлоры влагалища, продуцируют молочную кислоту, перекись водорода, что, в свою очередь, повышает кислотность среды и подавляет рост патогенной микрофлоры.

2. В 20,3% случаев в микробиоте преобладают и доминируют ДНК *Lactobacillus spp.*, *Gardnerella vaginalis* присутствуют в допустимой концентрации, а *Atopobium vaginae* не определяется. Такой состав микробиоты может наблюдаться у здорового подростка. Многочисленные исследования показали, что *Gardnerella vaginalis* присутствует во влагалище 14–69% женщин, не имеющих признаков БВ [6].

3. В 11,1% случаев в микробиоте преобладают и доминируют ДНК *Lactobacillus spp.*, хотя *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* присутствуют в допустимой концентрации. Такой состав микробиоты может наблюдаться у здорового подростка. *Atopobium vaginae* относится к грамположительным анаэробным микроорганизмам, является представителем условно-патогенной микрофлоры человека. По данным научной литературы, во влагалищной микробиоте девочек препубертатного возраста условно-патогенный микроорганизм *Atopobium vaginae* встречается в норме в 7,50% случаев [7]; данные по пубертатному возрасту не представлены.

4. В 4,7% случаев в микробиоте преобладают и доминируют ДНК *Lactobacillus spp.*, *Gardnerella vaginalis* присутствует

в высокой концентрации, *Atopobium vaginae* – в допустимой концентрации. Такой состав микробиоты является пограничным, однако соотношение концентраций ДНК микроорганизмов не позволяет установить состояние БВ.

5. В 10,1% случаев в микробиоте по соотношению концентраций ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* преобладают над концентрацией ДНК *Lactobacillus spp.*, что позволяет установить состояние БВ, которое характеризуется заменой значительной части лактобактерий, в норме доминирующих в вагинальной микробиоте, на анаэробные и факультативно-анаэробные бактерии [8].

6. В 6,5% случаев в микробиоте определяется низкое содержание ДНК *Lactobacillus spp.* на фоне допустимого содержания ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, количество ДНК бактерий при этом достаточно высокое. Соотношение концентрации ДНК микроорганизмов расценивается как дисбиоз неуточненной этиологии. При активном сборе анамнеза у пациенток с данными результатами был установлен факт приема антибактериальных препаратов по поводу острых воспалительных заболеваний в течение предыдущих 2 месяцев.

Таким образом, в 1-й группе из 108 человек у 47,3% (51) выявлено нормальное состояние микробиоты влагалища. Физиологичный баланс вагинальной флоры принципиально важен для поддержания местного иммунитета, который препятствует возникновению инфекционных заболеваний урогенитального тракта [9]. В настоящее время дискуссионным остается вопрос об идентичности микробиоты внутренних половых органов и влагалища, оценка которой возможна только при оперативных вмешательствах. Ряд авторов указывает на высокий процент совпадений микробиоты влагалища, цервикального канала, полости матки и маточных труб [10].

У 36,1% (39) выявлены ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* концентрации от 10^4 до 10^6 , однако соотношение концентрации микроорганизмов не позволило установить состояние БВ. При уменьшении числа лактобактерий снижается концентрация молочной кислоты, pH влагалища сдвигается в щелочную сторону. Освободившуюся нишу занимает *Gardnerella vaginalis*, которая вырабатывает ваголизин, действующий на эпителий влагалища цитотоксически и значительно усиливающий активность гарднерелл. Кроме того, *Gardnerella vaginalis* в ассоциации с *Lactobacterium iners* могут вырабатывать цитолизин, разрушающий клетки влагалищного эпителия, и проявляют агрессивные свойства, нетипичные для нормальной микробиоты [4]. Также многочисленные исследования подтвердили, что и *Atopobium vaginae* является важным компонентом сложной патогенной микрофлоры влагалища при БВ [8]. Группа с пограничным состоянием микробиоты влагалища, по нашему мнению, требует динамического наблюдения и проведения профилактических мероприятий.

В 10,1% (11) установлено состояние БВ. По данным многочисленных исследований, лишь у некоторых женщин БВ сопровождается какими-либо симптомами, такими как водянистые серые выделения с неприятным запахом. У пациенток с БВ не всегда наблюдаются такие явления, как боль, зуд, диспареуния, покраснения вульвы или влагалища, токсическая зернистость лейкоцитов; единственным признаком является сдвиг в составе вагинальной микрофлоры в сторону анаэробных микроорганизмов [11]. Чаще всего клинические признаки ограничены изменениями со стороны слизистой влагалища, но БВ может приводить к восходящему уретриту, воспалительным заболеваниям органов малого таза (ВЗОМТ). Также возрастает вероятность заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), ВИЧ и гепатитами, активации латентной вирусной

инфекции. В результате многочисленных исследований выявлена тесная связь БВ с неопластическими процессами шейки матки [12].

Особенности микробиоты влагалища пациентов 2-й группы. Число пациентов, обратившихся с жалобами, составило 48 человек. По результатам физикального осмотра для всех пациентов группы установлен диагноз: острый вульвит, вагинит.

Установлено, что наиболее часто (59,5%) пациентки отмечают обильные выделения (табл. 3), в ряде случаев они сопровождаются запахом (16,8%).

Таблица 3. Жалобы, с которыми пациенты обратились к врачу акушеру-гинекологу

Жалобы	Количество пациенток	%
Обильные выделения	25	59,5%
Выделения с запахом	7	16,8%
Жжение, зуд, дискомфорт	10	23,7%

При исследовании реакции отделяемого влагалища с использованием индикаторных полосок она определялась в диапазоне 4,8–6,0, – ощелачивание среды с показателями *pH* более 4,5 подтверждает наличие дисбиотического состояния и способствует активации условно-патогенной флоры [13].

При микроскопическом исследовании отделяемого урогенитального тракта:

- при исследовании влагалищного мазка количество лейкоцитов находилось в диапазоне от 20 до 32 в поле зрения, выявлено повышенное содержание слизи и эпителия; при исследовании мазка из уретры количество лейкоцитов определялось в диапазоне от 3 до 7 в поле зрения; выявлено умеренное количество слизи и эпителиальных клеток;

- микрофлора влагалища была представлена полиморфными гр +/- палочками и полиморфными кокками.

Особенности микрофлоры влагалища, установленные по результатам ПЦР-исследования, представлены в табл. 4.

Таблица 4. Особенности микрофлоры влагалища, установленные по результатам ПЦР-исследования

Особенности микробиоты вагины	Количество абс.	%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (-), <i>Atopobium vaginae</i> (-), <i>Lactobacillus spp.</i> (10^4 - 10^5)	8	16,7%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (10^6 - 10^7), <i>Atopobium vaginae</i> (менее 10^4), <i>Lactobacillus spp.</i> (10^5)	26	54,2%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (более 10^5), <i>Atopobium vaginae</i> (более 10^7), <i>Lactobacillus spp.</i> (менее 10^5)	4	8,3%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (10^2), <i>Atopobium vaginae</i> (-), <i>Lactobacillus spp.</i> (менее 10^3)	10	20,8%

Таким образом, у пациентов 2-й группы по результатам молекулярно-биологического исследования при сопоставлении концентраций ДНК микроорганизмов установлены следующие особенности микробиоты.

1. В 16,7% случаев в микробиоте присутствуют ДНК *Lactobacillus spp.*; *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* не определяются. При микроскопии отделяемого влагалища у пациентов данной группы выявлены почкующиеся дрожжевые клетки и фрагменты псевдомицелия, что свидетельствует о развитии кандидозного вульвовагинита. В настоящее время по частоте распространения вульвовагинальный кандидоз (далее – ВВК) занимает второе место после бактериального вагиноза. Ряд авторов указывает, что ВВК является одной из наиболее распространенных причин обращения пациенток к гинекологу. По данным различных исследователей, от 15 до 40% инфекционных поражений вульвы и влагалища обусловлены грибковой инфекцией. Мнение ряда исследователей: состояние макроорганизма может играть ведущую роль в развитии кандидозного вульвовагинита.

Триггером развития заболевания является не изменение свойств гриба, а снижение резистентности организма-хозяина [14].

2. В 54,2% случаев в микробиоте ДНК *Lactobacillus spp.* определяется в нормальном количестве, *Gardnerella vaginalis* присутствует в значительном количестве, *Atopobium vaginae* – в допустимой концентрации. Высокая суммарная концентрация ДНК анаэробов в соотношении с числом *Lactobacillus spp.* позволили установить состояние БВ.

3. В 8,3% случаев в микробиоте по соотношению концентраций ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* и ДНК *Lactobacillus spp.* установлено состояние БВ, при этом концентрация *Atopobium vaginae* является доминирующей. Появляются все новые и новые данные, подтверждающие участие *Atopobium vaginae* в формировании биопленки при БВ, а также специфическую его резистентность к стандартным антибиотикам, что вполне может объяснять неудачи лечения и рецидивы БВ [11]. *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* рассматриваются как главные подозреваемые при БВ, между которыми, вероятно, существует синергизм. Именно поэтому некоторые авторы предлагают использовать молекулярно-генетические методы для количественной оценки *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* как способа диагностики БВ [8].

4. В 20,8% случаев в микробиоте определяется низкое содержание ДНК *Gardnerella vaginalis*, отсутствие *Atopobium vaginae* и пониженное содержание *Lactobacillus spp.* При оценке соотношения концентрации ДНК микроорганизмов установлен дисбиоз неуточненной этиологии. В анамнезе пациентов данной группы: состояние после инфекционного заболевания, вызванного ротавирусом, лечения осложненного острого синусита с использованием антибиотикотерапии.

Таким образом, во 2-й группе из 48 человек у 16,7% выявлено нормальное количество *Lactobacillus spp.*; *Gardnerella*

vaginalis, *Atopobium vaginae* не определяются, но выявлена *Candida Albicans*, поставлен диагноз: ВБК, что требует проведения соответствующей медикаментозной терапии. Цель медикаментозного лечения ВБК – эрадикация возбудителя. Большинство случаев ВБК поддается терапии местными противогрибковыми средствами и аутисептиками [14].

У большинства пациентов исследуемой группы, 30 человек (63,1%), при рассмотрении соотношения ДНК микроорганизмов установлено состояние БВ. Из них в 86,6% случаев доминирует ДНК *Gardnerella vaginalis*, концентрация которой определяется более чем 10^6 . В 13,4% случаев при рассмотрении результатов исследования более высокую концентрацию имеет ДНК *Atopobium vaginae*. Эта группа требует лечения соответственно клиническим рекомендациям, динамического наблюдения и проведения профилактических мероприятий.

В 20,8% случаев установлено состояние дисбиоза, которое возникло после перенесенных острых воспалительных заболеваний вирусной и бактериальной природы.

Таблица 5. Характеристика микробиоты влагалища у пациенток с нарушением менструального цикла (по результатам теста «Флороценоз» – БВ)

Особенности микробиоты вагины	Количество абс.	%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (менее 10^4), <i>Atopobium vaginae</i> (-), <i>Lactobacillus spp.</i> (10^6 - 10^7)	12	19,6%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (менее 10^4), <i>Atopobium vaginae</i> (менее 10^4), <i>Lactobacillus spp.</i> (10^5 - 10^6)	1	1,6%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (более 10^6), <i>Atopobium vaginae</i> (более 10^5), <i>Lactobacillus spp.</i> (менее 10^5)	14	23,1%
<i>Gardnerella vaginalis</i> (10^2), <i>Atopobium vaginae</i> (-), <i>Lactobacillus spp.</i> (менее 10^3)	34	55,7%

При рассмотрении диагнозов, установленных для обратившихся в Центр пациенток, высокий удельный вес занимают состояния, сопровождающиеся нарушением менструального цикла. Был проведен анализ особенностей состояния микробиоты этих пациенток (табл. 5).

Согласно данным многочисленных исследований, нарушения менструального цикла у девочек требуют более углубленного обследования микробиоты влагалища, так как они имеют высокий риск развития дисбиотических и воспалительных изменений половых путей [15]. В настоящем исследовании у 55,7% (34) пациенток с нарушением менструального цикла установлен нормомикробиоценоз. Состояние БВ выявлено у 23,1% пациенток. Пограничное состояние микробиоты вагины диагностировано у 21,2%. Сопоставив встречаемость состояния БВ среди пациентов с нормальным ритмом менструации – 24,2% и в группе с нарушением менструального цикла – 23,1%, установили, что частота выявления БВ практически одинакова в обеих группах. Таким образом, по данным нашего исследования такая зависимость не установлена.

Выводы

1. При обращении несовершеннолетних, не живущих половой жизнью, к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на выделения с запахом/без запаха из половых путей, дискомфорт/зуд/жжение в области наружных половых органов проводится физикальный осмотр и микроскопическое исследование отделяемого влагалища. Проведенное нами исследование позволяет сделать вывод о недостаточности такого подхода. Выполнение молекулярно-биологического исследования (ПЦР) отделяемого влагалища позволяет оценить количество лактобактерий и количество облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов, что дает представление

о состоянии микробиоценоза влагалища. Полученная информация позволяет назначить адекватное лечение и профилактировать нарушение оптимального состояния микрофлоры влагалища.

2. Исследование микробиоты несовершеннолетних пациенток, не имеющих половой жизни, без жалоб на выделения с запахом/без запаха из половых путей, дискомфорт в области наружных половых органов позволило выявить состояния, требующие медикаментозной коррекции и профилактических мероприятий. Микроскопическое исследование отделяемого урогенитального тракта в этом случае не явилось информативным. Использование индикаторных полосок для определения *pH* влагалищного содержимого позволяет определить круг пациентов, нуждающихся в оценке состояния микробиоты с использованием методов молекулярно-биологического исследования.

3. Основываясь на данных научной литературы, при назначении лечения по поводу установленного БВ необходимо учитывать качественный и количественный состав условно-патогенных микроорганизмов. При выявлении *Atopobium vaginae* как доминирующего в микробиоценозе и назначении терапии необходимо учитывать его устойчивость к метронидазолу.

4. Несовершеннолетние, перенесшие острые воспалительные заболевания любых органов и систем и получавшие антибиотикотерапию, нуждаются в исследовании по оценке состояния микробиоты влагалища и определении тактики ведения пациенток.

Список литературы

1. Липова Е.В., Яковлев А.Б., Пахомова А.И. Бактериальный вагиноз как дисбиотический синдром: пути решения проблемы // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2016. № 1(11). С. 59–67.

2. Батырова З.К. Особенности микробиоценоза слизистой оболочки влагалища у девочек с вульвовагинитом

при использовании молекулярно-генетических методов диагностики // Ремедиум. 2014. № 4. С. 42–48.

3. Al-Ghazzewi F.H., Tester R.F. Impact of prebiotics and probiotics on skin health // Benef. Microbes. 2014 Jun 1:5(2); 99–107. doi: 10.3920/BM2013.0040.

4. Клинические рекомендации «Бактериальный вагиноз». 2022.

5. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020, № 60869).

6. Крысанова А.А. *Gardnerella vaginalis*: генотипическое и фенотипическое разнообразие, факторы вирулентности и роль в патогенезе бактериального вагиноза // Журнал акуш. и жен. болезн. 2019. № 1.

7. Рутинская А.В., Чайка А.В., Носенко Е.Н. *Atopobium vaginae* во влагалищной микробиоте девочек препубертатного возраста // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17022> (дата обращения: 11.11.2023).

8. Werner Mendling, Ana Palmeira-de-Oliveira, Stephan Biber, Valdas Prasauskas. Новые данные о роли *Atopobium vaginae* при бактериальном вагинозе: что следует учитывать при выборе лечения? // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020, Т. 19. № 4. С. 138–144.

9. Минкина Г.Н., Бондаренко К.Р., Селихова М.С., Солтыс П.А. Ренессанс вагинальной микробиоты: смена клинических парадигм // РМЖ. Мать и дитя. 2022. Т. 5. № 4.

10. Walther-António M.R., Chen J., Multinu F., et al. Potential contribution of the uterine microbiome in the development of endometrial cancer. *Genome Med.* 2016;8(1):122.

11. Donders G. (2010) Diagnosis and management of bacterial vaginosis and other types of abnormal vaginal bacterial flora: a review. *Obstet Gynecol. Surv.* 65:462–73.

12. Воропаева Н.М., Белькова Н.Л., Немченко У.М., Григорова Е.В., Данусевич И.Н. Микроорганизмы, ассоциированные с бактериальным вагинозом: разнообразие и клинико-диагностическое значение // *Acta Biomedica Scientifica.* 2021. № 3.

13. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Котельникова А.В., Князева Т.П. Современные подходы к верификации диагноза бактериального вагиноза и тактике ведения // РМЖ. 2018. № 2(1). С. 48–53.

14. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Котельникова А.В. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему // РМЖ. Мать и дитя. 2017. № 26. С. 1965–1970.

15. Ахметова М.Ю., Баряева О.Е., Флоренсов В.В. Особенности биоценоза влагалища у девочек-подростков в норме, с дисбиотическими нарушениями и при вульвовагините (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. Т. 17. № 4(93). С. 39–50.

ДИСМЕНОРЕЯ У ПОДРОСТКОВ: КАК НЕ ПРОПУСТИТЬ ЮВЕНИЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ?

Рубан М.Ю.

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

Ключевые слова: дисменорея; эндометриоз; подростки

Резюме. По данным клинических рекомендаций «Эндометриоз», он диагностируется у 10% женщин репродуктивного возраста. Доказательствами наличия этого заболевания акушеры-гинекологи занимаются уже на стадии нарушения качества жизни и фертильности взрослой женщины. Выявить группу риска по развитию эндометриоза у несовершеннолетних, не пропустить первые симптомы заболевания – трудная и важная задача ювильной гинекологии.

Актуальность. Одним из критических периодов в жизни женщины является подростковый период. В это время происходит максимальная перестройка всех систем и органов, становление менструальной функции. При этом большое количество девушек обращаются к акушеру-гинекологу с жалобой на болезненные менструации, которые в ряде случаев приводят к ухудшению (снижению) качества их жизни.

Дисменорея является наиболее значимым клиническим проявлением эндометриоза. Симптомы заболевания достаточно часто начинаются в очень молодом возрасте. Около двух третей взрослых женщин с эндометриозом сообщают о симптомах, возникших до 20 лет. Все большее количество исследований свидетельствует о том, что тяжелые формы эндометриоза и глубокий инфильтративный эндометриоз достаточно распространены

среди подростков. Почти 50% подростков, у которых эндометриоз диагностируется во время лапароскопии, имеют тяжелую форму заболевания [1].

Установить истинную частоту ювильного эндометриоза намного сложнее, чем у женщин репродуктивного возраста, которым лапароскопическое обследование проводится не только при наличии клинических проявлений эндометриоза, но и в связи с бесплодием. Хирургическое лечение у подростков проводится при выраженном болевом синдроме, который не купируется медикаментозной терапией, при наличии объемных образований в малом тазу [1].

Цель. Разработать критерии раннего выявления группы риска по развитию эндометриоза у несовершеннолетних.

Критерии отбора: возраст пациенток от 12 до 17 лет, жалобы на циклическую и нециклическую тазовую боль, принадлежность к I–IV группам здоровья, заполнение информированного добровольного согласия на определенные виды медицинских вмешательств несовершеннолетним и/или одним из родителей или иным законным представителем в соответствии с законодательством Российской Федерации [2].

Материалы и методы. В СПб ГБУЗ «ГЦОРЗП «Ювента»» (далее – Центр «Ювента») у группы подростков, имеющих циклическую и нециклическую тазовую боль, было проведено исследование, включающее в себя анализ жалоб, данных анкетирования и пробы с нестероидными противовоспалительными средствами (далее – НПВС), изучение данных акушерско-гинекологического, соматического анамнеза, данных физикального осмотра и результатов лабораторных и инструментальных исследований. Исследование проводилось в течение 9 месяцев (с января по сентябрь 2023 года).

Анкета для пациентов, обращающихся с жалобами на циклическую и ациклическую тазовую боль (табл. 1), была разработана

на основании клинических рекомендаций «Эндометриоз». Анкета заполнялась самостоятельно пациенткой при первом визите.

Оценка степени болезненности проводилась по визуально-аналоговой шкале (далее – ВАШ), указанной в клинических рекомендациях «Эндометриоз».

Таблица 1. Анкета по выявлению косвенных признаков эндометриоза (начало)

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Полных лет _____

Возраст первой менструации _____

№	Вопрос	Да	Нет	Добавьте то, что считаете необходимым
1	Бывает ли у вас чувство тяжести внизу живота, в области поясницы перед или во время менструации? Иррадиации в нижние конечности?			
2	Характер боли, постоянство, цикличность, иррадиация			
3	Болезненные ли у вас менструации?			
4	Когда приходит боль? За сколько дней до кровянистых выделений?			
5	Оцените степень болезненности от 0 до 10 (в самый тяжелый день) Нет боли Неприятно Дискомфорт Физическая реакция Невозможно терпеть 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Нет боли Легкая боль Умеренная боль Острая боль Невообразимая боль			
6	Сколько прокладок уходит в сутки в самый обильный день? Прокладки заполнены полностью?			
7	Приходится ли вызывать бригаду скорой медицинской помощи?			
8	Приходится ли пропускать занятия?			

Таблица 1. Анкета по выявлению косвенных признаков эндометриоза (окончание)

9	Что и в каком количестве приходится принимать для облегчения боли?			
10	Полностью ли помогает обезболивающее?			
11	Появляются ли проблемы с кишечником? (Запор, слабый стул, вздутие живота до менструации или во время менструации?) (Если да, то за сколько дней?)			
12	Появляется ли боль при мочеиспускании до менструации или во время менструации? (Если да, то за сколько дней?)			
13	Беспокоит ли депрессия/тревога/хроническая усталость (до или во время менструации?)			
14	Обостряется ли мигрень (при наличии данного диагноза) перед или во время менструации?			
15	Появляется ли боль при акте дефекации до менструации или во время менструации? (Если да, то за сколько дней?)			
16	Страдают ли эндометриозом родственники по женской линии (мама, сестра, тетя, бабушки)?			
17	Физическая активность (сколько раз в неделю по сколько часов)			
18	Дополнительные занятия с репетитором, стресс, успеваемость в школе			
19	У каких врачей состоите на учете? С какими хроническими заболеваниями?			
20	Курите? Если да то, что и сколько раз в день?			

Согласно клиническим рекомендациям «Эндометриоз», при физикальном осмотре особое внимание было направлено на выявление следующих изменений: латеральное смещение шейки матки, фиксированная и резко смещенная матка, объемные образования придатков, наличие узлов в маточно-крестцовой области, утолщение, напряжение и/или образования в крестцово-маточной связке, укорочение и напряжение сводов влагалища, выраженный стеноз шейки матки, наличие мелкобугристого образования в ректовагинальной области,

болезненность и ограничение подвижности слизистой кишечника (при ректовагинальном исследовании).

Лабораторные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови с определением уровня магния, коагулограмма – для исключения сопутствующей патологии.

Инструментальные исследования: УЗИ органов малого таза – осмотр матки, придатков, кишечника, мочевого пузыря.

Для дифференциальной диагностики между первичной и вторичной дисменореей проводилась проба с НПВС ибупрофен. Схема проведения пробы следующая: пациентке предлагалось самостоятельно оценить выраженность болевых ощущений по 4-балльной системе на фоне 5-дневного приема НПВС, где 0 баллов – отсутствие, а 3 балла – максимальная выраженность боли. Динамика изменения боли в первый день пробы оценивалась через 30, 60, 120 и 180 минут после приема 1-й таблетки (100 мг), а затем каждые 3 часа перед приемом следующей таблетки до наступления сна. В последующие 4 дня больной предлагалось принимать препарат по 1 таблетке 3 раза в день независимо от режима приема пищи, оценивая выраженность боли однократно в утренние часы. Врачебная оценка обезболивающего эффекта препарата производилась на 6-й день пробы [3].

Результаты и обсуждение. В исследуемую группу было включено 66 пациенток. На диаграмме 1 представлена характеристика группы по возрасту.

Самая большая группа представлена пациентками 15–17 лет, что составило 81,1% от всего количества исследуемых и отображает общую возрастную тенденцию пациентов Центра «Ювента». По данным научной литературы, в России дисменорея встречается в 43–90% случаев в возрасте от 10 до 20 лет, учащаясь с увеличением гинекологического возраста [5], что подтверждает результаты нашего исследования.

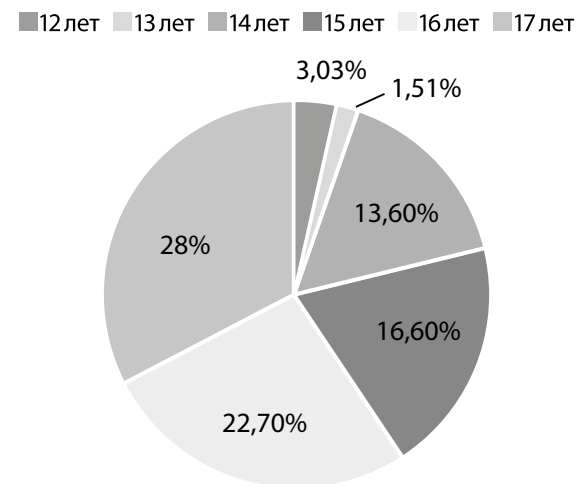


Диаграмма 1. Характеристика исследуемой группы по возрасту

Частота болевого синдрома во время менструации, по данным разных исследователей, достигает 90%. Дисменорея – не только медицинская, но и социально-экономическая проблема, так как до 30% девушек и женщин, страдающих указанной патологией, нетрудоспособны в течение 1–5 дней ежемесячно. Среди всех причин отсутствия девочек в школе дисменорея занимает 1-е место [4]. При активном опросе и заполнении анкеты были выявлены особенности болевого синдрома в исследуемой группе, которые представлены в табл. 2 и на диаграмме 3.

Таблица 2. Характеристика болевого синдрома

Жалобы	Количество, абс.	%
Боль внизу живота	66	100%
Чувство тяжести внизу живота	57	86,3%
Иррадиация боли в поясничную область	7	10,6%
Иррадиация боли в нижние конечности	3	4,5%
Иррадиация боли в околопупочную область	2	3%
Иррадиация боли в прямую кишку	3	4,5%

В табл. 2 представлена характеристика группы по жалобам. Жалобы на боль внизу живота предъявляли все 66 пациентки. Дополнительно чувство тяжести внизу живота отмечали 57 человек (86,3%), иррадиацию боли в поясничную область – 7 человек (10,6%), в нижние конечности – 3 пациентки (4,5%), в околопупочную область – 2 (3%). У 60 (90,9%) человек боль внизу живота сопровождалась вышеперечисленными симптомами, 6 (9,09%) пациенток отмечали только боль внизу живота.

■ 4 балла ■ 6 баллов ■ 7 баллов ■ 8 баллов ■ 9 баллов ■ 10 баллов

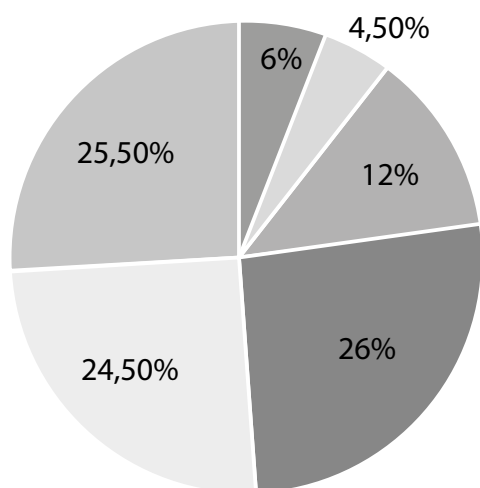


Диаграмма 2. Характеристика группы по оценке ВАШ

На диаграмме 2 представлена характеристика исследуемой группы по оценке ВАШ. В процессе проведения исследования было принято решение включать в группу пациенток с интенсивностью боли не менее 4 баллов. Самая большая группа представлена пациентками с баллами от 8 до 10 по ВАШ. Численность этой группы – 51 человек (77%).

В последнее время в литературе все чаще встречается выражение «качество жизни человека». В широком смысле слова

это понятие включает в себя не только физическое и психологическое благополучие, но и экономические, социальные и прочие факторы. Медицинские аспекты качества жизни отражают влияние заболевания на повседневную жизнь пациента, его собственное восприятие жизненных изменений, связанных с заболеванием, душевный комфорт. По мнению многих авторов, дисменорея существенно изменяет качество жизни пациенток и является основной причиной ограничения физических нагрузок и повседневной активности, пропуска работы женщинами и занятий в школе девочками [6]. Мы посчитали важным оценить длительность болевого синдрома, который существенно снижает качество жизни пациенток. Данные представлены на диаграмме 3.

■ за неделю до менструации ■ за 1-2 дня до менструации ■ в первый день менструации
■ в 1-2 день менструации ■ в 1-3 день менструации ■ все дни менструации

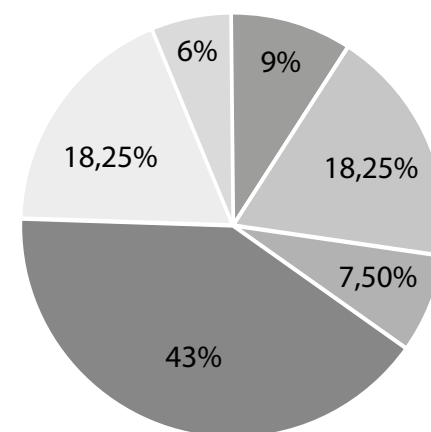


Диаграмма 3. Характеристика группы по длительности болевого синдрома

Около 1/3 опрошенных – 18 человек (27,2%) – предъявляли жалобы на болезненные ощущения до начала менструации. Из них

у 6 человек (9%) болезненные ощущения начинались за неделю до, у 12 человек (18,25%) – за 1–2 дня. 4 (6%) пациентки отмечали интенсивные боли в течение всей менструации. Анализ данных показывает, что от 2 до 7–10 дней ежемесячно пациентки с дисменореей страдают от боли. В связи с выраженным болевым синдромом приходилось пропускать занятия, откладывать встречи 41 человеку (62,12%). Вызов бригады скорой медицинской помощи периодически требуется 7 пациенткам (10,6%).

По мнению многих авторов, дисменорея – это симптомокомплекс обменно-эндокринных (рвота, ощущение ватных ног, общая резкая слабость, зуд кожи, боли в суставах, отеки, полиурия), эмоционально-психических (раздражительность, анорексия, депрессия, сонливость, бессонница, булимия, непереносимость запахов, извращение вкуса), вегетативных (тошнота, изжога, икота, озноб, жар, потливость, сухость во рту, поллакиурия, метеоризм), вегетативно-сосудистых (обмороки, головная боль, головокружение, тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, боли в сердце, похолодание, чувство онемения рук и ног, отеки век, лица) нарушений, возникающих периодически во время менструального кровотечения [8, 9].

В табл. 3 и 4 представлена характеристика исследуемой группы по соматическим и психоэмоциональным жалобам.

Таблица 3. Характеристика группы по сопутствующим соматическим жалобам

Соматические жалобы	Количество, абс.	%
Запор	11	17
Диарея	16	24
Метеоризм	9	13,5
Дисхезия	1	1,5
Болезненное мочеиспускание	9	13,5
Сочетание жалоб	14	21

При опросе выявлено, что только у 22,7% (15) не было жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. Основные сопутствующие жалобы, связанные с нарушением работы кишечника, предъявляли 75,1% из опрошенных. У большей части этих пациентов (56%) гастроинтестинальные симптомы проявлялись в виде диареи, запоров, вздутия кишечника, болезненного акта дефекации в первый день менструации. 5-я часть (21%) пациентов отмечали сочетание нескольких симптомов. Кроме того, 13,5% пациенток указали на боль при мочеиспускании в первые дни менструального цикла.

Многочисленные работы зарубежных ученых продемонстрировали значительное негативное воздействие боли на психосоциальное функционирование, что во многом связано с персистированием и рецидивированием болевых симптомов. Кроме боли, пациентки часто предъявляли жалобы на слабость, повышенную утомляемость и подавленное настроение.

Таблица 4. Характеристика группы по психоэмоциональному состоянию

Психоэмоциональное состояние	Количество, абс.	%
Тревога	19	28,7%
Повышенная усталость	24	36,3%
Головная боль	13	19,7%
Сочетание симптомов	37	56%

В группе 84,8% (56) опрошенных отмечали ежемесячные, коррелирующие с менструальным циклом нарушения психоэмоционального состояния. В большинстве случаев (56%) пациентки указали на сочетание двух и более жалоб. Почти каждая четвертая пациентка дополнительно предъявляла жалобы на тревогу и каждая третья – на повышенную усталость. Часть пациенток отмечала появление головных болей во время менструаций.

В исследуемой группе у 48,5% (32) признаки дисменореи проявились с менархе. У остальной части симптомы развились в течение 1,5–2 лет после первой менструации. По данным многих авторов, проявление симптомов в течение 6–24 месяцев от менархе свидетельствует о первичной дисменорее [10], когда у девочки устанавливается овуляторный цикл [11].

Результаты пробы с НПВС отображены в табл. 5.

Таблица 5. Причины дисменореи по результатам пробы с НПВС

Причина дисменореи	Количество, абс.	%
Функциональная дисменорея	27	41%
Воспалительный процесс	10	15%
Генитальный эндометриоз	15	23%
Психозэмоциональный вариант	14	21%

Согласно проведенной пробе с НПВС по характеру ответа на прием препарата 23% исследуемых можно включить в группу риска по развитию генитального эндометриоза. При проведении инструментального метода исследования (ультразвуковое исследование органов малого таза) в данной группе была выявлена асимметрия стенок матки у 86,6% (13), неоднородность миометрия – у 33,3% (5).

При этом график ответа на прием НПВС у 77% пациенток соответствовал функциональной дисменорее, воспалительному процессу и психозэмоциональному варианту. В этой группе косвенных ультразвуковых признаков эндометриоза не выявлено.

Помимо наличия болевого синдрома наиболее значимым клиническим проявлением эндометриоза является нарушение характера менструальных кровотечений: более длительные и обильные выделения. На диаграммах 4–6 представлены данные по характеру менструальных и межменструальных кровянистых выделений.

■ 3–4 дня ■ 5 дней ■ 6 дней ■ 7 дней
 ■ 8 дней ■ 9 дней ■ 14 дней

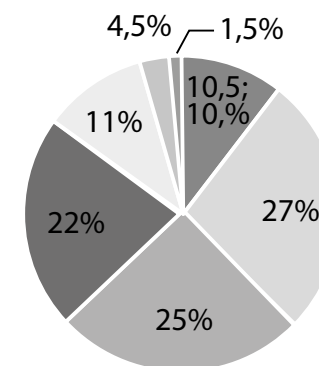


Диаграмма 4. Характеристика группы по длительности менструальных выделений

■ 2 прокладки или тампона ■ 3 прокладки или тампона
 ■ 4 прокладки или тампона ■ 5 прокладок или тампонов
 ■ 6 прокладок или тампонов ■ 7 прокладок или тампонов
 ■ 8 прокладок или тампонов

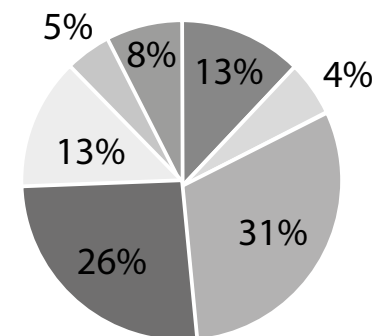


Диаграмма 5. Характеристика группы по обильности менструальных выделений (по количеству используемых средств интимной гигиены)

На диаграмме 4 представлена характеристика пациенток исследуемой группы по длительности менструальных выделений. 91% исследуемых имеют длительность менструальных выделений в пределах нормы – до 8 дней [7]. 9% предъявляли жалобы на чрезмерное по длительности менструальное кровотечение – более 8 дней ежемесячно. Сочетание дисменореи и хронического аномального маточного кровотечения позволяет выделить данных пациентов в группу риска по развитию эндометриоза.

На диаграмме 5 представлена характеристика исследуемой группы по количеству используемых средств интимной гигиены в самый «обильный» день. Как правило, пациентки отмечали, что используют средства с максимальной защитой. Подавляющее большинство опрошенных – 69% – ежемесячную менструальную кровопотерю оценивали как чрезмерную, которая оказывает влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие [7]. Анкетирование показало, что они используют от 4 до 6 индивидуальных гигиенических средств в сутки (заполненных более чем на 90%), иногда в сочетании с тампоном.

В то же время наличие предменструальных и постменструальных скудных кровянистых выделений в виде мазни в течение ≥ 2 дней является фактором, позволяющим заподозрить эндометриоз [1].

При заполнении анкеты 66% (30) пациентов отметили наличие кровянистых выделений вне менструации, данные отображены на диаграмме 6. Из них отмечали длительные (до 5–7 дней) мажущие кровянистые выделения после менструации 60% (18), мажущие выделения перед менструациями (1–2 дня) – 26,7% (8), 13,3% (4) – межменструальные скудные безболезненные выделения в течение 1–2 дней.

В клинических рекомендациях «Эндометриоз» указано, что его можно заподозрить при наличии эндометриоза у матери или сестры пациентки.

■ межменструальные выделения ■ мажущие выделения после менструации
■ мажущие выделения до менструации

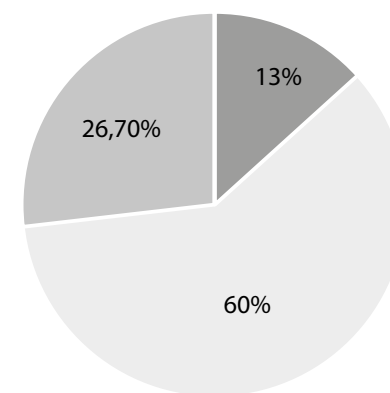


Диаграмма 6. Характеристика группы по выделениям вне менструации

■ мама ■ мама и бабушка ■ мама, бабушка и сестра ■ неотягощенный семейный анамнез

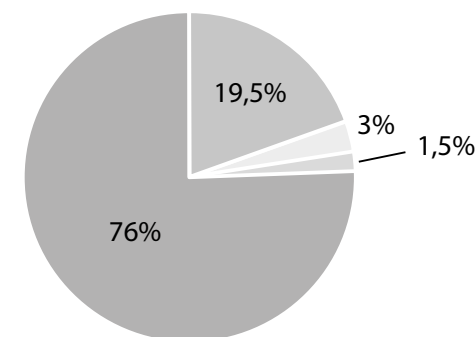


Диаграмма 7. Характеристика группы по отягощенному семейному анамнезу (эндометриоз у близких родственников)

На диаграмме 7 представлена характеристика группы по наличию в семейном анамнезе подтвержденного диагноза «эндометриоз». С уверенностью можно внести в эту группу 16 пациенток (находились на приеме с мамой), что составило 24% от общего числа. Из них у 13 человек (19,5%) эндометриоз был выявлен

у мамы, у 2 человек (3%) – у мамы и бабушки (по материнской линии) и у 1 пациентки (1,5%) – у всех близких родственников по женской линии: у бабушки, мамы и старшей сестры.

Выводы. Разработанная на основании клинических рекомендаций «Эндометриоз» анкета по выявлению косвенных признаков эндометриоза позволяет выявить все факторы, помогающие заподозрить наличие эндометриоза, или включить пациентку в группу риска по развитию заболевания. Считаем заполнение данной анкеты первым необходимым этапом для выявления группы пациентов, входящих в группу риска по развитию эндометриоза.

Многофакторность дисменореи позволяет структурировать проведение пробы с НПВС, а именно – по характеру ответа на прием препарата.

Ультразвуковая картина в подростковом возрасте неспецифична, за исключением асимметрии стенок матки и неоднородности миометрия, так как в этом возрасте редко встречаются тяжелые формы эндометриоза.

Список литературы

1. Клинические рекомендации «Эндометриоз». 2020.
2. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».
3. Хашукоева А.З., Хлынова С.А., Бурденко М.В., Нариманова М.Р. Нестероидные противовоспалительные средства в лечении первичной дисменореи // Лечащий врач. 2014. № 3. С. 29–32.
4. Гуменюк О.И., Черненко Ю.В. Дисменорея у девочек-подростков в пубертатном периоде: распространенность, причины и принципы терапии // Врач. 2015. № 3. С. 63–66.
5. Буралкина Н.А., Каткова А.С., Киселёва И.А. Дисменорея: патогенетическое обоснование фармакотерапии // Медицинский совет. 2018. № 7. С. 23–26.

6. Олина А.А., Метелева Т.А. Дисменорея. Как улучшить качество жизни? // РМЖ. Мать и дитя. 2021. Т. 4. № 1. С. 46–52.

7. Клинические рекомендации «Аномальные маточные кровотечения». 2021.

8. Ameade E.P.K., Amalba A., Mohammed B.S. Prevalence of dysmenorrhea among University students in Northern Ghana; its impact and management strategies. BMC Womens Health. 2018;18(1):39–45.

9. Pinola P., Lashen H., et al. Menstrual disorders in adolescence: a marker for hyperandrogenaemia and increased metabolic risks in later life? Finnish general population-based birth cohort study. Human Reproduction. 27(11):3279–86. Doi:10.1093/humrep/des309 (дата обращения: 10.10.2023).

10. Ермакова Ю.А. Боль при первичной дисменорее: особенности клиники, патогенез, терапевтические подходы // Российский журнал боли. 2019. Т. 17. № 3. С. 34–38.

11. Strinic T. Anthropological and clinical characteristics in adolescent women with dysmenorrhea. Coll. Antrop. 2003;27: 707–11.

ОСОБЕННОСТЬ ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОМА ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВОМ МЕНСТРУАЦИИ И РИСКОВАННОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Железная А.А.,

Демина Т.Н., Субачева Л.И.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Донецкий государственный
медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ
г. Донецк, ДНР*

Рискованная сексуальная активность в подростковом возрасте – причина заболеваний, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфицирования.

Цель. Изучить состояние влагалищного микробиома девушек-подростков с расстройством менструации (РМ) и рискованной сексуальной активностью (РСА).

