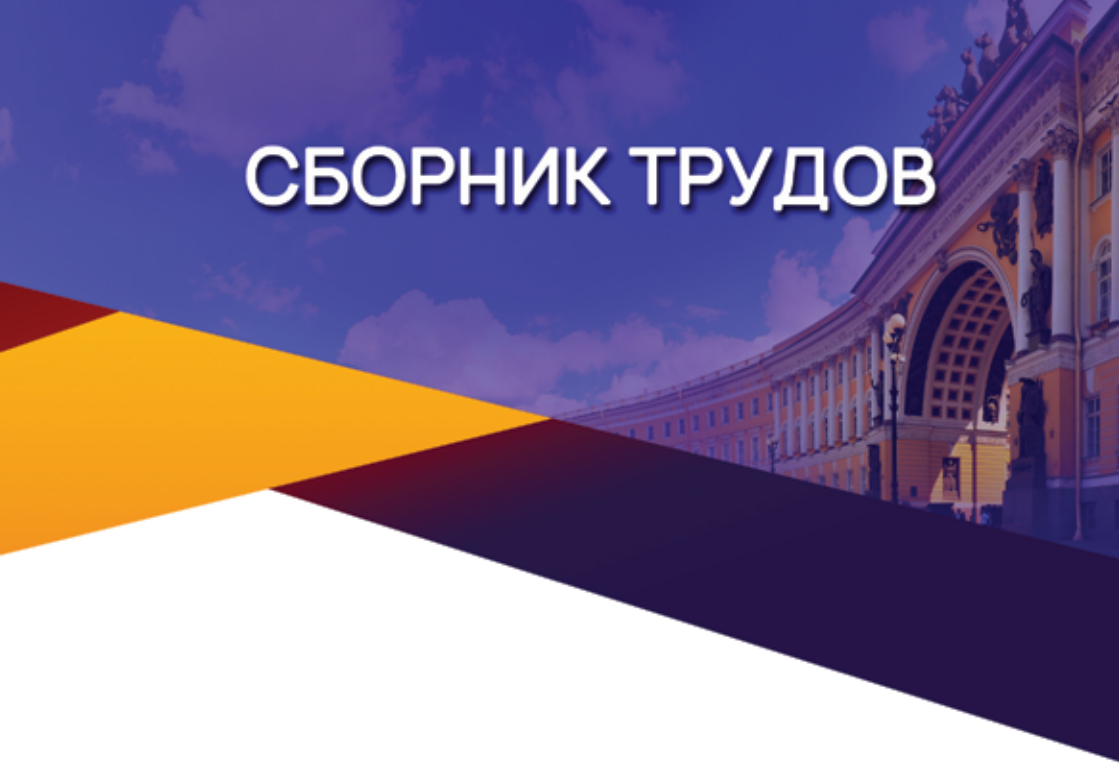


СБОРНИК ТРУДОВ

V Всероссийской научно-практической конференции

«Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения»

Санкт-Петербург
2021

Мелькают быстрые года
Мне не забыть их никогда
Душа ещё полна весной
Спасибо всем кто был со мной

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Кротинские чтения

СБОРНИК ТРУДОВ
V Всероссийской научно-практической конференции

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

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

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

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

СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»

Общественная организация «Ассоциация специалистов службы охраны репродуктивного здоровья»

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

3 декабря 2021 года

Санкт-Петербург
2021

УДК 616

Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи / Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. – Санкт-Петербург: 246 с., вклейка — 4 с.

© Коллектив авторов, 2021

Уважаемые коллеги и друзья!

Бессменный организатор этой площадки для дискуссии профессионалов — СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей “Ювента” (репродуктивное здоровье)» — с этого года сменил имя. Сегодня встречать участников и гостей конференции будет Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”».

Некоторые коллеги выражают опасение, что смена названия «консультативно-диагностический центр» на «центр охраны репродуктивного здоровья» ограничит направления и возможности оказываемой подросткам помощи. Не уходим ли мы от основополагающих принципов клиник, дружественных молодежи, — принципов, сформулированных основателем Центра «Ювента» П. Н. Кротиным, именем которого названа данная конференция? Можно успокоить сомневающихся, что этого не произойдет. Формы и условия оказания помощи неизбежно должны корректироваться, потому что трансформируются и запросы самого подрастающего поколения. Но неизменным остается подход: комплексная медико-психолого-социальная помощь на территории одной медицинской организации.

Сфера деятельности «Ювенты» не только не сокращается, а напротив — расширяется. Важно, что в сферу интересов репродуктивного здоровья попадают такие ключевые

проблемы современной молодежи, как нарушения пищевого поведения. Недавно созданное в «Ювенте» подразделение по коррекции таких расстройств уже продемонстрировало свою высокую востребованность.

Новое для сегодняшнего подрастающего поколения — появляющийся интерес и ответственность за свое здоровье. Как практикующий врач могу отметить, что юные пациенты более активно обращаются в «Ювенту». Радует, что растет количество посещений с профилактической целью к специалистам различного профиля.

Совершенствуется комплексный подход с учетом единства репродуктивного, соматического и психического здоровья. Многие доклады в программе конференции и публикации данного сборника посвящены именно проблемам комплексного направления в трактовке и обеспечении здоровья. Важно, что в современных условиях такой подход с нацеленностью на репродуктивное здоровье возможен только в центрах охраны репродуктивного здоровья подростков. Почему это важно? Репродуктивный потенциал — это мостик в системе охраны здоровья с позиций полного жизненного цикла, объединяющего новорожденного и его родителей. Основной смысл этой концепции, пропагандируемой ВОЗ, — здоровый малыш может родиться только от здоровых родителей, которые еще несколько лет назад были подростками. Поэтому конференция будет полезна медицинским работникам всех специальностей — от неонатологов и до специалистов, обеспечивающих здоровье взрослых людей.

Следует отметить еще одно важное направление данной конференции. Уже с 1 января 2022 года медицинские организации должны оказывать медицинскую помощь гражданам на основе клинических рекомендаций нового поколения (п. 3 ч. 1 ст. 37 Закона № 323-ФЗ). В докладах и публикациях специалисты

представят свой опыт применения данных нормативных документов и разработанных клинических алгоритмов.

Желаю успеха в работе конференции. Не сомневаюсь, что творческий потенциал участников даст новые идеи в охране репродуктивного, а значит и всех остальных компонентов здоровья подростков. Задача человека — не просто прожить жизнь здоровым. Природа отдает приоритет репродуктивному потенциалу. Она распорядилась так, что с первых минут жизни человека на Земле мы должны думать о самой главной нашей миссии — создании семьи и рождении здоровых детей.

Время летит быстро. И нынешняя научно-практическая конференция «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения» уже пятая. Важно, что инициатором Кротинских чтений пять лет назад выступила нынешний главный врач «Ювенты» Марина Федоровна Ипполитова — ученица Павла Наумовича Кротина и активная сторонница его идей. Все эти годы специалисты активно обсуждают и ищут новые формы и методы, пути совершенствования сложившейся системы охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

Принципиально, что конференция не только посвящена профессору П. Н. Кротину. Она называется «Кротинские чтения». Это значит, что идеи Павла Наумовича будут присутствовать в каждом докладе и в каждой публикации.

Александр Матвеевич Куликов,
доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии и детской кардиологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ, врач-терапевт СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента», руководитель учебно-методического и научного центра по развитию клиник, дружественных молодежи, Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова

Уважаемые коллеги!

Приветствую участников V Научно-практической конференции «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения»!

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, ученый и талантливый организатор здравоохранения Павел Наумович Кротин, в чью честь в пятый раз проводится конференция, в 1993 году вписал новую страницу в историю современной российской медицины – заложил основы системы комплексной охраны репродуктивного здоровья подростков в Санкт-Петербурге. Эта деятельность стала делом всей его жизни, нужным социально значимым направлением, которое развивается и процветает спустя годы после его ухода.

Стоит помнить: деятельность этого энергичного человека не ограничивалась созданием хорошо известного в России, а сегодня уже и за ее пределами, Центра «Ювента». Большое значение Павел Наумович придавал обучению студентов и молодых специалистов. Более 30 лет своей жизни он посвятил преподавательской деятельности в области акушерства и гинекологии, сотрудничал с кафедрами ФГБОУВО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова Минздрава России.

Значимо, что это образовательное направление продолжает развивать единомышленник и достойный преемник Павла Наумовича – основатель этой конференции, главный врач Центра охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» Марина Федоровна Ипполитова, доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. Она уделяет большое внимание повышению компетенций медицинских специалистов, работающих с подростками. Супервизия специалистов проходит не только раз в году в рамках этой Конференции, но и на новой организационно-методической площадке созданной в Центре Школы охраны репродуктивного здоровья подростков, где рассматриваются наиболее актуальные и важные вопросы оказания комплексной медицинской помощи подрастающему поколению.

Желаю участникам V Научно-практической конференции «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения» интересной работы и дальнейшего достойного применения полученных знаний в медицинской практике!

Василий Иванович Орёл,
заслуженный деятель науки Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор, проректор по учебной работе, заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ПОДРОСТКОВ С КЛИНИЧЕСКОЙ И ПРАВОВОЙ ТОЧЕК ЗРЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Ипполитова М.Ф., Скоробогатова Д.Д., Смирнова Е.В.
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”», Санкт-Петербург, Россия
Dr.ippolitova@gmail.com

Резюме. В статье рассматривается динамика законодательства, регулирующего проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, актуальные правовые вопросы порядка проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, а также приведены и проанализированы результаты медицинских осмотров на территории Санкт-Петербурга.