Материалы и методы. Исследование состояния влагалищного микробиома проводили с помощью тест-системы «Фемофлор», используя возможность комплексной количественной полимеразной цепной реакции в реальном времени. Материалом для исследования 257 сексуально активных пациенток 16-18 лет с РМ и фактом РСА (26,46% – с ВИЧ) являлся соскоб эпителиальных клеток, который забирался с заднебоковой стенки влагалища (за гименальным кольцом у сексуально интактных). Контрольную группу составили 168 условно соматически здоровых сексуально интактных девушек-подростков того же возраста. Заключение по результатам диагностического теста «Фемофлор» получали в виде диаграммы, которая описывала качественный и количественный состав влагалищного микробиома.

Результаты и обсуждение. При оценке степени нарушения влагалищного микробиома было установлено, что ни у одной пациентки с РМ и РСА не выявлен нормоценоз и малочисленны

случаи промежуточного типа. У 257 пациенток дисгормональные и иммунологические нарушения закономерно сказывались на количественном и качественном составе влагалищного микробиома ($p < 0,05$), который характеризовался дисбалансом между индигенными и факультативными показателями, а также наличием абсолютных патогенных агентов, которые передаются преимущественно половым путем, что может быть связано со снижением местного и системного иммунитета.

Выводы. Результаты исследования подтверждают важную роль контроля состояния микробиома половых партнеров, так как в результате незащищенной половой активности, в том числе в негетеросексуальных отношениях, несмотря на невозможность иметь непланируемую беременность, потенциален половой путь инфицирования.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ РИСКА С РАССТРОЙСТВОМ МЕНСТРУАЦИИ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Сорокопуд Е.П., Панченко М.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ
г. Донецк, ДНР*

Девушек-подростков, приобретших опыт сексуальных контактов до совершеннолетия с фактом рискованного полового поведения (незащищенные сексуальные контакты, в т. ч. негетеросексуальные), относят к группе риска. Расстройство менструации (РМ) становится сильным стрессором для организма подростка, нарушая психический и вегетативный статус, замыкая порочный круг усугубляющейся дезадаптации с высоким риском формирования патологии внутри репродуктивной системы и за ее пределами. Совершенствование методов терапии, в том числе немедикаментозных, с учетом состояния вегетативной регуляции является актуальным.

Цель. Изучение исходных данных состояния вегетативной регуляции у девушек-подростков группы риска с РМ для реализации неинвазивного инструмента терапии.

Материалы и методы. В основную группу исследования вошли 257 сексуально активных пациенток 16-18 лет с гинекологическим возрастом не менее 2 лет, с РМ и фактом рискованной сексуальной активности. Контрольную группу составили 168 условно соматически здоровых сексуально интактных девушек-подростков того же возраста. Состояние вегетативной регуляции (СВР) оценивалось на основании классического преобразования Фурье последовательности кардиоинтервалов с помощью аппаратно-программного комплекса *ANSpro*.

Результаты и обсуждение. Анализ РМ у обследуемых выявил следующее: дисменорея – у 55 (21,4%), олигоменорея – у 137 (53,3%), вторичная аменорея – у 65 (25,3%) девушек. У всех пациенток основной группы исследования наблюдались особенности вегетативной регуляции с уровнем статистической значимости различий: в большинстве случаев выявлено преобладание активности симпатической нервной системы (68,48%), с сохранными в пределах возрастной нормы показателями артериального давления ($p < 0,001$). Возможно, этот результат объясним напряженностью адаптационных механизмов у юных пациенток.

Выводы. Результат исследования дает основание утверждать, что учет особенности вегетативной регуляции у юных пациенток группы риска с РМ – важное условие при выборе неинвазивного инструмента терапии, что будет способствовать нормализации вегетативного баланса и, патогенетически, восстановлению менструации.

**ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ
МЕНСТРУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ГИГИЕНЫ
С ПОЗИЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА**

Алиева К.Х., Кохреидзе Н.А.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
имени В.А. Алмазова» Минздрава РФ
Санкт-Петербург, Россия*

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов. Аналогично следует подходить и к определению менструального здоровья (МЗ). Информирование об основных вопросах МЗ и менструальной гигиены (МГ) является важным аспектом, влияющим на качество жизни девочек-подростков, и должно быть основой для рационального понимания естественных процессов, через которые им приходится проходить в течение жизни.

Цель. Оценить уровень информированности девочек в вопросах МЗ и определить пути его повышения.

Материалы и методы. Анкетирование 224 девочек с мая по декабрь 2022 года. Предложено 24 вопроса, условно разделенных на 3 блока: общие сведения, оценка параметров менструального цикла, МГ.

Результаты и обсуждение. В исследовании приняли участие 224. Средний возраст пациенток, принявших участие в исследовании, – $15,0 \pm 1,7$ года (от 11 до 17 лет). Никто ($n = 224$) ранее не слышал о терминах «МЗ» и «МГ». По отношению к факту «менструации» сформированы 2 группы: нужны (1-я группа) – 77,2% ($n = 173$); не нужны (2-я группа) – 22,8% ($n = 51$). Средний возраст: 1-я группа – $15,1 \pm 1,6$ года, 2-я группа – $14,8 \pm 1,8$ года

($p = 0,307$). Средний возраст менархе: 1-я группа – $12,3 \pm 1,3$ года, 2-я группа – $11,8 \pm 1,1$ года ($p = 0,023$). Значимых отличий в возрасте первичного информирования о менструации по группам не выявлено ($p = 0,076$). Доля альтернативных семье источников информации во 2-й группе выше, чем в 1-й, где существеннее вклад матери ($p = 0,021$). В группах отмечено равное недостаточное представление о регулярности цикла ($p = 0,875$). Жалобы на обильные менструации чаще встречаются во 2-й группе ($p = 0,006$). Доля пациенток с дисменореей несколько выше во 2-й группе, однако значимых различий не выявлено ($p = 0,239$). Пациентки обеих групп показали равное недостаточное представление о МГ ($p = 0,604$). Доля детей с проблемами в МГ в учебных заведениях значимо выше во 2-й группе ($p = 0,001$).

Выводы. Формированию позитивного отношения к МЗ и МГ способствуют такие факторы, как более поздний возраст менархе, своевременное информирование пациенток о предполагаемых изменениях (где основным и наиболее благоприятным источником является мать), отсутствие жалоб в период менструации, а также доступность бытовых условий, обеспечивающих МГ.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D И ОМЕГА-3 ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ДЕВУШЕК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

*Демишева С.Г., Бабенко-Сорокопуд И.В.,
Железная А.А., Демина Д.В.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Донецкий государственный
медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ;
Донецкий республиканский центр
охраны материнства и детства
г. Донецк, ДНР*

Молодые девушки с эндометриозом представляют собой малоизученную категорию, страдающую от хронической тазовой боли. Изучено влияние витамина D на эндометриоз-ассоциированные симптомы (альгодисменорея, диспареуния, хроническая тазовая боль). Несмотря на широкое распространение заболевания, нет опубликованных исследований, изучающих индивидуальное влияние витамина D и Омега-3 (ω -3) жирных кислот на тазовую боль при эндометриозе у молодых девушек.

Цель. Определить влияние витамина D и Омега-3 жирных кислот на уменьшение боли, изменение частоты использования обезболивающих препаратов и качество жизни у молодых девушек с эндометриозом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились молодые девушки (18–25 лет) с хирургически подтвержденным эндометриозом и тазовой болью. В первую очередь была оценена боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Вторично изучено качество жизни и использование обезболивающих препаратов. Участники получали 2000 МЕ витамина D₃, 1000 мг Омега-3 ежедневно в течение 6 месяцев.

Результаты. Всего под наблюдением находилось 130 молодых девушек, 68 из них были распределены случайным образом:

37 получали витамин D₃, 31 – Омега-3. У участниц, которые принимали витамин D, наблюдалось значительное уменьшение болевых ощущений по шкале ВАШ. Девушки отмечали улучшение качества жизни, обезболивающие препараты использовались в два раза реже. Менее выраженное улучшение наблюдалось в группе, принимавшей Омега-3.

Выводы. У молодых девушек с эндометриозом прием витамина D привел к уменьшению боли по шкале ВАШ примерно в два раза по сравнению с группой, принимавшей Омега-3. Применение витамина D в комплексной терапии эндометриоза является патогенетически обоснованным. Противовоспалительное, антипролиферативное, антиангиогенное и иммуномодулирующее свойства витамина D допускают его применение в терапии эндометриоза. Однако следует заметить, что проведение дальнейших исследований является необходимым в целях определения оптимальной терапевтической дозы витамина D при различных формах эндометриоза.

НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У 15-ЛЕТНИХ ДЕВУШЕК

**Филькина О.М., Воробьёва Е.А., Малышкина А.И.,
Кочерова О.Ю., Долотова Н.В.**

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Ивановский научно-исследовательский институт
материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава РФ
г. Иваново, Россия*

Параметры полового развития и менструальной функции девушек-подростков являются достаточно объективными критериями формирования их репродуктивного здоровья.

Цель. Выявить частоту и клинические проявления нарушений полового развития и менструальной функции у 15-летних девушек по данным профилактического медицинского осмотра.

Материалы и методы. Проведено исследование полового развития и менструальной функции у 180 девушек 15 лет, обучающихся в общеобразовательных школах г. Иванова. Проводилась оценка выраженности вторичных половых признаков по половой формуле. Нарушения менструальной функции выявлялись с помощью специально разработанной анкеты (скрининговый тест).

Результаты и обсуждение. При оценке полового развития установлено, что в 15-летнем возрасте развитие вторичных половых признаков соответствовало возрасту лишь у 72,2% девушек. Отставание в развитии вторичных половых признаков имело место у 27,8% девушек. Наиболее часто отмечалось отставание в развитии двух признаков – созревании молочных желез (у 27,8%) и выраженности аксилярного оволосения (у 7,8%). Опережение полового развития не отмечалось ни у одной из обследованных 15-летних девушек. У 21,1% девушек отмечено нарушение последовательности появления вторичных половых признаков,

т. е. лонное и аксилярное оволосение опережали созревание молочных желез.

Нарушения менструальной функции (НМФ) встречались у 65,6% 15-летних девушек. Клинически НМФ проявлялись: нерегулярными менструациями – у 61,0%, обильными менструациями – у 39,0%, болезненными менструациями – у 28,8%. Высокая частота НМФ в 15-летнем возрасте доказывает, что у девушек еще не закончилось становление менструальной функции.

Выводы. Выявленная при профилактических осмотрах высокая частота отставания полового развития и нарушений менструальной функции у 15-летних девушек свидетельствует о незавершенности их полового созревания и становления менструальной функции и требует динамического наблюдения и дополнительного обследования для своевременного выявления патологии.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Идрисов А.Д.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Республиканская детская клиническая больница» Минздрава РБ
г. Уфа, Россия*

В последние годы отмечается рост доброкачественных заболеваний у девочек-подростков. Выявление аспектов, влияющих на возникновение данной патологии, имеет большое значение для разработки адекватных схем лечения.

Цель. Изучение характера менструального цикла у девочек с доброкачественными заболеваниями молочной железы.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ 58 историй болезни девочек в возрасте от 12 до 17 лет, поступивших с доброкачественными заболеваниями молочной железы в гинекологическое отделение РДКБ г. Уфы за 3 года (2021–2023).

Результаты и обсуждение. Средний в возраст больных составил 14,9 года. В подавляющем большинстве случаев девочки направлялись на стационарное лечение с диагнозом «фиброаденома молочной железы». Только у 2 пациенток были выявлены такие доброкачественные заболевания, как киста левой молочной железы и внутрипротоковая папиллома. У 43 девочек были обнаружены единичные узлы фиброаденомы, которые одинаково часто выявлялись как в правой, так и в левой молочных железах (у 22 пациенток справа, у 21 – слева). У 15 больных (25,9%) диагностированы множественные узлы, причем у 8 из них были поражены обе молочные железы.

Возраст менархе у наших пациенток колебался в пределах от 10 до 14 лет. Около половины девочек (48,3%) начинали менструировать в 12 лет. Средний возраст менархе в группе

девочек с доброкачественными заболеваниями молочных желез составил 12,1 года. При проведении сравнения возраста менархе в группах больных с единичными и множественными узлами фиброаденом различий не обнаружено.

Чаще всего доброкачественные заболевания регистрировались у пациенток, менструальный возраст которых превышал 3 года. Средний менструальный возраст у девочек с единичными узлами фиброаденомы в молочных железах – 4,2 года, а у девочек с множественными узлами – всего 3,6 года.

Регулярный менструальный цикл имели 54 девочки. Из нарушений менструального цикла чаще всего мы наблюдали дисменорею, она была выявлена у 28 пациенток. Нерегулярный менструальный цикл зарегистрирован всего у 4 девочек. В одном случае это была полименорея, а в 3 – олигоменорея. Наличие в анамнезе аномальных маточных кровотечений не было выявлено ни в одном из случаев.

Выводы. Результаты проведенного нами анализа позволяют сделать вывод о том, что на стационарное лечение направляются пациентки с фиброаденомами. У 25% из них выявляются множественные узлы. Характеристики менструального цикла в группах пациенток с единичными и множественными узлами не отличаются друг от друга за исключением менструального возраста. У девочек с множественным поражением он достоверно ниже. У пациенток с доброкачественной патологией молочных желез более чем в половине случаев выявляется дисменорея, что требует дальнейших исследований.

**ПЕРСОНИФИКАЦИЯ ТЕРАПИИ
СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА
У ДЕВОЧКИ ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА**

Хуцишвили О.С., Иванова О.Ю.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Курский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ
г. Курск, Россия*

Резюме. Представлен опыт длительного поиска эффективного лечения девочки со склероатрофическим лихеном вульвы. Альтернативная терапия неспецифического дистального вагинита и вульвита бактериофагами на фоне лечения основного заболевания топическим антидепрессантом позволило добиться стойкой ремиссии дерматоза вульвы.

Ключевые слова: девочки; препубертатный период; воспалительные и дистрофические заболевания вульвы

Актуальность. Склероатрофический лихен вульвы (САЛВ) – хронический воспалительный дерматоз с очаговой дистрофией всех элементов соединительной ткани, протекающий с волнообразным течением периодов обострения и ремиссии. Распространенность САЛВ у детей и подростков невысока (0,1%), однако имеет драматические последствия [3, 6]. Исходом такого заболевания является необратимое «ремоделирование» вульвы, которое реализуется через сексуальные нарушения, расстройства мочеиспускания и существенно снижает качество жизни пациенток. Нередко симптомы САЛВ могут протекать завуалированно, нечетко, без воспалительной манифестации, особенно у детей, которые могут недооценивать симптомы заболевания, скрывать их или нарушать регламент лечения и гигиенических норм. Зачастую и мамы девочек не придают серьезного значения

симптомам дискомфорта в аногенитальной области у детей ввиду их спонтанного разрешения. По-видимому, эти факторы имеют определенное значение в случаях задержки установления диагноза САЛВ, сроки которого составляют от 7 месяцев до 1,6 года [2, 11]. Тенденция «пубертатно-выжидательной» тактики гинекологов и родителей заставляет юных пациенток терпеливо относиться к боли и различным ограничениям, что приводит к астенизации девочек и создает социально-психологические проблемы.

Наиболее часто дебют заболевания у девочек отмечается в нейтральном периоде (88%), значительно реже – в препубертатном и пубертатном периодах (12%) [1, 3]. Ряд авторов аргументирует такую распространенность САЛВ разницей уровней концентраций эстрогенов в пре- и пубертатном периодах, что подтверждается спонтанной ликвидацией патологических очагов в период полового развития у 55,6% детей, у остальных девочек – с наступлением менархе [4, 7]. Однако данные литературы об эффективном лечении детей с САЛВ топическими эстрогенами разнородны [2]. Вероятно, низкая концентрация и сенсibilизация рецепторов к эстриолу вульвовагинальной области в нейтральном периоде обуславливает, с одной стороны, возможность развития лихена, а с другой стороны, низкую чувствительность к лечению эстриол-содержащими препаратами.

Патогенетические звенья развития САЛ (склеро-атрофического лихена) в настоящее время остаются предметом изучения. Учеными была подтверждена его взаимосвязь с такими аутоиммунными заболеваниями, как целиакия и аутоиммунный тиреоидит [9, 10]. В качестве пусковых механизмов рассматриваются неврогенные, травматические и экологические факторы [11–13]. Есть мнение, что зуд вульвы, как один из основных симптомов заболевания, обусловлен присутствием инфекционного агента [12]. Известно, что представители нормальной микрофлоры верхних дыхательных путей, кишечника, мочеполовой системы обеспечивают

колониционную резистентность экологической ниши и формируют так называемый мукозальный иммунитет [6, 11]. При нарушениях барьерных функций кожи и слизистых становится возможным развитие рецидивирующих воспалительных заболеваний, когда индигенная или транзиторная флора приобретают агрессивный потенциал на всех уровнях биологической ниши. Следовательно, сохранение или поддержка нормобиоценоза может являться первичной профилактикой САЛВ [14].

Диагностика заболевания основана на сумме клинических и визуальных характеристик патологии, классифицированных шестью клиническими формами САЛВ: папулезной, эритематозно-отечной, витилигинозной, буллезной, атрофической, эрозивно-язвенной [10, 12]. При длительном течении САЛВ характерна картина лизиса малых половых губ, спонтанное образование трещин, геморрагий и зуда. Серьезной оценки требуют жалобы юных пациенток на дизурию и дисхезию, которые могут свидетельствовать о возможном САЛВ [12]. Вместе с тем нужно учитывать, что симулировать САЛВ могут бактериальные или грибковые поражения вульвы, аллергические, травматические факторы, они же могут быть источником вторичного его инфицирования [11]. При хроническом течении заболевания роль триггера уже теряет свое значение, однако микробиологическое, цитологическое и молекулярно-генетические исследования необходимы для выбора терапии [6]. Необходимость проведения иммунологических исследований основывается на данных семейного и личного анамнеза ребенка и проводится для исключения аутоиммунных причин САЛВ [7, 12]. Биопсия тканей вульвы у детей возможна лишь в случаях розовых и веррукозных форм заболевания, визуальных проявлений атипичных экстрагенитальных очагов САЛВ [3, 8].

С точки зрения морфологической оценки, склероатрофический лишай представляет собой опосредованный лимфоцитами

дерматоз неясной этиологии. На этапе начала своего развития гистологическая картина САЛ выглядит не столь убедительно, что способствует неоднозначной верификации диагноза [9]. Основными гистопатологическими критериями у девочек являются гиперкератоз (96%), базальная вакуолизация кератиноцитов (88%), лимфоцитарный экзоцитоз (91%), кожный склероз (99%) и эпидермальная атрофия (50%) [8].

Тактика лечения девочек с САЛВ неоднозначна, более того, в ряде случаев – агрессивна. Применяются топические глюкокортикостероиды (ТГКС), топические ингибиторы кальциневрина, цитостатики, средства и методы лазерного воздействия на пораженные ткани аногенитальной зоны.

Согласно данным клинических рекомендаций Американской ассоциации детских и подростковых гинекологов по лечению САЛВ 2017 года, препаратами выбора являются ТГКС [14]. Стартовая терапия отводится ТГКС максимальной степени активности (крем 0,05% клобетазол пропионат) в длительном режиме, до 4 недель, с переходом на поддерживающую терапию кортикостероидами низкой степени активности до периода пубертата. Препаратами второй линии являются топические иммунодепрессанты: 0,03% мазь такролимуса, 1% крем пимекролимуса, применяемые до 3 недель и обеспечивающие быстрый и стойкий результат лечения САЛВ в течение 12 месяцев.

Данные метаанализа результатов лечения САЛВ свидетельствуют, что любые ТГКС оказывают быстрый, но краткосрочный лечебный эффект [13]. Стойкая ремиссия была достигнута у 73% девочек, которые получали поддерживающие дозы ТГКС – от одной аппликации в неделю до двух аппликаций в месяц в течение 1–6 лет. При смене тактики лечения рецидив возникал у 55–67% девочек. У 20% пациенток возникли побочные реакции: эритемы, телеангиэктазии, кандидовульвиты и вагиниты, преждевременный рост волос на наружных половых органах.

Следует признать, что продолжительность фармакотерапии этого заболевания впечатляет, а если принять во внимание возникновение побочных эффектов, ассоциированных с применением топических гормональных средств, то возникает необходимость иных подходов лечения детей. Ведь эти факты заставляют полагать, что комплаентность юных пациенток с САЛВ не выдерживается.

Заслуживают интерес результаты лечения САЛВ у девочек с применением низкоэнергетического гелий-неонового лазера для облучения пораженных участков вульвы на фоне применения ТККС [12]. Физические возможности лазера конвертировались в анальгезирующий, сосудорасширяющий, противовоспалительный и заживляющий эффекты. Автором представлены данные о выздоровлении 57% девочек с длительностью заболевания не более 6 месяцев. Однако пока этот метод не дает стойкого терапевтического эффекта и требует дальнейшего изучения.

Несмотря на наличие международных клинических рекомендаций, реальная терапевтическая тактика САЛВ во многом связана с полипрагмазией ввиду упорной клинической нестабильности заболевания, многолетнего периода лечения и определенных рисков побочных эффектов у детей. Таким образом, перед клиницистами стоят сложные задачи по выбору оптимального лечения для детей с САЛВ.

Материалы и методы. Клинический случай пациентки 8 лет, которая наблюдалась в течение двух лет.

Результаты и обсуждение. При первом обращении к детскому гинекологу у ребенка отмечались гнойные выделения из половых путей, расчесы в области наружных половых органов, а также нервозность и плаксивость.

Девочка родилась от 3-й беременности, через естественные родовые пути на сроке 39–40 недель массой 3720 г, длина тела – 53 см, с оценкой по шкале APGAR 7–8 баллов. Со слов

мамы, в связи с синдромом срыгивания в детском отделении родильного дома проводилась эхография головного мозга, которая выявила незначительное расширение боковых желудочков мозга. Консультирована неврологом, но рекомендаций по наблюдению и лечению ребенка получено не было. Согласно записям амбулаторной карты ребенка, девочка ежегодно болела ОРВИ на протяжении 5 лет. В течение последних 16 месяцев четырежды перенесла риносинусит и трахеобронхит. По рекомендации детского врача в течение года посещала бассейн, с чем мама связывает появление локального зуда в аногенитальной области и мутных выделений из половых путей. Ранее, в возрасте 3-х лет, у девочки были замечены спонтанные эпизоды отека и покраснения наружных половых органов, однако в то время лечения они не потребовали. Девочке неоднократно проводились курсы антибиотикотерапии трахеобронхита, включая пробиотики. Через две недели она пожаловалась на боль, зуд в области половых органов, липкие выделения на нижнем белье. При осмотре мама обнаружила у ребенка ссадины вульвы, незначительный кровоподтек, гнойные выделения из половых путей. Наблюдение мамы показало, что девочка мастурбировала.

Объективный статус девочки: строение тела пропорциональное. Костно-мышечная система – без особенностей, масса тела избыточная (рост – 128 см, масса тела – 3400 г, ИМТ – 18,6). Половая формула соответствует ранней фазе препубертата: P-0 Aх-0 Ма-0 Ме-0. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Клитор белесой окраски, плотной консистенции. Вульварно-промежностное соотношение сформировано, половая щель сомкнута, что косвенно свидетельствовало о состоятельности барьерной функции промежности. При этом имела место эритема пудентальной области, зоны ануса с элементами лихенизации. Задняя спайка тонкая, слизистая истончена как папиросная

бумага. Выделения из влагалища густо-зеленые. Пальпация и исследование половых органов вызывало у пациентки боль. Выставлен диагноз: склероатрофический лихен вульвы, эритематозно-отечная форма. Дистальный гнойный вагинит. Хронический трахеобронхит в стадии нестойкой ремиссии.

Проведено бактериоскопическое исследование вагинального секрета, бактериологическое с определением антибиотикограммы, цитологическое исследование мазка-отпечатка и соскоба вульвы, расширенная вульвоскопия. Выполнено общеклиническое исследование показателей общего анализа крови, биохимических показателей сыворотки крови, кала на наличие гельминтов, копрограмма.

Комментарий микроскопии вагинального мазка: эпителий плоский промежуточного слоя, микрофлора: единичные грам (+) палочки, грам (+) кокки в скудном количестве. Лейкоциты – 30–50 в поле зрения. Цитологическое исследование соскоба вульвы №5085/22: качество препарата адекватное, гиперкератоз плоского эпителия, признаки острого воспалительного процесса. Флора обильная, смешанная, включая грибы рода *Candida*. Культуральное исследование показало наличие обильного роста кишечной палочки $6 \cdot 10^6$ КОЕ. Копрограмма показала незначительное снижение уровня бифидобактерий. Рекомендована гипоаллергенная диета. В соответствии с антибиотикограммой проведена системная терапия цефиксимом в диспергируемой форме, по 200 мг в один прием в течение 7 дней, синбиотик по 1 капсуле в день в течение 10 дней, антифунгицидная терапия флуконазолом 50 мг внутрь один раз в день, каждые 3 дня, всего 3 капсулы. В течение 6 дней интравагинально вводилась эмульсия, содержащая неомицин+нистатин+полимиксин «вирго». Выделения из половых путей отсутствовали. Эритема и лихенизация вульвы сохранялись без жалоб. Через 2 месяца у девочки во время мочеиспускания появились жжение и боль в области

вульвы. Со слов мамы, у ребенка накануне отмечались краткосрочные признаки респираторной инфекции. При гинекологическом осмотре на фоне отека больших половых губ были обнаружены поверхностные трещины в зоне задней спайки. Раневого секрета и выделений из половых путей не было. Показатели общего анализа мочи были в норме. Ввиду отсутствия признаков воспалительного процесса вульвы (отек, вероятно, носил реактивный характер) план лечения включал орошение трещин промежности бензилдиметил-миристоиламино-пропилом дважды в день в течение 10 дней, дважды в день аппликации метилпреднизолона ацепоната 0,1%, рассчитанного на 4 недели. Обращала на себя внимание быстрая, в течение 12 часов, реакция обратного развития буллезной формы после однократной аппликации метилпреднизолона ацепоната 0,1%, что свидетельствовало об очевидной эффективности ТГКС. Однако ткани сохраняли вид «вареного мяса», что заставило применять ТГКГ однократно в день. Но через 2 недели лечения симптомы возобновились: появился нестерпимый зуд, отек наружных половых органов, головная боль, чувство заложенности носа, тошнота. Лечение было остановлено ввиду побочного эффекта. Проведена консультация аллерголога, рекомендованы системная десенсибилизирующая терапия в течение 14 дней, консультация эндокринолога. Количественные показатели иммуноглобулина E в сыворотке крови не превышали нормативных значений (*IgE* 95 Ед/л), уровни ТТГ, Т4 св., Т3 св. антитела к тиреопероксидазе не подтвердили подозрения на аутоиммунные заболевания в рамках проведенных исследований. После отмены ТГКС в течение 3 месяцев мы отмечали переходные формы САЛВ от буллезной формы к язвенно-эритематозной с гнойным отделяемым из влагалища (рис. 1).

Повторная микроскопия вагинального мазка и культуральное исследование материала вульвы показали наличие дистального кандидозного вагинита и вульвита. Оценена чувствительность

грибковой флоры к антифунгицидным препаратам. После купирования симптомов вульвовагинита было принято решение перейти к физиотерапевтическому методу лечения как к средству трофического, противовоспалительного воздействия на ткани вульвы. Однако после проведения 6 сеансов низкоэнергетического гелий-неонового лазера возобновились зуд и гнойные выделения из влагалища. Повторное культуральное исследование с определением чувствительности к бактериофагам дало аналогичный результат. Рост культуры *Escherichia coli* превысил 10^7 КОЕ с чувствительностью только к имипенему.



Рис. 1. Склероатрофический лихен, стадия обострения. Язвенно-эритематозная форма (стрелка указывает на язву)

По данным литературы, показания к использованию группы карбапенемов в педиатрии пока еще формируются [5]. В связи с этим мы инициировали лечение бактериофагами с учетом

результатов чувствительности ведущего микроорганизма. Целью такого назначения являлось предотвращение развития бактериальных осложнений при снижении местного иммунитета. Фагогин в лечебной практике у детей противопоказаний не имеет. Дозатор облегчал бесконтактное поступление геля в очаг воспаления. Суточная доза составляла 5–6 мл геля (3 нажатия трижды в день), экспозиция – 20–30 минут. Через 3 недели кратность применения геля уменьшали еженедельно до 1–2 доз в день, затем – дважды каждую неделю по 5 мл. Дополнительно после гигиенических процедур на аногенитальную зону наносили эмоленты.



Рис. 2. Склероатрофический лихен, стадия ремиссии. Симптом «папиросной бумаги». Признаки адренархе (оволосение лобка и половых губ)

Учитывая семейный анамнез, шаткий баланс ремиссии трахеобронхита, мы назначили аппликации 1% крема пимекролимуса дважды в день на протяжении 3 недель с переходом на однократное применение до 6 недель. В процессе первых двух недель происходило стихание зуда, купирование эритемы

и стянутости кожи. Достигнув определенной ремиссии заболевания, мы рекомендовали продолжить профилактическое использование лечебного крема до 12 месяцев, бактериофагов – до 3 месяцев, эмоллентов – еженедельно длительно.

В течение 14 месяцев наблюдения мы не зафиксировали визуальных и клинических признаков обострения как буллезной, так и язвенно-эрозивной форм САЛВ. При расширенной вульвоскопии зона лихенизации не прослеживалась, сохранялась «папиросная» структура мантии клитора и периферическая депигментация тканей. Отмечены первые признаки аденоархе – оволосение лобка и половых губ (рис. 2).

Заключение. По нашему мнению, семейный анамнез девочки косвенно демонстрировал общность иммунологических нарушений у всех трех представителей семьи. Можно думать о том, что у старшей сестры к грубым нарушениям архитектоники вульвы привел длительный субклинический САЛВ на фоне вульвовагинита, лечение которого своевременно и адекватно не проводилось.

В представленном клиническом случае мы выходили за рамки клинических рекомендаций по лечению САЛВ в связи с наличием побочных эффектов при использовании препаратов первой линии, а также рецидивами вагинита, ассоциированного с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. Последовательность развития симптомов этих заболеваний фиксировалась нами многократно. Однако основной клинический эффект в лечении девочки мы отметили не ранее 2 недель после применения топического антидепрессанта. Вероятно, комплаентность лечения стала возможной после восстановления микробиоты влагалища. Сопоставив результаты отечественных и зарубежных коллег по лечению САЛВ у детей, следует признать, что удовлетворенность итогами терапии в этом случае будет зависеть

от стабильности достигнутых результатов до наступления пубертатного периода.

Список литературы

1. Smith S.D., Fischer G. Childhood onset vulvar lichen sclerosus does not resolve at puberty: a prospective case series. *Pediatr Dermatol.* 2009 Nov-Dec;26(6):725–9.
2. Ellis E., Fischer G. Prepubertal-Onset Vulvar Lichen Sclerosus: The Importance of Maintenance Therapy in Long-Term Outcomes. *Pediatr Dermatol.* 2015 Jul-Aug;32(4):461–7.
3. Kirtschig G., Becker K., Günthert A., Jasaitiene D., Cooper S., Chi C.C., et al. Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015 Oct;29(10): e1–43.
4. Nerantzoulis I., Grigoriadis T., Michala L. Genital lichen sclerosus in childhood and adolescence a retrospective case series of 15 patients: early diagnosis is crucial to avoid long-term sequelae. *Eur J Pediatr.* 2017 Oct;176(10):1429–32.
5. Колбин А.С., Хаджидис А.К., Шабалов Н.П., Карпов О.И. Использование карбапенемов в педиатрии: эффективность и безопасность // Вопросы современной педиатрии. 2005;4(1):40–45.
6. Xiaoming W., Jing L., Yuchen P., Huili L., Miao Z., Jing S. Characteristics of the vaginal microbiomes in prepubertal girls with and without vulvovaginitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2021 Jun;40(6):1253–61. 2021 Jan 16. PMID: 33452946; PMCID: PMC8139898.
7. Kumar K.S., Morrel B., van Hees C.L.M., van der Toorn F., van Dorp W., Mendels E.J. Comparison of lichen sclerosus in boys and girls: A systematic literature review of epidemiology, symptoms, genetic background, risk factors, treatment, and prognosis. *Pediatr Dermatol.* 2022 May;39(3):400–8.
8. Семенчак Ю., Снарская Е. Склероатрофический лихен // Врач. 2018. Т. 29. № 8. С. 26–34.

9. Кузьменко-Москвина Ю.А. Морфологическая, иммуногистохимическая и иммунофлюоресцентная диагностика типичных ранних и поздних элементов склероатрофического лишена. Городское клиническое патологоанатомическое бюро, г. Минск, Республика Беларусь. Вестник ВГМУ. 2018. Т. 17. № 6. С. 55–63.

10. Джангишиева А.К., Уварова Е.В., Батырова З.К. Склерозирующий лишень вульвы: современный взгляд на клинические проявления, диагностику и методы лечения (аналитический обзор). Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2018. Т. 14. № 3. С. 34–50.

11. Mashayekhi S., Flohr C., Lewis F.M. The treatment of vulval lichen sclerosus in prepubertal girls: a critically appraised topic. Br J Dermatol. 2017;176(2): 307–16.

12. H. Purcell S.M., Chung C., Zaenglein A.L. Pediatric Lichen Sclerosus: A Review of the Literature and Management Recommendations. J Clin Aesthet Dermatol. 2016 Sep;9(9):49–54. Epub 2016 Sep 1. PMID: 27878062; PMCID: PMC5110329.

13. Батырова З.К., Уварова Е.В., Колодкина А.А., Латыпова Н.Х. Некоторые аспекты проблемы диагностики и выбора лечебных мероприятий при склероатрофическом лихене вульвы у детей. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016;5:34–38.

14. Зароченцева Н.В., Джиджихия Л.К. Склероатрофический лишень вульвы: современный взгляд на проблему. Российский вестник акушера-гинеколога. 2018;18(6):41–50.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Ласачко С.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Чермных С.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ
г. Донецк, ДНР*

Рост доброкачественных заболеваний молочных желез (МЖ) может иметь негативные последствия в плане реализации репродуктивной функции женщины, включая грудное вскармливание.

Цель. Изучение частоты, структуры, факторов риска заболеваний МЖ у девочек-подростков на различных этапах оказания медицинской помощи, особенностей диагностики и тактики терапии.

Материалы и методы. На первом этапе установлена частота заболеваний МЖ при проведении профилактических осмотров у 2518 девочек в возрасте 12–17 лет; на втором этапе – среди обратившихся на консультацию в Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства (1502 девочек); на третьем этапе – среди 704 девочек с гинекологическими заболеваниями. Обследование: клиническое, УЗИ; цитологическое исследование отделяемого из сосков; определение уровня гормонов в сыворотке крови; консультации смежных специалистов по показаниям.

Результаты и обсуждение. Частота заболеваний МЖ на первом этапе исследования составила 3,02%, на втором этапе – 15,05%, на третьем – 33,67% (237 из 704).

Структура заболеваний МЖ оценивалась на третьем этапе: у большинства девочек (84,81%) диагностирована диффузная доброкачественная дисплазия молочной железы (ДДМЖ),

у 3 девочек выявлены фиброаденомы (1,27%), у 15 – галакторея (6,33%), воспалительные процессы – у 12 (5,06%), нарушения развития – у 9 (3,40%). У большинства девочек были диагностированы сопутствующие заболевания щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, нервной системы, ожирение. Связь с приемом медикаментов (нейролептики) установлена у всех девочек с галактореей. Три девочки с диагнозом «фиброаденома» были пролечены оперативно, остальным пациенткам проведено консервативное лечение. На начальной стадии терапии основное внимание уделялось сопутствующим заболеваниям. На второй стадии применялась диетологическая, фитотерапевтическая и витаминотерапия. Анализ результатов эффективности используемой схемы диагностики и тактики терапии заболеваний МЖ у девочек-подростков, с учетом факторов риска, в 100% случаев показал положительную динамику.

Выводы. Частота заболеваний МЖ у девочек-подростков является высокой, что подтверждает необходимость проведения скрининга. Консервативная двухступенчатая тактика ведения девочек с ДДМЖ и галактореей в практике акушера-гинеколога позволяет достичь положительных результатов в 100% случаев. Своевременная диагностика заболеваний МЖ является важным аспектом сохранения репродуктивного здоровья будущей женщины.

ЦЕННОСТЬ ДОПЛЕРОМЕТРИИ У ЮНЫХ РОДИЛЬНИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ПРОЦЕССОВ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ

Морозова Н.А., Железная А.А., Бухарова Н.И.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ
г. Донецк, ДНР*

Резюме. Нарушения дренажной функции матки являются в послеродовом периоде одним из распространенных проявлений послеродовой инфекции. Длительная персистенция воспалительно-регенеративной реакции может быть обусловлена как замедлением процессов самоочищения эндометрия (в связи с чрезмерным количеством остатков децидуальной ткани), так и нарушениями дренажной функции матки (лохиометра, гематометра вследствие спазма внутреннего зева, наличия крупных сгустков крови). Для диагностики нарушений процессов инволюции матки у юных родильниц имеет важность проведения доплерометрии.

Ключевые слова: послеродовая инфекция; лохиометра; гематометра; доплерометрия

Актуальность. Вопросы патогенеза и ранней доклинической диагностики послеродовых воспалительных процессов в матке остаются дискуссионными. Для диагностики нарушений процессов инволюции матки у юных родильниц имеет важность проведения доплерометрии. Одним из проявлений у юных родильниц с нарушениями процессов инволюции является субинволюция матки [1, 2]. До настоящего времени термин «субинволюция матки» не имеет однозначного толкования. Одни ученые считают субинволюцию матки предрасполагающим фактором послеродовых гнойно-септических осложнений: при замедленном

обратном развитии матки происходит нарушение нормального процесса тромбирования в венах маточно-плацентарной площадки, являющейся открытыми входными воротами для инфекции [3]. Другие полагают, что это следствие развития послеродового эндометрита: имеющаяся в матке инфекция снижает сократительную активность матки, обуславливая распространение инфекционного процесса [4, 5]. А так как любой воспалительный процесс сопровождается специфической сосудистой реакцией, приводящей к активной гиперемии органов и тканей, несомненный интерес представляет изучение состояния маточного кровотока у юных родильниц в послеродовом периоде.

Цель исследования. Выяснить доплерометрические показатели маточного кровотока у юных родильниц с нарушениями процессов инволюции матки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 95 родильниц в возрасте от 15 до 18 лет, родоразрешенных различными способами при сроке беременности 37–40 недель. 1-я группа (основная) – 65 юных родильниц (31,6%) с нарушениями инволюции матки, из них родоразрешены через естественные родовые пути 42 юные родильницы (64,6%), путем кесарева сечения – 23 (35,4%); 2-я группа (контрольная) – 30 (68,4%) юных родильниц с физиологическим течением послеродового периода, из них родоразрешены через естественные родовые пути 18 родильниц (60,0%), путем кесарева сечения – 12 (40,0%). Все обследованные были юными первородящими и имели факторы риска нарушения сократительной активности матки в послеродовом периоде. В послеродовом периоде на третьи сутки проводилась доплерометрия маточных артерий с определением индекса резистентности (ИР), пульсационного индекса (ПИ), систоло-диастолического отношения (СДО). Для качественной оценки кривых скоростей кровотока определяли индексы периферического сосудистого сопротивления: СДО, ИР, ПИ. Статистическая

обработка данных проводилась с помощью компьютерных программ «Statistica 6» и *Microsoft Office Excel 2003*.

Результаты и обсуждение. Выполненные исследования позволили установить характер изменений кровотока в сосудах матки при неосложненном течении послеродового периода после самопроизвольных родов и после операции кесарева сечения. Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, в маточных артериях обычно определяется положительный диастолический кровоток. В дальнейшем диастолический кровоток постепенно снижается и в конце 2-й недели после родов в 70% во второй половине диастолы не определяется. При физиологическом течении послеродового периода и отсутствии воспалительных изменений в тканях последа СДО – 2,74; ИР – 0,66; ПИ – 0,96. При развитии воспалительного процесса в матке после родов через естественные родовые пути выявлены значительные изменения кровотока, что на доплерограмме проявлялось наличием высокой конечной диастолической скорости в маточных сосудах. Это свидетельствует о низком периферическом сопротивлении. Подобные изменения на доплерограмме были выявлены у юных родильниц при наличии гемато- или лохиометры в послеродовом периоде без каких-либо клинических проявлений инфекционного процесса. Анализ полученных данных у родильниц с нарушениями инволюции матки, родоразрешенных через естественные родовые пути, позволил установить пороговые значения доплерометрических показателей, которые дают возможность диагностировать послеродовой эндометрит: СДО – 3,0; ИР – 0,67; ПИ – 0,97. При анализе отдельных наблюдений установлено, что выявление порогового конечного диастолического кровотока в первые трое суток после родов через естественные родовые пути в маточных сосудах позволяет с достаточной точностью исключить вероятность развития воспалительного процесса.

В то же время высокая конечная диастолическая скорость кровотока дает основания заподозрить развитие эндометрита еще до появления клинической симптоматики. Следует отметить также, что адекватная терапия эндометрита приводит к частичной нормализации кровотока. Следовательно, доплерометрия может служить методом контроля за эффективностью проводимого лечения у юных родильниц с нарушениями процессов инволюции матки. У женщин, перенесших кесарево сечение, всегда отмечался положительный диастолический кровоток в сосудах тела матки. Снижение конечной диастолической скорости отмечалось после 10 суток. Показатели кровотока при эндометрите после операции кесарева сечения свидетельствовали о повышении конечной диастолической скорости кровотока в сосудах тела матки, что можно объяснить снижением сосудистой резистентности: СДО – 3,8; ИР – 0,71; ПИ – 0,99. При субинволюции матки и отсутствии воспалительных изменений послеродового СДО – 2,44; ИР – 0,59; ПИ – 0,92. При наличии плацентита СДО – 2,25; ИР – 0,56; ПИ – 0,90. При гематометре показатели примерно соответствуют аналогичным при субинволюции матки. Полученные данные свидетельствуют о постепенном увеличении периферической резистентности сосудов матки у юных родильниц с нарушениями инволюции матки после родов через естественные родовые пути. Мы считаем, что это связано с инволюцией матки в послеродовом периоде, морфологическими изменениями ее сосудов и удалением плаценты, обладающей низкорезистентной сосудистой сетью. При развитии эндометрита в послеродовом периоде доплерометрические показатели маточного кровотока значительно изменяются, и, как правило, это проявляется увеличением конечной диастолической скорости, обусловленным снижением сосудистой резистентности. После родов путем операции кесарева сечения полученные доплерометрические показатели практически совпадали со значениями, характерными

для воспалительного процесса в матке после самопроизвольных родов. По всей видимости, это обусловлено непосредственной травмой тканей в результате оперативного вмешательства. Присоединение на этом фоне воспалительного процесса не приводит к значительному изменению доплерометрических показателей, что косвенно свидетельствует об истощении функциональных возможностей сосудов матки при развитии эндометрита после операции кесарева сечения. Полученные результаты позволяют определить достаточно высокую диагностическую ценность (92–95%) доплерометрии при выявлении воспалительных и субинволюционных процессов матки после родов через естественные родовые пути у юных родильниц. Точность диагностики после операции кесарева сечения составила 72%.