Ключевые слова: подростки; профилактический медицинский осмотр; Центр «Ювента»; репродуктивное здоровье подростков

Подростки в большей степени, чем взрослые, подвержены разнообразным неблагоприятным влияниям социального, экономического, бытового, нравственного, экологического характера, поэтому возникает необходимость в оздоровительных, медицинских и немедицинских (юридических, экологических, социально-трудовых) мерах.

Внимание властей Российской Федерации к проблемам детского здравоохранения было обращено всегда. Например, в 1992 году отмечалось, что здоровье детей дошкольного и школьного возраста, как и других групп населения, социально обусловлено, а значимыми факторами, формирующими

здоровье указанного детского контингента, являются система воспитания и обучения, включая физическое воспитание, охрану психического здоровья, а также организация медицинской помощи. Тогда же признавалась и такая проблема, как низкое качество профилактических осмотров: «Анализ результатов проводимых ежегодно профилактических осмотров детей показывает их низкую эффективность, сложившаяся система профилактических осмотров не позволяет выявлять начальные стадии хронических заболеваний» (Приказ Минздрава РФ и Минобразования РФ от 30.06.1992 № 186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях») [1]. Этим же приказом были рекомендованы различные формы организации медицинского обслуживания детей, в том числе центры (отделения) охраны здоровья детей. Анализируя иные нормативные правовые акты Российской Федерации, видим, что при постановке целей повышения качества охраны репродуктивного здоровья подростков законодатель всегда отмечал, что медицинскую помощь несовершеннолетним должны оказывать особые структуры. Но только в 2005 году в номенклатуре медицинских организаций в разделе «Учреждения охраны материнства и детства» законом впервые был установлен такой вид учреждений, как Центр охраны репродуктивного здоровья подростков [2].

Сегодня основным нормативным правовым актом, регламентирующим проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, является приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (далее — Приказ № 514н) [3]. В сравнении с предшествующими нормативными документами он кратко определяет порядок проведения профилактических осмотров, возрастные группы, перечень исследований, формы медицинской документации и порядок

ее заполнения. Однако Приказ № 514н не включил в себя весьма важные положения, например, из приказа Минздравмедпрома России от 14.03.1995 № 60 «Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» [4], подробное описание педиатрического этапа профилактического осмотра детей от 3 до 17 лет и иных специалистов или основные показания для направления педиатром ребенка на консультацию к врачу-специалисту (13 направлений). Можно считать это большим упущением, ведь эти положения отсутствуют и в Порядке оказания педиатрической помощи [5].

Предшественником Приказа № 514н является приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» [6], и в части профилактического осмотра несовершеннолетних они несущественно отличаются друг от друга. Документ представляет собой современную форму законодательного акта. Кроме того, отмечается необходимость наличия информированного добровольного согласия подростка/законного представителя. Вместе с тем, меняются перечни вмешательств в конкретных возрастах. Например, осмотр врача — акушера-гинеколога с 2012 года проводился в 3, 7, 12, 14, 15, 16, 17 лет, а с 2017 года — в 3, 6, 14, 15, 16, 17 лет.

В связи с тем что Приказ № 514н не включает в себя подробных рекомендаций по проведению осмотров узкими специалистами, медицинским работникам необходимо обращаться к порядкам оказания медицинской помощи по соответствующему профилю. Но и здесь либо конкретные рекомендации проведения профилактического осмотра отсутствуют (например, по профилю «детская урология – андрология»), либо можно столкнуться с «правовыми ножницами». Например, Приказом № 514н

установлено, что профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований; дополнительные могут быть назначены только в случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований. Также при невозможности провести профилактический осмотр ребенка в полном объеме в медицинской организации, где ребенок получает первичную медико-санитарную помощь, данная медицинская организация должна обеспечить ребенку прохождение указанного осмотра в иной медицинской организации, в том числе в медицинской организации, которая проводит профилактические осмотры обучающихся в образовательной организации [7].

Вместе с тем, п. 82 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденного приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н (далее — Приказ № 1130н), устанавливает, что при профилактическом осмотре несовершеннолетних в возрасте 17 лет при наличии условий проводится взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка шейки матки [8]. Неясно, к чему относится словосочетание «при наличии условий»: при наличии условий в медицинской организации, или имеется в виду физиологическое состояние подростка, или и то и другое? Можно ли считать профилактический осмотр завершенным, если в организации нет условий, или необходимо направить несовершеннолетнего в другую организацию? Насколько будут искажаться статистические данные профилактических данных в отношении гинекологических показателей, если учесть неясность положения?

Еще на одно различие между двумя Порядками указывает п. 81 Порядка оказания медицинской помощи по профилю

«акушерство и гинекология», утвержденного Приказом № 1130н, которое предусматривает проведение профилактического осмотра несовершеннолетних в возрасте 3, 6, 13 **(вместо 14!)**, 15, 16 и 17 лет включительно. Необходимо отметить, что в целях исполнения поручения Президента [9], а именно в целях реализации углубленной программы профилактических медицинских осмотров, предполагается, что в скором времени будет принят новый приказ, регулирующий проведение профилактических осмотров. Проект предусматривает изменение декретируемого возраста осмотра акушером-гинекологом (в отношении девочек) и, соответственно, детским урологом – андрологом (в отношении мальчиков) — с 14 лет на 13 лет. Отмечается, что указанное изменение декретируемого возраста целесообразно в целях проведения своевременной оценки полового развития [10].

Вопросы о необходимых документальных основаниях проведения профилактического осмотра актуальны всегда: какие документы необходимо предварительно получить от пациента/законного представителя и необходимо ли присутствие законного представителя при осмотре несовершеннолетнего?

Необходимым предварительным условием проведения профилактического осмотра является дача информированного добровольного согласия (далее — ИДС) несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) на медицинское вмешательство (п. 5 Порядка проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденного Приказом № 514н). Специальная форма ИДС на проведение профилактического осмотра Министерством здравоохранения РФ отсутствует. Как правило, медицинские организации пользуются формой ИДС на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации

для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н [11]. Однако данный документ можно назвать общим: он не дает конкретики для родителя о том, какие именно медицинские вмешательства могут быть проведены. Кроме того, форма не включает в себя проведение, например, цитологических исследований и др. В целях полного информирования подростка/законного представителя о перечне проводимых медицинских вмешательств в медицинской организации целесообразно разработать форму ИДС на проведение профилактического осмотра. К слову, в рамках подготовки нового приказа по проведению профилактических осмотров можно было бы утвердить специальную форму ИДС на законодательном уровне.

Необходимость присутствия законного представителя при осмотре несовершеннолетнего (обучающегося в образовательной организации) нельзя считать обязательной. Действующие нормативные правовые акты разъяснений по данному поводу не дают. С практической точки зрения представляется логичным, что процесс проведения профилактического осмотра, тем более на территории образовательного учреждения, был бы значительно затруднен с присутствием родителей. Вместе с тем, согласно п. 2 ст. 54 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ) несовершеннолетние в возрасте от пятнадцати лет имеют право лично давать ИДС на медицинское вмешательство [12]. Согласно ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ сведения, составляющие врачебную тайну (в том числе — постановка на учет по беременности), не разглашаются без согласия гражданина по достижении возраста 15 лет. Поэтому подросток, достигший возраста 15 лет, имеет право на осмотр врача без присутствия родителя, а также имеет право дать согласие на его присутствие.

В отношении несовершеннолетних в возрасте до 15 лет разъяснений нет, однако утративший силу Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”» содержал положение о том, что при профилактическом осмотре девочки в возрасте до 15 лет разрешается присутствие ее законного представителя [13]. Можно сделать вывод, что Приказ позволял присутствие законного представителя, но не обязывал.

Если учесть, что обязанность присутствия законного представителя при профилактическом осмотре несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет действующим законодательством не установлена, а у законного представителя есть права и обязанности защищать интересы ребенка и получать информацию о его здоровье [14], — присутствие законного представителя при профилактическом осмотре несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет не требуется, но и запретить ему присутствовать организация не имеет права.

Цель профилактических осмотров — раннее выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также определение групп здоровья и выработка рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей (законных представителей) [15].

Проведение профилактических медицинских осмотров в соответствии с Приказом № 1130н относится к функциям центров охраны репродуктивного здоровья подростков (далее — ЦОРЗП). На территории Санкт-Петербурга организовано 15 ЦОРЗП. Единственный ЦОРЗП, основанный как самостоятельное учреждение, — Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного

здоровья подростков “Ювента”»; 14 ЦОРЗП являются структурными подразделениями детских поликлиник города.

По данным Петростата, детское население Санкт-Петербурга в возрасте от 0 до 17 лет за последние 20 лет незначительно увеличилось: с 921 274 человек в 2000 году до 947 039 человек в 2020 году (на 2,8%). Доля детей Санкт-Петербурга (при общей численности населения 5 398 064 человек) от 0 до 17 лет в 2020 году составила 17,5%, в 2000 году она была равна 19,4%.

Численность девочек от 0 до 17 лет составила в 2020 году 460 566 человек, что на 4,6% больше, чем в 2000 году (440 146). При этом численность подросткового населения 10–17 лет в 2020 году уменьшилась за последние 20 лет на 41,6% (с 568 276 в 2000 году до 332 008 в 2020 году).

Итоги диспансеризации детей Санкт-Петербурга за 2000–2020 годы подтверждают негативные закономерности в состоянии их здоровья. Это, прежде всего, высокий уровень хронической заболеваемости и рост «болезненной» нагрузки с возрастом. Так, по итогам диспансеризации 2020 года дети I группы общего здоровья составили только 10,7%, второй — 66,8%, третьей — 19,7%, четвертой — 0,3%, пятой — 2,4%. Таким образом, практически четверть детского населения города страдает ярко выраженными хроническими заболеваниями.