Выводы.

1. Доплерометрия показателей кровотока в маточных артериях у юных родильниц с нарушениями инволюции матки в послеродовом периоде позволяет повысить информативность ультразвукового исследования.
2. Высокая конечная диастолическая скорость кровотока позволяет заподозрить развитие эндометрита еще до появления клинической симптоматики.

Список литературы

1. Протопопова Н.В., Самчук П.М., Бородашкин В.В. Ранние диагностические критерии диагностики послеродового эндометрита // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Материалы Международного конгресса, 7–11 июня 2004 г. М., 2004. С. 153.
2. Chaim W., Burstein E. Postpartum infection treatments: a review // Expert OpinPharmacother. 2003;4(8):1297–313.
3. Скворцова М.Ю., Шевелева Т.В. Значение дополнительных методов исследования в диагностике субинволюции матки //

Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». М., 2005. Т. 1. С. 236.

4. Самчук П.М., Бородашкин В.В. Микробиологический спектр содержимого полости матки в послеродовом периоде // Человек и здоровье: Материалы Всероссийского конгресса, 9–10 сентября 2004 г. Иркутск, 2004. С. 160–161.

5. Buhimschi C.S., Buhimschi LA., Malinow A.M., Weiner C.P. Myometrial thickness during human labor and immediately post partum // Am J Obstet Gynecol. 2003;188(2):553–9.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ДАННЫХ АНАМНЕЗА МАТЕРИ НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ ДОЧЕРИ

Мягких И.И., Железная А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ;
Донецкий республиканский центр
охраны материнства и детства
г. Донецк, ДНР*

По данным В.Г. Зенкиной (2014) и Е.В. Золото (2020), осложнения беременности и родов, в результате которых появилась на свет пациентка, могут приводить к неполноценному развитию у нее яичников и недостаточной закладке в них фолликулов и яйцеклеток, способствовать формированию гипопластического типа яичников, для которого будут характерны показатели сниженного овариального резерва.

Цель. Изучить особенности влияния течения беременности и данных анамнеза матери на овариальный резерв дочери.

Материалы и методы. Проведен клинико-статистический анализ архивных данных 116 амбулаторных карт пациенток 35–42 лет со сниженным овариальным резервом (антимюллеров гормон < 1,2 нг/мл, фолликулостимулирующий гормон > 10 мМЕ/мл, количество антральных фолликулов (КАФ) < 7) по гинекологическому анамнезу.

Результаты и обсуждение. Согласно результатам послеоперационной гистологии, у 30 (25,86%), то есть каждой четвертой пациентки исследования, был диагностирован гипопластический тип структуры яичниковой ткани. На раннюю менопаузу (до 40 лет) у мамы / бабушки указывали 18 (15,51%) пациенток. Преэклампсию во время беременности имели матери

39 (33,62%) женщин. При проведении корреляционного анализа выявлена обратная зависимость между гипопластическим типом структуры яичников (по данным послеоперационной гистологии) и КАФ (при УЗИ со 2-го по 5-й день менструального цикла) ($p = -0,32, p < 0,001$). Кроме того, факт гипопластического типа структуры яичниковой ткани коррелировал с наличием преэклампсии у матери при беременности ($p = 0,72, p < 0,001$) и преждевременными родами, в которых родилась пациентка ($p = 0,38, p < 0,001$), а также с преждевременной менопаузой у матери (до 40 лет) ($p = 0,29, p < 0,001$).

Выводы. Дальнейшее изучение влияния особенностей течения беременности и данных анамнеза матери на овариальный резерв дочери является перспективным направлением, так как позволит вовремя предусмотреть снижение резерва яйцеклеток.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Верешко Е.В., Бабенко-Сорокопуд И.В., Чермных С.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ
г. Донецк, ДНР*

Цель. Выявить особенности течения периода гестации и родов у юных беременных с клиническими проявлениями дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы. На основе ретроспективного анализа медицинской документации за период 2010–2020 годов проведена сравнительная оценка течения беременности и родов у несовершеннолетних беременных с клиническими проявлениями ДСТ ($n = 226$) и без признаков ДСТ ($n = 142$).

Результаты и обсуждение. В результате исследования выявлено, что у большинства несовершеннолетних беременных (77,2%) имели место акушерские осложнения, причем у девушек с наличием ДСТ они встречались значительно чаще (89,38% по сравнению с 57,75%), чем в группе сравнения без ДСТ: угроза прерывания беременности и преэклампсия – в 2,2 раза; ранний токсикоз и плацентарные нарушения – в 1,8 раза; внутриутробная гипоксия и синдром задержки роста плода – соответственно в 1,9 и 2,0 раза; анемия беременных – в 1,3 раза; преждевременные роды – в 1,7 раза; осложненные роды – в 2,5 раза; абдоминальное родоразрешение – в 2,2 раза; дистресс плода – в 2,9 раза; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 2,2 раза; аномалии родовой деятельности – в 1,8 раза; нарушения лактации – в 2,0 раза ($p < 0,05$).

Выводы. По развитию акушерских осложнений юные беременные с ДСТ составляют группу риска и нуждаются

в тщательном динамическом мониторинге с ранних сроков беременности. Диктуют необходимость особого подхода к этой категории пациенток как негативные проявления ДСТ у несовершеннолетних, которые оказывают влияние на состояние здоровья в целом, так и течение беременности, родов, послеродового периода. В связи с этим актуальна разработка алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с учетом возрастных особенностей будущих мам и наличия у них сопутствующих заболеваний.

МОРБИДНЫЙ ФОН У ДЕВОЧЕК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (Г. ГОМЕЛЬ)

Корбут И.А.¹, Суворова Н.В.², Доронина Н.А.², Курашевич Е.В.²

¹ Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

² Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника, филиал № 3
г. Гомель, Республика Беларусь

Воспалительные заболевания нижнего отдела репродуктивных органов у девочек являются одной из самых частых причин обращения к врачу, достигая, по данным некоторых авторов, более 50% всех визитов к детскому гинекологу.

Цель. Проанализировать сопутствующую патологию у девочек г. Гомеля с воспалительными заболеваниями нижнего отдела репродуктивной системы.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 30 медицинских карт пациентов с воспалительными заболеваниями нижнего отдела половых органов (Гомельская центральная городская клиническая поликлиника, филиал №3) за 2023 год. Статистическая обработка – методы вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли ($p\%$) изучаемого признака и стандартной ошибки доли ($S_p\%$).

Результаты. Возраст девочек – от 9 месяцев до 17 лет, 9 (5; 15) лет и 13 (12; 16) лет. Все обследованные и/или их законные представители предъявляли жалобы на зуд и жжение, а также покраснение в области наружных половых органов. При микроскопии отделяемого из половых путей было обнаружено более 30 лейкоцитов, у 7 ($23,3 \pm 7,7\%$) девочек были выявлены грибы рода *Candida*.

У одной девочки 6 лет было диагностировано преждевременное половое созревание, еще у 2 ($6,7 \pm 4,6\%$) – гипоменструальный

синдром и аменорея. Им проводилась гормональная терапия указанных состояний. У 6 ($20,0 \pm 7,3\%$) человек в анамнезе были обнаружены и разъединены синехии половых губ, у 3 – повторные сращения. Это подтверждает возможную ассоциацию указанной патологии с санитарно-гигиеническим состоянием половых органов.

Атопический дерматит был у 9 ($30,0 \pm 8,4\%$) обследованных, а воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов более 4 раз за год – у 16 ($53,3 \pm 9,1\%$) девочек. Возможно, снижение реактивности детского организма, которое чаще возникает после какого-либо заболевания или при хроническом воспалительном процессе, приводит к нарушению баланса между макроорганизмом и микрофлорой влагалища.

Лечение проводилось в зависимости от возраста: линимент синтомицина, а также «Полижинакс-вирго». У последнего было отмечено удобство применения за счет формы выпуска и лучшей переносимости. Его применение было также оправдано в случае форм, резистентных к терапии синтомицином.

Выводы. Факторами риска воспалительных заболеваний половых органов у девочек являются несоблюдение санитарно-гигиенических норм, воспалительные заболевания других органов.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ ПОЗДНЕЙ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

*Чайка В.К., Говоруха И.Т., Зоркова Е.В.,
Бабенко-Сорокопуд И.В.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Донецкий государственный
медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ
г. Донецк, ДНР*

Осложнения беременности, в том числе и задержка роста плода (ЗРП), обуславливают повышение перинатальной заболеваемости и смертности. Поэтому изучение особенностей течения гестации, выявление отклонений, определяющих степень развития хронической плацентарной недостаточности при ЗРП, актуальны.

Цель. Определить наиболее значимые клиничко-анамнестические и функциональные параметры для оценки состояния плода и его окружения при поздней задержке роста плода.

Материалы и методы. Обследовано 170 беременных в сроке 32–38 недель с поздней ЗРП – основная группа (ОГ) и 65 беременных без ЗРП в сроке 32–41 неделя – контрольная группа (КГ). Проанализированы анамнестические данные, клинические изменения в течении настоящей беременности и некоторые функциональные параметры. По данным ультразвукового исследования и расширенной доплерометрии оценивали состояние плаценты, плода и амниотической жидкости.

Результаты и обсуждение. Установлено, что наиболее частыми осложнениями настоящей беременности в ОГ были: анемия – 62,9%, $n = 107$ (КГ – 26,2%, $n = 17$), острая респираторно-вирусная инфекция более двух раз – 38,8%, $n = 66$ (КГ – 13,9%, $n = 9$), рецидивирующая угроза прерывания беременности – 25,9%, $n = 44$

(КГ – 16,9%, $n = 11$). Гипертензивные нарушения диагностированы у 22,9%, $n = 39$ (КГ – 6,2%, $n = 4$), предлежание плаценты – 12,4%, $n = 21$ (КГ – 3,1%, $n = 2$). В ОГ среднее значение окружности живота в сроке беременности 32 недели составило $741,6 \pm 9,3$ мм (КГ – $851,4 \pm 10,1$ мм), гиперплазия плаценты в этом сроке диагностирована у 28,8%, $n = 49$ (КГ – у 3,1%, $n = 2$), преждевременное ее созревание – у 38,2% $n = 65$ (КГ – у 4,6%, $n = 3$), маловодие – у 15,3%, $n = 26$ (КГ – 3,1%, $n = 2$), многоводие – у 17,6%, $n = 30$ (КГ – 9,2%, $n = 6$) ($p < 0,05$), по данным доплерометрии сочетанные нарушения кровотока – у 40,0%, $n = 68$ (в КГ отсутствуют), изолированные нарушения кровотока – у 34,1%, $n = 58$ (КГ – 13,9%, $n = 9$). Только 1,8% ($n = 3$) беременных ОГ были родоразрешены через естественные родовые пути, а 98,2% ($n = 167$) – путем кесарева сечения. Досрочные роды составили 77,6% ($n = 132$), своевременные роды произошли в 22,4% ($n = 38$) случаев.

Выводы. Наиболее значимые клинико-анамнестические и функциональные параметры беременных с поздней ЗРП, которые характеризовали критическое состояние плода и являлись показанием к оперативному родоразрешению, – это данные анамнеза, соматического статуса и доплерометрические показатели формирования внутриутробного кровотока.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Соломкина Н.Ю.^{1,3}, Пикалева Е.Ю.²,
Плисецкая В.Ю.³, Тюнина Г.А.³*

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава РФ,

² Детская городская клиническая больница № 5 им. Н.Ф. Филатова,

*³ Детский санаторий «Солнечное»
Санкт-Петербург, Россия*

Физиотерапевтическое сопровождение пациенток разного возраста, будучи всегда традиционно востребованным, со временем расширяется, становясь более аргументированным и детализированным, обеспечивая длительный позитивный эффект последствий при грамотно назначенных мероприятиях на всех этапах оказания помощи девочкам. В настоящее время увеличился пул патологических состояний, при которых успешно применяются физические факторы (ФФ). Физиотерапия (ФТ) назначается как самостоятельное фундаментальное направление, как одно из основных направлений медицинской реабилитации/физической реабилитационной медицины (ФРМ), как пунктурная ФТ (сочетанные методы и методики ФТ и рефлексотерапии) и т.д. пациенткам вне зависимости от возраста, практически на любой стадии патологического процесса и его природы, коморбидности пациентки, ее возрастных и конституциональных особенностей, с учетом механизма действия ФФ, оптимального выбора методики проведения процедуры и дозирования параметров ФФ, успешности предшествовавших ФТ мероприятий, если они проводились ранее, с учетом проводимой базисной

медикаментозной терапии. ФФ назначаются в качестве симптоматической, посиндромной, патогенетической и этиотропной терапии для купирования воспаления, функциональных и резидуально-органических нарушений менструальной функции, аномальных маточных кровотечений, первичной и вторичной аменореи, гипоталамического синдрома периода полового созревания, вегетативных расстройств, темповых нарушений полового развития, фиброзно-спаечного процесса малого таза различной этиологии и давности, посттравматического/послеоперационного состояния и их осложнений, при патологическом течении беременности. ФФ востребованы при профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятиях. Последнее направление имеет развитие в разных регионах России в санаторно-курортном сопровождении девочек, получивших оперативное лечение, лучевую и химиотерапию по поводу онкологического процесса. В 1998 году на базе многопрофильного детского санатория «Солнечное» открыто одно из первых в стране отделений для реабилитации детей с онкологическими заболеваниями, в том числе центральной нервной системы (ЦНС), органов малого таза, печени, почек – органов и систем, обеспечивающих гармоничное функционирование репродуктивной системы с ее иерархической регуляцией. Так, за 2017–2019 годы санаторно-курортное лечение (СКЛ) получили 13 детей со злокачественными новообразованиями (ЗНО) печени, 4 – с ЗНО яичников, 30 – с ЗНО почек, 27 – с ЗНО головного мозга, 2 ребенка с ЗНО щитовидной железы, 1 ребенок с доброкачественными новообразованиями (ДНО) головного мозга и других отделов ЦНС, 1 ребенок с новообразованиями неопределенного или неизвестного характера головного мозга и ЦНС. Доля заболеваний Класа III (болезни крови, кроветворных органов) увеличилась на 0,05%. В 2020–2022 годах лечение и реабилитацию проходили 115 детей (1,7%) с новообразованиями (новообразования,

С00-D48). Динамика поступивших на СКЛ в 2020–2022 годах представлена ростом поступления пациентов с болезнями крови (D50-D89) с 20 до 60%, при стабильно высокой частоте поступления детей с новообразованиями – почти 90% (C0-D48). Преобладали дети и подростки с лейкозами, агранулоцитозом, новообразованиями различных локализаций, неходжкинскими лимфомами, опухолью Вильмса, нейробластомами, саркомами, лимфогрануломатозом и ранее представленными опухолями ЦНС. При ежедневной курации педиатра-онколога, динамическом лабораторном контроле и функциональной диагностике детей отделения онкогематологии консультируют профильные специалисты, физиотерапевт, врач ЛФК и массажа, рефлексотерапевт, психолог, логопед и др. Дети 2–18 лет онкогематологического отделения «Мать и дитя» представлены 4 группами: 1 – дети с лейкозами на поддерживающей химиотерапии (метотрексат и 6-меркаптопурин), 2 – дети, завершившие комбинированное лечение опухолей; 3 – дети в полной ремиссии; 4 – дети без онкопатологии (братья и сестры пациентов, перенесших лечение опухоли). У девочек-подростков на фоне течения и лечения основной патологии отмечены: дисфункция вегетативной сферы практически в 100% наблюдений (нейроциркуляторная дистония преимущественно гипотонического типа, астенический синдром, нарушения сна, головные боли, изменения аппетита); дисгармоничное физическое развитие (избыток или дефицит массы тела, мышечная гипотония, отставание по росту до 2–3 σ от средних значений по возрасту); задержка темпов полового развития; нарушения менструальной функции в 100% наблюдений (аменорея, гипоменструальный синдром, альгодисменорея); регресс когнитивных функций (речь, логическое мышление, внимание, концентрация, память, синдром дефицита внимания и гиперактивности); нарушения поведения (гиперактивность девочек в противовес апатии мальчиков). После

окончания специального лечения у всех детей, находящихся в состоянии ремиссии, диагностируются отдаленные осложнения химиолучевого лечения и оперативных вмешательств: нарушения функции жизнеобеспечивающих органов и систем организма, обострения сопутствующей патологии, нарушения когнитивной сферы, психологическая и социальная дезадаптация как показатели снижения качества жизни детей вне гендерной зависимости. Вышеизложенное определяет общие задачи СКЛ: антигипоксические мероприятия; коррекция цитопенического синдрома, развившегося в результате цитоксического действия химиотерапии; коррекция дисбиоза; иммунопротективные мероприятия; коррекция вегетативных, метаболических, когнитивных, ритмологических и тревожно-депрессивных нарушений; восстановление двигательной активности. Девочки, лечащиеся по поводу новообразований генитальной сферы, репродуктивной оси и органов и систем, участвующих в формировании репродуктивной функции, нуждаются и в стабилизации личностного статуса, вегето- и иммунокоррекции, нормализации сна, аппетита, активности, гормонального статуса/менструального цикла, купировании болевого синдрома.

Реабилитационные мероприятия, проводимые в представленных группах пациентов:

1 – терренкур, ЛФК, гидрокинезотерапия, ингаляционная терапия;

2 – расширенная реабилитационная программа наряду с ежедневной курацией педиатра-онколога, возможностью динамического лабораторного контроля, функциональной диагностикой в зависимости от срока ремиссии предусматривает: гало- и гипокситерапию, сухие и паровые ванны, фотохромотерапию (ФХТ), массаж;

3 – кроме представленных ФФ, души, лечебные ванны, локальные методики электро-, магнито-, лазеротерапии, аппликации лечебной грязи;

4 – максимально возможный широкий спектр санаторно-курортной помощи в соответствии с конкретной клинической ситуацией.

Климатотерапия как основной комплексный фактор природного происхождения обеспечивает более 50% эффективности совокупных мероприятий. В условиях нашего северо-западного региона России (умеренный морской климат, формирующийся воздушными массами Атлантического океана и Балтийского моря, сосновые леса, пляжи со светлым мелкозернистым песком, отсутствием резких колебаний температуры и влажности воздуха, плавными сезонными переходами) **физиотерапевтическое лечение строится на основе холистического подхода с индивидуализированной посиндромной терапией.** Дифференцированная аппаратная ФТ представлена светолечением (ФХТ, надвенное лазерное облучение крови), биоакустической коррекцией, гало- и гипокситерапией, ингаляционной терапией, электролечением (дарсонвализация, электросон, транскраниальная электростимуляция, лекарственный электрофорез препаратов магния, антиоксидантов, вегето- и иммунопротекторов), магнитотерапией. Ежегодно в отделении получают помощь более 300 детей с ЗНО и около 150 – с неонкологической патологией (4-я группа). Детям и сопровождающим лицам доступны ФТ и фитотерапия, ЛФК, массаж, педагогическая, психологическая, логопедическая поддержка, музыкотерапия. Всем девочкам доступна консультация гинеколога детского и подросткового возраста. За годы работы отделения осложнений от проводимых ФТ мероприятий не отмечалось. Катамнестическое наблюдение: до 30% детей изначальное 1-й группы, получавших динамическое СКЛ в течение 10 лет, переходят последовательно во 2-ю и 3-ю группы и в настоящее время поступают для планового СКЛ в длительной ремиссии после снятия инвалидности, имеют хорошую успеваемость в школе и не имеют ограничений. У 50% девочек

нормализована менструальная функция (нарушения менструального цикла, альгодисменорея, предменструальный синдром). Торпидными остаются метаболические расстройства в связи с перенесенной специфической терапией. Таким образом, дифференцированное применение методов физической реабилитации на этапе СКЛ детям отделения онкогематологии достоверно улучшает их здоровье и качество жизни, повышает возможность полноценно реализовать себя в разных социальных сферах, что свидетельствует о безопасности и значимости ФТ/СКЛ для данного контингента больных. Этапное ФТ/СКЛ для девочек, перенесших онкологическое заболевание и осложнения в процессе комплексного лечения (полихимиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение), на этапе СКЛ существенно уменьшает тяжесть и многообразие его возможных осложнений, профилактирует их, способствует купированию осложнений при своевременно и грамотно проводимой физиотерапевтической и санаторно-курортной помощи.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И ИСХОДЫ РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ И ВОЗРАСТНЫХ РОЖЕНИЦ

Ставер Е.Д.¹, Кухарчик Ю.В.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет

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

Актуальность. Юные первородящие относятся к группе высокого риска. Это женщины, не достигшие физиологической зрелости (до 18 лет). Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в состоянии функциональной незрелости организма. Возрастные особенности организма накладывают отпечаток на течение беременности и родового акта: чаще наблюдаются угроза прерывания беременности, плацентарные нарушения, тяжелая преэклампсия, аномалии родовой деятельности, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде, травматизм мягких тканей родового канала, послеродовые осложнения.

Цель. Проанализировать данные анамнеза и исходы родов у юных и возрастных беременных.

Результаты и обсуждение. Нами было исследовано 2 группы рожениц: первая группа – 50 юных рожениц, вторая – 50 возрастных беременных. Средний возраст первой группы рожениц составил $15,7 \pm 0,82$ года, у второй группы средний возраст – $37,4 \pm 1,13$. Экстрагенитальные патологии наблюдались у 83% рожениц из первой группы и у 79% из второй группы. Гинекологические заболевания зафиксированы в первой группе у 25%, во второй группе – у 62% рожениц. Среди осложнений во время беременности встречались плацентарные нарушения, артериальная гипертензия и отеки: в первой группе – у 25% пациенток, во второй группе – у 46%. В первой группе у всех масса плода при рождении составила $2540,5 \pm 120,6$ г. Во второй

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

В ходе исследования установлено, что статистически значимыми различиями двух групп являются различия веса и роста родильниц, а также наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний. Эти состояния чаще встречаются в первой группе пациенток.

Выводы. Таким образом, проведенный нами анализ помогает сделать вывод о плохом соматическом здоровье и большом количестве осложнений беременности и родов как у возрастных рожениц, так и у юных. Среди соматических заболеваний преобладают чаще всего заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта, глаз и кожи. Среди осложнений чаще всего встречаются гестозы, угрозы выкидышей, анемии и вероятно хроническая плацентарная недостаточность. Осложнения при родах – гипоксия плода, слабость родовой деятельности и несвоевременное излитие околоплодных вод. Кесарево сечение в основном было проведено по экстренным показаниям.

II. Организация здравоохранения

АНАЛИЗ ДАННЫХ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ ПОДРОСТКОВ 13–17 ЛЕТ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА АКУШЕРАМИ-ГИНЕКОЛОГАМИ И ДЕТСКИМИ УРОЛОГАМИ-АНДРОЛОГАМИ

Ипполитова М.Ф., Смирнова Е.В.

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

Цель. Поиск путей совершенствования системы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Анализ данных, представленных в годовых отчетах акушеров-гинекологов и детских урологов-андрологов Санкт-Петербурга в 2021 году.

Результаты и обсуждение. По данным годовых отчетов акушеров-гинекологов, в 2021 году число девочек 13–17 лет в Санкт-Петербурге, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам (далее – ПМО), составило 83 776 человек, в 2022 году – 79 635, из них было осмотрено в 2021 году 80 607, в 2022 году – 76 466, охват ПМО в 2021 году составил 94,7%, в 2022 году – 96,0%, выявлено патологии в 2021 году 12,2%, в 2022 году – 14,5%.

Распределение удельного веса выявленных заболеваний у девочек свидетельствует о незначительно выраженной тенденции к росту числа патологий с увеличением возраста; максимальный процент выявленной патологии приходится на 15–16 лет. Так, у всех прошедших ПМО девочек 13 лет в 2022 году патология определена в 10,6% случаев (в 2021 году – 9,1%), у девочек

15 лет – в 16,6% (в 2021 году – 13,2%), у девочек 16 лет – в 16,2% (в 2021 году – 13,7%), у девочек 17 лет – в 14,8% (в 2021 году – 12,7%), средний показатель – 14,5% (в 2021 году – 12,2%).

В структуре гинекологической патологии отмечается преобладание нарушений менструального цикла: 86,7% в 2022 году (в 2021 году – 84,9%), на втором месте – воспалительные заболевания женских половых органов (вульвовагиниты, вульвиты и др.): 6,0% (в 2021 году – 3,8%), третье место занимают болезни молочной железы: 3,7% (в 2021 году – 3,5%), на четвертом месте – невоспалительные заболевания женских половых органов: 1,8% (в 2021 году – 1,9%), далее идут эндокринные нарушения: 1,4% (в 2021 году – 5,4%), врожденные аномалии женских половых органов: 0,3% (в 2021 году – 0,3%), прочие заболевания (аногенитальные бородавки, доброкачественные новообразования женских половых органов) составили 0,1% (в 2021 году – 0,2%).

По результатам ПМО девочек формируются группы репродуктивного здоровья. Девочки из I и II групп здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам акушером-гинекологом или другим медицинским работником. Девочкам, отнесенным к III–V группам здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства. Распределение девочек по группам репродуктивного здоровья в 2022 году следующее: I группа – 85,5% (в 2021 году – 87,8%), II группа – 11,1% (в 2021 году – 8,9%), III группа – 3,3% (в 2021 году – 3,2%), IV группа – 0,08% (в 2021 году – 0,1%), V группа – 0,04% (в 2021 году – 0,01%).

По данным годовых отчетов детских урологов-андрологов, в 2021 году число мальчиков 13–17 лет в Санкт-Петербурге, подлежащих ПМО, составило 80 659 человек, в 2022 году – 83 972, из них в 2021 году было осмотрено 77 023, в 2022 году – 78 882,

% охвата ПМО составил в 2021 году 95,5%, в 2022 году – 93,9%, выявлено патологии в 2021 году 8,3%, в 2022 году – 7,5%.

Сохраняется тенденция к росту удельного веса выявленной патологии у мальчиков в возрасте 13 и 15 лет. Так, у 13-летних она находится на уровне 9,0% (в 2021 году – 11,0%), у 15-летних – 7,5% (в 2021 году – 11,0%), у 16-летних – 7,6% (в 2021 году – 7,9%), у 17-летних – 5,9% (в 2021 году – 6,1%).

По выявляемости урологической патологии у мальчиков на первом месте в 2022 году было варикоцеле – 42,4% (в 2021 году – 43,7%), на втором месте – патология, связанная с избыточной крайней плотью, фимоз и парафимоз – 20,5% (в 2021 году – 16,9%), на третьем месте – гидроцеле и сперматоцеле 11,0% (в 2021 году – 10,7%), далее идут другие болезни полового члена (баланопостит, баланит, синехии крайней плоти) – 7,4% (в 2021 году – 4,8%), циститы, нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря и другие поражения мочевого пузыря – 3,3% (в 2021 году – 2,1%), воспалительные болезни мужских половых органов, не классифицируемые в других рубриках, – 2,0% (в 2021 году – 1,6%), пахово-мошоночная грыжа – 1,9% (в 2021 году – 1,9%), перекручивание яичка – 1,6% (в 2021 году – 0,7%), по 1,5% имеют другие болезни мочевыделительной системы (в 2021 году – 5,3%), нарушения полового развития (в 2021 году – 1,9%), другие болезни мужских половых органов (атрофия яичка, сосудистые расстройства и др.) (в 2021 году – 4,2%), по 0,9% – болезни уретры и уретриты (в 2021 году – 1,6%), орхит и эпидимит (в 2021 году – 0,9%), врожденные аномалии развития мужских половых органов – 0,6% (в 2021 году – 0,5%), по 0,1% – болезни предстательной железы (в 2021 году – 0,05%) и доброкачественные новообразования мужских половых органов (в 2021 году – 0,1%); прочие заболевания мужских половых органов составили 0,5% (в 2021 году – 0,9%).

Исходя из приведенных данных, следует, что система ПМО налаживается, показатели растут (и охват ПМО, и количество выявленных заболеваний), больше подростков стало доходить до врачей после выявленной на ПМО патологии для лечения.

Выводы. Одной из актуальных задач, стоящих перед гинекологической и урологической службами Санкт-Петербурга, является своевременное и полное выявление заболеваний репродуктивной сферы у детского и подросткового населения. Эта задача решается путем совершенствования системы обязательных профилактических осмотров детей по декретируемым возрастам, проведения внутренних и внешних аудитов и экспертных оценок контроля качества. Важны также широкая общественная пропаганда здорового образа жизни, методическая работа со специалистами (вебинары, семинары, тренинги, круглые столы), разработка и внедрение полиграфических материалов, информационные стенды, сайты, телеграм-чаты, группы в контакте, работа службы «Телефон доверия» для подростков, направленные на сохранение репродуктивного здоровья.

ПРОЕКТ «ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА (НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ БУГУЛЬМИНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА)

Архарова Е.Г.

*Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Бугульминская центральная районная больница»
г. Бугульма, Республика Татарстан, Россия*

Резюме. Современная модель оказания медицинской помощи подросткам – с выделением подростковых педиатрических участков – является наиболее результативной моделью, позволяющей снизить заболеваемость и смертность среди детей подросткового возраста. Проект «Школьная медицина» – результативная модель по улучшению состояния здоровья подростков Бугульминского района.

Ключевые слова: подростковые педиатры; школьная медицина; профилактика

В условиях реформирования здравоохранения и системы образования одной из актуальных проблем является здоровье подрастающего поколения, решение которой позволит не только сохранить индивидуальное и общественное здоровье, но и осуществить государственные планы по развитию страны и общества.

Медицинская помощь детскому населению Бугульминского муниципального района оказывается всеми лечебно-профилактическими учреждениями города и фельдшерско-акушерскими пунктами. На сегодняшний день структура детской службы представлена детским стационаром и поликлиникой. Принятие федеральных, республиканских, муниципальных программ, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи населению, в том числе в детских

лечебно-профилактических, дошкольно-школьных учреждениях, позволяет укрепить здоровье подрастающего поколения.

Реализация национального проекта «Здоровье» способствует совершенствованию организации медицинской помощи, лечебно-диагностического процесса. За счет республиканского, муниципального бюджета, частных инвесторов улучшена материально-техническая база медицинских учреждений: проведен капитальный ремонт реанимационного и хирургического отделений, отделения гемодиализа, детской поликлиники.

В целях улучшения качества оказания медицинской помощи, проведения профилактических, лечебно-оздоровительных мероприятий усовершенствована организация оказания медицинской помощи подросткам: в детской поликлинике развернуто 4 подростковых участка для обслуживания подростков с 15 до 17 лет по территориальному принципу на основании приказа МБУЗ «Бугульминская ЦРБ» от 11.01.2009 № 10 «О совершенствовании организации медицинской помощи подросткам» (2 участка, обслуживающие девушек, и 2 участка, обслуживающие юношей). В 2010 году открыта клиника, дружественная к молодежи, созданная при поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ на основании гранта.

Функции подростковой службы и клиники, дружественной к молодежи:

- профилактика и раннее выявление заболеваний репродуктивной системы;
- работа по пропаганде здорового образа жизни;
- обучение медицинских работников, представителей общественных и молодежных организаций, средств массовой информации по правовым аспектам деятельности;
- оказание первичной и специализированной лечебно-диагностической помощи детям подросткового возраста;

- обеспечение преемственности в работе с другими лечебно-профилактическими учреждениями;
- осуществление диспансерного наблюдения и проведение реабилитационных мероприятий для подростков;
- обеспечение социально-правового сопровождения подростков;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- раннее выявление функциональных нарушений, заболеваний и отклонений в физическом и психическом развитии и своевременная их коррекция.

Общая численность подростков от 15 до 17 лет включительно в 2022 году по Бугульминскому району составляет 3090 человек, в том числе юношей от 15 до 17 лет включительно – 1562 человека, девушек – 1528 человек (рис. 1).



Рис. 1. Количество юношей и девушек в Бугульминском районе за период 2014–2022 годов (в абс. числах)

За 9 лет увеличился охват профилактическими медицинскими осмотрами подростков с 99,09% до 100% (рис. 2).

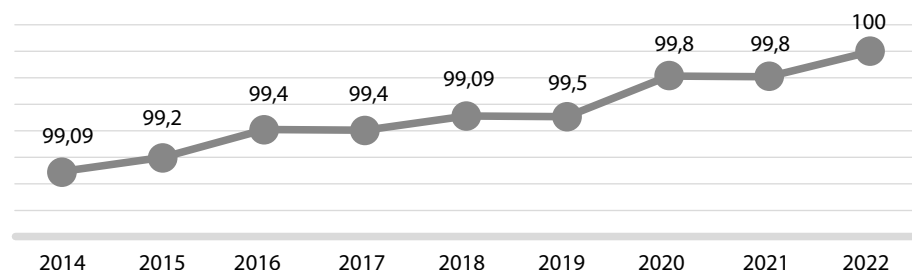


Рис. 2. Охват профилактическими осмотрами подростков Бугульминского района за период 2014–2022 годов (в %)

В структуре заболеваний, выявленных у юношей, при проведении профилактических медицинских осмотров до первоначальной постановки на воинский учет преобладают болезни глаз и придаточного аппарата, эндокринные заболевания и болезни нервной системы (рис. 3).



Рис. 3. Структура заболеваний, выявленных у юношей при проведении профилактических медицинских осмотров до первоначальной постановки на воинский учет (в %)

Улучшение качества обследования детей во время проведения профилактических осмотров привело к увеличению количества детей, состоящих под диспансерным наблюдением (с 30,5% в 2016 году до 36,3% в 2022 году).

По результатам проведенных медицинских осмотров выполняются лечебно-оздоровительные мероприятия в круглосуточных и дневном стационарах, амбулаторно-поликлиническом учреждении, санаториях-профилакториях, спортивном лагере, летних оздоровительных лагерях, школах. Проводится консультирование по сохранению и укреплению здоровья, обучение родителей и детей эффективным методам профилактики заболеваний.

Для оздоровления используются физиотерапевтические методики, массаж, водолечение, фитотерапия, лечебное питание, лечебная физкультура (рис. 4). Подросткам проводится коррекция осанки, гимнастика для глаз, санация полости рта. Иммунопрофилактика проходит в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

На базе детской поликлиники работают школы здоровья: Школа нормального давления, «Здоровая почка – здоровый ребенок», «Сахарный диабет», «Астма-школа» и др.

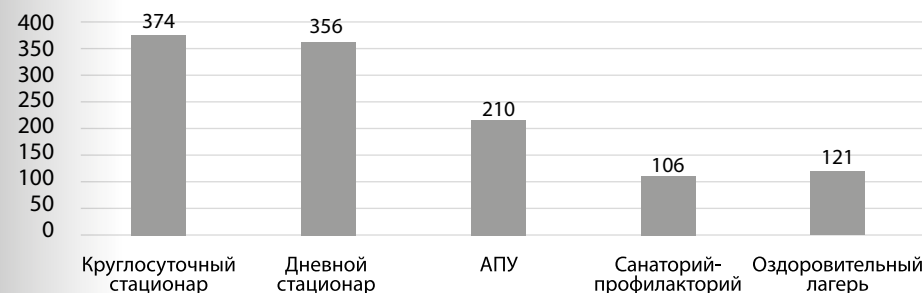


Рис. 4. Количество подростков Бугульминского района, получивших медицинские и оздоровительные услуги

Во всех школах города и района организовано горячее питание, которым в 2022 году охвачено 100% школьников;

в кадетской школе и школе-интернате дети получают трехразовое горячее питание.

Показатель инвалидности среди детского населения в возрасте 0–17 лет составил 163,0 на 10 тысяч детского населения (346 ребенка), что выше показателя 2021 года (155,8). При этом подростков-инвалидов – 19,1%. В структуре заболеваний преобладают психические расстройства, болезни нервной и эндокринной системы.

Организация медицинской помощи подросткам позволила увеличить число юношей, годных к военной службе, с 58,7% в 2009 году до 76,4% в 2022 году; увеличилось количество осмотренных юношей при первоначальной постановке на воинский учет с 98,8% до 100%, снизилось количество временно негодных юношей к воинской службе с 28,2% до 9,5%, снизилось количество негодных юношей к воинской службе с 2,4% до 1,8% (рис. 5).



Рис. 5. Количество юношей, годных к военной службе (%)

Данная форма работы позволила совершенствовать организацию медицинской помощи девочкам подросткового возраста в части сохранения репродуктивного здоровья.

С 2014 года наблюдается тенденция к снижению количества абортс среди несовершеннолетних: с 22 до 3 в 2017 году. В 2022 году случаи абортс среди несовершеннолетних не зарегистрированы (рис. 6).

Отделение медико-социальной помощи (ОМСП) детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, функционирует на базе детской больницы с 2014 года.



Рис. 6. Количество абортс среди несовершеннолетних по Бугульминскому району

Одной из главных задач специалистов этого отделения является организация межведомственного взаимодействия для защиты прав ребенка. С этой целью были организованы медико-социальное сопровождение, санитарно-просветительская работа с членами семей, контроль за санитарным состоянием жилищно-бытовых условий. Для каждого ребенка была предложена индивидуальная программа медико-социальной поддержки силами специалистов ОМСП. Непременным условием реализации таких программ являлось получение информированного согласия родителей или других законных представителей ребенка.

В минувшем году не зарегистрированы случаи суицида среди детей; это подтверждает эффективность работы ОМПС, а также четкой организации по преемственности взаимодействия всех межведомственных структур.

Укрепление материально-технической базы, совершенствование лечебно-диагностического процесса, принятие современных управленческих решений позволяет провести своевременную диагностику заболеваний, профилактику осложнений основного заболевания, оздоровление, повысить качество жизни детей и подростков.

От состояния здоровья детей, подростков и молодежи зависит трудовой потенциал общества. Показатели здоровья детского населения являются особенно ярким индикатором

социально-экономического развития страны. Настала острая необходимость объединить усилия всех заинтересованных сторон, чтобы определить вклад образовательных, медицинских учреждений, общественных организаций, семьи, средств массовой информации в процесс формирования у детей школьного возраста устойчивых стереотипов здорового образа жизни.

Администрация Бугульминского муниципального района консолидирует усилия всех заинтересованных сторон: система образования сегодня воспринимается как территория общей ответственности органов исполнительной власти, медицинских работников, педагогов, родителей, бизнеса, общественных организаций, как площадка по выработке системных, согласованных действий в данном направлении.

В Бугульминском муниципальном районе функционируют 39 общеобразовательных организаций. Общая численность обучающихся – 11 966. Несомненно, есть необходимость функционирования образовательной организации «Школа, содействующая сохранению и укреплению здоровья обучающихся» (МБОУ СОШ №4). Это школа, которая выполняет роль базового ресурсного центра, обеспечивает методическое и консультативное сопровождение всех образовательных организаций района и города.

Мониторинг здоровья служит основой для индивидуальной коррекции здоровья каждого обучающегося, разработки индивидуальных оздоровительных программ. Особое значение в профилактической работе общеобразовательных организаций придается предупреждению распространения школьно обусловленных заболеваний. Вместе с тем не в полной мере используются существенные резервы учреждений образования и здравоохранения в организации здоровьесберегающей деятельности школы, связанные с необходимостью выработки единых подходов к профилактике школьно обусловленных

заболеваний с привлечением квалифицированных специалистов системы здравоохранения, подготовленных на качественно новом уровне. Увеличение учебной нагрузки влечет за собой рост и омоложение отдельных форм патологий на школьном этапе образования (дефекты осанки, близорукость, заболевания верхних дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы, патология позвоночника и пр.). В структуре заболеваемости на первом месте – болезни органов дыхания (33%), на втором – болезни костно-мышечной системы (23%), на третьем – болезни глаз и придаточного аппарата (11,9%). Результаты профилактических медицинских осмотров обучающихся свидетельствуют о высокой распространенности функциональных отклонений и хронических заболеваний. Социальная значимость школьно обусловленных функциональных нарушений и заболеваний требует постоянного медицинского наблюдения за здоровьем обучающихся и организации оздоровительных мероприятий. В общеобразовательных организациях получают образование 156 детей с ограниченными возможностями здоровья. В условиях инклюзивного образования (совместно со здоровыми детьми) обучаются слабослышащие, слабовидящие, дети с нарушениями речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта.

В настоящее время существует ряд проблем в медицинском обеспечении школьников:

1) в малокомплектных образовательных учреждениях отсутствуют медицинские кабинеты, и медицинское обслуживание учеников организовано на базе фельдшерско-акушерских пунктов Бугульминской ЦРБ;

2) отмечается недостаточное межведомственное взаимодействие в вопросах сохранения здоровья учащихся. Для устранения факторов риска, влияющих на состояние здоровья школьников, необходима совместная работа педагогов, медицинских работников, гигиенистов, родителей;

3) в системе оказания медицинской помощи детям функционирует целый ряд медицинских организаций, подразделений, оказывающих профилактическую медицинскую помощь, потенциал которых используется недостаточно. В современных условиях школа призвана не только выполнять образовательную функцию, но и заботиться о сохранении и укреплении здоровья детей, так как через школу проходит каждый и проблему сохранения и укрепления здоровья нужно решать именно здесь. Школа не может существовать без медицинского обеспечения, и ее медицинский кабинет должен быть интегрирован в образовательное пространство. Многоаспектность проблемы сохранения здоровья ребенка требует использования специальных методик, учитывающих последние достижения во многих областях: в медицине, физиологии, психологии и педагогике. Каждая школа должна стать школой здоровья, а сохранение и укрепление здоровья обучающихся должно стать приоритетной функцией образовательного учреждения. Школа должна стать центром здоровьесберегающего отношения к ребенку.