Анализируя профилактические осмотры подростков в Санкт-Петербурге за период 2016–2020 годов, следует обратить внимание, что в 2016–2017 годах профилактические осмотры в Санкт-Петербурге проводились на основании Приказа Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». Как было отмечено ранее, по данному Приказу осмотры детей врачами — акушером-гинекологом и урологом – детским андрологом проводились в возрастных

группах 0–4 года, 5–9 лет, 10–14 лет, 15–17 лет. С 1 января 2018 года вступил в действие Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», где осмотру врачами — акушером-гинекологом и урологом – детским андрологом подлежат возрасты 3, 6, 14, 15, 16 и 17 лет [16].

В таблице 1 представлены данные по числу подлежавших осмотру, осмотренных девочек и девушек врачом — акушером-гинекологом, % охвата профилактическим осмотром и % выявленной патологии за период 2016–2020 годов (в 2016–2017 годах учитывался возраст 10–17 лет, с 2018 года — возраст 14–17 лет).

Таблица 1

Результаты профилактического осмотра девочек и девушек 14–17 лет (10–17 лет) включительно в 2016–2020 годах

Год	Количество подлежащих осмотру девочек и девушек	Количество осмотренных из числа подлежащих осмотру	% охвата профилактическими осмотрами	% выявленной патологии
2016	102 792	95 893	93,3	16,7
2017	110 735	103 965	93,9	15,9
2018	73 120	68 468	93,6	15,8
2019	65 688	62 565	95,2	18,5
2020	71 278	58 391	81,9	15,4

Для корректного сравнения удельного веса выявленной патологии у девочек и девушек врачом — акушером-гинекологом по районам Санкт-Петербурга берется период с 2018 года. В 2018 году по результатам профилактических осмотров девушек 14–17 лет выявлено 15,8% патологических состояний (с порайонным разбросом по Санкт-Петербургу от 7,9% до 30,3%), в 2019 году — 18,5% (с порайонным разбросом от 5,7% до 25,8%), в 2020 году — 15,4% (с порайонным разбросом от 6,4% до 40,1%).

Неоднородность показателя удельного веса выявленной врачом — акушером-гинекологом патологии при проведении профилактических осмотров в различных районах Санкт-Петербурга не снижается, наиболее высокий процент в 2020 году наблюдался в Калининском, Петроградском, Фрунзенском и Выборгском районах. Необходимо принимать меры по профилактике гипо- и гипердиагностики заболеваний репродуктивной сферы у девушек декретируемых возрастов в ходе проведения профилактических осмотров.

Оценивая результаты диспансеризации подростков Санкт-Петербурга в 2018–2020 годах, следует отметить, что морфологические или функциональные нарушения репродуктивной системы находятся на достаточно высоком уровне (диаграмма 1).

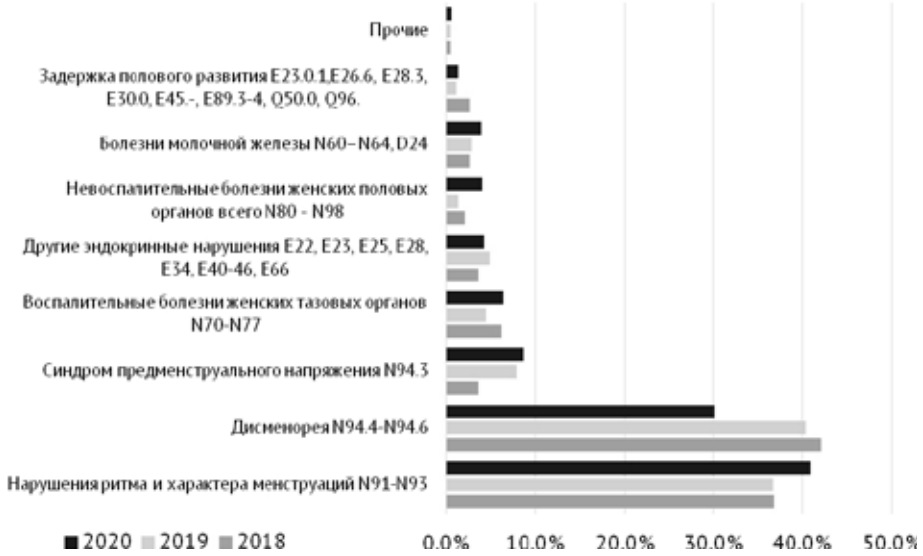
Распределение удельного веса выявленных заболеваний у девочек в ходе проведения медицинских профилактических осмотров свидетельствует о незначительно выраженной тенденции к росту числа патологий с увеличением возраста девочки. Так, у всех прошедших профосмотры девочек 14 лет патология определяется в 12,4% случаев, в 15 лет — у 17,0%, в 16 лет — 16,3%, в 17 лет — у 15,8%; средний показатель — 15,4%.

В структуре гинекологической патологии, выявленной при профилактическом осмотре, отмечается преобладание нарушений менструального цикла (N91–N93). В 14 лет удельный вес от всей выявленной гинекологической патологии в этом возрасте составил 40,4%, в 15 лет — 43,9%, в 16 лет — 42,4%, в 17 лет — 36,5%. Удельный вес дисменореи (N94.4–N94.6) от выявленной патологии составил в 14 лет 35,3%, в 15 лет — 32,0%, в 16 лет — 26,6%, в 17 лет — 27,6%. Удельный вес синдрома предменструального напряжения (N 94.3) в 14 лет составил 9,3%, в 15 лет — 7,1%, в 16 лет — 9,9%, в 17 лет — 8,4%. Воспалительные болезни

женских половых органов (N70–N77) занимают четвертое место по выявляемости на профилактическом осмотре: в 14 лет удельный вес их составил 5,4%, в 15 лет — 5,9%, в 16 лет — 6,0%, в 17 лет — 8,0%. На пятом месте по выявляемости находятся болезни молочной железы (N60–N64, D24): их удельный вес в 14 лет составил 3,1%, в 15 лет — 3,1%, в 16 лет — 4,0%, в 17 лет — 5,2%.

Диаграмма 1

Структура патологических состояний у девочек и девушек 14–17 лет, выявленных в ходе проведения профилактических осмотров врачами — акушерами-гинекологами в 2018–2020 годах



Выявляемость гинекологической патологии у девушек-подростков за период 2016–2020 годов остается практически на одном уровне, незначительное снижение наблюдалось лишь в 2020 году, но этому есть объяснения, связанные с карантинными мероприятиями и ограничениями из-за COVID-19. Проводя мониторинг профилактических осмотров, можно сделать вывод,

что качество профилактических осмотров изменяется в лучшую сторону, большинство врачей — акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга, занимающихся профилактическими осмотрами девочек, имеют усовершенствование по детской гинекологии (93,8%), появляются высокотехнологичные диагностические средства, улучшается выявляемость гинекологической патологии у девочек.

Врачи-специалисты, оказывающие медицинскую помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, должны направляться на обучение для повышения квалификации по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей не реже одного раза в пять лет.

По результатам профилактических осмотров несовершеннолетних формируются группы здоровья. Несовершеннолетние из I и II группы здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам врачом — акушером-гинекологом или другим медицинским работником (таблица 2).

Таблица 2

Распределение девочек и девушек 14–17 лет по группам здоровья после профилактического осмотра врачом — акушером-гинекологом в 2018–2020 годах (%)

Группы здоровья	2018	2019	2020
I	84,4	81,5	86,7
II	14,0	14,8	11,1
III	1,6	3,3	2,1
IV	0,02	0,1	0,1
V	0,01	0,2	0,1

Несовершеннолетним, 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.

Группы диспансерного наблюдения:

I — несовершеннолетние с нарушением полового развития;

II — несовершеннолетние с гинекологическими заболеваниями;

III — несовершеннолетние с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии.

По данным годовых отчетов врачей — акушеров-гинекологов, наблюдается рост в I группе диспансерного наблюдения: в 2018 году эта группа составляла 2,2% от состоящих на диспансерном наблюдении девочек, в 2019 году — 10,0%, в 2020-м — 11,6%. Удельный вес II группы диспансерного наблюдения, наоборот, начал снижаться: в 2018 году он составлял 74,6%, в 2019 году — 72,3%, в 2020 году — 69,6%. Удельный вес III группы диспансерного наблюдения также имеет тенденцию к снижению: в 2018 году — 23,2%, в 2019 году — 17,7%, в 2020 году — 18,8%.

Выводы: группа несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями преобладает среди диспансерных больных, при этом отмечается значительный рост в диспансерной группе девочек и девушек с нарушением полового развития.

Результаты диспансеризации показали, что в дополнительных консультациях и исследованиях в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара нуждались 2536 девочек и девушек Санкт-Петербурга, т. е. 4,3% от числа прошедших профилактические осмотры. В дополнительных консультациях и исследованиях в стационарных условиях нуждалось 213 (0,4%) девочек и девушек. Установлено, что дополнительные консультации и исследования были проведены в 98,3% случаев нуждающихся в них в амбулаторных и 96,7% случаев — в стационарных условиях [17].

Лечение было рекомендовано 7 012 девочкам и девушкам (12,0%) в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, 274 (0,5%) — в стационарных условиях. Медицинская реабилитация была рекомендована 2 005 (3,4%) девочкам в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, 20 (0,03%) — в стационарных условиях. Санаторно-курортное лечение было рекомендовано 295 (0,5%) девочкам и девушкам.

В таблице 3 представлены данные по числу подлежавших осмотру, осмотренных мальчиков и юношей врачом — урологом – детским андрологом, % охвата профилактическим осмотром и % выявленной патологии за период 2016–2020 годов (в 2016–2017 годах учитывался возраст 10–17 лет, с 2018 года — возраст 14–17 лет).

Таблица 3

Результаты профилактического осмотра мальчиков и юношей 14–17 лет (10–17 лет) включительно за 2016–2020 годы

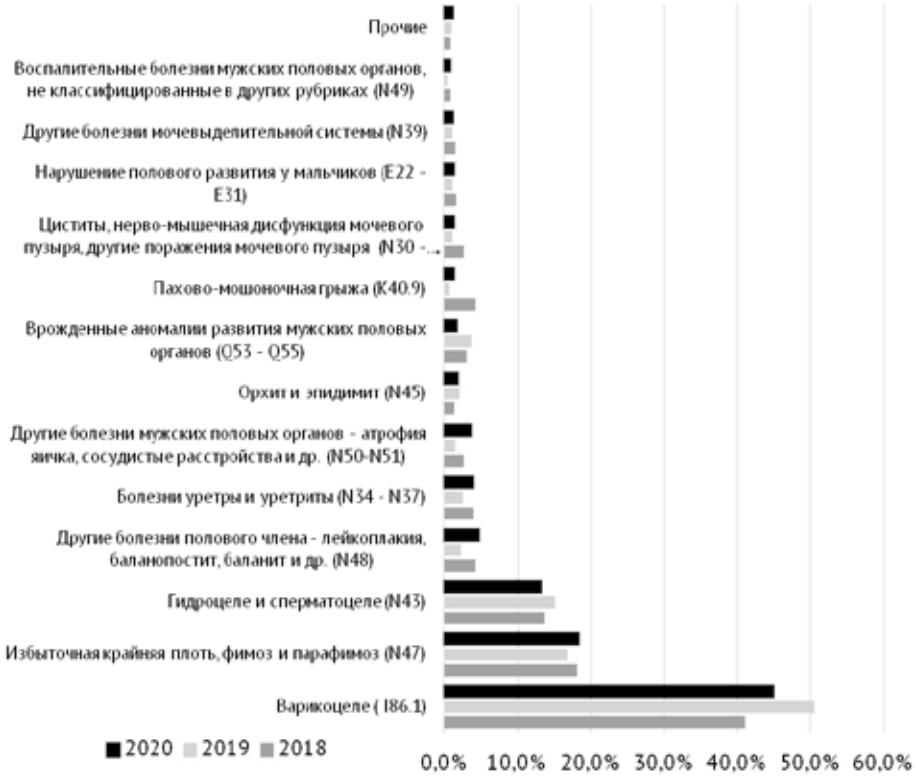
Год	Подлежало осмотру мальчиков и юношей	Осмотрено из числа подлежавших осмотру	% охвата профилактическим осмотром	% выявленной патологии
2016	109 086	98 832	90,6	15,4
2017	113 308	103 224	91,1	15,2
2018	63 002	58 805	93,3	10,8
2019	65 007	60 776	93,5	8,8
2020	63 146	54 348	86,1	9,6

Для корректного сравнения удельного веса выявленной патологии у мальчиков и юношей врачом — урологом – детским андрологом по Санкт-Петербургу берется период с 2018 года. Удельный вес выявленных больных по результатам профилактических осмотров мальчиков и юношей в возрастной группе 14–17 лет составил в 2018 году 10,8% от общего числа осмотренных

(с порайонным разбросом по Санкт-Петербургу от 4,0% до 36,0%), в 2019 году — 8,8% (с порайонным разбросом от 1,3% до 28,2%), в 2020 году — 9,6% (с порайонным разбросом от 0,0% до 49,4%).

Диаграмма 2

Структура патологических состояний у мальчиков и юношей 14–17 лет, выявленных в ходе профилактических осмотров врачами — урологами – детскими андрологами в 2018–2020 годах



Неоднородность показателя в различных районах Санкт-Петербурга в 2018–2020 годах так велика, что сделать вывод о соответствии среднероссийскому показателю уровня выявляемой патологии нельзя. Качество проводимых мероприятий среди

юношей требует усиления контроля. Особенно обращают на себя внимание Кронштадтский район с уровнем выявленной патологии в 36,0% в 2018 году, 28,2% в 2019 году, 49,4% в 2020 году, Курортный район с уровнем выявленной патологии 1,3% в 2019 году, Пушкинский район с уровнем выявленной патологии 2,5% в 2019 году, Красносельский район с уровнем выявленной патологии 4,0% в 2018 году и 0,0% в 2020 году (диаграмма 2).

Сохраняется тенденция к росту удельного веса выявленной патологии у мальчиков и юношей в возрасте 14–15 лет. Так, в 14 лет у мальчиков выявляется патология в 11,8% случаев, в 15 лет — в 10,3%, в 16 лет — в 8,7%, в 17 лет — в 7,3%. По выявляемости на первом месте во всех возрастных группах находится варикоцеле (I86.1): удельный вес его выявления в возрастной группе 14 лет составляет 34,4%, в 15 лет — 47,3%, в 16 лет — 51,0%, в 17 лет — 52,7%. На втором месте — патология, связанная с избыточной крайней плотью, фимозом и парафимозом (N47), удельный вес ее выявления в возрастной группе 14 лет составляет 24,0%, в 15 лет — 17,1%, в 16 лет — 14,4%, в 17 лет — 15,8%. Третье место по выявляемости занимает гидроцеле и сперматоцеле (N43), удельный вес этой патологии распределяется по возрастам следующим образом: в 14 лет — 13,3%, в 15 лет — 13,4%, в 16 лет — 13,8%, в 17 лет — 12,7%. На четвертом месте в возрастной группе 14 лет находятся другие болезни полового члена (лейкоплакия, баланопостит, баланит и др.) (N48), удельный вес их составляет в этой возрастной группе 6,6%, для возрастных групп 15–17 лет на четвертом месте по выявляемости находятся болезни уретры и уретриты (N43-N37) и составляют в 15 лет 4,6%, в 16 лет — 5,0%, в 17 лет — 5,0%. На пятом месте в возрастных группах 14 и 17 лет находятся другие болезни мужских половых органов (атрофия яичка, сосудистые расстройства и др.) (N50–N51), их удельный вес составляет в 14 лет 4,7%, в 17 лет — 3,9%, для возрастных групп

15 и 16 лет пятое место занимают другие болезни полового члена (лейкоплакия, баланопостит, баланит и др.) (N48), их удельный вес в возрастной группе 15 лет составляет 3,9%, в 16 лет — 4,2%.

Результаты диспансеризации показали, что в дополнительных консультациях и исследованиях в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара нуждались 1235 мальчиков и юношей Санкт-Петербурга, т. е. 2,3% от числа прошедших профилактические осмотры. В дополнительных консультациях и исследованиях в стационарных условиях нуждалось 675 (1,2%) мальчиков и юношей. Установлено, что дополнительные консультации и исследования были проведены в 96,0% случаев в них нуждающихся в амбулаторных и в 81,3% случаев — в стационарных условиях.

Лечение было рекомендовано 2067 мальчикам и юношам (3,8%) в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, 754 (1,4%) — в стационарных условиях. Медицинская реабилитация была рекомендована 748 (1,4%) мальчикам и юношам в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, 50 (0,1%) — в стационарных условиях.

В заключение необходимо отметить, что одной из актуальных задач, стоящих перед детскими гинекологической и урологической службами в Санкт-Петербурге, является своевременное и полное выявление гинекологических и урологических заболеваний у детского и подросткового населения. Эта задача может быть решена путем совершенствования системы обязательных профилактических осмотров детей в декретируемых возрастах.

Комплексный подход, направленный на сохранение репродуктивного потенциала подростков, является первоочередной задачей медицинских учреждений первого и второго уровня, решение которой, несомненно, приведет к уменьшению экономических потерь и повысит репродуктивный потенциал населения. Также в целях повышения качества профилактических

осмотров необходимо принятие нового приказа, утверждающего порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних с учетом современных условий и изменений в законодательстве Российской Федерации.

Список литературы

1. Приказ Минздрава Российской Федерации, Минобразования Российской Федерации от 30.06.1992 № 186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 27.10.2021).

2. Егоренкова Д.Д., Ипполитова М.Ф. Развитие законодательства в области охраны репродуктивного здоровья подростков (аналитический обзор) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2021. — Т. 17, № 2. — С. 5–14.

3. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 27.10.2021).

4. Приказ Минздравмедпрома Российской Федерации от 14.03.1995 № 60 «Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 28.10.2021).

5. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. — 2012. — 22 октября (ред. от 21.02.2020).

6. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные

учреждения и в период обучения в них» // Российская газета (специальный выпуск). 2013. 25 апреля.

7. Письмо Минздрава России от 29.01.2018 № 15-2/10/2-490 «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденных Приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н» // Официальные документы в образовании. — 2018. — Февраль.

8. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 28.10.2021).

9. Перечень поручений по реализации Послания Президента Федеральному Собранию (утвержден Президентом РФ 02.05.2021 № Пр-753) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 8.10.2021).

10. Проект Приказа Минздрава России «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, формы карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего и порядка ее заполнения, формы сведений о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних и порядка ее заполнения и сроков представления» (по состоянию на 19.05.2021) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 28.10.2021).

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

12. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. 23 ноября (ред. от 02.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021).

13. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"» // Российская газета (специальный выпуск). 2013. 25 апреля (утратил силу).

14. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ // Российская газета. 1996. 1 января (ред. от 02.07.2021).

15. Скоблина Н. А., Милушкина О. Ю., Бокарева Н. А., Гудинова Ж. В. Изучение и оценка физического развития детского населения в приказе Минздрава России № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. — 2019. — № 2. — С. 34–48.