Организация квалифицированной медицинской помощи школьникам. Такая помощь оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 05.11.2013 № 822н «О порядке оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Первичная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими организациями и образовательными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством в сфере здоровья: помощь оказывают медицинские работники, являющиеся штатными работниками системы здравоохранения. При оказании первичной медико-санитарной помощи в образовательной организации безвозмездно предоставляется помещение медицинской организации. Школьные медицинские кабинеты входят

в структуру отделений организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях. Основными задачами отделений являются:

- проведение профилактических медицинских осмотров в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 514н от 10.11.2017 «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;
- оказание скорой и неотложной доврачебной и врачебной медицинской помощи при острых и обострении хронических заболеваний;
- организация профилактической, коррекционной и оздоровительной работы при распространенных функциональных нарушениях и хронических заболеваниях детского возраста, в том числе связанных с процессом обучения и воспитания. С целью раннего выявления заболеваний и факторов риска развития неинфекционных заболеваний ежегодно проводятся профилактические осмотры обучающихся общеобразовательных организаций со 100% охватом.

Формирование оптимальной здоровьесберегающей среды в общеобразовательных организациях. Наиболее актуальными направлениями здесь являются:

- создание здоровьесберегающей инфраструктуры в каждой школе (спортивные зоны, кабинеты психологической разгрузки, комнаты отдыха, мебель, соответствующая особенностям морфо-функционального развития);
- соблюдение гигиенического регламента организации урочной и внеурочной деятельности обучающихся;
- формирование культуры здорового образа жизни;
- организация рационального питания;
- просветительская работа с родителями (законными представителями);
- реализация здоровьесберегающих технологий.

Во всех образовательных организациях разработана и реализуется Программа формирования здорового и безопасного образа жизни обучающихся в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами. Профилактическая деятельность, направленная на предупреждение распространения социально значимых заболеваний и употребление психоактивных веществ, как правило, строится на комплексной основе и обеспечивается совместными усилиями воспитателей, учителей, психологов, медиков, социальных работников, сотрудников правоохранительных органов. Наиболее агрессивными факторами, которые значимо влияют на формирование здоровья школьников, являются высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, а также дефицит времени для усвоения информации. Первостепенная роль при этом должна отводиться соблюдению возрастного гигиенического регламента, организации мероприятий по формированию здорового образа жизни, проведению мониторинга по вопросам обеспечения безопасности образовательной среды, предотвращения школьного травматизма и поведенческих рисков, реализации здоровьесберегающих технологий.

Подготовка кадров к организации медицинской помощи и здоровьесформирующей среды в общеобразовательной организации. Функциональные обязанности медицинских работников, работающих в образовательных организациях, регламентированы приказом Минздрава РФ от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». В число таких медицинских работников входят врачи-педиатры, фельдшеры, медицинской сестры. В рамках проекта будет организовано обучение школьных медицинских работников. Акцент в работе школьных медицинских работников должен быть смещен на профилактику

заболеваний, в том числе социально значимых, и организацию контроля за учебными и физическими нагрузками. В свою очередь, педагогические работники должны овладеть навыками оказания первой медицинской помощи.

Цель проекта – создание модели эффективного медицинского обеспечения и профилактики заболеваний в условиях общеобразовательных организаций.

В задачи проекта входят:

1) совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи обучающимся общеобразовательных организаций благодаря нормативному оказанию школьникам первичной медико-санитарной помощи, профилактике заболеваний, разработке критериев оценки эффективности организации первичной медико-санитарной помощи и формированию здоровьесберегающей среды в общеобразовательных организациях;

2) организация межведомственного взаимодействия в реализации мер по охране здоровья учащихся путем формирования группы руководителей ключевых направлений проекта, совместной разработки учреждениями здравоохранения и образовательными организациями программ и мероприятий по профилактике, коррекции и оздоровлению обучающихся, создания дистанционных лекториев по формированию здорового образа жизни, привлечения СМИ и учреждений культуры к созданию и распространению информационного контента позитивной профилактики в средствах массовой информации;

3) реализация комплекса мероприятий, направленных на раннее выявление и профилактику заболеваний, формирование устойчивых стереотипов здорового поведения с использованием современных технологий (выездных и дистанционных форм работы всех заинтересованных структур на базе МБОУ СОШ №4).

Механизмы реализации:

- систематический контроль медицинских работников за соблюдением санитарно-гигиенических условий во время учебных занятий и выполнением режима дня;
 - организация лечебно-оздоровительных мероприятий;
 - обеспечение врачебного контроля за организацией физического и гигиенического воспитания в школе;
 - обеспечение медицинского сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья;
 - разработка квалифицированными специалистами системы здравоохранения медико-социальных технологий формирования здорового образа жизни, их внедрение и сопровождение на постоянной основе со стороны медицинских организаций;
 - координация со стороны медицинских учреждений деятельности педагогов, родителей и представителей общественных организаций по охране здоровья школьников;
 - разработка и реализация системы мер, направленных на предупреждение и нейтрализацию рисков развития заболеваний;
- 4) внедрение современных здоровьесберегающих технологий в образовательные организации. Механизмы реализации:
- систематизация и упорядоченность деятельности образовательных организаций по построению здоровьесозидающей образовательной среды; дальнейшее развитие и реализация здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях: организационно-педагогические (способствующие предотвращению переутомления, гиподинамии и других дезадаптационных состояний); учебно-воспитательные (программы по формированию культуры здоровья, предупреждению вредных привычек); социально адаптирующие и личностно-развивающие

(по формированию и укреплению психологического здоровья учащихся, повышению ресурсов психологической адаптации личности); лечебно-оздоровительные (обеспечивающие восстановление физического здоровья школьников, в том числе лечебная педагогика, лечебная физкультура; развитие социально значимых навыков);

- позитивное развитие через социальное проектирование (формирование позитивных качеств личности через инициативное участие подростков в социально значимых проектах), направленное на профилактику наркозависимости, алкоголизма и табакокурения, раннюю профилактику аддиктивного поведения и развитие навыков саморегуляции; повышение самооценки, профессиональное самоопределение; преодоление тревожности, агрессивности; развитие коммуникативных навыков, решение проблемных вопросов в комфортной игровой форме; стойкую позитивную динамику в развитии физических и творческих способностей, социально-психологическую реабилитацию.

Содержание деятельности на различных этапах реализации Проекта:

– первый этап – организационный (2022 год – разработка нормативной правовой базы, определение медицинской и образовательной организаций, участников проекта, аудит состояния школьной медицины в области, оценка состояния здоровья обучающихся, укомплектование школьных кабинетов медицинскими кадрами);

– второй этап – реализация проекта (2023 год – формирование комплекса мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, формирование здорового образа жизни, культуры питания; обучающие семинары и циклы на базе Бугульминского медицинского училища для медицинских работников, педагогов и учеников школ, разработка и внедрение

здоровьесберегающих технологий – школ здоровья по преобладающим заболеваниям детского возраста);

– третий этап – подведение итогов реализации проекта (2023 год – подготовка предложений по тиражированию современной эффективной модели медицинского обеспечения школьников всего Бугульминского муниципального района).

Выводы

1. В ходе реализации межведомственного проекта «Школьная медицина» разработана и апробирована новая модель медицинского сопровождения обучающихся.

2. На базе отделения профилактики действует лекторий по формированию здорового образа жизни, более 90% учеников и их родителей принимают участие в работе лектория.

3. Во всех школах района разработаны и реализуются программы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни, охватывающие все этапы обучения.

4. Наблюдается устойчивое снижение заболеваемости обучающихся школьно обусловленными заболеваниями.

5. Сформирована система подготовки медицинских кадров для работы в общеобразовательных организациях.

6. Все педагоги общеобразовательных организаций прошли обучение, включающее вопросы здоровьесбережения школьников, профилактики социально значимых заболеваний.

7. Достигнут полный охват диспансеризацией детей школьного возраста.

Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Значение здоровья детей в формировании их гармоничного развития // Гигиена и санитария. 2015. С. 58–62.

2. Богомолова Е.С., Кузмичев Ю.Г., Писарева А.Н. и др. Санитарно-гигиеническое обеспечение общеобразовательных

организаций как фактор риска школьников // Медицинский альманах. 2017. С. 157–162.

3. Горелова Ж.Ю., Филиппова С.П., Соловьёва Ю.В. и др. Роль семьи и школы в формировании пищевого поведения учащихся Москвы и Алтайского края // Профилактическая медицина. 2018. С. 63–67.

4. Горелова Ж.Ю., Соловьёва Ю.В., Летучая Т.А. Современные информационные технологии по повышению грамотности школьников в области здорового питания // Евразийское Научное Объединение. 2020. С. 136–141.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
В РАМКАХ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОГО ПРОЕКТА
«ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЮНЫХ»**

***Бабенко-Сорокопуд И.В.,
Савченко А.А., Сорокопуд Е.П.***

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

Цель. Обосновать актуальность профилактической деятельности Центра охраны репродуктивного здоровья подростков, в том числе среди юных беременных и родильниц.

Материалы и методы. Данные годового отчета о работе Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства (ДРЦОМД) за 2022–2023 годы.

Результаты и обсуждение. Удельный вес абортов у впервые беременных девушек-подростков в 2022 году (1,9 на 1000) в ДНР снизился в 1,2 раза по сравнению с 2015 годом (2,4 на 1000), но по-прежнему остается высоким и подтверждает необходимость усиления профилактической работы в данном направлении. В рамках разработанного сотрудниками ДРЦОМД добровольческого проекта «Женское здоровье юных» на протяжении 20 месяцев проводились профилактические мероприятия среди подростков, в том числе юных беременных и родильниц: интерактивные лекции, групповые занятия, индивидуальные консультации специалистов, интеллектуальные игры (квизы). В 53,7% случаев подростки с нежеланной беременностью принимали решение о сохранении плода, что указывает на важность доабортного консультирования. Реализованный в рамках проекта алгоритм «Юная мама» по комплексной помощи несовершеннолетним беременным лег в основу республиканского приказа МЗ ДНР № 178 «Об организации

оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи несовершеннолетним, беременным, роженицам и родильницам». В 2022 году в ДРЦОМД в условиях родильных залов «Юная мама» родоразрешены 134, а в 2023 году (6 мес.) – 37 девушек-подростков.

Выводы. Мероприятия, реализованные в рамках проекта, способствовали укреплению репродуктивного здоровья подростков, в том числе юных беременных и родильниц. При поддержке специалистов они получали знания о сохранении здоровья, правильном уходе за новорожденным ребенком и возможности при этом продолжать получать образование. Достигнутые устойчивые полезные изменения у девушек-подростков по повышению уровня установок на здоровый образ жизни, по формированию чувства материнства, укреплению семейных ценностей положительно влияют на стабилизацию демографической ситуации в Донецкой Народной Республике.

КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ ДЕВУШКАМ-ПОДРОСТКАМ В ПОДДЕРЖКЕ ЕСТЕСТВЕННОГО СТРЕМЛЕНИЯ К МАТЕРИНСТВУ

*Бабенко-Сорокопуд И.В.,
Ласачко С.А., Ульянова С.А.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Донецкий государственный
медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ
г. Донецк, ДНР*

Сложная демографическая ситуация в Донецком регионе остается актуальной проблемой. В период вооруженных конфликтов многие социальные запреты утрачивают свою сдерживающую силу. Стремление «извлечь все, что возможно» из настоящего, не размышляя о будущем, приводит к непланируемой беременности. Беременность несовершеннолетних в таких условиях – это непростая жизненная ситуация, и компетентная помощь в таких случаях крайне необходима.

Цель. Раскрыть специфику комплексной помощи несовершеннолетним беременным с учетом современных социально-демографических условий Донецкого региона.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй беременности и родов, анализ экспертного опроса несовершеннолетних беременных после получения информированного добровольного согласия.

Результаты и обсуждение. На приеме у гинеколога Центра охраны репродуктивного здоровья подростков выявлена низкая контрацептивная активность девушек-подростков: не использовали никакие методы контрацепции 78,4% ($p = 0,04$). Удельный вес абортов у девушек 15-17 лет в 2022 году в ДНР составил 1,97 на 1000. Важность доабортного консультирования юных беременных с нежеланной беременностью подтверждена

результатом исследования: в 53,7% случаев было принято положительное решение в отношении рождения ребенка. В новых условиях Донецкого региона отношение к ранней беременности изменилось: 47,4% ($n = 128$) несовершеннолетних планировали беременность и нашли помощь среди медиков, которые поддерживают естественное стремление к материнству. Течение беременности у несовершеннолетних не имело достоверных отличий от более старших женщин ($p > 0,05$), а антропометрические показатели и оценка по *Апгар* при рождении у новорожденных – одинаковые ($p > 0,05$). В рамках регламентирующих государственных документов девушкам-подросткам была оказана помощь акушером-гинекологом, медицинским психологом, юристом, социальным работником, священнослужителем с активной включенностью самих несовершеннолетних данной категории в процесс.

Выводы. Специфика комплексной помощи несовершеннолетним беременным, роженицам и родильницам в условиях вооруженного конфликта состоит в слаженной работе мультидисциплинарной команды специалистов, и поддержка естественного стремления к материнству на основе гуманности и любви к женщине и ребенку – значимая часть этой работы.

ПОТЕНЦИАЛ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Бабенко-Сорокопуд И.В., Железная А.А.,

Трубникова И.Г., Кириленко Ю.Д.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Донецкий государственный
медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ
г. Донецк, ДНР*

Цель. Осветить опыт оказания медицинской помощи подросткам в объеме отдельно взятой нозологической формы – аномальное маточное кровотечение пубертатного периода.

Материалы и методы. Анализ ретроспективных данных 70 историй болезни девушек-подростков в возрасте $16,0 \pm 0,7$ года, которые получили терапию в условиях Центра охраны репродуктивного здоровья подростков (ЦОРЗП) Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства в период 2019-2022 годов. Критерием отбора в группу исследования являлся верифицированный диагноз «аномальное маточное кровотечение пубертатного периода» (АМКПП).

Результаты и обсуждение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об актуальности темы, так как частота обращений девушек-подростков с АМКПП достигает 11%. Особенность оказания медицинской помощи девушкам-подросткам с АМКПП – это мультидисциплинарный подход под патронатом сотрудников кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии университета совместно с психотерапевтом и психологом. Обследование начинали со сбора анамнеза, клинического и гинекологического исследований.

Результаты исследований определяли характер терапии в период остановки кровотечения, что составляло условно первый

этап. Вторым этапом являлся индивидуальный подход: создание лечебно-охранительного режима, нормализация функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы негормональными препаратами, физиотерапевтическое лечение, рефлексотерапия, фитовитаминотерапия, устранение этиологических факторов (в т. ч. санация хронических очагов инфекции). У девушек-подростков с впервые возникшим АМКПП, не приводящим к анемии, предпочтение отдавали симптоматическому гемостазу. Показаниями для проведения гормонального гемостаза являлось отсутствие эффекта от симптоматической терапии, тяжелая анемия на фоне длительного кровотечения, рецидивирующее течение заболевания, отсутствие органической патологии эндометрия.

Выводы. Дифференцированная этапность ведения юной пациентки с АМКПП, объем клинико-диагностического обследования, медикаментозной и немедикаментозной терапии, консультаций специалистов дают высокую эффективность (98,3%). Обоснованы возможности оказания медицинской помощи в условиях ЦОРЗП, которые подтверждают востребованность такой формы организации охраны здоровья подросткового населения, что позволяет расширить возможности ведения юных пациенток гинекологического профиля.

**ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ
ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Коломацкая В.В.,

Леднева В.С., Ульянова Л.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Воронежский
государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ
г. Воронеж, Россия*

Донозологическая диагностика проблем репродуктивной системы у детей в первую очередь должна проводиться участковым педиатром. Особенностью патологии репродуктивной системы у детей является тот факт, что она может протекать бессимптомно и быть выявлена только при тщательном обследовании ребенка. Большое количество внешних факторов может оказывать влияние на манифестацию заболеваний органов репродуктивной системы у детей.

Цель. Выявление групп риска по частоте встречаемости репродуктивной патологии у детей в возрасте до 7 лет с учетом гендерных приоритетов.

Материалы и методы. Нами было проведено добровольное анонимное анкетирование 229 родителей детей в возрасте до 7 лет (133 девочек и 96 мальчиков). При анализе данных использован метод непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Средний возраст девочек составил 3,25 года (2,4; 4,3), мальчиков – 3 года (1,1; 4,7). Патология органов репродуктивной системы у детей до 7 лет с одинаковой частотой была выявлена в раннем и дошкольном возрасте: средний возраст девочек – 3,5 года (2,7; 4,3), мальчиков – 3 года (1,1; 4,9). Наиболее характерными симптомами и жалобами

у детей обоих полов являлись: зуд (был выявлен у 22,6% девочек и 12,5% мальчиков) и гиперемия наружных половых органов (у 64% девочек и 44% мальчиков). При этом у девочек также наблюдались патологические выделения (25%), а мальчики чаще предъявляли жалобы на боли в области промежности (31%). Наиболее частым симптомом заболеваний органов репродуктивной системы являлась гиперемия наружных половых органов, при этом данный симптом у многих детей был выявлен без дополнительных жалоб. К группам риска по возникновению заболеваний органов репродуктивной системы были отнесены дети:

- которые постоянно находились в подгузниках (среднее количество подгузников у девочек составило 8 (7;10), у мальчиков – 8,5 (6;10);
- матери которых не проводили осмотр наружных половых органов ребенка (67% матерей девочек и 42% матерей мальчиков);
- для подмывания которых использовали мыло (47% девочек, 30% мальчиков);
- которые самостоятельно начали подмываться в раннем возрасте (30%);
- у которых врач-педиатр не проводил осмотр наружных половых органов во время амбулаторного приема (40% девочек, 35% мальчиков);
- которые не посещали специалиста узкого профиля в возрасте трех лет (47% девочек и мальчиков).

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что дети, в отношении которых не соблюдались базовые правила интимной гигиены и не проводились регулярные осмотры врачом-педиатром и врачами узких специальностей, могут быть отнесены к группам риска по возникновению заболеваний органов репродуктивной системы.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ОСНОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ласачко С.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Донецкий государственный
медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ
г. Донецк, ДНР*

Начиная с пандемии COVID-19 в образовательный процесс начали более активно внедряться дистанционные образовательные технологии (ДОТ), что дало толчок к более активному их использованию и по настоящее время в ДНР из соображений безопасности. За период, в который обучение на кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии вынужденно проводилось в дистанционном режиме, приобретен значительный опыт организации образовательного процесса с использованием информационно-образовательной среды (ИОС).

Цель. Определить возможности ДОТ в педагогическом процессе.

Результаты и обсуждение. Анализ демонстрирует как недостатки, так и преимущества ДОТ. Этот опыт может быть в дальнейшем использован для улучшения образовательного процесса в очной форме обучения. Формирование определенных компетенций – современная парадигма педагогического процесса высшей школы, в том числе в последипломном обучении врача акушера-гинеколога. Роль преподавателя заключается не только и не столько в предоставлении определенного объема знаний, сколько в ориентировании обучаемого

на самостоятельный поиск информации и разрешение практических проблем, приближение к реальным условиям врачебной деятельности, что требует как качественной теоретической подготовки, так и умения проанализировать ситуацию и применить имеющиеся знания.

На кафедре накоплен достаточно обширный арсенал фото- и видеоматериалов клинических примеров заболеваний молочных желез у девочек-подростков. Обучение для такой категории слушателей, как ординаторы, в обязательном порядке должно сопровождаться практической частью, в том числе с использованием тренажеров и муляжей.

Использование ДОТ позволяет более активно применять современные формы занятий – видеолекции, лекции-презентации, обучающие видеофильмы, видеоуроки, телемедицину, вебинары. Возросла роль тестирования и разбора клинических случаев в виде ситуационных задач.

Выводы. Преимуществами ДОТ являются доступность данных материалов в удобное для слушателя время, возможность многократного просмотра, возможность сделать паузу, проходить обучение в более комфортных условиях и в удобном темпе. Обязательными условиями для ДОТ являются наличие электрооборудования, интернета, устройства, а также владение определенными навыками работы с персональным компьютером. Все вышеперечисленное в конечном итоге обеспечивает формирование более осознанного отношения к процессу обучения специалиста.

РАЗРАБОТКА ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Исраилова Ф.А.

*Государственное образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Кыргызско-Российский
Славянский университет им. Б.Н. Ельцина»
г. Бишкек, Киргизская Республика*

Ключевые слова: профилактика; здоровье; медицина; спорт

Введение. Высокая распространенность патологических состояний здоровья у подростков является объективной медико-социальной предпосылкой для разработки эффективных мер профилактики и коррекции нарушений. Наблюдается рост заболеваний костно-мышечной системы, органов пищеварения, дыхания, зрения. Отсутствие полового воспитания на ранних этапах – одна из причин роста инфекций, передающихся половым путем.

Несформированность знаний в области профилактической медицины негативно сказывается на состоянии здоровья подрастающего поколения.

Цель исследования. Популяризировать знания о профилактической медицине среди школьников путем внедрения интерактивных игр.

Материалы и методы. Анализ педагогической литературы, анкетирование. Проведено одномоментное поперечное исследование путем анонимного анкетирования 1–21 марта 2023 года. В исследовании приняли участие школьники ($n = 400$) с 8-го по 11-й класс. Анкета оценивает качество знаний школьников в сфере профилактической медицины.

Результаты и обсуждение. По итогам анкетирования выявлен уровень знаний: низкий – 72%, средний – 17%, высокий – 11%.

В связи с этим разработана программа «Лига здоровья», направленная на обучение подростков и состоящая из двух компонентов:

1) познавательный – чтение лекций по темам профилактической медицины;

2) интерактивный – организация и проведение викторин на тему профилактической медицины. Этот метод дает возможность оценить степень освоения полученных знаний, способствует формированию здоровой конкуренции и лидерских качеств. Разработанные нами задания викторины позволяют подросткам не только продемонстрировать знания, но и проявить неординарное мышление, креативность. Победителям викторины вручается абонемент на посещение спортивной секции с целью повышения мотивации к спорту и здоровому образу жизни.

Выводы. Отличительный компонент программы – подача материала в формате увлекательных лекций и викторин, вознаграждение школьников за проявленный интерес к знаниям. «Лига здоровья» – инструмент формирования базовых знаний в области профилактической медицины, повышения мотивации к здоровому образу жизни.

СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ С МОЛОДЕЖЬЮ В ЦЕЛЯХ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Данилова Н.Б., Седнева Я.Ю.,

Соколов Н.А., Павлова С.Г.

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

Резюме. В статье рассматривается современное состояние вопроса о санитарно-просветительской работе: нормативно-правовая база профилактических мероприятий, цели, задачи, методы и особенности проведения стоматологического просвещения среди молодежи. Предложен алгоритм использования QR-кода как технического средства информирования, которое может быть применено в рамках санитарно-просветительской работы.

Ключевые слова: санитарно-просветительская работа; стоматологическое просвещение; медицинский осмотр; нормативные документы; профилактика стоматологических заболеваний у молодежи

Актуальность. Санитарно-просветительская работа – одна из частей единого профилактического комплекса мероприятий в стоматологии. Различные формы работы, направленной на предупреждение заболеваний и повышение уровня осведомленности населения о медицинских вопросах, применяются многими поколениями стоматологов и не теряют своей актуальности на сегодняшний день. Необходимость оптимизации

программ лечебно-профилактической стоматологической помощи всему населению указывается многими отечественными исследователями [1]. Современный ритм жизни и развитие цифровизации способствуют поиску новых форм санитарного просвещения, особенно для работы с молодежью.

Анализ деятельности детской стоматологической службы в Санкт-Петербурге, проведенный за последние три года, свидетельствует о высокой потребности в профилактической работе, а также о наличии потенциала и возможном развитии информационной деятельности и просветительской работы в области санитарных норм и правил личной гигиены, здорового питания и физической активности для молодежи со стороны стоматологических учреждений.

Информационно-просветительская деятельность является одной из форм профилактической работы, важность которой подчеркивается тем, что круг обозначенных вопросов находится в поле внимания государства. Права участников профилактической работы гарантируются нормативно-правовыми документами, регламентирующими эту деятельность [2].

В наши дни в Российской Федерации законодательными актами о здравоохранении предусмотрена регуляция общественных отношений в области охраны здоровья населения в целях обеспечения гармонического развития физических и духовных сил, устранения факторов и условий, вредно влияющих на здоровье населения страны.

Охрана здоровья граждан – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными

лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи (ст. 2 ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Нормативно-правовая база

1. Конституция РФ, ст. 37, 39, 41, 42 и др. – вопросы укрепления здоровья населения страны, в том числе связанные с социальной профилактикой.

2. ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст. 4 – основные принципы охраны здоровья граждан:

1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан.

3. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Гигиеническое воспитание и обучение граждан обязательны, направлены на повышение их санитарной культуры, профилактики заболеваний и распространение знаний о здоровом образе жизни. В целях формирования санитарно-гигиенической культуры в обществе и мотивации граждан к здоровому образу жизни проводится санитарно-гигиеническое просвещение населения посредством распространения знаний, необходимых для формирования здорового образа жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек, профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья, знаний по иным вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе с использованием средств массовой информации, интернета, печатной продукции (памяток, буклетов, плакатов и др.), социальной рекламы, а также при проведении

мероприятий в организованных коллективах, индивидуальных консультаций граждан.

4. Санитарно-гигиеническое просвещение населения проводится органами и организациями, указанными в ст. 46 настоящего Федерального закона, медицинскими организациями, в том числе с участием органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления (п. 4 введен Федеральным законом от 04.11.2022 № 429-ФЗ).

5. Социально ориентированные некоммерческие организации и добровольческие (волонтерские) организации, осуществляющие в соответствии с учредительными документами деятельность в сфере профилактики и охраны здоровья граждан, пропаганды здорового образа жизни, содействуют санитарно-гигиеническому просвещению населения (п. 5 введен Федеральным законом от 04.11.2022 № 429-ФЗ).

6. Порядок, условия и формы проведения санитарно-гигиенического просвещения населения и порядок осуществления контроля за ним устанавливаются в соответствии с законодательством об образовании (п. 6 введен Федеральным законом от 04.11.2022 № 429-ФЗ).

Санитарно-гигиеническое просвещение населения проводится органами и организациями, медицинскими организациями, в том числе с участием органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

Гигиеническое воспитание и обучение граждан осуществляются:

- в процессе воспитания и обучения в дошкольных и других образовательных организациях;

- при получении профессионального образования или дополнительного профессионального образования посредством включения в образовательные программы разделов о гигиенических знаниях;

- при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

7. Приказ МЗ от 23.09.2003 № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации». Регламентация деятельности центров, отделений, кабинетов медицинской профилактики.

Таким образом, проведение профилактических мероприятий специалистами стоматологических организаций является неотъемлемой частью их работы. В частности, отчетная форма № 038/у-02 «Журнал учета работы ЛПУ по медицинской профилактике» является обязательной к заполнению по результатам проведенной работы.

Большое значение в настоящее время имеет включение медицинских услуг по профилактике заболеваний в территориальные программы обязательного медицинского страхования. Экономическая целесообразность выполнения профильных работ по профилактике мотивирует к более широкому их использованию для достижения целевых показателей и выполнению плановых заданий специалистами стоматологических учреждений.

Понятие и значение санитарной работы

Санитарно-просветительская работа – это целенаправленные действия по изучению, сохранению и укреплению здоровья населения путем пропаганды санитарных норм и принципов поведения. Санитарная работа имеет важное значение для общества и каждого человека, так как она дает возможность ознакомиться с основными принципами гигиены и заботиться о своем здоровье. Она также осуществляется с целью предупреждения

возникновения инфекционных заболеваний, распространения эпидемий, содействия улучшению условий жизни людей и безопасности окружающей среды.

Основной задачей санитарно-просветительской работы являются разработка и проведение мероприятий по информированию населения о принципах санитарии и гигиены, обучение людей правильным гигиеническим навыкам и формирование ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих. Особое внимание уделяется обучению детей и молодежи, так как именно в этом возрасте формируются привычки и представления о здоровом образе жизни.

Профессиональные требования к работникам, осуществляющим санитарно-просветительскую деятельность

Санитарно-просветительская работа в медицине требует от специалистов определенных профессиональных качеств, навыков и компетенций. Важно учитывать, что уровень требований может варьироваться в зависимости от конкретной должности и места работы. В связи с этим актуальной остается задача построения практикоориентированной образовательной траектории на этапе высшего профессионального образования студентов стоматологического профиля. Для реализации данной программы студентам необходимо изучить теорию предмета и научиться применять полученные знания на практике путем погружения в профессиональную среду в ходе анализа и решения профессиональных ситуаций. Ведущую роль в адаптации будущих специалистов-стоматологов непосредственно к основному виду профессиональной деятельности, а также в формировании клинического мышления и необходимого набора профессиональных компетенций выполняет проведение студентами внеаудиторной работы профилактической направленности с целью формирования здорового образа жизни среди детского и взрослого населения. Общеизвестно, что уровень

стоматологических заболеваний среди молодежи растет. Поэтому актуальность внедрения во внеаудиторную практическую работу обучаемых элементов санитарно-просветительской работы несомненна и является важной составляющей как для приобретения студентами профессионального опыта на основе формирования знаний, умений, навыков и компетенций, значимых для будущей профессиональной деятельности, так и для повышения качества медицинской и стоматологической помощи [3].

Опыт работы кафедры стоматологии факультета стоматологии и медицинских технологий Санкт-Петербургского государственного университета демонстрирует положительные результаты привлечения студентов к проведению санитарно-просветительской работы в ЛПУ города (рис. 1).



Рис. 1. Акция «Здоровая улыбка», проведенная в рамках Дня стоматологического здоровья 23.03.2023 в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76» студентами 2-го курса кафедры стоматологии СПбГУ

Внедрение профилактически направленной работы на этапе высшего профессионального образования специалистов в области стоматологии для формирования клинического мышления, выработки практических навыков и овладения профессиональными компетенциями является эффективным, воспринимается обучающимися с большим интересом и самоотдачей.

Одним из главных требований к работникам, осуществляющим санитарно-просветительскую деятельность, является медицинская грамотность. Это означает, что специалист должен обладать глубокими знаниями в области медицины, санитарии, гигиены и других смежных наук. Такая грамотность позволяет правильно ориентироваться в сложных ситуациях и принимать обоснованные решения.

Принципы санитарно-просветительской работы:

- санитарное просвещение носит государственный характер, что определено нормативными актами;
- санитарное просвещение – это обязанность всех медицинских работников;
- санитарное просвещение должно быть планомерным и организованным, соответствовать современному состоянию науки.

Направления санитарно-просветительской работы:

- информирование населения об известных факторах риска возникновения стоматологических заболеваний и доступных методах их предупреждения;
- убеждение населения в необходимости отказа от вредных привычек, ведения здорового образа жизни и рационального использования стоматологической помощи;
- проведение информационного просвещения населения на тему соблюдения правил здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний;
- гигиеническое воспитание и обучение;
- повышение уровня знаний о здоровом образе жизни, путях и методах сохранения здоровья, профилактики заболеваний.

Формы стоматологического просвещения

1. *Индивидуальное*: индивидуальные беседы во время приема у стоматолога, реже – лекции и чек-листы.

2. *Групповое*: проведение уроков здоровья и оказание плановой стоматологической помощи в школе; занятия с беременными женщинами в Школе молодых матерей, посвященные правильному питанию детей.

3. *Массовое*: охватывает большие группы населения района, города, республики – передачи по ТВ, стенды, листовки и т.д.

4. *Целевое*: работа с определенной целевой аудиторией – детьми, родителями, учителями, средним медицинским персоналом, руководством, общественными деятелями.

Цели, задачи и методы санитарно-просветительской работы

Санитарно-просветительская работа направлена на формирование правильных привычек и знаний, которые помогут людям сохранить свое здоровье и предотвратить развитие опасных заболеваний, а также на развитие критического мышления, способности анализировать информацию и принимать обоснованные решения о здоровье.

Главная цель санитарно-просветительской работы в медицине – предотвращение заболеваний и снижение распространения инфекций. Для достижения этой цели санитарно-просветительские мероприятия проводятся на разных уровнях: в учебных заведениях, на рабочих местах, в общественных местах, а также через СМИ и интернет.

Одной из важных задач санитарно-просветительской работы в медицине является формирование установки на здоровый образ жизни у детей и подростков. Если с самого раннего возраста дети получают знания о том, как правильно ухаживать за своим здоровьем, то они будут продолжать соблюдать эти привычки и во взрослой жизни.

Метод – систематизированная совокупность шагов, действий, которые нацелены на решение определенной задачи или достижение определенной цели.

Наиболее популярные методы санитарно-просветительской работы – устный, печатный, наглядный, комбинированный.

Основная цель санитарно-просветительской работы в стоматологии – формирование правильных навыков и привычек у населения, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья полости рта. Это достигается через осведомление людей о важности соблюдения индивидуальной гигиены полости рта, рационального питания, физической активности и прочих аспектов здорового образа жизни.

Достижение этих целей и задач санитарно-просветительской работы способствует формированию ответственного и здорового образа жизни у населения, предупреждению заболеваний и улучшению общего состояния здоровья.

Лекции
• последовательное изложение большой информации
Беседы
• диалогический метод, при котором путем постановки определенных вопросов подводят к пониманию нового материала
Дискуссии
• парный, коллективный метод общения для обмена знаниями по предлагаемой проблеме. Дискуссия требует предварительной подготовки участников
Демонстрация
• наглядно-чувственное ознакомление с явлениями, очень хороша для уроков гигиены
Иллюстрация
• показ предметов на рисунках, плакатах, схемах, фотографиях – метод менее эффективный, чем демонстрация
Работа с текстом
• метод самостоятельного научения
Упражнения
• планомерное повторное выполнение пациентом заданных действий для освоения и повышения качества выполнения (контролируемая чистка зубов), в результате чего путем многократных упражнений вырабатываются соответствующие умения

Рис. 2. Наиболее популярные методы стоматологического просвещения

Методы стоматологического просвещения

Санитарно-просветительская работа в стоматологии играет ключевую роль в профилактике различных заболеваний зубочелюстной системы (рис. 2).

Особенности стоматологического просвещения среди молодежи

Мир ценностей современной молодежи широк и противоречив. Сегодня она живет интенсивно, не всегда правильно ориентируясь в социальной действительности и подвергаясь большим рискам развития различных заболеваний, в том числе и стоматологическим. В настоящее время санитарно-просветительская работа для целевой группы населения в возрасте 17–23 лет, когда подавляющее большинство молодых людей получают профессиональное образование, сводится к предоставлению молодым людям любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья.

Основная цель этой работы – пропаганда медицинских знаний о здоровом образе жизни, о путях и методах сохранения здоровья, предупреждение заболеваний полости рта [4].

Основные задачи стоматологического просвещения молодых людей в возрасте 17–23 лет:

- 1) разъяснять значение состояния зубов и полости рта для организма, роли гигиены и питания в профилактике стоматологических заболеваний;
- 2) информировать об известных факторах риска возникновения стоматологических заболеваний и доступных методах их предупреждения;
- 3) убеждать молодых людей в необходимости отказа от вредных привычек, ведения здорового образа жизни и рационального использования стоматологической помощи.

Выделяются три основных направления стоматологического просвещения:

- пропаганда знаний о здоровом образе жизни, путях и методах сохранения здоровья, профилактики заболеваний;
- агитация за соблюдение правил здорового образа жизни и профилактики путем воспитания и убеждения;
- гигиеническое воспитание и обучение.

При организации и проведении санитарного просвещения в системе профилактики стоматологических заболеваний для подростков и молодежи акцент делается на возрастные особенности личности молодого человека – нежелание подростка выполнять гигиенические процедуры, что требует внимания к формированию мотивации. Главная цель – перевод знаний в сферу привычки.

Основное внимание уделяется разъяснению зависимости между здоровым состоянием полости рта и социальной адаптацией, отсутствием дурного запаха и плохих вкусовых ощущений, необходимости исключить вредные привычки (курение, алкоголь, употребление наркотиков).

Вопросы гигиенического воспитания необходимо решать на уровне индивидуального общения между врачом и пациентом или гигиенистом и ребенком.

Современным инструментом санитарно-просветительской работы является разработанный алгоритм использования QR-кода. На базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №76», которая является профильным учреждением, оказывающим медицинскую помощь обучающейся молодежи Санкт-Петербурга, в период 2022–2023 годов была проведена работа по разработке, внедрению и оценке эффективности данного вида стоматологического просвещения. В этих целях была актуализирована и расширена информация по вопросам профилактики стоматологических заболеваний на официальном сайте учреждения, подготовлены

для общения с пациентами таблицы с QR-кодами. Пациенту предлагается с помощью телефона отсканировать QR-код и ознакомиться с необходимой информацией о том, как:

- правильно чистить зубы, ухаживать за деснами;
- выбирать средства и предметы индивидуальной гигиены полости рта;
- организовать правильное питание для студентов (рис. 3).



Рис. 3. Сканирование QR-кода в стоматологическом кабинете СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76»

Рубрики постоянно обновляются, информация актуализируется в соответствии с запросами молодых людей, появлением новинок от фирм – производителей средств и предметов для гигиены полости рта, новых наработок и методик лечебно-профилактической работы.

Предварительные итоги по внедрению такого метода санитарного просвещения показали положительный результат.

Подавляющее большинство молодых людей (84% опрошенных студентов различных вузов города), являющихся пациентами стоматологического отделения СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76», отметили, что информация, с которой они ознакомились, была полезна и удобна для использования (чтение с экрана телефона).

Данная форма работы также способствует сокращению временных затрат у стоматологов, проводящих медицинские профилактические осмотры студентам вузов и обучающимся в средних специальных учебных заведениях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Профилактические медицинские осмотры взрослому населению рекомендуется проводить 1 раз в 6 месяцев (п. 9 Приказа МЗ РФ № 786н от 31.07.2020). Осмотр детей детским врачом-стоматологом (п. 7 Приказа МЗ РФ № 910Н от 13.11.2012) осуществляется в зависимости от степени риска и активности течения стоматологических заболеваний, но не реже 1 раза в год. Таким образом возможно увеличить количество молодых людей, которым проводятся скрининговые стоматологические осмотры, направленные на выявление заболеваний зубов и полости рта на ранних стадиях, предупредить развитие стоматологических заболеваний, минимизировать факторы риска, способствующие возникновению заболеваний.

При работе со студенческой молодежью выявляется большое количество вопросов, связанных с маршрутизацией молодых людей для получения медицинской помощи по терапевтической стоматологии и ортодонтии. Максимально остро эти проблемы стоят для иногородних студентов. В связи с этим целесообразно информировать молодых людей о маршрутизации в ЛПУ города для получения стоматологической помощи. В этой ситуации разработанный алгоритм использования QR-кода приобретает дополнительное важное значение, и работа по наполнению

информационного медиаресурса является перспективным направлением просветительской работы с молодежью в целях сохранения и укрепления стоматологического здоровья.

Современная санитарно-просветительская работа является незаменимым инструментом эффективной профилактики заболеваний, что способствует повышению качества жизни населения и сокращению медицинских расходов.

Отмечается значительное повышение осведомленности молодежи о важности здорового образа жизни, распространение знаний о правилах оральной гигиены. Молодые люди изучают, как правильно чистить зубы, ухаживать за деснами, выбирать средства и предметы индивидуальной гигиены полости рта. Значимым стало объяснение не только того, как делать, но и того, почему это важно для поддержания здоровья. Это позволяет сформировать осознанное отношение к личной гигиене и привычки, которые будут сопровождать человека на протяжении всей его жизни.

Список литературы

1. Леус П.А., Кисельникова Л.П., Ермуханова Г.Т., Бояркина Е.С. Многолетний мониторинг и возможности дальнейшего улучшения профилактики кариеса зубов у детей Беларуси, Казахстана и России. Стоматология детского возраста и профилактика. 2019;19(3):3-8. DOI: 10.33925/1683-3031-2019-19-3-3-8.

2. Официальный сайт стоматологической ассоциации России <https://e-stomatology.ru/star/>

3. Денисова В.Ю., Журбенко В.А., Карлаш А.Е. Санитарно-просветительная работа как часть практикоориентированного обучения стоматологов // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. Т.11. №4. С.69–78. DOI:10.24411/2220-8453-2020-14005.

4. Шебашева Е.Г. Санитарно-гигиеническое просвещение в области профилактики стоматологических заболеваний: Учеб. пособие для самоподготовки студентов. Старый Оскол, 2016. 74 с.

III. Прочие медицинские специальности

НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бахтиярова А.Р., Гзгзян А.М.

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

Резюме. Ожирение – это мультифакторное нейроповеденческое расстройство обмена веществ, приводящее к развитию множества коморбидных патологий, которые касаются и нарушений репродуктивной функции. Основная причина пандемии ожирения – в доступности аппетитной высококалорийной пищи вкупе с низким количеством питательных веществ, стрессовым заеданием и частыми перекусами по привычке. Параллельно с распространением ожирения на фоне воздействия средовых факторов было выявлено увеличение случаев нарушения полового развития у детей: нарушения менструального цикла у девочек и задержки полового созревания у мальчиков. С учетом важности сохранения репродуктивного потенциала представляются актуальными вопросы взаимосвязи ожирения и полового созревания, а именно: выявление маркеров ожирения и избытка массы тела, ассоциирующихся с нарушением менструального цикла у подростков.

Ключевые слова: ожирение; подростки; нарушение менструального цикла; пубертат

Актуальность. В настоящее время ожирение и избыток массы тела находятся в четверке самых распространенных

неинфекционных заболеваний, последствием которых может быть широкий спектр серьезных осложнений, а именно: сахарный диабет 2-го типа, болезни печени и почек, патологии опорно-двигательной системы, сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, а также нарушения репродуктивной функции [1, 2].

В Европейском регионе ВОЗ около 60% взрослого населения и почти каждый третий ребенок (9% мальчиков и 27% девочек) имеют избыток массы тела и ожирения. Среди подростков в возрасте 10–19 лет избыток массы тела и ожирение наблюдаются у каждого четвертого ребенка. На данный момент отмечаются постоянный рост числа детей с ожирением и отсутствие эффективных мер по прекращению распространения данного заболевания к 2025 году [1, 3].

Факторы риска избытка массы тела и ожирения оказывают влияние на рост и развитие ребенка как в пренатальный, так и в постнатальный периоды. Гестационный диабет, избыток массы тела матери до и во время беременности, задержка внутриутробного развития, низкий вес при рождении, искусственное питание программируют геном ребенка на развитие ожирения на эпигенетическом уровне. Не прекращаются попытки выявить гены, предрасполагающие к развитию ожирения; на данный момент их доля в вариациях избытка массы тела в популяции составляет от 60%. Также фактором развития ожирения стоит назвать пропаганду фастфуда, ориентированную на детское население, а также высокую стоимость здорового питания. Усугубляют эти факторы чрезмерные нагрузки и стресс в образовательных учреждениях, превалирование сидячего образа жизни, сокращение энергетических затрат при сохранении и даже увеличении числа потребляемых калорий [4].

Вышеописанные факторы также оказывают влияние и на половое развитие. Нарушение режимов сна и питания,

гиподинамия – это стресс, препятствующий корректной работе гипоталамического генератора импульсов секреции гонадотропин релизинг гормона (ГнРГ) и высвобождению лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) передней долей гипофиза. Грелин как биомаркер стресса оказывает ингибирующее действие на опосредованную кинспептином пульсацию ГнРГ и высвобождение ЛГ [5]. Глюкокортикоиды действуют непосредственно на клетки Лейдига, так как в ответ на сильный стресс 11β -гидроксистероиддегидрогеназа-1 (11β -ГСДГ-1) насыщается, и избыточное количество глюкокортикоидов может вызвать быстрое подавление продукции тестостерона. Параллельно высокие значения грелина при стрессе модулируют функцию яичек, подавляя пролиферацию клеток Сертоли и Лейдига. Подобно действию глюкокортикоидов в яичках, 11β -ГСДГ-1 регулирует действие глюкокортикоидов в яичниках, подавляя стероидогенез на фоне стресса. Овариальный стероидогенез также локально подавляется грелином, где он ингибирует экспрессию других ферментов стероидного пути, таких как 3β -гидроксистероиддегидрогеназа, 17β -гидроксистероиддегидрогеназа и ароматаза цитохрома P450 [6].

Грелин играет ключевую роль в реакциях на мотивирующие стимулы и контроле чувства вознаграждения. Для достижения этой регуляции вознаграждения грелин взаимодействует с кортикальными и мезолимбическими областями, включая прилежащее ядро, миндалевидное тело (амигдалу) и вентральную область покрышки. Введение грелина непосредственно в вентральную область покрышки приводит к повышению уровня дофамина в прилежащем ядре и усилению пищевого поведения, особенно при голоде. Данный механизм объясняет стрессовое заедание эмоциональных переживаний и тревог современного общества, так как является одним из частых и доступных

способов снижения напряжения, приводящим к нарушению пищевого поведения и избыточному набору массы тела [6].

Избыток массы тела с синтезом большого количества адипокинов также оказывает влияние на репродуктивную ось. Один из самых известных адипокинов жировой ткани – лептин. Доказана его опосредованная взаимосвязь с нейронами ГнРГ через агути/нейропептид Y (*AgRP/NPY*) и проопиомеланокортин (POMC) – нейроны гипоталамуса, связывающие процессы энергетического обмена и репродуктивной функции. Супрессируя *NPY*, в норме лептин подавляет его ингибирующий эффект на секрецию гонадотропинов, таким образом стимулируя начало пубертата. Воздействие лептина на секрецию ГнРГ опосредовано также через нейроны киспетина [7]. В ситуациях лептин-дефицита у мышей мужского пола отмечается низкий уровень экспрессии гена *Kiss1* в аркуатном ядре гипоталамуса с клиническими проявлениями гипогонадизма, частично восстанавливающегося при лечении лептином. Также у лептин-дефицитных мышей выявлены нарушения сперматогенеза и увеличение количества апоптоза герменативных клеток – возможно, из-за неадекватной поддержки гонадотропинами [7].

При избытке массы тела и ожирении отмечается гиперандрогенемия, не связанная с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), но приводящая к нарушению менструального цикла. Синтез 50% андрогенов у женщин происходит в периферических тканях под действием 17-гидроксистероиддегидрогеназы 5 (17-ГСДГ 5). В жировой ткани экспрессия 17-ГСДГ 5 типа возрастает при дифференцировке преадипоцитов в зрелые адипоциты. Данная гиперандрогенемия, возможно, является последствием гиперинсулинемии и инсулинорезистентности у женщин с ожирением, поскольку яичники остаются чувствительны к воздействию инсулина на стероидогенез [8]. Другой потенциальный механизм повышенного стероидогенеза надпочечников связан

с повышенной активностью 11 β -гидроксистероиддегидрогеназы в избыточной жировой ткани, что может привести к усиленной дезактивации кортизола и последующему увеличению активности адренокортикотропного гормона (АКТГ), тем самым увеличивая продуцирование андрогенов надпочечниками.

В статье *Zhai L.* и соавт. описывается подавление экспрессии генов киспетина, ГнРГ и рецепторов к лептину с одновременным повышением уровня лептина на фоне диеты, обогащенной жирами. Также авторы отмечают снижение уровня тестостерона у мышей на фоне высокожировой диеты за счет увеличения концентрации эстрадиола, ингибирующего секрецию ЛГ [9]. Помимо лептина на фоне высокожирной пищи в крови увеличивается количество инсулина, который тоже способен модулировать активность нейронов киспетина *AVPV* и ГнРГ косвенно через афферентные нейроны *AgRP*. Отмечено, что метформин предотвращает раннее менархе и пубархе у девочек, что делает возможным влияние инсулина на половое созревание [10].

Рост случаев преждевременного полового развития у детей с избытком массы тела и ожирением было отмечено параллельно с распространением ожирения [11]. Однако есть и противоположные результаты наблюдений, описывающих развитие у детей с ожирением гипогонадотропного гипогонадизма. В исследовании *B.D. Bordini* и соавт. было отмечено, что у девочек с бессимптомным ожирением отмечалось притупление пиковой секреции ЛГ в ночные часы в отличие от здоровых девочек из контрольной группы [12]. Также девочки с избытком массы тела имели низкий уровень эстрадиола, стимулированный агонистом ГнРГ, в связи с более низким пиком ЛГ [13].

Возвращаясь к адипокинам и их рецепторам, важно отметить, что гормоны жировой ткани экспрессируются в гонадах и некоторых областях мозга, что указывает на их участие в наступлении полового созревания [14]. Так, адипонектин может

опосредовать фосфорилирование фактора транскрипции *SP1*, который является регулятором гена кисспептина [15]. Данное наблюдение может объяснять факт низкого уровня кисспептина у лиц с ожирением по сравнению с лицами с нормальным весом, так как при ожирении отмечается снижение уровня адипонектина. Дисбаланс половых гормонов у людей с ожирением ассоциируется с нарушением ацетилированием гистонов в промоторе *Kiss1* в *AVPV* ядре. Измененная модификация гистона на промоторе *Kiss1* – это главный эпигенетический механизм нарушения активности нейронов ГнРГ [16]. Таким образом, обесогенные факторы внешней среды, высокожировая диета, адипокины и воспалительные маркеры избыточной жировой ткани модулируют сроки старта пубертата и функции репродуктивной системы в процессе онтогенеза.

Цель работы. Выявить антропометрические, лабораторные или инструментальные маркеры ожирения и избытка массы тела, ассоциирующиеся с нарушением менструального цикла у подростков.

Материалы и методы. Ретроспективное обсервационное исследование, включающее в себя анализ данных амбулаторных карт, результатов лабораторного и инструментального обследований 116 пациенток в возрасте от 10 до 17 лет ($15,42 \pm 1,58$ года) с избытком массы тела ($n = 34$) и ожирением ($n = 42$), в том числе данные подростков женского пола контрольной группы с нормальной массой тела ($n = 40$). У 62 пациенток отмечались нарушения менструального цикла (НМЦ), у 54 – регулярный менструальный цикл.

Статистическая обработка данных сделана в программе *SPSS Statistics 17.0*. Проведен анализ результатов обследования, уровень значимости считался статистически достоверным при $p < 0,05$. Клинические базы исследования: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

«Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта» (ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта»), СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 49», Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента»» (далее – Центр «Ювента»).

Результаты и обсуждение. С целью определения взаимосвязи между параметрами степени избытка массы тела и нарушения менструального цикла (НМЦ) проанализированы таблицы сопряженности, где хи-квадрат 6,734, $p = 0,034$, точный критерий Фишера 6,726, $p = 0,049$. Таким образом, в нашей группе исследуемых отмечается наличие значимой взаимосвязи показателей избытка массы тела (ИЗМТ) и НМЦ (табл. 1).

Таблица 1. Сопряженность избытка массы тела с нарушением менструального цикла

По <i>SDS</i> ИМТ	Менструальный цикл		Всего
	регулярный	нерегулярный	
С нормальной массой тела	21	19	40
С избытком массы тела	20	14	34
С ожирением	13	29	42
Всего	54	62	116

С учетом тенденции более раннего полового созревания у подростков с ИЗМТ проведен корреляционный анализ между показателями веса и возраста, однако значимой разницы не выявлено ($r = 0,174$, $p = 0,062$). Также не выявлено корреляции между показателями веса и возраста менархе ($r = 0,102$, $p = 0,279$). Средний возраст менархе – $11,96 \pm 1,15$ года. Статистической взаимосвязи также не выявлено между возрастом подростков и фактом НМЦ ($F = 0,988$, $p = 0,322$) и возрастом старта менструаций и НМЦ ($F = 1,481$, $p = 0,15$).

**Таблица 2. Сравнение групп подростков
в зависимости от наличия избытка массы тела (ИзМТ)**

Критерий		Среднее	Ср. кв. отклоне- ние	Стандартная ошибка	95% доверительный интервал для средне- го значения	
					Нижняя граница	Верхняя граница
Возраст (лет)	Без ИзМТ	15,38	1,53677	0,24	14,9890	15,9853
	ИзМТ	15,76	1,25671	0,21	15,3262	16,2032
	Ожирение	14,69	1,72836	0,26	14,6519	15,7291
ИМТ (кг/м²)*	без ИзМТ	20,72	2,39645	0,37	19,9586	21,4914
	ИзМТ	26,44	1,66828	0,28	25,8650	27,0292
	Ожирение	33,18	4,22704	0,65	31,8709	34,5053
Возраст менархе (лет)	без ИзМТ	12,02	0,97916	0,15	11,7045	12,3482
	ИзМТ	12,16	1,21056	0,20	11,7394	12,5842
	Ожирение	11,75	1,23590	0,19	11,3649	12,1351
АСТ (ЕД/л)*	без ИзМТ	14,10	5,07815	0,39	12,0986	16,1163
	ИзМТ	15,42	9,37348	1,65	11,1618	19,6953
	Ожирение	23,76	11,87971	1,27	18,8563	28,6637
АЛТ (ЕД/л)	без ИзМТ	22,99	5,46583	1,05	20,8304	25,1548
	ИзМТ	21,44	8,38526	1,82	17,6259	25,2598
	Ожирение	22,01	6,48224	1,29	19,3363	24,6877
ТТГ (мкМЕ/мл)*	без ИзМТ	2,31	0,78705	0,52	1,6311	2,1559
	ИзМТ	2,09	1,29132	0,72	2,2051	3,1209
	Ожирение	4,5	1,43109	0,42	2,4524	3,3559
ФСГ (мкМЕ/мл)*	без ИзМТ	6,01	1,50031	0,63	5,3543	6,3696
	ИзМТ	6,10	1,72758	0,10	5,6109	6,8566
	Ожирение	8,52	1,97804	0,75	7,7243	8,9571
ЛГ (мкМЕ/мл)	без ИзМТ	7,11	3,29759	0,54	6,0034	8,2349
	ИзМТ	6,90	3,73913	0,66	5,5588	8,2550
	Ожирение	8,31	4,21292	0,65	7,0034	9,6290
Тестостерон (нмоль/л)	без ИзМТ	2,17	0,92119	0,15	1,8559	2,4988
	ИзМТ	1,79	0,60106	0,10	1,5747	2,0156
	Ожирение	2,16	1,02621	0,16	1,8321	2,4884
Толщина эндометрия (мм)*	без ИзМТ	6,56	1,92685	0,34	5,8678	7,2572
	ИзМТ	9,19	4,64956	1,03	7,0189	11,3711
	Ожирение	7,38	2,90045	0,63	6,0607	8,7012

* $p < 0,05$.

Для более детального исследования вопроса взаимосвязи НМЦ и ИзИТ проведен дисперсионный анализ показателей физического развития и лабораторных данных в группах с различным индексом массы тела (ИМТ). Выявлена значимая разница в показателях аспаратаминотрансферазы (АСТ), тиреотропного гормона (ТТГ), ФСГ (табл. 2). По остальным параметрам значимой разницы между группами выявлено не было. Так, средний возраст подростков с нормальным ИМТ – $15,3 \pm 1,2$ года, для пациентов с ИзМТ – $16,6 \pm 0,3$ года, для пациентов с ожирением – $14,6 \pm 0,3$ года ($p > 0,5$).

Интересно отметить разницу в ТТГ в группе с нормальным весом $2,31 \pm 0,52$ мкМЕ/мл, в группе с ИзМТ – $2,09 \pm 0,72$ мкМЕ/мл, в группе с ожирением $4,5 \pm 0,42$ мкМЕ/мл ($F = 5,398, p = 0,046$).

Средний уровень АСТ в группе с нормальным весом – $14,10 \pm 0,39$ мкМЕ/мл, в группе с ИзМТ – $15,42 \pm 1,65$ мкМЕ/мл, в группе с ожирением – $23,76 \pm 1,27$ мкМЕ/мл ($F = 31,24, p = 0,001$). Средний уровень ФСГ в группе с нормальным весом – $6,01 \pm 0,63$ мкМЕ/мл, в группе с избытком массы тела – $6,10 \pm 0,10$ мкМЕ/мл, в группе с ожирением – $8,52 \pm 0,75$ мкМЕ/мл ($F = 6,238, p = 0,034$).

Далее был проведен анализ данных у подростков с нарушенным и с регулярным менструальным циклом. Значимые разницы были выявлены в показателях веса и уровня общего тестостерона крови. Средняя масса тела в группе подростков с регулярным менструальным циклом – $59,59 \pm 7,29$ кг, в группе с НМЦ – $89,16 \pm 10,74$ кг. Уровни общего тестостерона крови в группе с регулярным менструальным циклом – $1,17 \pm 0,24$ нмоль/л, в группе с НМЦ – $3,20 \pm 1,02$ нмоль/л ($F = 7,192, p = 0,031$).

В работе также проведено сравнение исследуемых групп по данным УЗИ органов малого таза. Средние показатели

величины эндометрия зависели от ИМТ: при нормальной массе тела – $6,80 \pm 0,36$ мм, при ИзМТ – $8,012 \pm 1,06$ мм, при ожирении – $8,02 \pm 0,72$ мм ($F = 3,422, p = 0,039$). Разница в величине эндометрия также была выявлена у подростков: с регулярным менструальным циклом – $8,21 \pm 0,56$ мм, при НМЦ – $6,45 \pm 0,47$ мм ($F = 4,909, p = 0,030$).

Отдельно было отмечено, что у подростков с нормальной массой тела ни при регулярном менструальном цикле, ни при НМЦ значимой разницы в показателях выявлено не было. Средний возраст подростков с регулярным менструальным циклом – $15,3 \pm 0,39$ года, с НМЦ – $15,6 \pm 0,26$ года, вес $57,6 \pm 1,78$ кг и $57,0 \pm 2,24$ кг, ЛГ – $6,85 \pm 0,46$ мкМЕ/мл и $6,08 \pm 0,59$ мкМЕ/мл соответственно.

В подгруппе с ИзМТ значимая разница выявлена только в росте: при регулярном менструальном цикле рост $165,63 \pm 1,49$ см, при НМЦ – $170,55 \pm 1,28$ ($F = 5,815, p = 0,022$), – и в ширине матки: $42,10 \pm 1,71$ мм и $34,87 \pm 1,49$ мм соответственно ($F = 9,524, p = 0,007$).

В подгруппе пациенток с ожирением масса тела была значимо больше при нерегулярном менструальном цикле ($91,062 \pm 2,41$ кг), чем у подростков с регулярным менструальным циклом ($81,06 \pm 3,51$ кг, $F = 5,385, p = 0,025$). По другим параметрам значимой разницы между пациентками с НМЦ и без НМЦ выявлено не было.

Выводы

1. В ходе анализа данных у подростков выявлена статистически значимая взаимосвязь между показателями избытка массы тела и регулярности менструального цикла. Важно отметить, что в подгруппе девушек с ожирением при НМЦ вес был значимо выше, чем у девушек с ожирением и с регулярным менструальным циклом.

2. У обследованных подростков отсутствует взаимосвязь между возрастом менархе и ИМТ, а также между возрастом менархе

и наличием НМЦ, средний возраст менархе в обследованных группах значимо не отличается и составляет $11,96 \pm 1,15$ года.

3. У подростков с повышением ИМТ отмечалось значимое повышение уровня ФСГ, особенно у пациенток с ожирением. Средний уровень ФСГ у пациенток без избытка массы тела составил $6,01 \pm 0,63$ мкМЕ/мл, в группе с избытком массы тела – $6,10 \pm 0,10$ мкМЕ/мл, в группе с ожирением – $8,5 \pm 0,75$ мкМЕ/мл. Важно также, что у пациенток с ожирением ИМТ был взаимосвязан с увеличением толщины эндометрия по показателям УЗИ.

4. В подгруппе подростков с НМЦ отмечались тенденции к повышению уровня тестостерона крови и к снижению толщины эндометрия, по сравнению с подростками с регулярным менструальным циклом.

5. Среди исследуемых подростков была отмечена значимая разница в уровне ТТГ между группами с нормальной массой тела, избытком массы тела и с ожирением: $2,31 \pm 0,52$ мкМЕ/мл, $2,09 \pm 0,72$ мкМЕ/мл, $4,5 \pm 0,42$ мкМЕ/мл соответственно. Корреляция между ИМТ и ТТГ была выявлена слабopоложительная, данные не противоречат популяционным исследованиям об адаптивном повышении ТТГ у людей с ожирением.

Список литературы

1. WHO European regional obesity report 2022.
2. Poddar M., Chetty Y., Chetty V.T. How does obesity affect the endocrine system? A narrative review. Clinical Obesity. 2017;7(3):136–44. doi:10.1111/cob.12184
3. Centers for Disease Control and Prevention: Childhood Obesity Facts. 2019. <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html> (дата обращения: 20.09.2023).
4. Hampl S.E., Hassink S.G., Skinner A.C., et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics. 2023;151(2):e2022060640.

5. Bouillon-Minois J.B., et al. Ghrelin as a Biomarker of Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2021;13(3):784.
6. Bano R., Shamas S., Khan S.H., Shahab M. Inverse age-related changes between hypothalamic NPY and KISS1 gene expression during pubertal initiation in male rhesus monkey. *Reproductive Biology*. 2022;22(1). Doi.org/10.1016/j.repbio.2021.100599 (дата обращения: 20.09.2023).
7. Landry D., Cloutier F., Martin L.J. Implications of leptin in neuroendocrine regulation of male reproduction. *Reproductive Biology*. 2013;13(1):1–14.
8. Izzi-Engbeaya C., Comninou A.N., Clarke S.A. The effects of kisspeptin on β -cell function, serum metabolites and appetite in humans. *Diabetes Obes Metab*. 2018;20(12):2800–10.
9. Zhai L., Zhao J., Zhu Y., Liu Q., Niu W., Liu C., et al. Downregulation of leptin receptor and kisspeptin/GPR54 in the murine hypothalamus contributes to male hypogonadism caused by high-fat diet-induced obesity. *Endocrine*. 2018. doi:10.1007/s12020-018-1646-9 (дата обращения: 20.09.2023).
10. Kim S.H., Park M.J. Childhood Obesity and Pubertal Development. *Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*. 2012;15(3):151–9.
11. Reinehr T., Roth K.L. Is there a causal relationship between obesity and puberty? *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2019;3(1):44–54.
12. Bordini B.D., Littlejohn E.E., Rosenfeld R.L. Blunted sleep-related LH rise in healthy premenarcheal pubertal girls with elevated body mass index. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2009;94:1168–75.
13. Kang M.J., Oh Y.J., et al. The usefulness of circulating levels of leptin, kisspeptin, and neurokinin B in obese girls with precocious puberty. *Gynecological Endocrinology*. 2018;1(4). Doi: 10.1080/09513590.2017.1423467
14. Nieuwenhuis D., Pujol-Gualdo N., Arnoldussen I.A.C., Kiliaan A.J. Adipokines: A gear shift in puberty. *Pediatrics physiology. Obesity review*. 2020;21(6).

15. Merhi Z., Bazzi A.A., Bonney E.A., Buyuk E. Role of adiponectin in ovarian follicular development and ovarian reserve. *Biomedical reports*. 2019;10(6):337–42.
16. Chen X., Xiao Z., Cai Y., Huang L., Chen C. Hypothalamic mechanisms of obesity-associated disturbance of hypothalamic–pituitary–ovarian axis. *Trends in Endocrinology & Metabolism*. 2022;33(3):206–17.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ (ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ)
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ФУНКЦИИ
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ХАРАКТЕРА
И ЦИКЛИЧНОСТИ МЕНСТРУАЦИЙ**

Городкова Н.А.,

Житнухина В.В., Гречина О.Н.

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

Резюме. В работе представлены результаты применения синего монохроматического поляризованного некогерентного света (СМПНС) у пациенток с нарушением характера и цикличности менструаций и нарушением обмена билирубина (НОБ). Исследования эффективности фотохромотерапии (ФХТ) проводились с помощью специальных рабочих инструментов аппарата «Спектр ЛЦ-02». Все пациенты были разделены на группы, в зависимости от метода лечения. Эффективность применения монохромного светодиодного излучения при лечении НОБ у подростков 10–17 лет включительно оценивалась по общепринятой методике, путем сравнения клинических и ряда специальных для данного заболевания показателей у пациентов основной группы, которая делилась на две подгруппы, и пациентов контрольной группы. Проводился сравнительный анализ показателей для пациентов этих групп с целью выявления наиболее эффективной методики лечения. Пациенты основной группы получали физиотерапевтические процедуры дополнительно к базовой медикаментозной терапии (БМТ) гепатопротекторами (ГП) – урсодезоксихолевая кислота (УДХК) 500 мг/сутки однократно.

Из них одна подгруппа пациентов получала процедуры СМПНС дополнительно к приему ГП, у второй подгруппы пациентов применение СМПНС сочеталось с транскраниальной электростимуляцией (ТЭС) дополнительно к БМТ. Пациенты группы контроля получали только БМТ. Установлено, что комплексное применение СМПНС и ТЭС у пациентов основной группы способствует выраженной позитивной динамике параметров: более активному снижению уровня билирубина в сыворотке крови и нормализации или тенденции к нормализации менструального цикла, при менее значимых сдвигах параметров у пациентов группы контроля, которые находились только на БМТ.

Ключевые слова: фотохромотерапия; аппарат «Спектр ЛЦ-02»; подростки; нарушение менструального цикла; билирубин; комплексное лечение

Актуальность. В начале XXI века в рамках различных лечебных, оздоровительных и реабилитационных программ восстановительные технологии получили значительное развитие [1]. Одним из наиболее эффективных средств восстановления здоровья пациентов являются лечебные физические факторы, которые сегодня в большинстве случаев включаются в состав лечебного комплекса. К таким факторам можно отнести действие различных участков видимого излучения, в результате которого происходит трансформация энергии при взаимодействии электромагнитного поля с биологическими тканями в другие виды энергии (механическую, химическую, тепловую и др.).

В ходе экспериментально-клинических исследований при ряде заболеваний и состояний описаны иммуномодулирующий, противомикробный, противовоспалительный, обезболивающий и гепатопротекторный эффекты синего монохроматического поляризованного некогерентного света (СМПНС) [2, 3]. Эти данные позволяют предполагать перспективность

фотохромотерапии (ФХТ) в комплексе лечебных мероприятий, проводимых в Центре «Ювента» у пациентов с нарушением характера и цикличности менструаций, сопровождающимся нарушением обмена билирубина.

Цель. Оценить эффективность комплексного ведения пациентов с НОБ в сочетании с НМЦ с использованием физиотерапевтических методов.

Задачи:

1) выявить наличие взаимосвязи между нарушением характера и цикличности менструаций и степенью увеличения билирубина у подростков, обратившихся в Центр «Ювента»;

2) изучить эффективность применения светодиодного излучения с длиной волны 470 нм (синей части спектра) в комплексном лечении пациентов с НОБ на фоне нарушения менструального цикла (НМЦ);

3) установить потенцирующий эффект исследуемого фактора при сочетанном применении с ГП;

4) показать необходимость комплексного подхода к ведению пациентов с НМЦ.

Материалы и методы. В работе изучено диодное монохроматическое излучение, в качестве источника которого использовали фототерапевтический аппарат «Спектр ЛЦ-02» с излучателями – светодиодной матрицей [4]. Длина волны составила 470 ± 10 нм, суммарная площадь излучателей светодиодной матрицы – 4 см^2 , суммарная мощность излучателей – 16 мВт.

Для управления режимами работы и параметрами излучения рабочих инструментов, а также для визуального контроля режимов и параметров с помощью цифровых и световых индикаторов использовался блок питания и управления, который входит в состав аппарата. Блок питания и управления обеспечивает возможность работы излучателей в двух режимах: непрерывном и импульсном. Диапазон плотностей мощности оптического

излучения в зависимости от используемых излучателей лежит в пределах от 0,5 до 150 мВт/см^2 . Мощность излучения может дискретно уменьшаться до 0,75 или 0,5 от максимальной.

Процедура СМПНС проводилась накожно контактно непрерывно с легким надавливанием, на область правого подреберья и по задней поверхности грудной клетки справа на уровне 5–7-го ребер. Общий курс состоял из 10 процедур. Применялся единый алгоритм исследования (рис. 1).

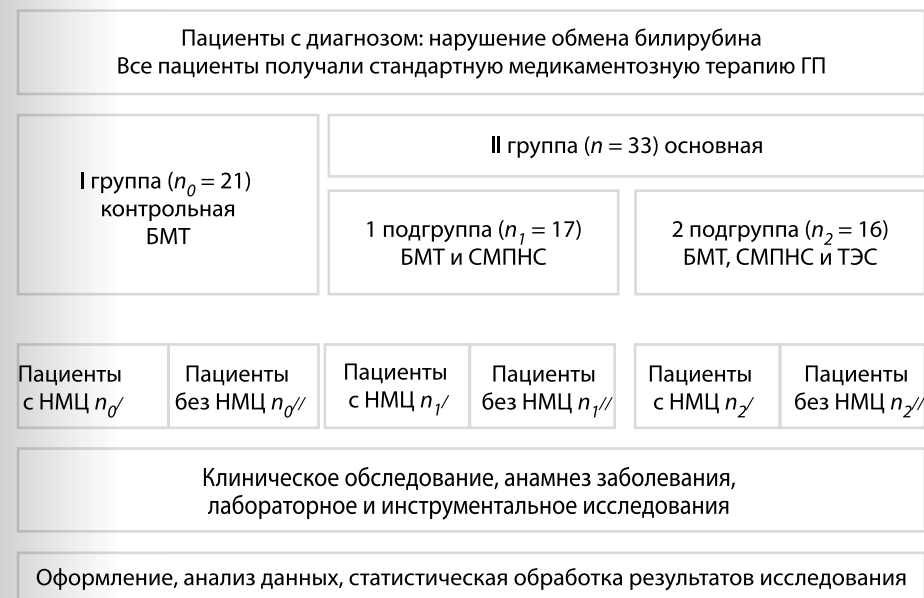


Рис. 1. Алгоритм исследования

Соблюдались следующие принципы отбора в группу исследования:

- отсутствие общих противопоказаний к проведению физиотерапевтических процедур;
- отсутствие острых воспалительных заболеваний гепатобилиарной системы (ГБС).

Распределение по группам (n_0, n_1, n_2) проводилось путем случайной выборки пациентов с гипербилирубинемией.

Группу контроля формировали пациенты 10–17 лет включительно с нарушением функции ГБС по типу НОБ на фоне только БМТ гепатопротектором – урсодезоксихолевая кислота по 500 мг однократно на ночь в течение 1 месяца.

Лабораторные и инструментальные методы исследования включали:

1) основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- определение поверхностного антигена (*HBsAg*) вируса гепатита *B* в сыворотке крови – однократно;
- антитела к вирусу гепатита *C* суммарно (*Anti-HCV*) в сыворотке крови – однократно;
- общий анализ крови (ОАК) – определение концентрации гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов, величины гематокрита и эритроцитарных индексов (*MCV, RDW, MCH, MCHC*), СОЭ – 2 раза за время наблюдения;
- биохимический анализ крови (Б/Х) – аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), гаммаглутамилтрансфераза (ГГТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), общий билирубин (ОБ) и фракции, общий белок, глюкоза крови, общий холестерин (ОХ) – 3 раза за время наблюдения;
- исследование кала на яйца гельминтов и простейшие – однократно;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки) (УЗИ ОБП) – однократно;

2) дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- коагулограмма – определение протромбинового времени, протромбина (по Квику), международного нормализованного отношения (МНО), фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), тромбинового времени – исследование проводилось однократно за время исследования;
- общий анализ мочи – определение следующих параметров: физических – цвет, прозрачность, удельный вес; химических – pH, содержание белка, глюкозы, кетонов, уробилиногена, билирубина, а также исследование осадка – эпителий, лейкоциты, эритроциты, соли и слизь – однократно (табл. 1);

3) заключение врачей: акушера-гинеколога, педиатра, физиотерапевта.

Таблица 1. Лабораторные и инструментальные исследования на амбулаторном уровне

№ п/п	Наименование исследования	Содержание	Кратность	Примечание
1	Маркеры вирусных гепатитов <i>B</i> и <i>C</i>	<i>HBsAg, Anti-HCV</i>	однократно	Основные (обязательные) диагностические обследования
2	ОАК	Гемоглобин, эритроциты, лейкоциты с подсчетом лейкоцитарной формулы, тромбоциты, гематокрит, эритроцитарные индексы (<i>MCV, RDW, MCH, MCHC</i>), СОЭ	двукратно	
3	Б/Х	ОБ и фракции, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, общий белок, глюкоза, ОХ	двукратно	
4	Исследование кала	На яйца гельминтов и простейшие	однократно	
5	УЗИ ОБП	Печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка	однократно	
6	Коагулограмма	Протромбиновое время, протромбин, МНО, фибриноген, АЧТВ, тромбиновое время	однократно	Дополнительные диагностические обследования
7	ОАМ	Цвет, прозрачность, удельный вес; pH, содержание белка, глюкозы, кетонов, уробилиногена, билирубина, исследование осадка	однократно	

Результаты и обсуждение. При комплексной оценке клинико-функционального состояния больных было установлено, что все пациенты не имели острых воспалительных процессов в печени или обострения хронических, таких как вирусный гепатит, но у всех была выявлена гипербилирубинемия – повышение содержания общего билирубина в сыворотке крови, преимущественно за счет прямой фракции. Группа исследования состояла из 54 пациентов ($N = 54$). У 48,1% пациентов ($N_1 = 26$) было выявлено нарушение характера и цикличности менструаций, 51,8% пациентов ($N_2 = 28$) не имели НМЦ (табл. 2).

Таблица 2. Распространенность НОБ у пациентов в разных возрастных группах с нормальным и нарушенным менструальным циклом

Группы	Возраст пациентов	
	10–14 лет	15–17 лет
НМЦ ($N_1 = 26$)	8 (30,8%)	18 (64,3%)
Без НМЦ ($N_2 = 28$)	18 (69,2%)	10 (35,7%)

В возрастной группе 15–17 лет НОБ отмечено чаще у пациентов, имеющих нарушение менструального цикла (64,3% случаев), против 30,8% случаев в возрасте 10–14 лет. НОБ у пациентов, не имеющих отклонений в характере и цикличности менструаций, чаще встречается в возрасте 10–14 лет (69,2%), против 35,7% в возрастной группе 15–17 лет. Таким образом, достоверно чаще наблюдается сочетание НОБ и НМЦ в старшей возрастной группе, в то время как НОБ встречается чаще у пациентов, не имеющих отклонений в характере и цикличности менструаций в начале пубертатного периода (10–14 лет). В группе пациентов с НМЦ патология ГБС по результатам УЗИ была выявлена у 53,8%, в группе пациентов, не имеющих НМЦ, – у 57,1% (табл. 3).

Таким образом, практически каждый второй пациент с НОБ имеет либо аномалию развития желчного пузыря, либо признаки дисфункции желчевыводящих путей и желчного пузыря. Морфо-функциональные отклонения в дальнейшем могут стать триггерными факторами развития заболеваний ГБС, таких как желчнокаменная болезнь, хронический холецистит и т.д. При УЗИ описаны аномальные формы желчного пузыря и сладж желчи у пациентов. Нам встретились следующие виды патологий:

- загиб желчного пузыря;
- загиб в сочетании с неполной перегородкой;
- перетяжка или перетяжки желчного пузыря;
- неполная перегородка тела, шейки желчного пузыря;
- множественные перетяжки в сочетании с неполными перегородками желчного пузыря;
- V-образная деформация желчного пузыря.

Таблица 3. Результаты УЗИ ОБП у пациентов с НОБ

Критерий	Возраст пациентов		Всего
	10–14 лет	15–17 лет	
С НМЦ	8 (100%)	18 (100%)	26 (100%)
из них имели патологию ГБС	5 (62,5%)	9 (50%)	14 (53,8%)
Без НМЦ	18 (100%)	10 (100%)	28 (100%)
из них имели патологию ГБС	11 (61,1%)	7 (70%)	16 (57,1%)

В подавляющем большинстве случаев (у каждого пятого здорового ребенка) аномалии развития билиарного тракта не имеют клинических проявлений и обнаруживаются случайно при диагностических исследованиях или проведении профилактических мероприятий [5].

В группе пациентов с НМЦ ($N_1 = 26$) $n_0' = 12$ человек находились только на БМТ, $n_1' = 6$ человек – БМТ и СМПНС, $n_2' = 8$ пациентов

дополнительно к БМТ получали комплекс физических факторов: СМПНС и ТЭС.

Все пациенты закончили курс физиотерапии из 10 процедур. После завершения приема ГП была проведена оценка уровня ОБ (табл. 4).

Таблица 4. Изменение уровня ОБ у пациентов с НМЦ после завершения лечения

Средний уровень ОБ	$n_0' = 12$	$n_1' = 6$	$n_2' = 8$
До начала лечения (мкмоль/л)	28,43	26,74	26,58
После завершения лечения (мкмоль/л)	25,67	21,75	18,87
Динамика изменений (мкмоль/л)	2,76	4,99	7,71
% снижения ОБ	9,71	18,66	29,01

В контрольной группе пациентов с НМЦ после завершения приема ГП в среднем уровень ОБ снизился на 2,76 мкмоль/л, что составило 9,71%; в группах, где проводилось комплексное лечение, снижение ОБ отмечено на 4,99 мкмоль/л (18,66%) (применялись БМТ и СМПНС) и на 7,71 мкмоль/л (29,01%) (применялись БМТ, СМПНС и ТЭС). Таким образом, комбинирование БМТ и физических методов лечения у пациентов с нарушением характера и цикличности менструаций оказывает более выраженный лечебный эффект на обмен билирубина (табл. 5).

Таблица 5. Изменение уровня ОБ у пациентов без НМЦ после завершения курса лечения

Средний уровень ОБ	$n_0'' = 9$	$n_1'' = 11$	$n_2'' = 8$
До начала лечения (мкмоль/л)	25,59	28,79	30,05
После завершения лечения (мкмоль/л)	20,17	23,27	24,1
Динамика изменений (мкмоль/л)	5,42	5,52	5,95
% снижения ОБ	21,18	19,17	19,8

У пациентов, не имеющих НМЦ, динамика изменения уровня ОБ была в контрольной группе 5,42 мкмоль/л; в группах, в которых пациенты получали комплексное лечение СМПНС и СМПНС с ТЭС, – 5,52 и 5,95 мкмоль/л соответственно. Таким образом, у пациентов без нарушения характера и цикличности менструаций эффективность БМТ сравнима с эффективностью применения БМТ в комплексе с физическими методами лечения. У пациентов без НМЦ средний процент снижения уровня ОБ выше (13,84%), чем у пациентов с НМЦ (12,19%), что позволяет говорить о большем влиянии на функцию ГБС нарушения характера и цикличности менструаций (табл. 6).

Таблица 6. Изменение уровня общего билирубина у пациентов с НМЦ и без НМЦ на фоне комплексного лечения

Средний уровень ОБ	Пациенты с НМЦ ($N_1 = 26$)	Пациенты без НМЦ ($N_2 = 28$)
До начала лечения (мкмоль/л)	27,57	28,18
После завершения лечения (мкмоль/л)	24,21	24,28
Динамика изменений (мкмоль/л)	3,36	3,90
% снижения ОБ	12,19	13,84

В группе пациентов с НОБ проводилась оценка нарушения характера и цикличности менструаций через 3 месяца после завершения лечения (табл. 7).

Таблица 7. Динамика изменения характера и цикличности менструаций у пациентов с НОБ на фоне комплексного лечения

$N_1 = 26$	$n_0' = 12$		$n_1' = 6$		$n_2' = 8$		Итого	
	Всего	Улучшение	Всего	Улучшение	Всего	Улучшение	Всего	Улучшение
Аменорея	1	0	2	1 (50%)	2	2 (100%)	5	3 (60%)
Олигоменорея	7	4 (57,1%)	3	3 (100%)	5	4 (80%)	15	11 (73,3%)
Дисменорея	4	2 (50%)	1	1 (100%)	1	0	6	3 (50%)

У пациентов с НМЦ по типу олигоменореи улучшение характера и цикличности менструаций было отмечено в 73,3% случаев, у пациентов, имеющих аменорею, менструации возобновились в 60% случаев, у подростков с дисменореей улучшение менструального цикла было в 50% случаев.

В группе пациентов с НОБ, находившихся только на БМТ, улучшение менструального цикла было отмечено в 50%, в то время как у пациентов с НОБ после завершения комплексного лечения с использованием СМПНС и СМПНС и ТЭС улучшение характера и цикличности менструаций было отмечено в 83,3% случаев и 75% случаев соответственно (табл. 8).

Таблица 8. Динамика улучшения НМЦ у пациентов с НОБ на фоне комплексного лечения

	БМТ		БМТ + СМПНС		БМТ + СМПНС + ТЭС	
НМЦ	12	6 (50%)	6	5 (83,3%)	8	6 (75%)

Таким образом, при комплексном ведении пациентов с НОБ восстановление менструальной функции и снижение уровня ОБ имеет лучший эффект при использовании комбинированных физических факторов, таких как СМПНС и ТЭС.

Применение света в клинической практике показывает свою высокую эффективность, а также имеет хорошие перспективы в разработке новых и безопасных методик для лечения различных заболеваний, в том числе нарушения репродуктивной функции [6]. Физические факторы являются универсальными лечебно-оздоровительными средствами, способными стимулировать собственные резервы организма, изменять его устойчивость к внешним воздействиям, нормализовать деятельность различных органов и систем, влиять на патогенез и симптомы болезней, активизировать у больного компенсаторно-приспособительные процессы [7]. Многоплановое и своеобразное влияние лечебных

физических факторов, носящее преимущественно гомеостатический характер, обосновывает перспективность и целесообразность использования их у пациентов [7, 8].

Врач редко ограничивается назначением одной физиотерапевтической процедуры. Целесообразно и более эффективно комплексное применение лечебных физических методов, дополняющих и потенцирующих друг друга [9, 10]. Потенцирующий эффект может быть получен при правильном комбинировании раздражителей и применении их в оптимальных дозировках. При этом процедуры (комбинируемые физические факторы) могут применяться в один день, в разные дни (по методике чередования) или по принципу смены курсового воздействия одним фактором другим курсом.

Комплексное использование лечебных физических факторов не тождественно суммарному эффекту действия отдельных физических факторов. Это количественно-качественное новое воздействие, которое способно не только усилить или ослабить влияние отдельно взятого фактора, но и придать ему новые черты. Главная цель назначения нескольких физических факторов – повышение их физиологической активности и лечебной эффективности [2, 11].

Выводы

1. По результатам исследований обоснована возможность применения селективной ФХТ в комплексном лечении НОБ на фоне НМЦ.

2. Включение ФХТ-470 в комплекс лечебных мероприятий НОБ при НМЦ хорошо переносится пациентами и не вызывает значимых негативных проявлений.

3. У пациентов с НОБ восстановление менструальной функции и снижение уровня ОБ происходит лучше при использовании комбинированных физических факторов, таких как СМПНС и ТЭС.

4. Наблюдается выраженное сокращение сроков регрессии патологических изменений, нормализуются показатели ОБ у пациентов с нарушением характера и цикличности менструаций.

5. Применение ФХТ повышает эффективность лечения пациентов с нарушением характера и цикличности менструаций, что выражается в достоверном сокращении сроков восстановления менструальной функции у подростков.

Список литературы

1. Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник / 5-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 368 с.

2. Давыдкин Н.Ф., Печкуров Д.В., Устинова Г.Н. Эффективность поляризованного некогерентного света в комплексном лечении желтух новорожденных // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2010. № 3. С. 12–14.

3. Федотченко А.А. Электрофизиологические и нейрогуморальные механизмы физиотерапии // Acta Biomedica Scientifica. 2017. Т. 2. № 4. С. 115–118.

4. Веселовский А.Б., Кирьянова В.В., Митрофанов А.С., Фефилов Г.Д. Анализ эффективности применения лазерно-светодиодного аппарата «Спектр лц-02» в лечении ряда заболеваний // Научно-технический вестник информационных технологий, механики и оптики. 2006. № 31. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-effektivnosti-primeneniya-lazerno-svetodiodnogo-apparata-spektr-lts-02-v-lechenii-ryada-zabolevaniy> (дата обращения: 02.10.2023).