16. Кильдиярова Р. Р. Диспансеризация здоровых детей // ВСП. — 2018. — № 3. — С. 246–250.

17. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Терлецкая Р. Н., Байбарина Е. Н., Чумакова О. В., Устинова Н. В., и др. Оценка качества проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2017. — № 1. — С. 23–19.

ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Уерги У.Н.

СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»

Санкт-Петербург, Россия

kaprova.ru@yandex.ru

+7(951) 640 25 68

Согласно Приказу Министерства здравоохранения от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (далее — Порядок 1130н) для Центра охраны репродуктивного здоровья подростков (далее — ЦОРЗП) определены функции, выходящие за рамки предоставления медицинской помощи и определяющие комплексный подход к охране репродуктивного здоровья несовершеннолетних, в том числе по межведомственному принципу.

Репродуктивное здоровье подростков наиболее сопряжено с их поведенческими практиками, отношением к здоровью, семейным ценностям, с достижением социальной зрелости в целом. С целью повышения социальной адаптации подростков, помощи в преодолении трудных жизненных обстоятельств, профилактики рискованных форм поведения и формирования ответственного отношения к собственному здоровью в условиях ЦОРЗП реализуется социальное сопровождение несовершеннолетних.

Поводами обращения подростков за помощью в ЦОРЗП, как правило, являются вопросы соматического здоровья, причины или следствия которых можно проследить и в социально-психологических сферах их жизни. Детальная оценка этих

аспектов выходит за рамки врачебного приема и требует дополнительного внимания и отдельных компетенций. Реализация социального сопровождения и организация комплексной помощи подросткам, такой как создание междисциплинарной связи, является ответственностью специалиста по социальной работе (далее — специалиста).

Первостепенной задачей специалиста является социальная диагностика: определение характеристик всех сфер жизни подростка, включая семейную систему, образование и досуг, социальный опыт и круг общения, соотнесение этих характеристик с психологическим статусом и состоянием соматического здоровья, которые послужили первопричинами обращения в ЦОРЗП.

По результатам диагностики выстраивается консультативная часть приема специалиста. Консультации направлены на информирование подростка о возможностях повышения социальной адаптации через преодоление сложностей в образовательном процессе, профессиональную ориентацию, организацию содержательного досуга, формирование поддерживающего социального окружения и развивающей среды, решение внутрисемейных конфликтов. Консультации могут включать в себя общепросветительские доверительные беседы воспитательного характера и социально-правовое просвещение. Задача специалиста — не только информировать подростка о его правах и возможностях, но и оказать содействие в их реализации при неспособности подростка сделать это самостоятельно. При наличии правовой возможности самостоятельного обращения в ЦОРЗП у подростков, достигших 15 лет, нередко еще не сформированы должные социальные компетенции для полной самостоятельности в вопросах охраны здоровья. Но часто по тем или иным причинам подростки не желают вовлекать родителей (законных представителей) в лечебно-диагностический процесс. Результативность содействия подросткам в получении сторонней помощи

возможна только за счет выстраивания межведомственных связей с органами, организациями и учреждениями, компетентными в вопросах оказания помощи несовершеннолетним, перечень которых определен в Порядке 1130н.

При обозначенной актуальности социального сопровождения следует принимать во внимание неспособность подростков (как правило) к самостоятельной объективной оценке влияния социально-психологических аспектов на актуальное соматическое состояние. Следовательно, у подростков наблюдается отсутствие мотивации к обращению за помощью к специалисту, приверженности его рекомендациям. К результатам социального сопровождения также можно отнести проработку формирующейся способности подростков выстраивать причинно-следственные связи в контексте социальных детерминантов репродуктивного здоровья, предвидеть последствия своих поступков, повышая личную ответственность при принятии решений в повседневной жизни и мотивацию к изменению рискованных практик. Данная задача также решается в ходе консультативных приемов и является социальной задачей подросткового возраста.

Воспитательные, профилактические цели социального сопровождения достигаются и за счет групповой работы с подростками, возможной в условиях ЦОРЗП. Занятия с группами продуктивны и в предоставлении актуальной информации по вопросам репродуктивного здоровья, и в тренинговой отработке навыков ее самостоятельного применения.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК 12–17 ЛЕТ, ЖИВУЩИХ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА, С УЧЕТОМ ПРОПОРЦИЙ ТЕЛА

Струганова Д.С., Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Гайдуков С.Н.
ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России,
СПб ГБУЗ «Женская консультация № 44» Пушкинского района,
Санкт-Петербург, Россия
diannabest@mail.ru
8(981) 791 50 80

Актуальность. В настоящее время охрана репродуктивного здоровья юного населения является национальной стратегией государственной политики России. Поэтому изучение физического и полового развития детей и подростков представляется крайне важным. Показатели роста и развития на разных этапах онтогенеза протекают с различной скоростью, поэтому для каждого этапа характерны свои анатомо-физиологические особенности, которые характеризуются определенными количественными и качественными особенностями морфогенеза и функциональными признаками отдельных органов и организма в целом. Особую актуальность приобретает мониторинг роста, развития потенциала подростков, что имеет важное значение в дальнейшем для репродуктивной системы.

Цель. Изучить особенности полового созревания девочек 12–17 лет, живущих в мегаполисе, с учетом пропорций тела.

Материалы и методы. Обследовано 365 девочек в возрасте 12–17 лет 2002–2009 годов рождения (школьницы 6–11-х классов средних школ Санкт-Петербурга). Наряду с общеклиническим обследованием осуществлялось ультразвуковое исследование органов малого таза при помощи ультразвукового сканера *SonoScape SSI-1000*, проходили антропометрические измерения

по методике В.В. Бунака, оценивалась половая формула. Математико-статистическую обработку полученных результатов производили с применением программного обеспечения класса электронных таблиц *Microsoft Excel* 7.0 и прикладных программ *SPSS* 15.0 *for Windows*.

Результаты. Распределение изученного контингента девушек 12–17 лет по индексу гармоничности морфологического развития представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распредение девушек 12–17 лет по типам телосложения

Пропорции / возраст, *лет*	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
Астеноидные	0	31	12,2	43	30,2	30,7
Нормостеноидные	42	69	53,7	46,4	43	42
Пикноидные	58	0	29,3	10,7	27	27,3

Данное распределение характеризует определенную направленность развития девочек — пикноидную или астеноидную — и свидетельствует о гетерохронном развитии. В последнее десятилетие среди девочек-подростков отмечается тенденция к снижению с возрастом числа гармонично развитых и возрастанию числа подростков с дисгармоничными вариантами физического развития, сдвиг в сторону грацилизации и астенизации. В ходе исследования получены данные о том, что самыми низкорослыми в 12 лет являются школьницы нормостеноидных пропорций (157 ± 1,2 см), в 14–15 лет — девушки нормостеноидных и пикноидных пропорций (163,4 ± 1,07 см и 164,5,6 ± 0,8 см соответственно), а высокорослыми в 13–17 лет — представительницы астеноидных пропорций (соответственно 161 ± 1,09 см, 169,8 ± 1,07 см, 166 ± 3,12 см, 164 ± 1,02 см, 167,68 ± 1,24 и 169,15 ± 0,98 см) ($p \leqslant 0{,}05$).

В группе обладательниц пикноидных пропорций максимальная прибавка веса отмечена в 14–15 и 16–17 лет (соответственно на 10,9 кг и 5,7 кг). В группе обладательниц астеноидных пропорций максимальная прибавка веса отмечена в 13–14 лет (на 4,6 кг), у школьниц нормостеноидных пропорций — в 12–13 лет (на 12,9 кг). Минимальное увеличение массы тела за весь период наблюдений отмечено у школьниц нормастеноидных пропорций в период 14–15 лет — на 2,9 кг и в 16–17 лет — на 1,9 кг. Увеличение жировой ткани у девочек независимо от типа конституции связано с подготовкой организма к половому созреванию. Вторичные половые признаки появляются последовательно: начинается этот процесс с формирования грудных желез, далее оволосение лобка (пубархе) и подмышечных впадин (адренархе).

Следует подчеркнуть, что оценка степени полового развития при проведении регулярных медицинских профилактических осмотров детей и подростков способствует ранней диагностике заболеваний репродуктивной системы. У девочек астеноидных пропорций были самые низкие баллы в оценке развития молочных желез: в 14 лет 2,4 балла и максимальная оценка в 3 балла — в 17 лет. У представительниц нормостеноидных и пикноидных пропорций развитие молочных желез завершается к 15 годам (3 балла) ($p \leqslant 0{,}05$). Наибольшую биологическую значимость при оценке степени полового развития имеет наличие и характер менструальной функции. Выявлено, что у представительниц астеноидных пропорций средний возраст менархе — 13 лет 1 месяц, у нормостеноидных — 12 лет 1 месяц, а у представительниц пикноидных пропорций наиболее ранний возраст менархе 10 лет 7 месяцев.

Девушки 12–17 лет астеноидных пропорций имеют наименьшие значения индекса массы тела (ИМТ): 16,02–18,23 на всем протяжении указанного возрастного периода, а их сверстницы пикноидных пропорций — наибольшие показатели ИМТ:

24,58–25. Ряд авторов отмечает, что снижение массы тела, в частности жировой ткани, тормозит процесс овуляции.

Нами оценивался индекс талии и бедер. Так, у представительниц астеноидных пропорций в 13 и 15 лет доминирует гиноидный тип (100% и 85%) распределения жировой ткани, который характеризуется расположением жирового запаса на ягодицах и бедрах. Наибольшую долю (43%) составляет промежуточный тип, который отличается равномерным распределением жировой ткани на талии и бедрах в 14 лет.