5. Сапожников В.Г. Ультразвуковое исследование патологии желчевыводящей системы у детей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ultrazvukovoe-issledovanie-patologii-zhelchevyvodyashey-sistemy-u-detey> (дата обращения: 02.10.2023).

6. Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кругляк Д.А., Геворкян Г.А. Детская гинекология: этапы медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. 2018;3:63–67.

7. Гармаш О.И., Курганова А.В., Татаурова В.П. Санаторно-курортное лечение в коррекции функциональных отклонений вегетативной нервной системы у девочек с нарушением менструального цикла // Вестник физиотерапии и курортологии. 2018;24(1):52–55.

8. Улащик В.С. Сочетанная физиотерапия: общие сведения, взаимодействие физических факторов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. № 6. С. 4–11.

9. Абусева Г.Р., Адилев В.Б., Антипенко П.В. и др. Санаторно-курортное лечение: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 752 с. DOI: 10.33029/9704-6022-1-SKL-2021-1-752 EDN: BZWNU

10. Epifanov V.A. Physical therapy: tutorial guide. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 576 р.

11. Нагорнев С.Н., Фролков В.К., Кулиш А.В., Пузырева Г.А., Самсонова О.С. Системный подход и алгоритмизация применения транскраниальных магнитных воздействий при проведении медицинской реабилитации больных с гемоциркуляторными и дисметаболическими нарушениями // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2016. № 4. С. 651–657.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПОДРОСТКОВ

Панова О.В.

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

В условиях неуклонного снижения рождаемости и повышения обеспокоенности демографической ситуацией особенное внимание уделяется репродуктивному потенциалу молодежи. В последнее время поступает все больше научных данных относительно влияния дефицита витамина D на женскую репродуктивную функцию.

Цель. Оценка распространенности дефицита витамина D при нарушениях менструального цикла у подростков 15–17 лет.

Материалы и методы. В группу исследования вошли 53 подростка 15–17 лет (средний возраст – $15,77 \pm 0,16$), обратившихся в СПбГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» по поводу нарушений менструального цикла. В контрольную группу вошли 38 подростка 15–17 лет (средний возраст – $15,59 \pm 0,25$) без нарушений менструального цикла. Всем обследуемым проводился анализ антропометрических данных (рост, вес, индекс массы тела), УЗИ органов малого таза, оценка уровня витамина D и индекса НОМА.

Результаты и обсуждение. В группе исследования у подростков были выявлены следующие нарушения менструального цикла: аномальное маточное кровотечение – 7,55%, обильные менструации – 20,75%, опсоменорея – 45,28%, дисменорея – 30,19%, аменорея – 13,21%, в 13,21% случаев по данным ультразвукового исследования обнаружена фолликулярная киста яичника.

Среднее содержание витамина D в крови у пациенток с нарушениями менструального цикла ($22,65 \pm 1,47$) было значимо

ниже ($p < 0,05$) по сравнению с пациентками без нарушения менструального цикла ($28,47 \pm 1,94$). Дефицит витамина D был выявлен у 41,51% пациенток из группы исследования и 29,41% пациенток контрольной группы ($p > 0,05$). Недостаточность витамина D выявлена у 28,30% пациенток с нарушением менструального цикла и у 23,53% пациенток контрольной группы ($p > 0,05$). Нормальный уровень витамина D оказался у 30,19% пациенток основной группы и у 47,06% пациенток без нарушения менструального цикла ($p > 0,05$).

В группе исследования достоверно чаще ($p < 0,05$) было выявлено ожирение (30,19%) по сравнению с группой контроля (12,50%). Однако значимых различий частоты встречаемости избыточного веса (7,55% у пациенток с нарушениями менструального цикла и 12,5% у девушек из контрольной группы), а также белково-энергетической недостаточности (11,32% у пациенток с нарушениями менструального цикла и 18,75% у девушек из контрольной группы) обнаружено не было ($p > 0,05$). Нормальные показатели индекса массы тела встречались у 43,4% девушек с нарушениями менструального цикла и у 56,25% обследуемых без таких нарушений ($p > 0,05$).

Средние значения индекса НОМА хотя и имели тенденцию к повышению у пациенток из основной группы ($3,16 \pm 0,40$) по сравнению с пациентками без нарушений менструального цикла ($2,48 \pm 0,33$), но также значимо не различались ($p > 0,05$).

Выводы. В обеих группах подростков часто выявлялся дефицит и недостаточность витамина D. Нарушения менструального цикла у подростков сопровождаются более выраженным снижением уровня витамина D, а также большей распространенностью ожирения по сравнению с девушками без нарушений менструального цикла. Результаты исследования позволяют предположить потенциальную пользу коррекции дефицита витамина D и избыточного веса для улучшения менструальной функции у подростков.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ФИБРОАДЕНОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ

Вдовина Д.В., Котов В.А., Ландина О.Ю.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Западный*

государственный медицинский университет

имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ;

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение

здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного

здоровья подростков «Ювента»

Санкт-Петербург, Россия

Фиброаденомы молочных желез являются часто диагностируемыми доброкачественными новообразованиями у детей и подростков. При этом исследования, касающиеся особенностей структуры опухолей в подростковой возрастной группе, в современных публикациях практически отсутствуют.

Цель. Охарактеризовать структуру патологии молочных желез и установить морфологические особенности фиброаденом, выявляемых при цитологической диагностике препаратов узлов, полученных от пациенток 10–18 лет.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование данных 261 пациентки СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента», обследованных по поводу различных заболеваний молочных желез в период с 2021 по 2023 год. Был использован материал, полученный при тонкоигольной аспирационной биопсии молочных желез под УЗИ-контролем. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты и обсуждение. Средний возраст всех пациенток составил $14,52 \pm 0,12$ года. Солитарные кисты были выявлены в 84 случаях (32,2%); средний возраст пациенток составил

$14,01 \pm 0,18$ года. На долю воспалительных заболеваний молочных желез пришлось 20,7% наблюдений (54 случая); средний возраст пациенток составил $13,22 \pm 0,23$ года. Диффузная кистозная мастопатия имеет наименьшую долю в структуре наблюдений – 14,5% (38 случаев); средний возраст пациенток составил $13,9 \pm 0,29$ года. Наибольшую долю случаев за выделенный период имеют фиброаденомы молочных желез. Они составили 32,6% всех наблюдений (85 случаев); средний возраст пациенток с фиброаденомами молочных желез составил $16,12 \pm 0,14$ года.

По характеристике клеточности эпителиального компонента препараты фиброаденом были распределены следующим образом: гиперклеточность – 56,9%, нормоклеточность – 34,5%, гипоклеточность – 5,2%; неинформативный материал получен в 3,4%. Миоэпителиальный компонент присутствовал в 69,6% случаев. Выраженный стромальный компонент наблюдался в 26,8% случаев, единичные фрагменты встречались в 50% случаев, полностью отсутствовали в 23,2%. Обильная клеточность стромального компонента – 21,4%, умеренная – 21,4%, низкая – 57,2%.

Выводы. Фиброаденомы являются наиболее частой патологией молочных желез в подростковой возрастной группе. Гиперклеточность эпителиального компонента, наличие миоэпителиальных клеток, единичные фрагменты или отсутствие стромального компонента, низкая клеточность стромального компонента являются цитологическими особенностями фиброаденом у этой категории больных.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОМПЛАЕНСА У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Кононова Т.А.¹, Лунева Ю.С.²

¹ *Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента»»;*

² *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. В настоящее время недостаточное внимание уделено проблемам нарушений пищевого поведения (НПП) у несовершеннолетних, хотя имеется тревожная статистика, указывающая на распространенность заболевания среди подростков и молодежи. Последствия нарушений данной группы крайне опасны для их психосоматического, в том числе репродуктивного здоровья, что подчеркивает необходимость разработки эффективных программ профилактики и коррекции нарушений пищевого поведения.

Несмотря на очевидную необходимость, коррекционные программы, способные дать несовершеннолетним необходимые знания и навыки по предупреждению развития нарушений, формированию положительных установок к практике гармоничного пищевого поведения, представлены в отечественной медицине и психологии в крайне малом количестве. Важно своевременно проводить коррекционные мероприятия, поскольку длительное течение заболевания негативно влияет на весь организм,

значительно нарушает работу репродуктивной системы, вызывая гинекологические и гормональные нарушения. В некоторых случаях нарушения пищевого поведения приводят к тяжелым психосоматическим расстройствам, социально-психологической дезадаптации, в связи с чем лечение таких пациентов требует комплексного подхода. Консолидация усилий специалистов (психиатров, психологов, врачей-интернистов различного профиля) является залогом успешной терапии. Немаловажное значение в создании терапевтического альянса с несовершеннолетними пациентами, страдающими НПП, имеет знание возрастных особенностей и психологических аспектов, влияющих на течение и исход заболевания.

В соответствии с поставленной целью было проведено исследование эмоционально-личностных и поведенческих характеристик девушек-подростков с НПП. В результате исследования были выявлены специфические психологические характеристики, такие как повышенная тревожность, депрессивные тенденции, перфекционизм, склонность к избеганию и конфронтации, дезадаптивное отношение к своей болезни. На основании результатов проведенного исследования были сформированы рекомендации для построения прочного терапевтического альянса в ходе лечения девушек-подростков с НПП.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения; девушки-подростки; репродуктивное здоровье; психологическая коррекция; комплаенс; комплексный подход

Актуальность. Подростковый возраст – период жизни, в котором появляются такие важные личностные новообразования, как самосознание, самоотношение, формируется самооценка. Поскольку в процессе формирования эти характеристики личности достаточно неустойчивы, в период подростковой социализации при наличии неблагоприятной, травмирующей ситуации

(или ошибочных ценностных ориентиров) формируются нарушения в структуре самоотношения, системе значимых отношений, искажается физический и психический я-образ, что способствует развитию нарушений пищевого поведения.

В настоящий момент многофакторность возникновения НПП у подростков очевидна. К факторам, способствующим их развитию, можно отнести генетические, биологические, семейные, личностные, социокультурные и возрастные: все они находятся в тесной связи друг с другом. Также важно отметить, что НПП часто оказываются коморбидны с расстройствами психического спектра, что усложняет процесс диагностики и лечения, поскольку эти психические расстройства могут выступать на первый план.

Данные по личностным особенностям девушек с НПП разрозненны, не существует точного набора черт личности пациента с такими нарушениями. Девушкам с нервной анорексией (НА) традиционно приписывают перфекционизм, дисморфофобию, нарушение системы самоотношения, стратегии избегания в стрессовых ситуациях и гиперконтроль. Для нервной булимии (НБ) характерны депрессивные черты, ощущение ненависти к себе, самообвинение, отсутствие достаточного контроля за собственными действиями, дисморфофобия, а также потребность в социальной поддержке и одобрении [1–5]. Также некоторые исследователи выделяют высокий уровень алекситимии, затруднения в распознавании и вербализации собственных эмоций [6]. Поскольку переживаемые эмоции не идентифицируются подростком, но эмоциональный и физиологический дискомфорт при этом присутствует, появляется совладающее со стрессом поведение в виде «утешения» себя с помощью еды. Дисморфофобические идеи зачастую сопровождаются расстройствами эмоциональной и личностной сферы (паранойяльные и обсессивно-фобические мысли, сенситивные идеи отношений). Диапазон эмоциональных расстройств варьируется

от депрессивных состояний с пониженным фоном, мысленной и двигательной заторможенностью до состояния гипомании и психопатоподобной мании с эйфорией [7–8].

Расстройства приема пищи по-прежнему остаются сложноизлечимыми, а период их лечения может быть достаточно длинным и затяжным. Данные исследований свидетельствуют о высоком проценте отказа пациенток от терапии. Поэтому поиск новых технологий и алгоритмов лечения, в том числе и психотерапевтических интервенций, остается востребованным в настоящее время.

Несмотря на значительное количество научных публикаций, за последние годы так и не произошло качественного прорыва в подходах к лечению НПП. Статистические данные указывают, что смертность среди пациентов с НА составляет до 20%, в том числе от суицидов – 0,2% в год [9]. Согласно публикациям зарубежных ученых-практиков и данным метаанализа 119 исследований, нормализация массы тела имела место у 59,6% больных, менструального цикла – у 57%, пищевого поведения – у 46% [1].

Среди подростков, по данным Steinhausen Н.С., практически выздоравливает (катамнез 5 лет) 50–70% пациентов с НА, а у 20% расстройство имеет хроническое течение. Одной из причин такой неутешительной статистики по выздоровлению является преждевременный выход пациенток из терапии, отказ соблюдать предписания лечащего врача и психотерапевта [10].

Ранние исследования, проведенные на популяции 133 женщин, страдающих НА, показывают 57,6% преждевременного выбывания из программы лечения. Терапевтическими целями были достижение 90% изначального веса, то есть веса до начала заболевания, и психологическая реабилитация [11].

Исследования, проведенные в 2005 году на основе наблюдения 236 пациентов с НА, показали 31% прерывания лечения, из которых 26% не достигли даже половины намеченной программой терапевтической цели в виде индекса массы тела

(ИМТ) ≥ 18 [12]. Исследования 2006 года, проведенные на основе наблюдения 113 пациентов с диагнозом «расстройство пищевого поведения», показали 36% преждевременного прерывания лечения с прогнозируемым уровнем улучшения состояния по критерию ИМТ, равного 20. Исследования, проведенные в 2010 году во Франции (там же) на основе наблюдения более 600 больных с НПП, показали 53,3% преждевременного прерывания лечения, причем более половины указанных пациентов прерывали лечение в течение первых недель госпитализации.

Можно заметить, что количество пациенток, которые прервали терапию до ее окончания, не только не уменьшался, но и, более того, возрастал на протяжении 30 лет исследований. Процент выхода из терапии среди подростков, страдающих нервной анорексией, несколько меньше (24%), что, однако, объясняется недостижением ими 18 лет, а следовательно, невозможностью прерывания терапии без вмешательства опекунов [13].

Характерно, что общими для всех исследований являются факторы низкой мотивации пациентов и отсутствие качественного терапевтического альянса. Низкий уровень приверженности к лечению проявляется у всех пациентов, преждевременно покинувших программу лечения. Пациентки с НПП действительно часто оказываются незамотивированными на прохождение лечения и взаимодействие с врачом, поскольку отрицается сам факт болезни, не осознаются губительные последствия для организма; сопротивление вызывает и давление или принуждение к лечению со стороны родственников или медицинского персонала. Кроме того, с учетом потребности подростков, страдающих НПП, в эмпатических и аутентичных отношениях, становится очевидной непродуктивность стратегии лечения, при которой контакт между врачом и пациентом сведен к рутине и минимальному общению. Такая стратегия не способствует созданию качественного терапевтического альянса [14]. Изучение психологических

аспектов, влияющих на формирование приверженности к лечению, эмоционально-личностных и поведенческих особенностей подростков с НПП, дает возможность разработать алгоритмы и программы сопровождения, что позволит улучшить качество оказываемой помощи, способствовать успешному терапевтическому альянсу, обеспечивающему благоприятный исход заболевания [15].

Цель. Изучение психологической специфики и характеристик внутренней картины болезни пациентов с различными формами НПП.

Материалы и методы. В период с октября 2022 года по май 2023 года на базе СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» проведено исследование, в котором приняли участие 256 подростков в возрасте от 13 до 17 лет. Основную группу составили 136 девушек-подростков (средний возраст $15,6 \pm 1,4$ года), получающих комплексную помощь по Программе сопровождения пациентов с НПП. В контрольную группу вошли 120 девушек (средний возраст $15,5 \pm 0,9$ года), не имеющих установленного диагноза («расстройства приема пищи»), учащихся средних и средних специальных учебных заведений.

Основная группа исследования формировалась согласно следующим критериям: наличие добровольного информированного согласия пациентов на участие; возраст от 10 до 17 лет включительно; получение комплексной помощи по Программе сопровождения пациентов с НПП (установленный диагноз «расстройства приема пищи»); отсутствие показаний для стационарного лечения.

Для достижения поставленной цели в процессе исследования использовались биографический метод, шкала оценки пищевого поведения (ШОПП), сокращенный тест Мини-Мульт/СМОЛ, многомерная шкала перфекционизма Хьюитта-Флетта, интегративный тест тревожности (от 12 лет) / Шкала тревоги

Спилбергера-Ханина (от 16 лет), шкала депрессии Бека (подростковый вариант), методика выявления склонности к суицидальным реакциям (СР-45), опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса, методика «ТОБОЛ». Для обработки полученных данных применялись методы математической статистики (сравнительный анализ с помощью *t*-критерия Стьюдента, корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что пациентки, получающие комплексную помощь по программе сопровождения лиц с НПП, придерживаются стратегии избегания неудач, для них характерны избегание и конфронтация в ситуациях стресса. Среди личностных особенностей выделяются повышенная тревожность, депрессивные тенденции, высокие показатели перфекционизма и повышенный суицидальный риск. При длительном течении заболевания депрессивные и тревожные черты личности актуализируются, все более преобладают неконструктивные способы совладания со стрессом. В большинстве случаев приверженность к лечению определяется семейным статусом подростка и длительностью заболевания, формируя дезадаптивное отношение к болезни. Чем больше длительность заболевания (более полутора лет) или чем позже подросток обращается за помощью, тем более выражены признаки депрессии и тревоги, следовательно, расстройству пищевого поведения с большей вероятностью будет сопутствовать другое психическое расстройство. При длительном течении заболевания у пациентов снижаются самоконтроль и положительная переоценка в стрессовых ситуациях. Подростки реагируют на фрустрирующие стимулы более импульсивно, отсутствует рациональный подход к обдумыванию проблем. Результаты исследования свидетельствуют о том, что семейная ситуация развития, в частности неполная семья, влияет на фон настроения и на эмоциональное

состояние в целом (подростки, воспитывающиеся одним родителем, характеризуются эмоциональной лабильностью и личностной тревожностью). Неполный состав семьи в совокупности с аномальным стилем воспитания чаще не способствуют формированию гармоничного типа отношения к болезни. Более того, такой стиль воспитания способствует формированию апатического типа отношения к болезни, нежеланию занимать активную позицию в процессе лечения.

Также для пациенток с НПП характерны сверхзабоченность своим состоянием, неверие в положительный исход лечения, высокая ранимость в отношениях с окружением, связанная со страхом произвести неблагоприятное впечатление своим состоянием. Опираясь на данные исследования, с уверенностью можно заключить, что выявленные психологические особенности пациентов с НПП в совокупности с особенностями семейной ситуации развития формируют дезадаптивное отношение к заболеванию. Для пациентов с НПП характерны такие типы отношения к болезни, как меланхолический, апатический и сенситивный.

Заключение. Результаты исследования дают обоснованное представление об эмоционально-психологических и поведенческих характеристиках пациенток с НПП, влияющих на формирование терапевтического комплаенса.

Полученные взаимосвязи между изучаемыми психологическими параметрами (длительность заболевания, семейный статус, стиль воспитания и тип отношения к заболеванию) обосновывают необходимость комплексного (медико-психологического, социального) подхода к лечению НПП у подростков.

Для формирования эффективного терапевтического альянса с пациентами первостепенным является создание доверительной, эмоционально поддерживающей среды, исключающей авторитарный стиль общения, усиливающий конфронтацию пациентов, что, в свою очередь, может привести к преждевременному

прерыванию процесса лечения и реабилитации. В программы реабилитации (в рамках групповой и индивидуальной психотерапии) крайне важно включать не только обучение навыкам совладания со стрессом, эмоциональной и поведенческой саморегуляции пациентов, но и работу с семейной системой для коррекции неконструктивных паттернов детско-родительского взаимодействия, а также формирования благоприятного психологического климата, который будет мотивировать подростка на борьбу с болезнью.

Список литературы

1. Steinhausen H.C. The outcome of anorexia nervosa in 20-th century. *Am. J. Psychiatry*. 2002;159:1284–93.
2. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2011. № 1 (11). С. 39–49.
3. Фёдорова Е.Я. Особенности структуры самооотношения девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи: Сб. трудов Всероссийской научно-практ. конференции. СПб. 2020. С. 123–135.
4. Vandereycken V., Meerman R. *Anorexia nervosa: A Clinician's Guide to Treatment*. Berlin–New-York, 1984.
5. Jonson S., Flash A. Family characteristics of 105 patients with bulimia. *American Journal Psychiatry*. 1985;142(1):1321–4.
6. Герус Л.В. Особенности психогенных расстройств у больных алиментарно-конституциональным ожирением, прошедших хирургическое лечение. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1995. С. 65–76.
7. Балакирева Е.Е. Расстройства приема пищи (РПП) у детей и подростков // Психическое здоровье человека и общества.

Актуальные междисциплинарные проблемы: Сб. материалов. М.: КДУ, 2018. С. 689–700 / Под ред. Г.П. Костюка. Материалы научно-практ. конференции. М., 30 октября 2017 года.

8. Кононова Т.А., Гризан М.А. Психологические факторы развития суицидального риска у девушек-подростков с расстройствами пищевого поведения: Сб. трудов III научно-практ. конференции с междунар. участием «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения». СПб., 2019. С. 129–145.

9. Суворова В.В. Расстройства пищевого поведения, их распространенность среди подростков и молодых людей 14–25 лет. *Forcipe*. 2021.

10. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2006. С. 372.

11. Vandereycken W., Pierloot R. Drop-Out During inPatient Treatment of Anorexia Nervosa: a Clinical Study of 133 Patients. *Br. J Med. Psychol*. 1983;56:45–56.

12. Zeeck A., Hartmann A., Buchholz C., Herzog T. Drop Outs From in-Patient Treatment of Anorexia Nervosa. *Acta Psychiatr. Scand*. 2005;111:29–37.

13. Carter J.C., Bewell C., Blackmore E., Woodside D. Impact of Childhood Sexual Abuse in Anorexia Nervosa. *Child Abuse Negl*. 2006;30:57–69.

14. Hubert T., Pioggiosi Ph., Huas C., Wallier J., Maria A.-S., Apfel A., et al. Drop-out from adolescent and young adult inpatient treatment for anorexia nervosa. *Psychiatry research*. 2013;209:632–7.

15. Кононова Т.А. Комплексный подход к сопровождению пациентов с нарушением пищевого поведения. Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи / Под ред. А.С. Симаходского, В.П. Новиковой, М.Ф. Ипполитовой. СПб.: Санкт-Петербургский общественный фонд «Поддержка медицины», 2017. С. 369–371.

ПОДРОСТОК НА ПРИЕМЕ У СПЕЦИАЛИСТА: СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА

Кононова Т.А., Фёдорова Е.Я.

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

Резюме. Подростковый возраст – критический период в жизни человека, сопровождаемый фундаментальными изменениями в самовосприятии. Потребность в эмансипации, выраженная в поиске свободы и независимости, сочетается с неготовностью воспринимать взрослых как равных партнеров по общению. Подобная позиция может привести к нежеланию подростка идентифицироваться с ролью пациента, снижению мотивации к лечению, формальному выполнению или игнорированию рекомендаций специалистов. Неоспоримо влияние качества взаимоотношений между специалистом и пациентом на степень соблюдения подростком предписанных рекомендаций и выполнения лечебного плана. Учет возрастных особенностей подростка, эмпатическое отношение, а также знание медицинским персоналом основ успешной коммуникации способствуют созданию поддерживающей и уважительной обстановки во время консультирования. Доверие лечащему специалисту – основа для формирования у подростка мотивации на принятие активного участия в собственном выздоровлении, что является залогом успешного лечения пациента и повышения качества оказываемой помощи в целом.

Ключевые слова: коммуникация; подростки; терапевтический комплаенс; эффективное общение

Понятие терапевтического комплаенса. Терапевтический комплаенс представляет собой сотрудничество врача с пациентом

и соблюдение последним предписанных ему медицинских рекомендаций и лечебного плана [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, приблизительно половина пациентов с хроническими заболеваниями в развитых странах не следует предписаниям врачей, а в развивающихся странах эта проблема становится еще более значительной из-за ограниченных ресурсов в области здравоохранения и неравенства в доступе к медицинской помощи. Высокий уровень терапевтического комплаенса является важным фактором для успешного лечения и достижения клинических результатов, способным оказать значительное влияние на динамику заболевания и его исход [2]. Одним из критериев оценки успешности терапевтического комплаенса, безусловно, является эмпатическое отношение со стороны медицинского персонала, способствующее повышению уровня доверия между пациентом и специалистом. С учетом нозологических и возрастных особенностей пациентов именно этот аспект заслуживает внимания в контексте заявленной проблематики.

Психологические особенности подростков в контексте терапевтического взаимодействия. Подростковый возраст рассматривается как этап развития личности, процесс перехода от зависимого, опекаемого детства, когда ребенок живет по особым правилам, установленным для него взрослыми, к самостоятельной жизни. В этот период жизни происходят фундаментальные изменения в сфере самопознания подростка, имеющие кардинальное значение для всего последующего развития и становления личности. Данный этап развития характеризуется внутренними и внешними противоречиями. Потребность в эмансипации, выраженная в поиске свободы и независимости, сочетается с неготовностью воспринимать взрослых как равных партнеров по общению. Взрослый – источник организации и обеспечения жизни подростка, причем организаторская функция взрослых воспринимается подростками чаще как ограничительная.

Подростки зачастую практикуют поведение, выходящее за рамки конструктивного, подчеркивая собственную независимость, демонстрируя протест против, как им кажется, навязанных взрослыми правил. В свою очередь, у взрослых подобная позиция зачастую вызывает активное сопротивление [3].

На самом деле за показной дерзостью и демонстрацией уверенности в себе подростки скрывают собственную ранимость и уязвимость, особенно в вопросах, связанных с принятием себя и состоянием здоровья. Так, по данным национального опроса родителей детей в возрасте 8–18 лет (проведенного детской больницей Мотт в США), оказалось, что $\frac{2}{3}$ подростков испытывают неудовлетворенность хотя бы одним аспектом своей внешности, а зачастую и сразу несколькими [4]. Внутренняя незащищенность подростков в сочетании с показной уверенностью, гиперчувствительность к критике со стороны окружающих (значимых взрослых) делает представителей данной возрастной группы достаточно трудными пациентами для специалистов. На пути к формированию эффективного терапевтического комплекса специалист, работая с подростком, может столкнуться со следующими трудностями:

- сложности в установлении партнерских взаимоотношений;
- недоверие специалисту, что чревато сокрытием важной для диагностики и лечения информации;
- непонимание подростком своей роли и ответственности в процессе лечения;
- снижение мотивации к лечению, неготовность выполнять рекомендации специалиста;
- пренебрежительное отношение к болезни, факторам риска.

Основы эффективного общения с подростком. Безусловно, формирование доверительных взаимоотношений между пациентом и специалистом крайне затруднено в условиях недостаточной информированности последнего о возрастных

особенностях подростка. Понимание мотивации, эмоционального состояния подростков и факторов, влияющих на готовность следовать рекомендациям специалистов, является основой для создания успешного терапевтического альянса.

Кроме того, не стоит забывать о правилах успешной коммуникации в целом. В процессе взаимодействия большую часть информации мы получаем вовсе не посредством вербальных сигналов (слов), а через невербальные средства общения, то есть через интонацию, жесты, позы и мимику. Невербальная коммуникация у подростков имеет особое значение для построения эффективного общения [5].

Таким образом, важно уделять внимание не только тому, что именно специалист говорит пациенту-подростку, но и как он это говорит. Кроме того, подросток в значимых для себя ситуациях зависит от поведения взрослых. Доброжелательное и уважительное поведение специалиста повышает вероятность конструктивного диалога с пациентом-подростком, создает атмосферу безопасности и доверия. В процессе консультирования подростков следует обратить особое внимание на основные аспекты невербальной коммуникации.

Интонация. По результатам исследования университета Кардиффа, в котором приняли участие 486 юношей и 514 девушек в возрасте 14–15 лет, одно и то же сообщение, сказанное подростку с различными интонациями, вызывает у него разные эмоциональные и поведенческие реакции [6]:

- командно-контролирующая интонация доносит смысл фраз с нажимом, фактически принуждая подростка совершить определенное действие; давление вызывает контрпродуктивный эффект и ответную негативную реакцию;
- нейтральная интонация вызывает нейтральную реакцию, однако также не способствует повышению мотивации подростка к выполнению действия;

- автономно-поддерживающая интонация используется для поощрения и поддержки, создает доверительную атмосферу и мотивирует подростка на выполнение действия без давления.

Жестикуляция. Жесты закрепляют слова, мысли и идеи, которые специалист намерен донести до подростка. Яркие жесты отражают позитивные эмоции и располагают к искренности и доверию. В процессе консультирования демонстрация открытых (приглашающих) жестов придает уверенности специалисту, повышая уровень убедительности его слов, а также создает комфортный для подростка психологический микроклимат. Следует избегать экспрессивной жестикуляции, частого повторения одних и тех же движений, создающих впечатление хаоса и дезорганизации общения.

Визуальный контакт является исключительно важной частью общения, информирующей о заинтересованности специалиста, а также его сосредоточенности на том, что говорит пациент. Прямой зрительный контакт, сопровождаемый улыбкой, способствует более скорому установлению доверия между специалистом и пациентом.

Тактика формирования терапевтического альянса с подростком. В процессе взаимодействия специалиста с подростком особое внимание следует уделять следующим этапам приема:

1) этап знакомства закладывает фундамент для установления доверительных отношений между специалистом и пациентом. На этом этапе особое внимание следует уделить подтверждению адресности обращения и информированию подростка о продолжительности и структуре приема, остановиться на необходимости проведения инструментальных и лабораторных исследований;

2) этап введения пациента в поле профессиональных интересов включает сбор жалоб и уточнение запроса. При сборе информации в самом начале диалога, как правило, задают

открытые вопросы, затем – альтернативные, а в самом конце – закрытые уточняющие вопросы. В процессе следует использовать технику активного слушания, что подчеркивает заинтересованность специалиста в консультации, создает условия для формирования атмосферы доверия. Перефразируя слова пациента, уточняя правильность полученной информации, подробно объясняя ему причинно-следственные связи, специалист предоставляет подростку возможность самостоятельно оценить собственное состояние, а также принять ответственность за него;

3) крайне важно донести до подростка необходимость проведения осмотра и/или обследования. Пациент должен четко понимать, что именно он получит после проведения данных манипуляций, а также осознавать, что данные процедуры являются необходимым элементом для его лечения. Специалисту следует уточнить готовность подростка к осмотру, подробно информировать, каким образом он будет проходить, а также подчеркнуть, что после осмотра специалистом обязательно будут даны комментарии (рекомендации);

4) на завершающем этапе приема необходимо обозначить подростку границы его ответственности и ответственности специалиста. Таким способом специалист дает знать подростку, что успешное лечение возможно только в альянсе, распределяя, кто и за что в этом альянсе ответственен, тем самым мотивируя подростка принять активное участие в собственном выздоровлении. Формулирование рекомендаций происходит с учетом возрастных особенностей подростка и с обязательным объяснением причинно-следственных связей, включая информирование о необходимых процедурах, лекарствах, а также изменения образа жизни.

Выводы. Подростковый возраст является критическим периодом, требующим особого внимания и учета в клинической практике. К сожалению, возрастные особенности подростков не всегда учитываются должным образом, что может стать препятствием

на пути формирования высокого уровня терапевтического комплаенса и как следствие – привести к снижению эффективности оказываемой помощи. Успешное лечение подростков требует демонстрации эмпатийного отношения, уважения и принятия со стороны специалиста. Подобный подход стимулирует подростка на осознание и принятие собственной роли в сохранении здоровья (в том числе репродуктивного), мотивирует на развитие отношений сотрудничества между ним и лечащим врачом. Однако следует отметить, что каждый пациент уникален и может иметь какие-либо особенности, влияющие на качество комплаенса. Индивидуальный подход является неотъемлемой основой для построения конструктивного взаимодействия и формирования терапевтического альянса с подростком.

Список литературы

1. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. Вып. 2. ISSN 2074-2711.
2. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WorldHealth Organization. 2003, 212 p.
3. Шамсутдинова И.Ф. К проблеме взаимосвязи социальной ситуации развития и чувства взрослости в подростковом возрасте // Интеллектуальный потенциал XXI века: ступени познания. 2012. № 12.
4. Mott C.S. Children's Hospital National Poll on Children's Health. Parents' perception of their child's body image. September 19, 2022;41(5).
5. Горянина В.А. Психология общения: Учебное пособие. М.: Академия, 2004. 416 с.
6. Weinstein N., Vansteenkiste M., Paulmann S. Listen to your mother: Motivating tones of voice predict adolescents' reactions to mothers. *Developmental Psychology*. 2019;55(12):2534–46.

СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ КОНСТРУКТА «ВНУТРЕННЯЯ РОДИТЕЛЬСКАЯ ПОЗИЦИЯ» У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ

Тацкий В.Н., Сметанина С.Р.

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

Актуальность. Воспитание ребенка с особенностями развития всегда требовало и будет требовать особого подхода. Исключительно важная роль в этом процессе отводится матери такого ребенка, а в частности – ее «внутренней родительской позиции».

Цель. Рассмотрение содержательных особенностей внутренней позиции матерей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии.

Материалы и методы. Одним из инструментов, определяющих взаимодействие ребенка и родителя, является конструкт «внутренняя родительская позиция». В связи с этим на базе Детского клинического центра г. Макеевки Донецкой области был изучен (в их целостности и взаимовлиянии) ряд феноменов, регулирующих поведение родителя в отношениях с ребенком. Исследовались следующие характеристики: способность понимать состояние ребенка и причины этого состояния, способность к сопереживанию, безусловное принятие ребенка, принятие себя как родителя, положительный эмоциональный фон взаимодействия и стремление к телесному контакту с ребенком, оказание ему эмоциональной поддержки, ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия, положительные чувства при взаимодействии с ребенком.

Результаты и обсуждение. В результате исследования было определено, что у матерей детей с подтвержденной

внутриутробной задержкой в развитии наблюдается ощущение подчиненности и зависимости своей жизни от ребенка, они нередко воспринимают участие отца в процессе воспитания как недостаточное, отмечают нехватку поддержки с его стороны. Характеризуя себя, женщины часто отмечают самопожертвование, сопровождающееся невозможностью реализовать себя в профессии и уменьшением времени и возможностей на социальные контакты вне границ семьи; они нередко недооценивают свои личностные качества, могут быть ранимыми, проявлять непримиримость к своим чертам характера и тяжело воспринимать критику в свой адрес.

Выводы. Результаты исследования доказывают, что появление в семье «особенного» ребенка изменяет у матери характеристику конструкта «внутренняя родительская позиция», а именно: 1) меняет самооценку в сторону снижения; 2) сжимает границы самого конструкта и выстраивает его в подчиненное положение. Содержание «внутренней позиции матери», воспитывающей ребенка с подтвержденной внутриутробной задержкой, можно использовать при разработке содержания и методов психологической помощи семьям с «особенными» детьми.

НЕМОТИВИРОВАННЫЙ ПОДРОСТОК НА ПРИЕМЕ: СТРАТЕГИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Ачик Н.Д., Кононова Т.А.

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

Психологическое консультирование подростков в условиях Центра охраны репродуктивного здоровья требует понимания возрастных аспектов психопатологии и специфики психосоматических расстройств, обусловленной как физиологическими, так и психологическими изменениями на данном этапе.

В консультировании подростков часто встречаются такие трудности, как отсутствие четкого понимания у пациента целей психологического консультирования; трудности установления причинно-следственных связей, дифференцирования и вербализации собственных эмоций, а следовательно, непонимание влияния психогенных факторов на соматическое здоровье; абстрактный, сверхобобщенный или формальный характер запроса; жалобы и запрос, исходящие исключительно от родителей. Таким образом, на приеме оказывается немотивированный подросток со всеми присущими возрасту поведенческими проявлениями – от негативизма до различных форм девиантного поведения.

Работа, направленная на формирование мотивации у подростка, включает в себя следующие задачи:

- прояснение или помощь в формулировании запроса;
- объяснение в доступной форме роли психогенных факторов в патогенезе психосоматических расстройств;
- формирование реалистичных ожиданий, определение конкретных, достижимых и измеримых целей.

Необходимо отметить учет принципа добровольности, уважение к решению об отказе от консультирования. Важно убедиться, что подросток понимает предоставленную информацию о возможностях психологического консультирования, осведомлен о возможностях и способах обращения за психологической помощью.

Также в формировании мотивации существенную роль играет взаимодействие психолога с пациентом: подросток – субъект взаимодействия, принимает активное участие в процессе, что на данном возрастном этапе может быть непривычным паттерном поведения, так как чаще он являлся объектом воспитания, обучения, лечения и был относительно пассивен. «Субъект-субъектное» взаимодействие предполагает «прозрачность» процесса: важно обсуждать с подростком цели работы в целом и применения отдельных методик или техник, субъективную оценку выполнимости и эффективности рекомендаций, динамику состояния и стратегии интервенций, распределение ответственности, предоставлять информацию о его состоянии и процессе консультирования (в том числе об этических, юридических и иных аспектах).

РОЛЬ ПСИХОТРАВМЫ В ФОРМИРОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Ачик Н.Д.

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

Резюме. Представлен обзор отечественной и зарубежной литературы по результатам эмпирических исследований по проблеме аутодеструктивного поведения у подростков. Описаны нейробиологические изменения, объясняющие ряд эмоциональных, поведенческих и когнитивных последствий психотравматизации. Рассмотрены различные подходы к исследованию проблемы взаимосвязи психотравмы и аутодеструкции, описано влияние психотравмы на развитие личности, склонной к различным видам аутодеструктивного поведения.

Ключевые слова: аутодеструктивное поведение; психотравма; аутоагрессия; посттравматическое стрессовое расстройство

Понятие аутодеструктивного поведения. Проблема диагностики, превенции и коррекции аутодеструктивного поведения (АДП) у подростков является одной из основных не только для клинических психологов и психиатров, но и для психологов и педагогов образовательных учреждений, специалистов в сфере социальной защиты населения. Среди подростков наиболее распространены такие формы АДП, как различные аддикции, несуицидальное самоповреждающее поведение, рискованное поведение, суицидальное поведение. Распространенность и частоту АДП в подростковой среде не представляется возможным оценить достоверно ввиду отсутствия статистических данных

и из-за научных противоречий относительно отнесения тех или иных форм поведения к аутодеструкции.

На протяжении полутора веков в трудах российских и зарубежных авторов затрагивалась проблема АДП, однако единого подхода к пониманию этиологии и даже определению форм поведения, которые следует относить к аутодеструкции, нет и на сегодняшний день. С точки зрения А.В. Ипатова, к АДП следует относить любые формы поведения – как осознанного, так и неосознанного, наносящие ущерб соматическому или психологическому здоровью человека.

Еще З. Фрейд описывал феномен «влечения к смерти» – танатос, то есть предполагалось, что деструктивность заложена в природе человека. Вышеуказанные представления З. Фрейда развивали в своих трудах о проблеме АДП такие авторы, как Э. Фромм, А. Адлер, К. Хорни и К. Меннингер, К. Роджерс и А. Маслоу; представители гуманистического подхода в психологии в качестве ведущего фактора в этиологии АДП выделяли фрустрированную потребность личности в самоактуализации.

Феноменологический подход в исследовании проблемы АДП представлен в трудах Э. Шнейдмана и Н. Фарбероу – основоположников суицидологии. Э. Шнейдман указывал на то, что причиной саморазрушающего поведения следует считать психалгию – непереносимую душевную боль, возникающую вследствие фрустрации потребностей человека. Позднее представления о психалгии в этиологии аутодеструкции развивались в трудах А.Н. Моховикова.

Представители когнитивно-поведенческого подхода указывают на необходимость учета не только личностных факторов, но и воздействия окружающей среды, контекста ситуации. А. Бэк указывал на ригидность, негибкость мышления, проявляющуюся в когнитивных ошибках и искажениях, и безнадежность как на основные психологические факторы АДП. Р. Лазарус

и Дж. Хейм описывают устойчивые паттерны поведения, направленного на совладание со стрессом, – копинг-стратегии. Предполагается, что у лиц с АДП преобладает использование неадаптивных копингов.

Ряд исследований посвящен выявлению факторов риска и предикторов АДП. На основании трудов Д.А. Джобса, И.М. Петерсона, Р.Ф. Девеллиса, Дж. Грот-Марнат, К.Н. Нельсона, В. Даунинг, К. Франчини и др. можно выделить основные предикторы АДП (рис. 1).



Рис. 1. Предикторы аутодеструктивного поведения

Б.С. Банников, Т.С. Павлова, К.А. Кошкин и А.В. Летова предложили разделить факторы риска на актуальные (безнадежность, одиночество и др.) и потенциальные (акцентуации характера, особенности семейного функционирования [1–2]. А.Г. Амбрумова с соавторами разделили различные формы АДП на следующие типы:

- суицидальное поведение, то есть осознанные действия, направленные на добровольный уход из жизни;
- суицидальные эквиваленты и АДП – неосознанные действия при отсутствии сознательного стремления к суициду, приводящие к причинению физического вреда или смерти;

- несуицидальное аутоагрессивное поведение, характеризующееся сознательным причинением физического вреда без суицидальных замыслов, действия заведомо не представляют опасности для жизни [3–4].

АДП может быть направлено на саморегуляцию (преодоление психалгии, снижение психоэмоционального напряжения, обретение контроля) и межличностную регуляцию (коммуникация, манипуляция, способ привлечения внимания) [5].

АДП в подростковом возрасте. В подростковом возрасте отмечаются такие виды АДП, как несуицидальное самоповреждающее поведение, химические и нехимические аддикции, рискованное поведение, суицидальное поведение и расстройства пищевого поведения.

Факторы риска АДП у молодежи описаны в работах Н.В. Басалаевой, Т.В. Захаровой, П.В. Безменова, Н.В. Карповой, А.Ю. Бархатовой, Н.Д. Узлова и М.Н. Семёновой. Анализ исследований позволяет выделить факторы риска АДП в подростковом возрасте. К личностным факторам относят эмоциональные (безнадежность, депрессия, одиночество, тревога и др.), когнитивно-оценочные (например, негативное отношение к собственной личности, негативные представления о собственном будущем, низкая ценность жизни и здоровья) и поведенческие. Необходимо отметить, что эти личностные факторы могут лишь указывать на наличие внутренней готовности к реализации различных форм АДП, но еще не указывают на его реализацию. «Диатез-стресс модель» предполагает наличие предрасположенности к АДП, которая проявляется в поведении при определенных условиях. К таким условиям относят ситуационные факторы риска – например, конфликты со сверстниками, близкими, педагогами [6–7].

К факторам формирования АДП у подростков также относят:

- поворот агрессии против себя (в силу того, что проявление агрессии по отношению к другим представляется

социально неприемлемым, активно порицается взрослыми, подросток не имеет иной возможности отреагирования эмоции, кроме как проявить агрессию по отношению к себе);

- постоянное психоэмоциональное напряжение;
- непринятие собственного тела;
- нарушения привязанности;
- типы семейного воспитания (чаще – гипопротекция и эмоциональное отвержение);
- чувство вины, часто связанное с иррациональными долженствованиями и представлениями о собственном несоответствии ожиданиям других (чаще – значимых взрослых);
- демонстративное поведение как способ привлечь внимание к собственной личности, психоэмоциональному состоянию и актуальной ситуации с целью получить поддержку и помощь [8–10].

Психотравма: влияние на личность, эмоциональное состояние и поведение. Проблема психотравмы представлена в трудах многих авторов и чаще рассматривается в контексте посттравматического стрессового расстройства. К факторам, определяющим травматичность того или иного события для психики, относят внезапность, продолжительность, отсутствие аналогичного опыта, угрозу жизни или здоровью (собственному или близких), экспозицию смерти, повторяемость, потерю контроля, ощущение беспомощности, социальную изоляцию, наличие морально-этических дилемм и др.

Современные представления о психотравме не ограничивают определение событий как травматических исключительно наличием объективной угрозы жизни. Так, например, Г. Фишер определяет психотравму как следствие сверхинтенсивной психической нагрузки в ситуациях, представляющих катастрофическими для человека, когда он не способен предотвратить

или предпринимать активные действия, направленные на позитивное разрешение проблемы [11].

При исследовании реакции на травматическое событие необходимо учитывать ряд факторов: наличие реальной угрозы жизни, интенсивность, частота и продолжительность события, наличие поддерживающего социального окружения, состояние здоровья, наличие хронических стрессов и переутомления, физиологические и генетические особенности, индивидуально переживаемое ощущение собственной способности противостоять опасности [12].

В.А. Кожевниковой было введено понятие постстрессового патопсихологического симптомокомплекса, включающее в себя всю совокупность психологических последствий травматической ситуации, а именно: появление или усиление таких особенностей, как подозрительность, отгороженность, специфические эмоциональные и поведенческие реакции, избегающее поведение, ригидные неадаптивные механизмы психологических защит и совладающего поведения, значительная диссоциация ценностно-смысловой сферы [13].

По мнению Е. Josse, к последствиям психотравмы можно отнести риск формирования расстройства личности, причем чем менее сформирована личность на момент травматизации (чем младше возраст), тем выше риск [14]. А. Ehlers, D. Clark описывают типы когнитивных оценок травмировавшего события и среди характерных указывают на свержение, катастрофизацию, персонализацию [15]. Так формируются негативные убеждения о собственной личности, окружающих и мире в целом, иррациональные долженствования и чувство вины («я плохой», «люди злые», «мир несправедлив», «я должен все контролировать») [16]. Психотравма приводит также к нарушению целостности картины мира, которая, в соответствии с концепцией Р. Яноф-Бульман, позволяет оценивать события с точки зрения безопасности.

Так формируются имплицитные, глобальные и устойчивые представления человека о собственной личности и окружающем мире – базисные убеждения, влияющие, согласно взглядам А.В. Котельниковой и М.А. Падун, на мышление, эмоциональное состояние и поведение человека [17].

Анализ данных ряда эмпирических исследований позволяет утверждать, что к наиболее распространенным последствиям психотравмы можно отнести эмоциональную дисрегуляцию, что может быть связано с рядом нейробиологических изменений:

- снижение концентрации гамма-аминомасляной кислоты, уменьшающей активность нервной системы и обладающей успокаивающим эффектом;
- снижение концентрации серотонина, что вызывает тревогу, руминации, раздражительность, агрессию;
- нарушение активности вентромедиальной префронтальной коры головного мозга, участвующей в контроле эмоций;
- нарушение активности передней поясной коры, регулирующей ответ миндалевидного тела на эмоционально окрашенные стимулы и координирующей взаимодействие мыслей и эмоций, а также отвечающей за принятие решений и саморегуляцию;
- снижение воздействия префронтальной коры и поясной коры на миндалевидное тело, приводящее к затруднениям контроля над негативными эмоциями и реакциями типа «бей или беги»;
- изменение активности островковой доли, отвечающей за восприятие телесных ощущений и эмоций.

Характерным является состояние сверхбдительности, причинами которого могут быть следующие изменения:

- повышение концентрации трийодтиронина;
- повышенная чувствительность адреналиновых рецепторов в префронтальной коре мозга;

- снижение концентрации гамма-аминомасляной кислоты, уменьшающей активность нервной системы и обладающей успокаивающим эффектом;
- снижение концентрации серотонина, приводящее к тревоге, раздражительности, агрессии, руминациям;
- повышение активности миндалевидного тела, функцией которого является быстрое распознавание потенциальной угрозы и активация защитной реакции типа «бей или беги»;
- снижение активности, а иногда и уменьшение в размере гиппокампа, отвечающего за запоминание и хранение информации, что приводит к восприятию безопасных ситуаций как угрожающих;
- усиление взаимодействия миндалевидного тела и островковой доли, приводящее к восприятию собственных ощущений и эмоций как опасные или невыносимые;
- хронический тип реакции «бей или беги», связанный с активацией симпатической нервной системы, в тех случаях, когда получение помощи не представляется возможным для человека, и характеризующийся гневом или паникой, постоянным нервным возбуждением.

Сниженный фон настроения, апатию, ангедонию связывают с такими изменениями, как снижение уровня дофамина и хроническое следование типу реакции «замирание», связанному с активацией парасимпатической нервной системы в тех случаях, когда не представляется возможным оказать активное противостояние опасности.

Также отмечаются характерные нарушения когнитивной сферы:

- снижение концентрации внимания, связанное со снижением уровня дофамина, нарушением фильтрации информации таламусом, из-за чего несущественные сенсорные стимулы нарушают концентрацию внимания на текущей

задаче, снижением активности дорсомедиальной фронтальной коры головного мозга;

- нарушения памяти, связанные со снижением активности и уменьшением размера гиппокампа;
- нарушение обработки и интеграции сенсорной информации, пространственной ориентации, связанные с изменениями активности теменных долей и задней поясной коры [18–27].

Недостаточная активность вентромедиальной префронтальной коры приводит к нарушениям самосознания и саморегуляции, а дорсомедиальной префронтальной коры – к трудностям в принятии решений, нарушениям исполнительных функций головного мозга, проблемам развития социального интеллекта. Снижение активности префронтальной коры, связанное с постоянным нахождением организма в режиме тревожной активации, приводит к астенизации, снижению мотивации к достижению целей, трудностям планирования, прогнозированию последствий собственных действий, трудностям дифференцирования и вербализации как собственных, так и чужих эмоций.

Психотравма в этиопатогенезе аутодеструктивного поведения. Проблема взаимосвязи психотравмы и АДП отражена в исследованиях разных авторов. Например, влияние семьи описано А.Ф. Минуллиной, О.Ю. Сорбаевой, А.А. Шаровым, влияние буллинга – А.В. Милехиным, А.А. Волочковым, И.А. Фурмановым, В.Е. Купченко, влияние ряда других факторов – А.Е. Личко, Ю.В. Поповым, А.А. Пичиковым, В.А. Розановым и др. М. Мюррей указывает на то, что ребенок, не имея возможности отреагировать на травматические переживания, подавляет психалгию, что является потенциальным риском серьезного физического и эмоционального вреда в будущем [28].

Анализ теоретических и эмпирических исследований позволяет выделить следующие подходы к пониманию данной взаимосвязи:

- АДП как симптом посттравматического стрессового расстройства. Данный подход не объясняет этиологии аутодеструкции, скорее – констатирует наличие взаимосвязи;
- психотравма как ситуационный фактор риска, то есть условие для реализации личностной готовности к аутодеструктивному поведению. В этом случае предполагается необходимость учета преморбидных свойств личности, наличия predispositional факторов риска;
- психотравма как фактор посттравматического развития личности, формирования predispositional факторов риска АДП. В рамках данного подхода рассматривается специфическое влияние психотравмы на развитие личности.

Выводы. На основании анализа теоретических и эмпирических исследований можно сделать вывод о том, что психотравма оказывает существенное влияние на развитие личности и психоэмоциональное состояние подростка. К predispositional факторам риска АДП можно отнести следующие последствия психотравмы: эмоциональная дисрегуляция, психалгия, негативные убеждения о собственной личности, окружающих людях и мире в целом, трудности дифференцирования и вербализации собственных чувств и эмоций, трудности в прогнозировании последствий собственных действий.

Список литературы

1. Морозова И.С., Белогай К.Н., Евсеенкова Е.В. К проблеме систематизации теоретических подходов к изучению аутодеструктивного поведения в традиционной и постнеклассической психологии // Общество: социология, психология, педагогика. 2018. №8.
2. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития

суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. Т. 6. № 4 (21). С. 21–32.

3. Руженков В.А., Руженкова В.В. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения // Суицидология. 2014. №1 (14). С. 41–51.

4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации. М., 1980

5. Аутодеструктивное поведение в подростковом возрасте: профилактика и основы психолого-медико-педагогической помощи: Метод. рекомендации / Авт.-сост. Н.А. Польская. М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2019.

6. Евсеенкова Е.В. Факторы риска аутодеструктивного поведения у старших подростков // СибСкрипт. 2019. №1 (77).

7. Ачик Н.Д. Жестокое обращение с детьми как фактор риска суицида в подростковом возрасте // Психология XXI века: Вызовы нового времени. Сб. материалов XVI Междунар. науч.-практ. конф. 26–27 ноября 2020 г. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2020. С. 120–126.

8. Нелаев М.В., Иванова В.П., Савинова О.Н. Медико-педагогическое обоснование аутоагрессивного состояния детей и подростков // Саморазрушающее поведение детей и подростков: Материалы областной научно-практ. конференции. Иркутск, 24 февраля 2021 г. / Под ред. д.м.н. О.П. Ворсиной. Иркутск: ИНЦХТ, 2021. С. 86–94.

9. Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г., Кузнецова С.О. Аутоагрессивное несуйцидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 2. С. 21–40.

10. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017. 366 с.

11. Fischer G. Einfuhrung in die Theorie und Praxis der Traumatherapie // F. Brecht & J. Schroder (Hrsg.). Trauma und

Traumatherapie. Grenzen, Forschung, Möglichkeiten. Heidelberg: Heidelberger Hochschulverlag. 2014. S. 37–59.

12. Петрова Е.А. Детские психотравмы: проблема отсроченного влияния на личность человека // Вестник Новгородского гос. ун-та. 2014. № 79. С. 96–99.

13. Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А. Особенности изменений личности и социального функционирования у жертв экстремальных ситуаций // Междунар. мед. журнал. 2012. № 1. С. 6–10.

14. Josse E. Le traumatisme psychique: chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent (фр.). Bruxelles: Groupe de Boeck, 2011. P. 66–170.

15. Гараян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 46–72.

16. Петрова Е.А. Влияние детского психотравматического опыта на формирование иррациональных установок взрослых // Вестник Новгородского гос. ун-та. 2017. № 1 (99). С. 44–48.

17. Фоменко Г.Ю., Фролов А.А. Самооценка и базисные убеждения личности: содержание взаимосвязи и методы исследования // Южно-российский журнал социальных наук. 2018. Т. 19. № 3. С. 58–74.

18. Sweeton J. Trauma Treatment Toolbox: 165 Brain-Changing Tips, Tools & Handouts to Move Therapy Forward – Wisconsin: PESI Publishing, 2019. 283 p.

19. Бессел ван дер Колк. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают. THE BODY KEEPS THE SCORE. Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma / Пер. с англ. М.: Бомбора, 2020. 464 с.

20. Mintie D., Staples J.K. Reclaiming Life after Trauma: Healing PTSD with Cognitive-Behavioral Therapy and Yoga. Rochester, Vermont: Healing Arts Press, 2018. 192 p.

21. Minton K., Ogden P., Pain C. Le trauma et le corps: Une approche sensorimotrice de la psychothérapie. De Boeck Supérieur, 2016. 496 с.

22. Etkin A., Wager T.D. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia // American Journal of Psychiatry: journal. 2007 Oct. V. 164. № 10. P. 1476–88.

23. Lee D.A., James S. The Compassionate-Mind Guide to Recovering from Trauma and PTSD: Using Compassion-Focused Therapy to Overcome Flashbacks, Shame, Guilt, and Fear. New Harbinger Publications, 2013. 224 p.

24. Frewen P., Lanius R. Healing the Traumatized Self: Consciousness Neuroscience Treatment. WW Norton, 2014. 416 с.

25. Bromis K., Calem M., Reinders A.A., Williams S.C., Kempton M.J. Meta-Analysis of 89 Structural MRI Studies in Posttraumatic Stress Disorder and Comparison with Major Depressive Disorder // American Journal of Psychiatry. 2018 July. V. 175. № 10. P. 989–98.

26. Olszewski T.M., Varrasse J.F. The neurobiology of PTSD: implications for nurses // Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2005 June. V. 43. № 6. P. 40–7.

27. Chatzitomaris A., Hoermann R., Midgley J.E., Hering S., Urban A., Dietrich B., et al. Thyroid Allostasis-Adaptive Responses of Thyrotropic Feedback Control to Conditions of Strain, Stress, and Developmental Programming // Frontiers in Endocrinology. 2017 July V. 8. P. 163.

28. Петрова Е.А. Влияние детского психотравматического опыта на формирование иррациональных установок взрослых // Вестник Новгородского гос. ун-та. 2017. № 1 (99). С. 44–48.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ГРУППОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ РЕСУРС

Гризан М.А., Кононова Т.А., Щепелина К.А.

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

Современные подростки сталкиваются с различными вызовами и стрессами, которые влияют на их эмоциональное и психическое благополучие. Отсутствие необходимых жизненных навыков для совладания с повседневными трудностями, а также повышенная уязвимость в период подросткового развития могут привести к расстройству процессов социальной адаптации, различным формам отклоняющегося, в том числе рискованного, репродуктивного поведения. Учитывая специфику подросткового периода, а также профилактическую направленность центров охраны репродуктивного здоровья, оптимальной формой взаимодействия с подростковой аудиторией следует назвать групповую работу (групповое консультирование) с использованием интерактивных технологий.

Интерактивные методы группового консультирования подразумевают формирование группы подростков с целью повышения их личностных компетенций, развития навыков контроля собственного поведения и эмоционального состояния. Такие методы реализуются через различные обучающие формы активности: семинары, ролевые игры, обсуждение случаев и тренинги навыков. Групповая форма работы с подростками имеет ряд преимуществ.

1. Освоение навыков работы в группе способствует повышению качества межличностного взаимодействия, работы в команде и формированию асертивного поведения подростков.

2. Занятия в группах обеспечивают подростков возможностью получения эмоционального опыта разрешения сложных жизненных ситуаций, мотивации к практике здорового репродуктивного поведения.

3. Групповая среда помогает подросткам осознать, что они не уникальны в переживании своих трудностей, создает условия для приобретения положительного опыта преодоления возникших проблем.

4. Групповое взаимодействие может быть эффективным в снижении симптомов эмоциональных нарушений (психосоматического напряжения, тревожности), коррекции самооценки подростков.

В Центре «Ювента» в рамках Школы репродуктивного здоровья подростков организованы циклы занятий с подростками, учащимися школ, колледжей, средних специальных образовательных учреждений различного профиля. Основной целью групповой работы является формирование у подростков необходимых компетенций и навыков для практики безопасного репродуктивного поведения, ответственного отношения к своему здоровью. Необходимо отметить, что программы занятий разработаны специалистами Центра «Ювента» в соответствии с современными требованиями по организации профилактических мероприятий, с учетом характеристик адресных групп подростков. Так, в 2018–2023 годах реализованы программы «Азбука здоровья» (для воспитанников центров содействия семейному воспитанию), «Азбука успеха» (для учащихся школ и средних специальных учебных заведений), профилактических акций «Защитись от ВИЧ» и другие (для студентов 1–3-го курсов высших учебных заведений). Ежегодно специалистами Центра «Ювента» (медицинскими психологами, врачами акушерами-гинекологами, урологами-андрологами, специалистом по социальной работе) проводится около 250 групповых занятий,

в которых принимает участие более 2000 подростков в возрасте от 10 до 17 лет.

Как показывает практика, групповая форма работы, основанная на интерактивном взаимодействии с подростками, способствует:

- 1) формированию мотивации к смене стереотипов рискованного поведения на более адаптивные модели;
- 2) развитию навыков и поведенческих стратегий, препятствующих вовлечению подростков в ситуации, связанные с опасностью для их жизни и здоровья (риск инфицирования, наступления нежелательной беременности);
- 3) формированию ответственного отношения подростков к своему репродуктивному здоровью;
- 4) формированию у подростков позитивного отношения к здоровому образу жизни, планированию семьи и ответственному родительству.

Таким образом, интерактивные методы группового консультирования подростков являются эффективным профилактическим ресурсом, способствующим формированию установок на здоровый образ жизни, практику безопасного репродуктивного поведения, освоение практических инструментов для управления своим эмоциональным и психическим благополучием.

ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ ЦЕНТРА «ЮВЕНТА» КАК РЕСУРС ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Кононова Т.А., Гризан М.А., Щепелина К.А.

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

Резюме. Телефонное психологическое консультирование является эффективным и удобным способом оказания поддержки и помощи при возникновении сложных жизненных ситуаций, кризисных состояний. Такая форма психологической помощи особенно востребована среди подростков и родителей, так как позволяет получить профессиональную помощь специалистов в удобное время, не нарушая границ конфиденциальности и анонимности. Психологическая помощь, оказываемая в формате телефона доверия, является ценным информационным ресурсом для формирования компетенций, необходимых для решения возникших повседневных трудностей, инструментом, поддерживающим психическое здоровье и способствующим практике безопасного репродуктивного поведения подростков.

Ключевые слова: телефон доверия; экстренная психологическая помощь; несовершеннолетние беременные; репродуктивное здоровье подростков

Целью организации службы «Телефон доверия» является обеспечение населения возможностью получения экстренной психологической помощи вне зависимости от пола, возраста или социального статуса абонента. Наличие такого рода службы позволяет обеспечить благополучную и психологически здоровую среду для проживания, способствовать расширению границ

возможности самопомощи абонентов. Психологическое консультирование в формате круглосуточного телефона доверия СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» (далее – Центр «Ювента») проводят медицинские психологи. Специалисты службы обладают профессиональными и личностными компетенциями, а также необходимыми знаниями для оказания психологической помощи и информирования подростков по вопросам сохранения репродуктивного здоровья.

Ежегодно в службу «Телефон доверия» Центра «Ювента» обращается более 5000 подростков. Основные проблемы связаны с трудностями выстраивания взаимоотношений с родителями, сверстниками, сложными ситуациями с учебой, переживаниями за свое психическое и соматическое здоровье, кризисными переживаниями, а также вопросами, касающимися непредвиденной беременности.

Статистические данные за 2021–2023 годы (по состоянию на 01.10.2023) свидетельствуют о повышении потребности населения в получении психологической помощи посредством службы «Телефон доверия» (рис. 1).

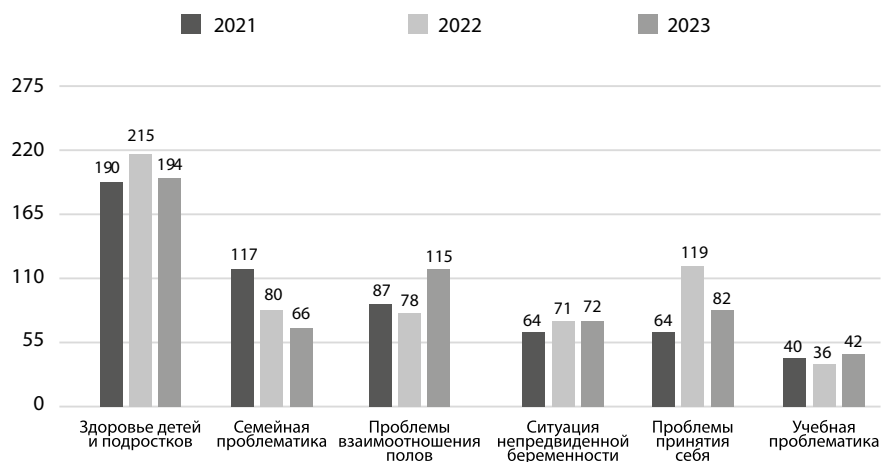


Рис. 1. Частота обращений за проблемно-разрешающим консультированием

При обращении несовершеннолетних и их родителей в службу «Телефон доверия» психолог выстраивает беседу определенным образом, отталкиваясь от конкретной ситуации, в которой находится абонент. Рост количества звонков-обращений за проблемно-разрешающим консультированием (рис. 1) позволяет выделить наиболее актуальные ситуации. Увеличение показателей на графике по шкалам «Проблемы взаимоотношения полов» и «Ситуации непредвиденной беременности» свидетельствует о повышении информированности абонентов о специфике работы Центра «Ювента», направленной на охрану репродуктивного здоровья подростков.

Сравнительные данные по полу и возрасту абонентов, обращающихся за телефонным консультированием, демонстрируют выраженную потребность в психологическом сопровождении не только подростков, но и взрослых абонентов (рис. 2).

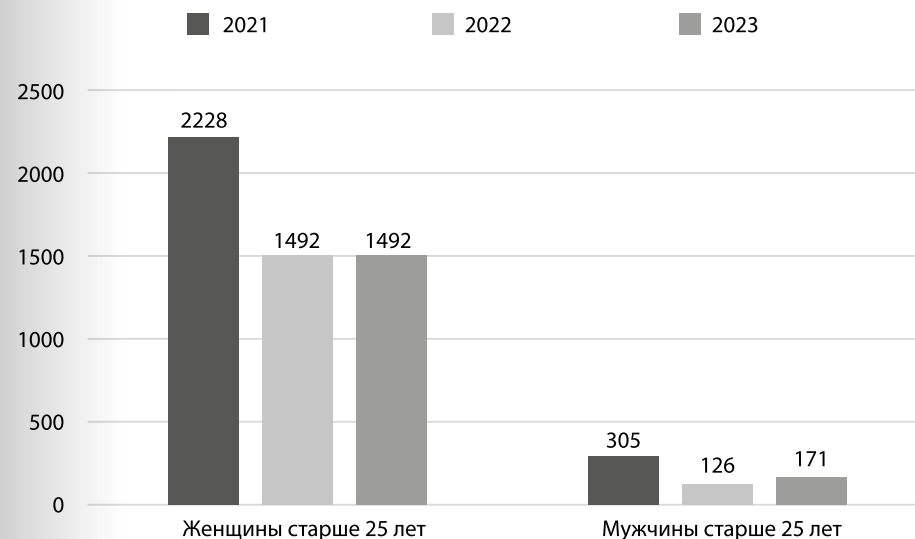


Рис. 2. Обращение в службу «Телефон доверия» лиц старше 18 лет: женщин / мужчин

Актуальность проблемы детско-родительских взаимоотношений определяется тем, что семья является средой, в которой подросток проходит этап формирования личностных качеств, перенимает жизненные ценности и навыки взаимодействия с социумом. Именно в семейной системе развивается критическое мышление, критерии оценки и дифференциации проявлений окружающей действительности. При обращении в службу «Телефон доверия» родители имеют возможность получить необходимую информацию об эффективном взаимодействии со своим ребенком, получить эмоциональную поддержку и ресурсную информацию для понимания дальнейшей тактики психологического сопровождения.

В службу «Телефон доверия» в рамках Центра «Ювента» абоненты обращаются за проблемно-разрешающим консультированием, эмоционально-поддерживающей терапией, психообразованием и получением информации. При обращении абонента за справочной или психообразовательной консультацией психолог службы «Телефон доверия» не только предоставляет запрашиваемую информацию, но и выстраивает комплаенс для продуктивного взаимодействия пациента со специалистами Центра. В процессе консультирования специалист подключает необходимые внутренние и внешние ресурсы абонента для преодоления состояния фрустрации. При кризисной интервенции основной задачей является оценка состояния абонента, выявление основной проблемы и поиск путей ее решения «здесь и сейчас». На рис. 3 показана статистика оказываемой помощи за 2021–2023 годы (по состоянию на 01.10.2023).

В процессе телефонного консультирования специалист определяет тактику взаимодействия с абонентом и необходимые техники для его сопровождения. Увеличение количества консультаций в рамках эмоционально-поддерживающей терапии обосновывается умением психолога создать доверительную

атмосферы беседы, в которой абонент может выразить свои эмоции, переживания. Используя технику эмпатии, психолог выстраивает взаимодействие таким образом, чтобы абонент смог осознать собственные чувства, разобраться в них, овладеть навыками и стратегиями саморегуляции. Эмоционально-поддерживающая терапия и ресурсирование является эффективными инструментами консультирования, дополняющими проблемно-разрешающее консультирование.

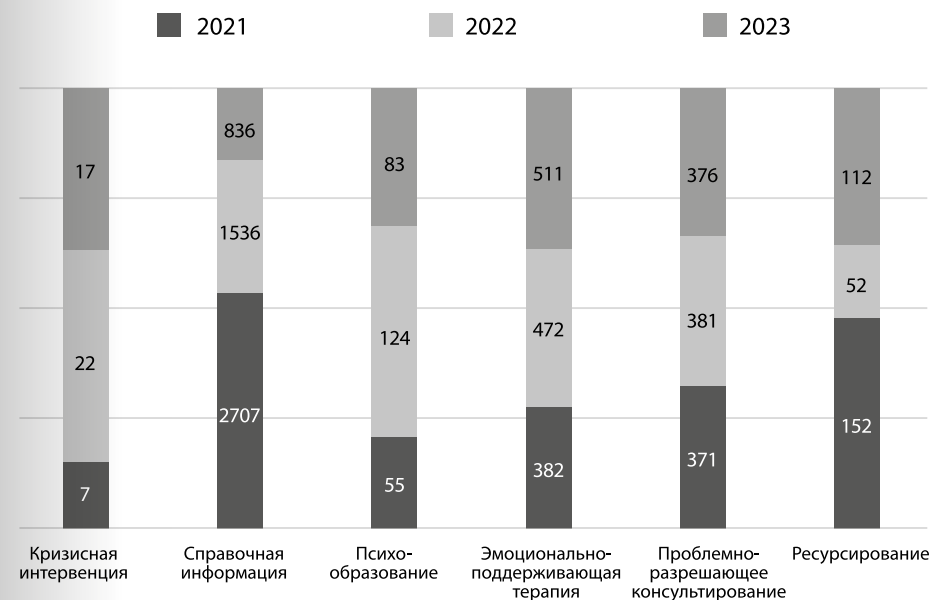


Рис. 3. Содержание оказываемой помощи

Эффективные техники в практике телефонного консультирования. В ходе телефонного консультирования психолог применяет различные техники, позволяющие наиболее полно и качественно оказать абоненту психологическую помощь. Подростковый возраст является ключевым периодом в формировании личности и отличается нестабильностью самооценки, высоким

поисковым потенциалом и осознанием собственных личностных границ. Использование таких техник психологического консультирования, как рефлексивное слушание, эмпатия и поощрение, позволяет установить терапевтический комплаенс с абонентом, обеспечить доверительные взаимоотношения за счет безусловного принятия позиции подростка.

При консультировании родителей несовершеннолетних важно использование таких техник, как присоединение, поиск альтернатив и позитивная переоценка, что создает возможность расширить взгляд родителя на имеющуюся проблему и оценить все возможные пути ее разрешения.

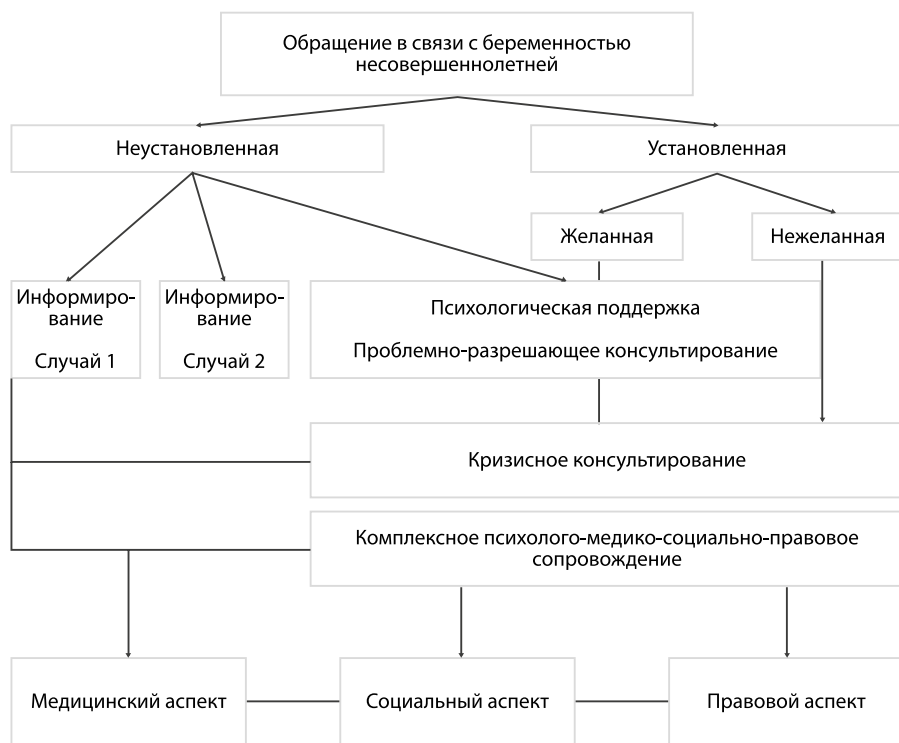


Рис. 4. Схема консультирования несовершеннолетних беременных

Алгоритм оказания психологической помощи несовершеннолетним беременным в формате телефонного консультирования.

В сфере психологической помощи беременным женщинам телефонное консультирование является эффективным инструментом для оказания поддержки и предоставления информации. В рамках работы Центра «Ювента» используется структурированный алгоритм оказания психологической помощи беременным женщинам (рис. 4).

Случай 1. Обращение с целью получения информации

В данной части алгоритма акцент делается на предоставлении информации о признаках беременности, методах ее предупреждения, а также адресах и контактных данных медицинских учреждений для обращения к специалистам.

Случай 2. Обращения с предполагаемой беременностью

В этой части алгоритма предлагается провести детальное выяснение оснований для предположения о беременности и предоставить информацию о возможных вариантах для уточнения беременности, таких как проведение теста на беременность и обращение к специалистам. Также важно обсудить эмоциональное состояние девушки и оценить ее отношение к возможной беременности. Предлагается обсудить чувства, которые она испытывает в связи с предполагаемой беременностью, а также эмоции в случае подтверждения или опровержения своих предположений. Важно обсудить важность и возможность обращения за получением консультации врача-гинеколога для проведения обследования и подтверждения / опровержения факта беременности.

Случай 3. Обращение с подтвержденной беременностью

В этой части алгоритма предлагается дать возможность девушке рассказать о своей ситуации, используя техники психологического консультирования. Затем следует выяснить ее отношение

к рождению детей, включая планирование рождения ребенка, желание или нежелание иметь ребенка, а также наличие решения о рождении или аборте. Если ребенок желанный, предлагается дать возможность рассказать об ожиданиях, связанных с ребенком. В случае нежелательной беременности важно обсудить препятствия, которые могут быть причиной решения о ее прерывании (возраст, неготовность иметь детей, отсутствие семьи, учеба, проблемы с партнером или родителями). Также важно проинформировать девушку о возможных последствиях аборта, важности обращения за поддержкой к близким и необходимости обращения к врачу для прохождения необходимого обследования.

Описанный алгоритм оказания психологической помощи несовершеннолетним беременным в формате телефонного консультирования позволяет эффективно оказать психологическую поддержку, предоставить необходимую информацию, стабилизировать эмоциональное состояние девушки для принятия ответственного решения в ситуации репродуктивного выбора.

Выводы. Психологическая служба «Телефон доверия» Центра «Ювента» является неотъемлемым ресурсом для сохранения и укрепления психологического, соматического, в том числе репродуктивного, здоровья подростков. Наличие алгоритмов психологического телефонного консультирования позволяет качественно и стандартизированно оказывать помощь несовершеннолетним и их родителям при различных состояниях и запросах.

Список литературы

1. Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Актуальные вопросы деятельности детского телефона доверия: обеспечение доступности и качества работы. М., 2013. URL: https://stimul-tmr.edu.yar.ru/docs/aktualnie_voprosi_deyatelnosti_dtd.pdf (дата обращения: 06.08.2023).

2. Агентство социальной информации. За 2019 год на детский телефон доверия позвонили почти 900 тыс. раз // Благотворительность и добровольчество, семья и дети. 05.02.2020. URL: <https://www.asi.org.ru/news/2020/02/05/za-2019-god-na-detskij-telefon-doveriya-pozvonili-pochti-900-tys-raz/> (дата обращения: 06.08.2023).

3. Чуганский С.А. Показатели эффективности психологического консультирования по телефону лиц, подвергшихся воздействию психологически травмирующего события. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2014. Т. 11. № 1. С. 174–188.

4. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006. 96 с.

5. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. Санкт-Петербург: Питер, 2018. 832 с.

6. Скавинская Е.Н. Алгоритмы психологического консультирования в формате телефона доверия: Учеб. пособие. Томск: Томский государственный университет, 2012. 162 с.

7. Психологическая и информационная помощь несовершеннолетним беременным, обратившимся в службу «Телефон доверия» Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье)», 2019. 44 с.

8. Добряков И.В., Кононова Т.А. Алгоритм телефонного консультирования подростков. 2020. 25 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Лукашевич Е.Р., Бандура О.О.

*Международная общественная организация «Врачи детям»;
Санкт-Петербургский государственный институт
психологии и социальной работы
Санкт-Петербург, Россия*

Резюме. Статья рассматривает проблему эмоционального выгорания на примере медицинских работников. Деятельность медиков можно отнести к сфере высокой стрессогенности и интенсивности труда с воздействием на психическое и физиологическое здоровье человека. Целью исследования стало изучение уровня эмоционального выгорания и взаимосвязи симптомов эмоционального выгорания с профессионально трудными ситуациями как у врачей, так и у медицинских сестер. Выявлена выраженность синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), его симптоматические проявления и потребность в его профилактике.

Ключевые слова: медицинские работники; синдром эмоционального выгорания; профессионально трудные ситуации; копинг-стратегии; неудовлетворенность собой; эмоциональный дефицит

Актуальность. Непрерывное усложнение социальных и профессиональных условий труда у представителей многих профессий обуславливает научную и практическую актуальность проблемы психологического стресса людей.

Традиционно специалисты помогающей профессии в сфере медицины регулярно подвергаются стрессогенным факторам, так как их деятельность направлена на работу с людьми, с человеческой болью и проблемами. Даже обладая всеми необходимыми

психологическими навыками, специалисты помогающих профессий больше других подвержены риску эмоционального выгорания, а 2020 год принес совершенно новые экстремальные условия в связи с мировой пандемией [5].

К этому добавляется высокая ответственность при принятии быстрых решений в условиях ограниченности времени и информации, что, безусловно, может стать причиной хронического стресса и личностных переживаний, а также приводить к чувству неудовлетворенности своей работой и профессией в целом, другими словами – эмоциональному и профессиональному выгоранию.

Наличие этого синдрома говорит о том, что специалист перестает быть компетентным в своей области: у него наступает общее истощение – как физическое, так и эмоциональное. У «сгоревших» на работе людей снижается трудовая продуктивность, мотивация, человек склонен допускать ошибки, что в медицинской сфере является недопустимым [1]. Поэтому исследование данного феномена и поиск путей решения проблемы в профессиональной деятельности медицинских работников особо актуальны.

Цель данного исследования – выяснить уровень эмоционального выгорания у медицинских работников и разработать проект программы его профилактики.

В рамках указанной цели предполагается решение следующих задач:

- оценка уровня эмоционального выгорания медицинских работников;
- проведение сравнительного анализа уровня эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер;
- выявление взаимосвязи показателей эмоционального выгорания с личностными и ситуационными условиями эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер;
- разработка проекта программы для профилактики эмоционального выгорания медицинских работников.

Сегодня понимание эмоционального выгорания тесно связано с понятием «профессиональное выгорание», которое описывает длительную стрессовую ситуацию, вызванную продолжительными профессиональными факторами. Многие авторы используют термин «профессиональное выгорание», чтобы подчеркнуть личностную деформацию профессионала, вызванную длительным рабочим стрессом и опытом работы.

Существует несколько подходов к изучению СЭВ; выделяется ряд авторов, которые внесли значимый вклад в изучение данного феномена: это зарубежные исследователи К. Маслах, С. Джексон, Х. Фройденберг, Х. Фишер, М. Ляйтер и др., а также отечественные: Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченко, В.Е. Орёл, В.В. Бойко и др.

Одно из наиболее известных определений синдрома эмоционального выгорания было предложено К. Маслах. Она описала этот синдром как сочетание эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личностных достижений, которое может проявляться у специалистов различных профилей [3].

Профессор В.Е. Орёл выделяет такие компоненты СЭВ, как истощение, деперсонализация и низкая самооценка; они происходят из целостных симптомокомплексов, которые, в свою очередь, складываются из эмоциональных, когнитивных, поведенческих, мотивационных факторов [4].

Академик В.В. Бойко, автор опросника для диагностики уровня эмоционального выгорания, представляет одноименный синдром как следствие стресса, воздействующего на индивида. Автор обращает внимание на условия воздействия стресса, мотивационные и социальные характеристики человека, которые являются ведущими в его поведении при стрессе.

СЭВ чаще может возникать у человека, занятого деятельностью, которая предполагает частое общение с другими людьми, причем результат этой деятельности сильно зависит от качества коммуникации [1].

Указанный синдром развивается на фоне действия внутренних (желание быть признанным, нереализованные желания) или внешних факторов среды (профессиональная среда, личная сфера, общественная деятельность) [2].

Материалы и методы. Исследование СЭВ проводилось с помощью следующих методик: анкета «Типичные ПТС» и Шкала оценки стрессогенности ПТС на рабочем месте Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченко; методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко; опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса; тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой; опросник Д. Кроуна и Д. Марлоу «Шкала социальной желательности».

Выборку исследования составили 36 респондентов (13 врачей и 23 медицинских сестры поликлинического звена). Среди представленных специальностей были как врачи, так и средний медицинский персонал. Большинство респондентов старше 40 лет: 69% врачей и 57% медсестер. Младше среднего возраста – 31% врачей и 43% медсестер. Большинство врачей имеют стаж более 20 лет (54%), большинство медицинских сестер имеют стаж менее 20 лет (56%).

Результаты и обсуждение. Анализ уровня эмоционального выгорания медработников (рис. 1) показывает, что у всех них фаза резистенции находится в стадии формирования. Большинство специалистов сталкиваются с психоэмоциональным напряжением и стрессом в процессе своей деятельности. Для борьбы с этими негативными явлениями формируются специальные защитные механизмы, которые помогают им противостоять нагрузке и справляться со стрессом.

Сравнительный анализ уровня эмоционального выгорания (рис. 2) показал, что у врачей фаза резистенции находится в стадии формирования; это может свидетельствовать о психоэмоциональном напряжении в процессе деятельности. Фаза

резистенции проявляется в определенных симптомах, которые говорят о том, что организм находится в состоянии адаптации к стрессу.

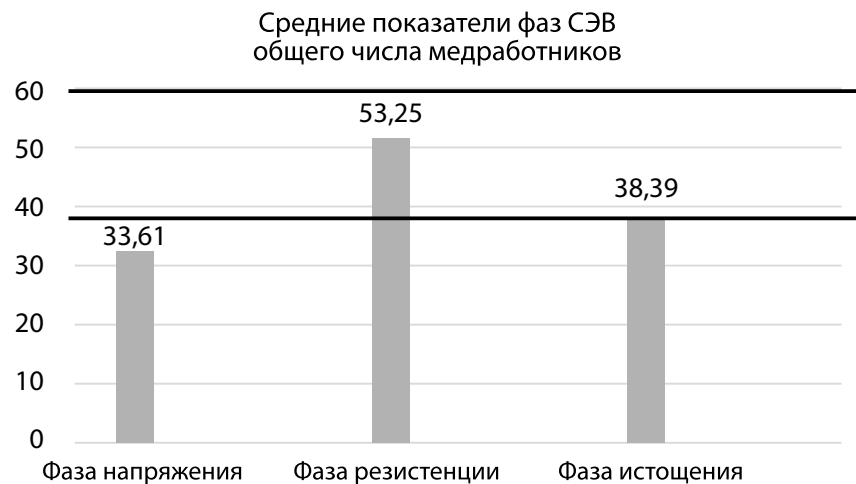


Рис. 1. Средние показатели уровня эмоционального выгорания у всего медперсонала по методике «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко

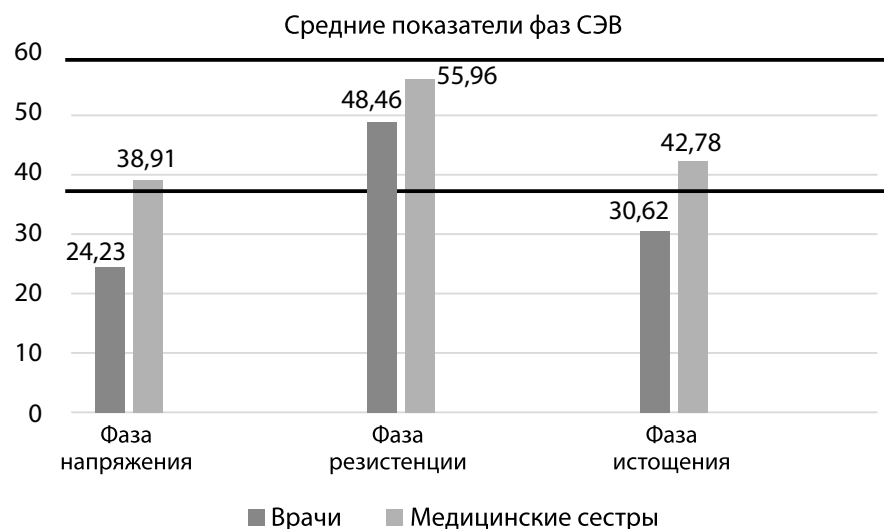


Рис. 2. Сравнительный анализ уровня эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер по методике «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко

У медицинских сестер в стадии формирования оказались все три фазы СЭВ: напряжение, резистенция и истощение. Формирование фазы напряжения может являться предвестником и запускающим механизмом в формировании эмоционального выгорания. Формирование фазы резистенции может означать активную адаптацию к нарастающему стрессу. Формирование фазы истощения может характеризоваться снижением энергетического тонуса и ослаблением нервной системы в разной степени.