У девочек нормостеноидных пропорций во всех случаях доминанта гиноидного типа распределения жировой ткани определена в 12 лет, в 14 лет данный тип имеют 90%, в 15 лет — 83%. В 13 лет у 30% обследованных определен промежуточный тип распределения жировой ткани. У девочек пикноидных пропорций в 12–15 лет отмечается плавное увеличение с распределением жировой ткани по гиноидному типу (40–60%), наибольшую долю (60%) составляют девочки с промежуточным типом распределения жировой ткани на талии и бедрах в 12 лет. В возрасте 15–17 лет у девушек пикноидных пропорций преобладает гиноидный тип (от 66,7% до 71,4%) расположения жировой ткани. В группе девочек нормостеноидных пропорций в 17 лет увеличивается количество школьниц с равномерным распределением жировой ткани на талии и бедрах (32%).

Жировая ткань весьма значима для метаболизма и активации женских половых гормонов, включая их участие в процессах пубертатного развития подростков. У девочек преобладает накопление жира в подкожной клетчатке и несколько больше — в нижних сегментах тела, особенно вокруг бедер. Проф. Е. Н. Комиссарова (2008) на основе факторного анализа и канонической корреляции установила, что у девочек различных соматотипов в возрасте 10–11 лет появление вторичных половых признаков тесно связано с жировым компонентом массы тела и типом телосложения.

Применение УЗИ позволило оценить размеры матки. У обследованных девушек, без учета пропорций тела, определено наибольшее увеличение длины матки в 13–14 лет (на 4,5 мм), а ширины — в 14–15 лет (на 2,06 мм) ($p \leqslant 0,05$). Показатели длины и ширины правого и левого яичников у девочек разных пропорций тела не имеют достоверных различий.

Выводы. Таким образом, девочки различных пропорций тела обладают разной степенью половой зрелости в пубертатный период. При профилактических осмотрах девочек-подростков, помимо учета весо-ростовых соотношений, необходимо учитывать пропорциональность тела для раннего выявления патологического течения периода полового созревания.

Список литературы

1. Сазонова Л. А. Показатели биологической зрелости и пальцевой дерматоглифики у девочек 8–12 лет различных соматотипов // Актуальные проблемы спортивной морфологии и интегративной антропологии: Материалы 2-й Межд. науч. конф. МосГУ, 29–30 мая. — М., 2006. — С. 110–113.

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

3. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: Сб. материалов. — Вып. VI / Под ред. А. А. Баранова, В. Р. Кучмы. — М.: ПедиатрЪ, 2013.

4. Шилова О. Ю. Клинико-морфологические параллели физического и полового развития девушек-подростков в современных условиях. — Красноярск: НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, 2009.

5. Ямпольская Ю. А. Грацилизация и внутригрупповое распределение типов конституции московских подростков во второй половине XX века. — Педиатрия. — 2007. — № 2. — С. 120.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ ТЕРРИТОРИИ

Яценко Н.О., Шикова И.В., Подборецкая Е.А., Латт Е.В., Долгополова И.С.

ГБУЗ ЛО «Ломоносовская МБ им. И.Н. Юдченко», г. Ломоносов (Санкт-Петербург), Россия

natalya_yacenko_74@mail.ru

+7(953) 359 12 98

В детском и подростковом возрасте закладывается основа для создания здоровья взрослого человека. Влияние различных биологических, психологических и социальных факторов в этот сложный период существенно сказывается на жизни человека в дальнейшем.

В настоящее время активно развиваются молодежные консультации, центры и врачебные кабинеты, оказывающие специализированную помощь подросткам. Однако такую помощь преимущественно могут получить подростки, проживающие в городах. Удаленность и протяженность территории, отсутствие полноценной инфраструктуры, консультативных поликлиник, низкий уровень информированности населения о собственном здоровье в деревнях и поселках сельских территорий не позволяют получить подростку полноценную консультативную помощь специалистов.

Целью открытия центра охраны репродуктивного здоровья в условиях Ломоносовского района стало, прежде всего, приближение специализированной помощи подросткам в условиях сельской территории. Для реализации задачи была организована выездная бригада передвижной амбулатории специалистов, в которую вошли уролог-андролог, акушер-гинеколог и клинический психолог.

С целью расширения знаний подростков об особенностях их возраста, а также подготовки к осмотру специалистами было организовано проведение выездных семинаров центра охраны репродуктивного здоровья подростков в образовательные учреждения.

Осмотрено 247 подростков (116 юношей и 131 девушка). Выявлена патология со стороны репродуктивной системы: дисменорея — 23 (18%) случая, нарушение менструального цикла — 12 (9,1%) случаев, варикоцеле — 11 (9,5%) и фимоз — 8 (7%). Диагностированы нарушения эмоционально-психологического характера: острое переживание пубертата, аффективные вспышки — 75 (30%); изменения поведения — 34 (14%); страхи, онихофагия, навязчивые движения, тики, самоповреждающее поведение — 47 (19%); подростковые расстройства восприятия гендера непсихиатрического генеза — 11 (4,5%).

Организация работы ЦОРЗП в условиях сельской территории требует дальнейшего развития с целью выявления и профилактики нарушений репродуктивного здоровья подростков.

ПОДРОСТОК НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА. ТОП-3 ВОПРОСОВ ЮРИСТУ

Скоробогатова Д.Д.
СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”», Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Соблюдение прав пациента и его законного представителя — важный аспект оказания медицинской помощи. В 2020–2021 годах законодательство в области здравоохранения претерпело некоторые изменения. Безусловно, одновременно меняется судебная практика, как следствие — медицинские работники задают все больше и больше вопросов юристам. В статье будет рассмотрено несколько актуальных вопросов, связанных с оказанием помощи несовершеннолетним.

Ключевые слова: здравоохранение; ответственность; несовершеннолетние; подростки; законный представитель; права пациента; врачебная тайна; предоставление информации законным представителям; информированное добровольное согласие

1. Предоставление информации законным представителям. Можно ли сообщить родителям о ранней беременности или о выявлении инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и др.?

Соблюдение врачебной тайны — важный принцип оказания медицинской помощи пациенту любого возраста. Врачебная тайна охраняется законом, и за ее неправомерное разглашение предусмотрена гражданско-правовая ответственность (например, исковое требование о возмещении морального вреда, в соответствии со ст. 151 Гражданского кодекса Российской Федерации) [1], административная ответственность (ст. 13.14, ст. 28.4 Кодекса Российской Федерации об административных

правонарушениях [2]) и даже уголовная ответственность (за нарушение неприкосновенности частной жизни предусмотрено несколько видов наказания: от штрафа до лишения свободы в рамках ст. 137 Уголовного кодекса Российской Федерации [3]). Наступление ответственности будет зависеть от обстоятельств, а иногда и от желания пациента.

Согласно Федеральному закону Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ) [4], врачебную тайну составляют любые сведения о пациенте, ставшие известными медицинской организации при оказании пациенту медицинской помощи, будь то сам факт обращения в медицинскую организацию, ФИО, диагноз и др. (ст. 13).

Известно, что пациент по достижении пятнадцати лет (или шестнадцати, в случае заболевания наркоманией) самостоятельно решает вопрос о медицинском вмешательстве, имеет право на сохранение врачебной тайны.

И если ранее, по достижении пятнадцатилетнего возраста, подросток имел право на сохранение врачебной тайны даже от законных представителей, сведения разглашались только с его письменного согласия, то *с 11 августа 2020 года* согласно ч. 2 ст. 22 Федерального закона № 323-ФЗ *в отношении лиц, достигших возраста 15 лет* (больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше 16 лет), но не приобретших дееспособность в полном объеме, *информация* о состоянии здоровья *предоставляется* в том числе их *законным представителям*.

Случается, что подростков интересует возможность отказаться от разглашения врачебной тайны законным представителям, однако новые изменения этого не допускают. *Вся информация о здоровье несовершеннолетнего пациента может быть получена законными представителями независимо от воли самого пациента.*

Данные изменения, несмотря на то, что ограничивают некоторую свободу несовершеннолетнего, необходимы были давно. Подростки, боясь родителей, скрывают свои болезни, диагнозы и проблемы: ИППП, беременность, венерические заболевания, побои ровесников, буллинг. Такое сокрытие приводит к прерыванию беременности у несовершеннолетней, развитию хронических заболеваний, психическим нарушениям, нарушениям пищевого поведения. Ранее неоднократно можно было услышать от законных представителей: «Если бы мы знали…», «Если бы вы могли рассказать…»

Теперь же предоставить информацию возможно.

Вместе с тем, *у медицинской организации нет обязанности разыскивать законных представителей несовершеннолетнего* в целях предоставления им информации о здоровье подростка, достигшего *возраста пятнадцати лет*. Статья 22 Федерального закона № 323-ФЗ лишь дает медицинской организации возможность предоставить информацию, однако не определяет, что медицинская организация обязана всегда разыскивать законных представителей для предоставления сведений.

Если предположить такой вариант, то, скорее всего, в каждой организации, оказывающей помощь подросткам, придется создавать отдельное подразделение по розыску законных представителей.

К слову, в пояснительной записке к проекту изменений в статью 22 отмечалось, что Проект закона разработан в целях распространения права родителей (законных представителей) на получение информации о здоровье несовершеннолетних после достижения ими границы старшего подросткового возраста. Также пояснительная записка позволяет умозаключить, что обсуждаемые изменения внесены в целях возможности реализации родителями своих прав и обязанностей по воспитанию и заботе о детях до достижения ими совершеннолетия [5].

Таким образом, учитывая то, что прямой обязанности не установлено, можно сделать вывод, что информация законному представителю предоставляется только по его запросу, устному или письменному. Данная позиция поддерживается и Министерством здравоохранения Российской Федерации в Письме Директора правового департамента С. Б. Соловьева от 25.12.2020 № 12-3/517 [6].

2. Выдача медицинской документации: в какие сроки предоставлять и можно ли отправлять сканированные копии по электронной почте?

Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н утвержден Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них [7] (далее — Порядок). Ранее подобного документа не существовало. При выдаче документов, как правило, медицинские организации руководствовались приказом Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 № 441н, который в 2020 году был актуализирован путем издания приказа Минздрава России от 14.09.2020 № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» [8].

Учитывая, что до 2020 года основного документа, регламентирующего выдачу копий медицинской документации, не было утверждено, многие медицинские организации предоставляли по заявлению пациента/законного представителя сканированные документы по электронной почте. Здесь целесообразно было брать согласие пациента/законного представителя на предоставление информации по электронной почте, с указанием того, что пациент/законный представитель берет на себя ответственность за возможный доступ к информации третьих лиц.

Необходимо отметить, что Порядок устанавливает выдачу медицинской документации (копий) только по письменному

запросу, поданному лично или в электронной форме, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», единой системы идентификации и аутентификации и т. д. (далее — информационные системы) (п. 2 Порядка).

При желании получить необходимую документацию в виде электронного документа это можно сделать также посредством применения информационных систем.

Таким образом, предоставление документации по электронной почте без применения информационных систем невозможно и является нарушением законодательства.

Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации, т. е. *не должен превышать тридцать дней* (п. 8 Порядка; ст. 12 Федерального закона Российской Федерации от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» [9].

Что необходимо предусмотреть в медицинской организации для соблюдения условий Порядка:

- регистрация запросов (в день поступления);
- организация хранения запросов в письменной форме и в форме электронных документов (при наличии такой возможности);
- оформление копий медицинской документации;
- ведение журнала в установленной Порядком форме.

Чтобы выполнить все условия, целесообразно назначить одного из работников ответственным лицом за выдачу медицинской документации [10].

3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ИДС): может ли бабушка (иной родственник) давать ИДС в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста 15 лет?

В соответствии с ч. 2 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ в отношении лица, не достигшего возраста пятнадцати лет (больного наркоманией — шестнадцати), информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель. Другого варианта закон не предусматривает. Поэтому необходимо определить, кто является законным представителем.

В соответствии с положениями Гражданского кодекса Российской Федерации (ст. 26) [1], Семейного кодекса Российской Федерации (ст. 64, ст. 123) [11], Федерального закона Российской Федерации от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» (ст. 7–8) [12], з*аконными представителями несовершеннолетних являются:*

- родители;

- усыновители;

- опекуны или попечители.

Перечень не предполагает иных лиц. Соответственно, *если бабушка по определению суда или иному документу не является опекуном или попечителем несовершеннолетнего, подписывать ИДС в отношении несовершеннолетнего она не имеет права и такой документ является недействительным.*

А если бабушка имеет доверенность от законного представителя на дачу ИДС в отношении ребенка? В этом случае такое положение доверенности также является недействительным. Гражданский кодекс Российской Федерации определяет, что не допускается совершение через представителя сделки, которая по своему характеру может быть совершена только лично, а равно других сделок, указанных в законе (ч. 4 ст. 182) [1].

Так, например, нельзя кому-либо доверить от своего имени заключение брака, это обязан сделать гражданин лично. В случае с передоверием дачи ИДС ситуация аналогична. Федеральный закон № 323-ФЗ четко обозначил, что это делает исключительно законный представитель [13, 14]; существует и судебная практика, подтверждающая данное мнение: «…следует особо отметить то, что н/л ребенок прибыл на прием без сопровождения законного представителя, к каковым бабушка, безусловно, не относится. Просьба бабушки об оказании плановой медицинской помощи исходила от ненадлежащего лица, что является нарушением п. 2 ст. 20 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации…"» [15].

Однако как и в литературе, так и на практике нередко работники медицинских организаций ошибочно трактуют понятие «законный представитель», включая в него других родственников [16, 17], и на сайтах медицинских организаций, особенно частной системы здравоохранения, можно увидеть примеры доверенностей на представление интересов ребенка и подписание ИДС.

Выходом из ситуации для занятых родителей может быть *заранее подписанное ИДС на перечень медицинских вмешательств* [18]. Таким образом, несовершеннолетний сможет получить большинство видов медицинских услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Необходимо обратить внимание, что *доверить бабушке* (иному родственнику) *сопровождение несовершеннолетнего* в медицинской организации законный представитель может.

Важно отметить, что медицинская организация должна быть уверена в подлинности доверенности, в том, что ее дал именно законный представитель. Этого *можно достичь несколькими способами:*

- *доверенность должна быть нотариально заверенной;*
- *доверенность составлена в простой письменной форме в присутствии медицинских работников организации, которые подтвердили личность законного представителя и удостоверили подпись.* Данного мнения придерживается в том числе Санкт-Петербургский городской суд [19].

Второй вариант случается на практике редко. Если обратиться к официальным сайтам медицинских организаций, можно увидеть, что многие из них размещают форму «доверенностей для бабушки». Более того, не требуется присутствие законного представителя при оформлении доверенности или нотариальное заверение. Безусловно, такая практика может существовать до поры до времени.

Заключение. Рассмотрены актуальные вопросы, которые медицинские работники задают чаще всего при оказании помощи несовершеннолетним, взаимодействуя также с законными представителями. В период распространения новой коронавирусной инфекции некоторые изменения в законодательстве могли быть оставлены без внимания. Ниже представлен перечень важных для работника службы охраны репродуктивного здоровья нормативных правовых актов и документов, вступивших в силу в 2020–2021 годах.

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (изменения в ч. 2 ст. 22).
2. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».
3. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

4. Приказ Минздрава России от 14.09.2020 № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений».

5. Приказ Минздрава России от 24.06.2021 № 664н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в случаях, установленных п. 5 ч. 4 ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Список литературы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ // Российская газета. 1994. 8 декабря (ред. от 28.06.2021, с изм. от 08.07.2021).

2. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ // Российская газета. 2001. 31 декабря (ред. от 01.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021).

3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ // Российская газета. 1996. 18 июня (ред. от 01.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 22.08.2021).

4. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. 23 ноября (ред. от 02.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021).

5. Проект Федерального закона № 835025-7 «О внесении изменения в статью 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 13.10.2021).

6. Письмо Директора правового департамента С. Б. Соловьева от 25.12.2020 № 12-3/517 // URL: https://kormed.ru/assets/pdf/otvet-mz-na-zapros-ob-informirovanii-roditelej.pdf (дата обращения — 13.10.2021).

7. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 13.10.2021).

8. Приказ Минздрава России от 14.09.2020 № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 13.10.2021).

9. Федеральный закон Российской Федерации от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» // Российская газета. 2006. 5 мая (ред. от 27.12.2018).

10. Электронный журнал «Здравоохранение» // Декабрь. 2020. № 12. URL: https://e.zdravohrana.ru/857818 (дата обращения — 12.10.2021).

11. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ // Российская газета. 1996. 1 января (ред. от 02.07.2021).

12. Федеральный закон Российской Федерации от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» // Российская газета. 2008. 30 апреля (ред. от 30.04.2021).

13. Борисова В. Ф. Особенности рассмотрения судами административных дел о защите интересов несовершеннолетнего лица в случае отказа законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни // Законы России: опыт, анализ, практика. — 2017. — № 9. — С. 3–7.

14. Электронный журнал «Здравоохранение» // Август. 2019. № 8. URL: https://e.zdravohrana.ru/viewpdf/293/2019/34143/44/index.html (дата обращения — 12.10.2021).

15. Определение Мотовилихинского районного суда города Перми от 27.02.2017 по делу № 2А-1227/2017~М-294/2017 // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 13.10.2021).

16. Гусев С. А., Дубикайтис О. В., Колосков А. В. Проблемы правового характера внутри модели взаимоотношений врача и пациента в аспекте Закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (на примере выявления дефектов при оформлении информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство) // Медицинское право. — 2014. — № 5. — С. 40–44.

17. Салыгина Е. С. Несовершеннолетний пациент в медорганизации: проблема представительства интересов // Здравоохранение. — 2016. — № 5. — С. 90–95.

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

19. Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 05.12.2018 № 33а-25229/2018 по делу № 2а-4552/2018 // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения — 13.10.2021).

ПРИНЦИПЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОДРОСТКОВОЙ АУДИТОРИЕЙ: АКТУАЛЬНЫЕ КАНАЛЫ И ФОРМАТЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ

Пипаринена В.И.

СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»

vip@juventa-spb.info

+7(951) 666 76 99

Резюме. В статье представлен обзор современных инструментов и технологий коммуникации с подростковой аудиторией, а также затронуты задачи пресс-службы СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» по взаимодействию с этой целевой группой.

Ключевые слова: подростки; поколение *Z*; *Digital*; технологии коммуникации; *SMM*; информационно-просветительская деятельность

Актуальность темы обусловлена стремительным развитием информационных технологий. Цифровая трансформация общества, или диджитализация [1], меняет привычную коммуникацию и способы получения новой информации. Подростки с легкостью осваивают цифровые технологии, внедряя их в свою повседневную жизнь. В связи с этим учреждения и организации, сфера деятельности которых связана с взаимодействием с этой целевой группой, пребывают в постоянном поиске новых подходов и методов, которые позволят выстраивать эффективную коммуникацию и доносить ключевые информационные посылы до подростков.