* Различия статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

Рис. 3. Результаты сравнительного анализа симптомов эмоционального выгорания медицинских работников по методике «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко

Сравнительный анализ данных симптомов эмоционального выгорания медицинских работников (рис. 3) показывает, что большинство симптомов как у врачей, так и у медицинских сестер проявлено ниже средних значений, что характеризуется как несложившиеся симптомы.

В стадии формирования оказались симптомы из фазы резистенции, такие как избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей.

Фаза резистенции характеризуется сопротивлением нарастающему стрессу, что является естественной реакцией на появление напряжения (например, высокая интенсивность труда, контакт и сопровождение специфической группы в роли пациентов). В ответ на профессионально трудные ситуации естественным образом возникает защитная реакция в виде симптомов, связанных с эмоциональной составляющей, что проявляется в целом как экономия ресурсов и эмоций.

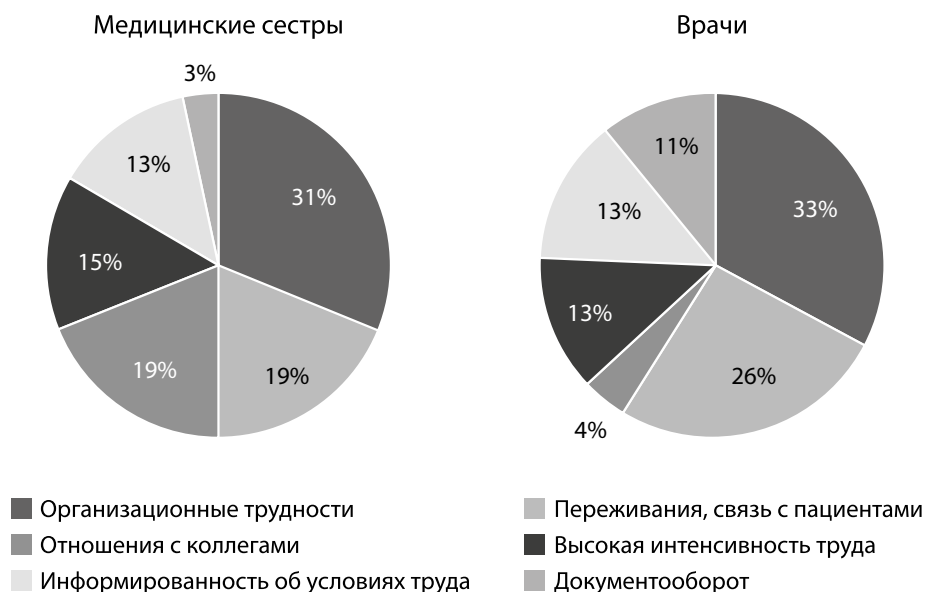


Рис. 4. Результаты сравнительного анализа типичных ПТС у медицинских работников по анкете «Типичные ПТС» Е. Н. Водопьяновой

Анализ сравнительных данных типичных ПТС (рис. 4) показал, что часто встречаемыми профессионально трудными ситуациями

у врачей являются организационные трудности (33%), переживания, связанные с пациентами и их родственниками (26%), а также высокая интенсивность труда (13%) и качество информированности об условиях труда (13%). Для медицинских сестер это организационные трудности (31%), переживания, связанные с пациентами и их родственниками (19%), отношения с коллегами (19%) и высокая интенсивность труда (15%).

Далее специалисты ранжировали типичные ПТС по «Шкале оценки стрессогенности ПТС» Е.Н. Водопьяновой. Анализ показал, что наиболее стрессогенными профессионально трудными ситуациями для врачей стали отношения с коллегами, информированность об условиях труда, сбой в работе, а для медицинских сестер – информированность об условиях труда, отношения с коллегами, сбой в работе и необходимость делать работу за других.

Все три шкалы по «Тесту жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой находятся на среднем уровне в нормативных значениях как у врачей, так и у медицинских сестер, что говорит о такой личностной характеристике, как жизнестойкость. Выраженность вовлеченности, контроля, принятия риска и жизнестойкости в целом помогает избежать внутреннего напряжения при возникновении стрессовых ситуаций благодаря уверенному совладанию с ними и восприятию их как менее значимых.

Большинство копинг-стратегий по опроснику «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса выражено у всего медицинского персонала в равных средних значениях, что свидетельствует об умеренном и гармоничном использовании каждой копинг-стратегии как врачами, так и медицинскими сестрами.

В ходе корреляционного анализа были выявлены взаимосвязи большинства профессионально трудных ситуаций с фазами и симптомами СЭВ. Можно сделать вывод о том, что большинство профессионально трудных ситуаций является психотравмирующим

для медицинских работников. Специалисты используют копинг-стратегии (принятие ответственности, поиск социальной поддержки, положительная переоценка, конфронтация, избегание) для того, чтобы совладать со стрессом.

Наблюдается отсутствие связей некоторых профессионально трудных ситуаций с конструктивными копинг-стратегиями. В таком случае специалист, сталкиваясь с профессионально трудной ситуацией, может не обладать определенными навыками и ресурсами для того, чтобы эффективно и безопасно для себя совладать с ситуацией. При регулярном воздействии психотравмирующих обстоятельств могут возникать эмоциональные переживания и сопротивление нарастающему стрессу, которое проявляется в складывающейся фазе резистенции.

Выводы эмпирического исследования

1. Фаза резистенции находится в стадии формирования у всего медицинского персонала.

2. Уровень СЭВ выше у медицинских сестер, чем у врачей. У медицинских сестер все три фазы СЭВ находятся в стадии формирования.

3. Симптомами в стадии формирования у всего медицинского персонала стали: переживание психотравмирующих обстоятельств, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей и эмоциональная отстраненность.

4. Спектр ситуаций, способствующих выгоранию у медицинских сестер, шире, чем у врачей.

5. У врачей симптомы эмоционального выгорания в большей степени связаны с организационными и административными профессионально трудными ситуациями, у медицинских сестер – с ситуациями межличностного взаимодействия с коллегами и пациентами, высокой интенсивностью труда.

Проект программы психологической профилактики СЭВ медицинских работников

На основе результатов эмпирического исследования был разработан проект программы психологической профилактики СЭВ медицинских работников на уровне индивидуальных и организационных мероприятий.

Цель программы – профилактика СЭВ медицинских работников, способствующая развитию конструктивного совладающего поведения.

Задачи программы:

- 1) психологическое информирование по проблеме СЭВ;
- 2) развитие у медработников навыков принятия решения и планирования деятельности;
- 3) развитие у медработников навыков саморегуляции;
- 4) обучение медработников навыкам конструктивного общения в конфликтных ситуациях;
- 5) обучение медработников навыкам телесно ориентированной разгрузки и релаксации;
- 6) оказание помощи по формированию у человека позитивных, оптимистических установок по отношению к себе и окружающим, создание благоприятного климата в коллективе.

Форма проведения занятий: тренинг.

Целевая группа: медицинские сестры.

Оптимальное количество участников: 10–12 человек.

Методы и формы реализации: групповые и индивидуальные консультации; разработка рекомендаций и подбор индивидуальных развивающих и коррекционных упражнений; выпуск буклетов и памяток по способам профилактики СЭВ и выработке конструктивного совладающего поведения.

Технологии работы: групповые тренинги, ролевые игры, релаксационные упражнения, методы игротерапии, мини-лекции, практические коррекционные занятия.

Периодичность и продолжительность встреч: 1 раз в неделю, 3 часа с перерывом, 5 встреч.

Структура тренинга «Психологическая профилактика синдрома эмоционального выгорания медицинских работников»:

Занятие №1. Тема: «Знакомство с проблемой эмоционального выгорания и техниками совладания с ним. Эффективное целеполагание»

Занятие №2. Тема: «Знакомство с навыками саморегуляции»

Занятие №3. Тема: «Знакомство с навыками поведения в конфликтной ситуации»

Занятие №4. Тема: «Знакомство с навыками релаксации»

Занятие №5. Тема: «Знакомство с позитивными установками; навыки благоприятного общения в коллективе»

Ожидаемые результаты:

- снижение уровня эмоционального выгорания;
- повышение эмоциональной устойчивости работников и их готовности к психологическим нагрузкам;
- повышение производительности труда;
- улучшение благоприятного климата в коллективе;
- снижение частоты конфликтных ситуаций на рабочих местах;
- снижение частоты прогулов, больничных, отгулов по причинам, связанным с переутомлением медицинских работников.

Административные рекомендации:

1) нацеленные на повышение эффективности труда: снижение рабочей нагрузки; переструктурирование деятельности; распределение рабочих заданий и ответственности; компенсирование затраченных усилий через мониторинг результатов; выражение благодарности от пациентов и администрации;

2) нацеленные на организационные результаты: структурирование работы; четкое распределение обязанностей; грамотная организация рабочих мест; равномерная нагрузка на сотрудников; позитивная оценка труда; справедливое вознаграждение

и предоставление возможностей для профессионального роста и развития; улучшение материально-технической базы;

3) нацеленные на социально-психологические результаты: проведение коммуникативных тренингов для оптимизации взаимоотношений в коллективе и с руководителем; организация корпоративного отдыха и совместных неформальных мероприятий; включение сотрудников в принятие управленческих решений с целью усилить их мотивацию и участие в рабочих процессах; оказание сотрудникам инструментальной, эмоциональной, информационной и оценочной поддержки.

Список литературы

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: Практическое пособие. М.: Юрайт, 2020. 299 с.
2. Грабе М. Синдром выгорания – болезнь нашего времени. Почему люди выгорают и что можно против этого предпринять / Пер. с нем. СПб.: Речь, 2008. С. 40.
3. Лэнгле А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 3.
4. Орёл В.Е. Синдром психического выгорания личности. М.: Институт психологии РАН, 2005. С. 77.
5. Sorokin M.Y., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., Makarevich O.V., et al. Stress and stigmatization in health-care workers during the COVID-19 pandemic // Indian Journal of Psychiatry. 2020. URL: <https://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2020;volume=62;issue=9;spage=445;epage=453;aulast=Sorokin> (дата обращения: 10.10.2023).

**ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В СОЦИАЛЬНОМ
СОПРОВОЖДЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ
И ЮНЫХ МАТЕРЕЙ С ДЕТЬМИ:
ОПЫТ СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «ЮВЕНТА»**

Уерги У.Н.

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

Резюме. В статье представлена практическая модель социального сопровождения несовершеннолетних беременных и юных матерей с детьми в условиях СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» (далее – Центр «Ювента»). Предоставление социальной помощи несовершеннолетним стало возможным после включения в штат учреждения должности специалиста по социальной работе. Раскрываются этапы формирования алгоритма работы специалиста по социальной работе в контексте оказания комплексной помощи несовершеннолетним беременным – от формирования преемственности с командой медицинских специалистов до развития инновационных форм взаимодействия с целевой группой пациентов, появившихся в ответ на ее потребности и запросы.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье подростков; несовершеннолетние беременные; репродуктивный выбор у несовершеннолетних; социальное сопровождение несовершеннолетних; социальная помощь юным матерям

Центр «Ювента» занимает центральное место в системе охраны репродуктивного здоровья подростков в Санкт-Петербурге, являясь и самым крупным учреждением в своей области в России.

Функции Центра «Ювента» регламентированы приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (Порядок) и выходят за рамки медицинской направленности, определяя междисциплинарный подход к реализации охраны репродуктивного здоровья подростков [1]. Таким образом, Центр «Ювента», являясь учреждением здравоохранения, призван оказывать комплексную помощь несовершеннолетним.

Одной из специфических ситуаций, несомненно нуждающейся в комплексном подходе, является беременность несовершеннолетних, которые составляют нетипичную для медицинской, психологической и социально-правовой области категорию пациентов.

В Центре «Ювента» разработана и с 2017 года реализуется Программа оказания комплексной помощи несовершеннолетним беременным и юным матерям с детьми (далее – Программа). Междисциплинарную команду специалистов, реализующих Программу, составляют: врач акушер-гинеколог, педиатр, врачи-специалисты (по показаниям), медицинский психолог, юрисконсульт (при наличии оснований), а также специалист по социальной работе, включенный в штат учреждения и дополнивший команду в 2020 году.

Первоначально несовершеннолетняя при подозрении на беременность приходит в Центр «Ювента» на прием к врачу акушеру-гинекологу, где устанавливается медицинский факт беременности и назначается медицинское обследование.

Говоря о подростковой беременности, мы, как правило, имеем в виду непредвиденную, незапланированную беременность, которая создает ситуацию репродуктивного выбора.

Согласно требованиям Порядка, при первичном обращении пациентки для искусственного прерывания беременности по ее желанию или по социальному показанию

акушер-гинеколог (или иной ответственный специалист) направляет беременную на консультацию психолога (специалиста по социальной работе) [1]. Данное требование касается и несовершеннолетних беременных и строго соблюдается в деятельности Центра «Ювента», где консультации в ситуации репродуктивного выбора проводят медицинские психологи и специалист по социальной работе.

Целью социально-психологического сопровождения несовершеннолетних беременных является *создание условий для сохранения репродуктивного здоровья и повышение мотивации к ответственному родительству* [2].

Цель консультаций медицинского психолога и специалиста по социальной работе *на этапе репродуктивного выбора* – создание условий для принятия пациенткой ответственного решения об исходе непредвиденной беременности.

Консультация медицинского психолога призвана оказать эмоциональную поддержку несовершеннолетней беременной, содействовать осознанию мотивов принятия решения, информировать по вопросам репродуктивного здоровья и способствовать активизации внутренних и внешних ресурсов (в том числе с согласия несовершеннолетней, достигшей 15 лет, вовлечь ближайшее социальное окружение: законных представителей, партнера) [2].

Именно практика консультирующих психологов 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 Центра «Ювента» ведет прием специалист по социальной работе, реализующий, в том числе, социальное сопровождение несовершеннолетних беременных.

Решение о направлении юной беременной на прием к специалисту по социальной работе принимает медицинский психолог,

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 способах их реализации, то есть о части собственных внешних ресурсов, нередко стимулирует несовершеннолетних рассматривать прерывание беременности как способ избегания потенциальных сложностей.

Задачи специалиста по социальной работе – дать исчерпывающую информацию несовершеннолетней (а при необходимости – и ее ближайшему социальному окружению) о правах и социальных возможностях в ситуации репродуктивного выбора с опорой на индивидуальную ситуацию и структуру аргументов при принятии решения об исходе беременности. Подобное социальное сопровождение исключает для несовершеннолетней положение неведения и социального отвержения [3].

Алгоритмы психологического и социального сопровождения предусматривают оказание актуальной помощи несовершеннолетним в зависимости от решения об исходе беременности. Принимая по тем или иным причинам решение о прерывании беременности, несовершеннолетняя проходит этап подготовки к процедуре прерывания (обследование), после чего получает направление в дневной стационар для проведения

медицинского вмешательства, а после процедуры – на реабилитационные мероприятия.

На всех этапах лечебно-диагностического процесса реализуется непрерывное психологическое сопровождение, представляющее собой *модель трехэтапного консультирования несовершеннолетних беременных* [2].

Социальная помощь предлагается пациентке *на этапе восстановления репродуктивных функций*. Преследуя цель создания условий для сохранения репродуктивного здоровья несовершеннолетней, специалист по социальной работе проводит консультации и беседы по следующим вопросам:

- повышение компетенций в контексте реализации права на профилактическую, медицинскую помощь, мотивации на безопасное репродуктивное поведение;
- разделение ответственности в паре, вовлечение партнера в лечебно-диагностический процесс;
- повышение уровня социальной адаптации в контексте решения возрастных задач (образование и профориентация, досуг и вовлечение в содержательную занятость, формирование социализирующей среды).

Социальное сопровождение несовершеннолетних, прошедших процедуру аборта, вне контекста беременности позволяет способствовать их социализации, что, в свою очередь, естественным образом повышает ответственность, в том числе по отношению к здоровью.

В рамках консультирования по социальным вопросам на этапе восстановления репродуктивных функций пациентки возможно вовлечение родителей (законных представителей) с целью повышения их ответственности в вопросах охраны репродуктивного здоровья несовершеннолетней и оказания им помощи в выработке тактики взаимодействия с ней.

Социально-психологическое сопровождение подростков на данном этапе лечебного процесса осуществляется и в групповой форме. С 2023 года регулярно проводится тренинг «Территория моего здоровья», направленный на повышение личной ответственности подростков в вопросах репродуктивного здоровья и формирование навыков здоровьесберегающего поведения. К участию в занятии приглашаются подростки из числа пациентов Центра «Ювента», практикующие рискованное репродуктивное поведение.

Тренинг предусматривает разовое участие целевой группы. В ходе встречи реализуются интерактивные формы взаимодействия с участниками, способствующие актуализации статуса здоровья в системе жизненных ценностей, повышению информированности о составляющих понятия «здоровье» и факторах, оказывающих влияние на его состояние, формированию навыков безопасного репродуктивного поведения.

Одной из форм работы в рамках тренинга является просмотр и анализ фрагментов современных кинофильмов, демонстрирующих рискованное поведение героев (подростков и молодежи). Участникам предлагается проанализировать сюжет фильма с точки зрения целей и безопасности поведения героев, предложить собственную тактику в представленных жизненных обстоятельствах. Такой формат взаимодействия близок и понятен подросткам, позволяет им, абстрагировавшись от собственной конкретной ситуации, погрузиться в рефлексию своих поведенческих стратегий. Задание позволяет выстроить причинно-следственные связи между повседневными решениями, стратегиями поведения и последствиями, зачастую наносящими ущерб благополучию, здоровью в широком смысле слова. Отработка подобного приема способствует развитию навыков планирования, принятия ответственных решений (неполноценность которых является спецификой подросткового возраста) [4]. Участие в тренинге дает

подросткам возможность трансформировать свой негативный репродуктивный опыт в здоровьесберегающую стратегию.

Безусловным основанием социального сопровождения несовершеннолетних беременных, как и для любого медицинского вмешательства, является подписание несовершеннолетней, достигшей 15 лет (или ее законным представителем в случае, если несовершеннолетняя младше 15 лет) информированного добровольного согласия (ИДС) на социальное сопровождение.

Особенностью согласия на социальное сопровождение лечебно-диагностического процесса является то, что оно определяет возможность включения специалиста по социальной работе в круг ответственных специалистов медицинской организации, допуская обмен информацией с ними и работу с медицинскими документами, содержащими персональные данные пациента, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну [3].

При принятии пациенткой решения о сохранении беременности ИДС допускает возможность длительного социального патронажа посредством телефонных звонков (или иных видов дистанционной связи), инициируемых специалистом по социальной работе, а также возможность самостоятельного повторного обращения пациентки по запросу. В рамках социального патронажа у юных матерей в возрасте до 21 года с детьми до 3 лет имеется возможность получать консультативную социальную помощь и обращаться за содействием в получении иной помощи.

После принятия решения о сохранении беременности и завершения первичного обследования в условиях Центра «Ювента» пациентка получает у акушера-гинеколога направление в женскую консультацию для постановки на учет по беременности. Специалист по социальной работе в каждом конкретном случае разъясняет порядок обращения в женскую консультацию (имеющий специфику в силу того, что пациентка не достигла

возраста совершеннолетия), исключительной компетенцией которой является ведение беременности.

Консультирование несовершеннолетней беременной по социальным вопросам строится, исходя из ее жизненной ситуации, в рамках общего тематического плана. Он включает в себя информирование о:

- порядке медико-психолого-социального сопровождения беременности в условиях женской консультации по месту наблюдения;
- социально-правовом регулировании вопросов родительства несовершеннолетних, правах несовершеннолетних в сфере охраны здоровья и защиты своих интересов;
- праве и способах продолжения обучения с учетом необходимости оформления отпуска по беременности и родам, далее по уходу за ребенком;
- социально-трудовых правах несовершеннолетней при наступлении беременности, а также в сфере профессионального становления и трудовой занятости;
- мерах государственной социальной поддержки женщин в связи с беременностью и рождением ребенка;
- возможностях социального обслуживания беременных и их семей в трудной жизненной ситуации, включая широкий перечень профильных организаций, учреждений, информацию об их направлениях работы и порядке обращения за помощью [3].

В рамках междисциплинарного взаимодействия (в случае выхода вопроса за рамки собственных социально-правовых компетенций) специалист по социальной работе привлекает к консультированию юрисконсульта Центра «Ювента».

Говоря о социальном сопровождении подростков, важно понимать, что, даже принимая решение о сохранении беременности, несовершеннолетние в силу социально-психологической

незрелости, возраста и ряда субъективных факторов могут входить в зону социального риска: отказа от новорождённого, социального неблагополучия и низкого качества жизни, формирования дисфункциональных детско-родительских взаимоотношений и т.д.

Предметное информирование по социальным вопросам на ранних этапах сохраненной беременности повышает у несовершеннолетних уровень осознанной уверенности в наличии и формах социальной поддержки, в позитивных вариантах развития событий. Как показывает практика, наличие данной информации способствует своевременному обращению несовершеннолетней за помощью при необходимости: даже утратив перманентный контакт со специалистом в силу отсутствия запроса, юные беременные и матери обращаются повторно в случае возникновения сложностей.

Социальное сопровождение юных беременных реализуется в двух формах работы: информирование и содействие в получении необходимой помощи (сопровождение, переговоры в интересах пациентки, поиск необходимой информации и иные практические действия).

В случае необходимости несовершеннолетней может быть предложено непосредственное сопровождение, то есть совместное обращение в стороннюю организацию: женскую консультацию, Центр социальной помощи семье и детям, Социальный фонд РФ, МФЦ и др.

Посредничество и сопровождение несовершеннолетней беременной возможно только на основании согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, так как даже сам факт обращения в медицинскую организацию (в Центр «Ювента») относится к данной категории сведений [5].

Подобная форма социального сопровождения несовершеннолетних беременных определяет новый уровень межведомственного взаимодействия, переходя от формальной выдачи

направления в стороннюю организацию к выстраиванию партнерских отношений с конкретными специалистами и расширяя границы комплексного подхода к оказанию помощи пациенткам.

Межведомственное взаимодействие и сотрудничество с благотворительными организациями обеспечивает возможность адресной помощи юным беременным и матерям, находящимся в трудной жизненной ситуации: предоставление детской мебели и коляски, предметов детского обихода (одежды, обуви, игрушек), продуктов питания и др.

Алгоритм социального сопровождения несовершеннолетних в ситуации сохранения беременности предусматривает также групповой формат взаимодействия. В рамках групповой работы для юных беременных и матерей с детьми проводятся тематические встречи. На первых этапах развития такой формы работы встречи проходили только в формате тренинга «Новые роли: ответственное родительство», предусматривающего разовое участие юной беременной и ее партнера, но со временем они приобрели формат ресурсных встреч. На них приглашаются как девушки (беременные, матери с детьми), так и их партнеры (отцы детей).

Занятия с юными беременными и их партнерами направлены на формирование позитивного образа предстоящего родительства, информирование и повышение социально-психологических компетенций в вопросах беременности и предстоящего родительства, формирование поддерживающей социальной среды для молодых семей.

Занятия проводят специалист по социальной работе и медицинский психолог в интерактивном формате. Он подразумевает информационную часть (тематические презентации, видеоролики, интерактивные беседы, мастер-классы с привлечением экспертов различных областей и т.д.), а также ресурсно-мотивационную (арт-терапевтические упражнения, управляемые дискуссии и обмен мнениями, фотосессию беременных «В ожидании чуда»).

Ресурсные встречи для юных беременных и матерей с детьми создают условия для формирования атмосферы взаимопомощи: способствуют обмену знаниями и опытом между пациентками, закладывают основу для дальнейшего личного приятельского общения и взаимоподдержки между целыми семьями. Создание подобного поддерживающего социального пространства особенно актуально для юных родителей, психологически ориентированных на среду сверстников [4].

За счет привлечения адресной благотворительной помощи все участницы групповых мероприятий имеют возможность получить в дар востребованные предметы детского обихода, а также небольшие подарки.

В конце 2021 года в рамках проекта «Всегда на связи» была создана группа в социальной сети «ВКонтакте» – «Новые роли» для информационного сопровождения юных беременных и матерей с детьми. Группа является закрытым адресным ресурсом (для соблюдения принципа конфиденциальности), ссылку на нее пациентки получают на приеме медицинского психолога или специалиста по социальной работе.

Группа наполняется информацией по широкому спектру вопросов, связанных не только с беременностью, но и с материнством. Кроме того, группа является проводником для доступа к специалистам: у участниц есть возможность получить консультативную помощь специалиста по социальной работе в дистанционной форме либо, если речь идет о необходимой психологической помощи, через сервис «звонок» обратиться в круглосуточную службу «Телефон доверия» Центра «Ювента».

С 2022 года функционирует чат на платформе «Telegram» – «Между нами, мамочками», который объединяет юных беременных и матерей, принимающих участие в групповых встречах. Чат позволяет информировать участниц о запланированных встречах в Центре «Ювента», а также о районных и городских

тематических мероприятиях, мерах социальной поддержки и помощи, ресурсах повышения качества жизни молодых семей. Отдельный раздел чата предоставляет возможность вести общение между его участницами, что позволяет специалисту по социальной работе анализировать потребности и запросы юных беременных и матерей для дальнейшего информационного сопровождения и отработки запросов в рамках ресурсных встреч (привлечение профильных спикеров). Кроме того, юные мамы более ориентированы на мнение сверстников и с большей результативностью проживают опыт друг друга.

Дистанционное общение и взаимодействие – наиболее востребованный формат коммуникации современных подростков [6]. Этот аспект подтвердился практикой: реализация проекта «Всегда на связи» и ведение телеграм-чата повысили частоту обращаемости юных беременных и мам с детьми с запросами на информирование, сопровождение, а также вовлеченность во взаимоподдерживающую среду.

Плодотворная практика социального сопровождения несовершеннолетних беременных и юных матерей в условиях Центра «Ювента» подтверждает актуальность и востребованность подобных ресурсов в условиях медицинского учреждения и создает возможность для реализации комплексного подхода к охране репродуктивного здоровья, повышения качества жизни подростков, отвечая на вызовы современности.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».
2. Кононова Т.А. Психологическое сопровождение несовершеннолетних беременных в ситуации репродуктивного выбора (трехэтапная модель консультирования). Учебно-метод. пособие / Под ред. В.И. Орла, М.Ф. Ипполитовой. СПб., 2022. 48 с.

3. Уерги У.Н. Социально-психологическое сопровождение беременных несовершеннолетних в медицинском учреждении как фактор профилактики абортов и отказов от детей / Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи: Сб. трудов Всероссийской научно-практ. конференции // Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. СПб.: Санкт-Петербургский общественный фонд «Поддержка медицины», 2020. С. 185–194.

4. Кулаков С.А. На приеме у психолога – подросток: Пособие для практических психологов. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена; «Союз», 2000. 350 с.

5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации».

6. Шишкова С., Бриль М. Секрет для мам и пап / РосПодрос.ру: [электронный ресурс]. URL: <https://rospodros.ru/tpost/ejpxx6xo81-sekret-dlya-mam-i-pap> (дата обращения: 13.10.2023).

Содержание

Вступительное слово 3

I. ГИНЕКОЛОГИЯ 5

Ипполитова М.Ф., Смирнова Е.В.

Анализ проблемы нежелательной беременности и контрацепции у девушек-подростков в Центре «Ювента» 5

Шаповалова А.И., Ипполитова М.Ф.

Анализ работы стационара кратковременного пребывания СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» за пятилетний период 18

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

Проведение исследования микробиоты влагалища у несовершеннолетних пациентов, не живущих половой жизнью 31

Рубан М.Ю.

Дисменорея у подростков: как не пропустить ювенильный эндометриоз? 48

Бабенко-Сорокопуд И.В., Железная А.А., Демина Т.Н., Субачева Л.И.

Особенность вагинального микробиома девушек-подростков с расстройством менструации и рискованной сексуальной активностью 64

Бабенко-Сорокопуд И.В., Сорокопуд Е.П., Панченко М.В.

Характеристика вегетативной регуляции девушек-подростков группы риска с расстройством менструации 66

<i>Алиева К.Х., Кохреидзе Н.А.</i> Взгляд на проблему менструального здоровья и гигиены с позиции врача и пациента	68
<i>Демишева С.Г., Бабенко-Сорокопуд И.В., Железная А.А., Демина Д.В.</i> Влияние витамина D и Омега-3 жирных кислот на болевой синдром у девушек с эндометриозом	70
<i>Филькина О.М., Воробьёва Е.А., Малышкина А.И., Кочерова О.Ю., Долотова Н.В.</i> Нарушения полового развития и менструальной функции у 15-летних девушек	72
<i>Идрисов А.Д.</i> Характеристика менструальной функции у девочек с доброкачественными заболеваниями молочных желез	74
<i>Хуцишвили О.С., Иванова О.Ю.</i> Персонализация терапии склероатрофического лихена у девочки допубертатного возраста	76
<i>Ласачко С.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Чермных С.В.</i> Особенности диагностики и лечения заболеваний молочных желез у девочек-подростков в практике акушера-гинеколога	89
<i>Морозова Н.А., Железная А.А., Бухарова Н.И.</i> Ценность доплерометрии у юных родильниц с нарушениями процессов инволюции матки	91

<i>Мягких И.И., Железная А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В.</i> Особенности влияния течения беременности и данных анамнеза матери на овариальный резерв дочери	97
<i>Верешко Е.В., Бабенко-Сорокопуд И.В., Чермных С.В.</i> Течение беременности и родов у юных с дисплазией соединительной ткани	99
<i>Корбут И.А., Суворова Н.В., Доронина Н.А., Курашевич Е.В.</i> Морбидный фон у девочек с воспалительными заболеваниями половых органов (г. Гомель)	101
<i>Чайка В.К., Говоруха И.Т., Зоркова Е.В., Бабенко-Сорокопуд И.В.</i> Клинико-анамнестические и функциональные параметры при поздней задержке роста плода	103
<i>Соломкина Н.Ю., Пикалева Е.Ю., Плисецкая В.Ю., Тюнина Г.А.</i> Физиотерапия в гинекологии детей и подростков на современном этапе	105
<i>Ставер Е.Д., Кухарчик Ю.В.</i> Особенности анамнеза и исходы родов у юных первобеременных и возрастных рожениц	111
II. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	113
<i>Ипполитова М.Ф., Смирнова Е.В.</i> Анализ данных о профилактических медицинских осмотрах подростков 13–17 лет Санкт-Петербурга акушерами-гинекологами и детскими урологами-андрологами	113

Архарова Е.Г.

Проект «Школьная медицина» как основа профилактики заболеваний детей подросткового возраста (на примере работы Бугульминского муниципального района) 117

Бабенко-Сорокопуд И.В., Савченко А.А., Сорокопуд Е.П.

Профилактическая деятельность в рамках добровольческого проекта «Женское здоровье юных» 134

Бабенко-Сорокопуд И.В., Ласачко С.А., Ульянова С.А.

Комплексная помощь девушкам-подросткам в поддержке естественного стремления к материнству 136

Бабенко-Сорокопуд И.В., Железная А.А.,

Трубникова И.Г., Кириленко Ю.Д.

Потенциал центра охраны репродуктивного здоровья подростков в терапии аномальных маточных кровотечений пубертатного периода 138

Коломацкая В.В., Леднева В.С., Ульянова Л.В.

Профилактика формирования репродуктивной патологии у детей в возрасте до 7 лет на амбулаторном этапе 140

Ласачко С.А.

Особенности преподавания теоретических основ диагностики и лечения заболеваний молочных желез у девочек-подростков в практике акушера-гинеколога с использованием дистанционных образовательных технологий 142

Исраилова Ф.А.

Разработка просветительской программы для подростков в сфере профилактической медицины 144

Данилова Н.Б., Седнева Я.Ю.,

Соколов Н.А., Павлова С.Г.

Современные модели просветительской работы с молодежью в целях сохранения и укрепления стоматологического здоровья 146

III. ПРОЧИЕ МЕДИЦИНСКИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 161

Бахтиярова А.Р., Гзгзян А.М.

Нарушение менструального цикла у подростков с ожирением и избыточной массой тела 161

Городкова Н.А., Житнухина В.В., Гречина О.Н.

Оценка эффективности использования немедикаментозных (физиотерапевтических) методов лечения по восстановлению функции гепатобилиарной системы у несовершеннолетних пациентов с нарушением характера и цикличности менструаций 174

Панова О.В.

Распространенность дефицита витамина D при нарушениях менструального цикла у подростков 188

Вдовина Д.В., Котов В.А., Ландина О.Ю.

Цитологическая диагностика фиброаденом молочных желез у подростков 190

IV. ПСИХОЛОГИЯ 192

Кононова Т.А., Лунева Ю.С.

Психологические факторы формирования терапевтического комплаенса у девушек-подростков с нарушением пищевого поведения 192

Кононова Т.А., Фёдорова Е.Я.

**Подросток на приеме у специалиста: составляющие
эффективного терапевтического альянса 202**

Таций В.Н., Сметанина С.Р.

**Содержательная особенность конструкта «Внутренняя
родительская позиция» у матерей, воспитывающих детей
с подтвержденной внутриутробной задержкой развития 209**

Ачик Н.Д., Кононова Т.А.

**Немотивированный подросток на приеме:
стратегии взаимодействия 211**

Ачик Н.Д.

**Роль психотравмы в формировании различных форм
аутодеструктивного поведения у подростков 213**

Гризан М.А., Кононова Т.А., Щепелина К.А.

**Интерактивные методы группового консультирования
подростков как эффективный профилактический ресурс 226**

Кононова Т.А., Гризан М.А., Щепелина К.А.

**Телефон доверия Центра «Ювента» как ресурс
для сохранения репродуктивного здоровья подростков 229**

Лукашевич Е.Р., Бандура О.О.

**Психологическая профилактика синдрома
эмоционального выгорания у медицинских работников 238**

Уерги У.Н.

**Инновационные подходы в социальном сопровождении
несовершеннолетних беременных и юных матерей
с детьми: опыт СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» 250**

Литературный редактор, корректор – Елена ВЛАДИМИРОВА
Дизайн и верстка – Ирина АКИМОВА

Оригинал-макет:
ИП Воробьева В.Е.
secrjournal@mail.ru
Тел. (812) 904-75-15

Подписано в печать 25.11.2023. Формат 60x84 1/16.
Бумага офсетная. Гарнитуры PT Sans, Times. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 16,2. Тираж ___ экз.

URIT US-1000

Автоматический анализатор
для комбинированного исследования мочи*



- Высокая производительность:
 - 300 анализов сухой химии/час
 - 80 анализов осадка мочи/час
- Единовременная загрузка 50 образцов
- Оценка морфологии эритроцитов для диагностики причин гематурии
- Широкий выбор тест-полосок
- Наличие модуля для точного измерения удельного веса, цвета и мутности

Идеальное решение
для небольших и средних лабораторий

CytoReference12

РУ РЗН 2022/18329 от 23.09.2022

Автоматическое устройство
для приготовления и окрашивания
препаратов для тонкослойного
цитологического исследования

Преимущества жидкостной цитологии:

- Получение монослойного препарата с равномерно распределённым материалом
- Сохранение образца при транспортировке
- Возможность проведения дополнительных ПЦР-тестов и иммуоцитохимических исследований из одной пробирки



www.2440202.ru

☎ (812) 244-02-02



*оборудование находится на этапе регистрации

Ньюрексан®

Новый лекарственный препарат, который может помочь восстановить нарушенное спокойствие в течение дня и улучшить качество сна ночью



Показан при тревожных состояниях и нарушениях сна у взрослых и детей с 12 лет¹



Содержит ингредиенты природного происхождения¹



Действие препарата может проявляться через 30–40 минут²



Не оказывает влияния на способность к выполнению потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенной концентрации внимания и скорости психомоторных реакций¹



-Heel

Реклама

Healthcare designed by nature

RU-Mark.HCP.Neur.01.25.12.2022

1. Информация из листка-вкладыша – информации для пациентов: Ньюрексан®, таблетки для рассасывания гомеопатические, РУ ЛП-№(000422)-(PF-RU) от 15.11.2021. 2. Danyeli L., Alizabeh S., Surova G., Jamalabadi H., Schultz M. and Walter M. (2019). Effects of Neurexan® on brain responses to deviant stimuli during an auditory oddball task. Front. Psychiatry. Conference Abstract: ISAD LONDON 2017: Perspectives on Mood and Anxiety Disorders: Looking to the future. DOI: 10.3389/conf.fpsy.2017.48.00008.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



FITOLON
research company

ЙОД-ЭЛАМ

ЙОД-ЭЛАМ является источником природного йода из ламинарии, поэтому:

- Нормализует работу щитовидной железы, эндокринной системы
- Повышает умственную и физическую работоспособность
- Выводит токсины, соли тяжелых металлов, радионуклиды, аллергены из организма
- Избыточное поступление йода не вызывает токсических эффектов, так как йод усваивается организмом только в необходимом количестве, а его излишек выводится из организма в неизменном виде
- Необходимое организму количество йода легко усваивается



1 x 
в одной таблетке
содержится суточная
доза йода

ЙОД-ЭЛАМ – источник биодоступного органического йода (190–220 мкг/тб) и других макро- и микроэлементов из ламинарии, а также растворимых пищевых волокон в виде альгината кальция.

Основное назначение БАД "ЙОД-ЭЛАМ" – восполнение йодного дефицита и потребности в растворимых пищевых волокнах; профилактика дефицита кальция, а также дополнение питания макро- и микроэлементами, незаменимыми аминокислотами. Этого вполне достаточно, чтобы рекомендовать БАД для применения в питании. Однако ЙОД-ЭЛАМ обладает и другими уникальными свойствами. Поисковые исследования, проведенные в Санкт-Петербурге, показали, что профилактическое введение ЙОД-ЭЛАМА более чем в 5 раз увеличивает выживаемость экспериментальных животных в условиях гипоксии.

В эксперименте было показано, что применение в течение 30 дней дозы препарата с многократным превышением по йоду не вызывало побочных эффектов. В физиологической дозе ЙОД-ЭЛАМ проявляет антиоксидантные свойства в почках при 10-ти и 20-тидневном применении, в печени – при 30-тидневной длительности приема. Тиреостимулирующее действие проявляется через 10 дней от начала приема.

ЙОД-ЭЛАМ проходил апробацию в учреждениях Минздрава РФ: НИИ физиологии им. И.П. Павлова, НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов продукта; беременность и кормление грудью; состояния, при которых противопоказаны препараты йода. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Награжден знаком "Зелёный крест" Национальной организации Международного зелёного креста в России "За вклад в улучшение здоровья людей и выпуск полезной продукции".

БАД к пище. Не является лекарством.
СГР № RU.77.99.88.003.E.005668.04.15 от 15.04.2015
ТУ 9284-064-85520899-2014



© FITOLON SHOP





ЛЕЧЕБНЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

Лучшее,
что создала природа!

#ПИТЬЧТОБЫЖИТЬ



РУДОЛЬФОВ ПРАМЕН

ИСТОЧНИК ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА И КАЛЬЦИЯ

БИЛИНСКА КИСЕЛКА

ЛУЧШИЙ ПОМОЩНИК В РАБОТЕ ЖКТ

ЗАЙЧИЦКАЯ ГОРЬКАЯ

РЕКОРДНОЕ СОДЕРЖАНИЕ МАГНИЯ

ПРОЛОМ

ТЕРМАЛЬНАЯ ВЫСОКОЩЕЛОЧНАЯ ВОДА

ВИНЦЕНКА

СУТОЧНАЯ НОРМА ЙОДА В 30 МЛ

ФЕРДИНАНДОВ ПРАМЕН

ВОДЫ ИЗВЕСТНОГО КУРОРТА МАРИАНСКИЕ ЛАЗНИ



Санкт-Петербург: +7 (812) 309-92-08
Москва: +7 (495) 969-27-92

MINERVODA.RU

Плани Женс®



АЛГОРИТМ ВЫБОРА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

ЕСТЬ МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА?

НЕТ, ЕСТЬ ПОЖЕЛАНИЯ

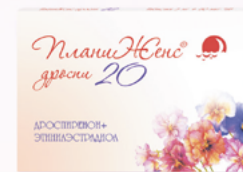
ДА

ОТСУТСТВИЕ
ВЛИЯНИЯ НА ВЕС



ЛП-№(000944)-(РГ-РУ)

ЛИШНИЙ ВЕС, ОТЕКИ



ЛП-№(000944)-(РГ-РУ)

ЭНДОМЕТРИОЗ



ЛП-008271

ОТСУТСТВИЕ ВЛИЯНИЯ НА ЛИБИДО



ЛП-007929



ЛП-007826

ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЙ



ЛП-007141

МАСТАЛГИЯ



ЛП-007412



ЛП-007836

АКНЕ СРЕДНЕЙ
И ВЫСОКОЙ
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ



ЛП-006266

ЛАКТАЦИЯ



ЛП-007067

ВОЗРАСТ



<25 и >35

от 25 до 35

любой*

* в соответствии с инструкцией
по медицинскому применению



® Адрес завода-изготовителя:
ООО «Фармасинтез» – Тюмень
625059, Россия, г. Тюмень,
7 км Велижанского тракта, д. 2.
Тел.: +7 (3452) 550-145, 694-510, info@pharmasyntez.com
Дистрибьютор:
ООО «Примафарм» 123182, г. Москва,
ул. Авиационная, д. 77, корп. 2, помещ. 92/1