Коммуникационные задачи пресс-службы СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента»

Специалист пресс-службы Центра «Ювента» выстраивает коммуникацию с несколькими категориями аудитории. Прежде всего,

это подростки в возрасте от 10 до 17 лет включительно, родители или законные представители несовершеннолетних, студенческая и ученическая молодежь, а также специалисты в сфере охраны репродуктивного здоровья подростков.

Если говорить о коммуникационных задачах пресс-службы Центра охраны репродуктивного здоровья подростков, то они сводятся к следующему:

- грамотное выстраивание диалога с пациентами Центра; поддержка лояльности;
- проведение профилактической и информационно-разъяснительной работы среди подростков;
- формирование у несовершеннолетних осознанного подхода к репродуктивному здоровью;
- информирование о медицинских услугах и возможностях для подростков и молодежи в проведении обследований и последующего лечения в Центре «Ювента»;
- формирование публичной репутации Центра охраны репродуктивного здоровья подростков на принципах экспертности и доверия.

Однако в статье мы остановимся на исследовании коммуникационных технологий только одной категории посетителей Центра, которая составляет преимущественное большинство наших пациентов. Если обратиться к статистике организационно-методического отдела Центра «Ювента», то в 2019 году было проведено первичных приемов: для 5 395 пациентов от 10 до 14 лет включительно, для 23 481 пациента от 15 до 17 лет включительно, для 6 007 пациентов возраста 18+. Данная тенденция прослеживается и по другим годам и свидетельствует о том, что основной целевой группой для коммуникации Центра выступают подростки 14–17 лет. В то же время мы не можем игнорировать аудиторию 10–13 лет, поскольку уже в ближайшее время эти подростки перейдут в категорию

основных посетителей Центра, приступят к самостоятельному поиску информации о становлении репродуктивной системы и будут лично принимать решение о посещении того или иного специалиста.

Таким образом, исследование затронет особенности коммуникации с целевой группой от 10 до 17 лет включительно.

Теория поколений: современные подростки *Z* и Альфа

Предлагаю обратиться к некоторым общепринятым теориям поколений. Прежде всего, к трудам американских исследователей Уильяма Штрауса и Нила Хау [2], которые описывают повторяющиеся социально-поколенческие циклы, сменяющие друг друга каждые 15–20 лет. Согласно их теории, интересующая нас аудитория относится к поколению *Z* (начиная с 2003 года рождения).

Второй автор — австралийский социолог Марк МакКриндл, который в 2005 году предложил выделить еще одно поколение в этом временном отрезке, обосновав свою позицию стремительно развивающимися цифровыми технологиями, которые оказывают значительное влияние на детей. Исследователь предложил выделить детей, рожденных после 2010 года, в дополнительное поколение «Альфа» [3] (или «поколение стекла»), поскольку его представители предпочитают общаться с внешним миром через экраны.

Американские и австралийские исследователи в своих работах опирались исключительно на анализ поколенческих циклов своего народа. Было бы не совсем корректно зеркально переносить их прогнозы в реалии российского сообщества. Однако стоит признать, что в определенный исторический период под влиянием ключевых событий и воздействием схожих социально-экономических обстоятельств у поколений сверстников разных народов формируются и прослеживаются общие поведенческие черты. Кроме того, в России существует ряд

авторов и институтов [4], которые исследуют эту тему и анализируют интересы, поведенческие модели и жизненные приоритеты подрастающего поколения в российской действительности, опираясь на теорию Штрауса–Хау.

Отличительные черты, поисковое поведение, интересы

Стоит признать, что представители этого поколения не представляют свою жизнь без смартфона, интернета и гаджетов, без возможности оказаться на связи в любой момент и получить ответ на свой вопрос в ту же минуту.

Информационный поток обширен и трудно поддается систематизации, в связи с этим поколение *Z* научилось сознательно блокировать информацию, абстрагируясь и демонстрируя избирательное потребление. Поверхностное считывание «по диагонали» позволяет экономить время при поиске нужного контента.

Еще одна особенность во взаимодействии с новыми знаниями: мгновенный доступ к любой информации привел к тому, что подростки не стремятся запоминать или заучивать что-либо. На первый план выходят навыки поиска и верификации. Однако вот что пишут исследователи А. Р. Бухарбаева и Л. В. Сергеева об обратной стороне этого явления: «Такая информационная нагрузка при доступности информационно-коммуникативных технологий и многозадачности психологически давят на поколение *Z*, не оставляя времени и сил на полноценную учебу. Лишь небольшая часть учащихся умеет грамотно искать информацию и правильно с ней обращаться» [5]. Кроме того, ускорение ритма жизни с его возрастающим информационным потоком привел к формированию «клипового мышления» (другими словами, «фрагментарного»).

Термин «клиповое мышление» (или клиповая культура) впервые применил американский культуролог Э. Тоффлер еще в 1980 году, определяя его как «принципиально новое явление,

которое рассматривается в качестве составляющей общей информационной культуры будущего, основанной на бесконечном мелькании информационных отрезков и комфортной для людей соответствующего склада ума» [6].

Время концентрации снизилось всего до нескольких секунд.

Стоит обратить внимание и на то, что возраст пользователей интернета из года в год молодеет. Так, в отраслевом докладе Института исследований интернета «Детский Рунет 2018» указывается, что уже в 4–5 лет дети являются пользователями сети, более трети из них выходят в онлайн самостоятельно [7]. В этом же отчете приводятся следующие данные: в городах с населением 100 тысяч человек и больше интернет-пользователями являются 93% детей в возрасте 5–11 лет, 89% детей в возрасте 5–7 лет и 97% детей 8–11 лет. При этом дети 8–11 лет 55% времени в интернете проводят в социальных сетях. Совместное исследование *Google* и *Ipsos* поведенческих привычек подростков и молодежи в интернете показало, что 27% россиян 13–24 лет проводят в социальных сетях более 5 часов в день [8]. Приведенные выше цифры свидетельствуют о том, что значительную часть коммуникации дети и подростки выстраивают онлайн, выделяя достаточно много времени общению в социальных сетях. На основании этих данных мы можем смело утверждать, что эффективность электронных видов коммуникации (и, в частности, социальных сетей) будет только возрастать.

Мы не будем углубляться в особенности ценностей и мировосприятия подростков, рассмотрим лишь еще один интересный фактор, а именно: отношение подростков к собственному здоровью. По данным исследования потребительского поведения за 2020 год в России Аудиторско-консалтинговой группы *PwC*, около половины представителей поколения *Z* (44%) следят за состоянием организма с помощью специальных приложений:

фитнес-трекеров, программ контроля питания, а также стремятся вести здоровый образ жизни, ограничивая вредные привычки [9]. Особенно выраженной эта тенденция стала во время пандемии COVID-19. Это подтверждает исследование, проведенное в виде онлайн-опроса медийной компании *VICE Media Group* в июне 2020 года. Согласно опубликованным данным, 60% представителей поколения *Z* считают важным обладать научно обоснованной информацией о здоровье, а «то, как мы заботимся о своем здоровье, будет самым долгосрочным изменением в обществе после этой пандемии» [10].

Как видим, тема здоровья актуальна для подрастающего поколения, и правильно подобранные каналы коммуникации позволят организовать информационно-просветительскую работу на достаточно высоком уровне.

Эффективные каналы коммуникации с подростковой аудиторией

Центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» использует несколько электронных каналов коммуникации: официальный сайт *www.juventa-spb.info* с возможностью обратной связи и записи на прием онлайн; социальные сети: «ВКонтакте» *vk.com/juventaspb, Instagram @gkdc_juventa*, а также «Фейсбук» для коммуникации с профессиональным сообществом.

Выбирая социальные платформы, мы опирались на их популярность среди подростковой и молодежной аудитории. Согласно отчету агентства *Brand Analytic*, самыми популярными социальными платформами в России остаются «Инстаграм» и «ВКонтакте» [11].

Рассмотрим некоторые статистические данные электронных каналов коммуникации Центра. Согласно Яндекс.Метрике, на конец октября 2021 года 40,5% посетителей сайта Центра *www.juventa-spb.info* — подростки до 18 лет. В группе

«ВКонтакте» — 18% подростки, а в «Инстаграме» такие пользователи составляют 5%. При этом процент подростковой аудитории в социальных сетях стабильно увеличивается. Так, в группе «ВКонтакте» в конце 2020 года пользователи категории до 18 лет составляли всего 2,5% (+15,5%), в «Инстаграме» — 2,3% (+2,7%).

Как видим, и на сайте, и в группах социальных сетей достаточно высок показатель подростковой аудитории. При рассмотрении статистики необходимо учитывать то, что мы используем исключительно органическое продвижение и работаем с аудиторией через контент, иногда вовлекая подростков в качестве интервьюируемых.

Еще один фактор, который следует учитывать, работая с контент-планом Центра, — гендерное соотношение аудитории. Преимущественное большинство пользователей сайта и социальных сетей Центра — девушки и женщины. На сайте они составляют 87%, в группе «ВКонтакте» — 83%, в «Инстаграме» — 77%.

Выбор правильных каналов информирования и понимание портрета целевой аудитории позволяют грамотно выстраивать коммуникационную концепцию. Однако успех в этой деятельности зависит от интересов и поискового поведения целевой аудитории.

Согласно отчету *Digital* 2021, подготовленному международной платформой для управления социальными сетями *Hootsuite*, в России 42% респондентов ищут информацию об услугах, которыми они намерены воспользоваться, в интернете [12]. Представители поколения *Z* утверждают, что с большей вероятностью будут искать услуги и товары в социальных сетях, чем в поисковых системах. Это говорит о том, что социальные сети становятся не просто средством неформальной коммуникации, но и полноценными каналами официальных организаций, где подростки ищут достоверную информацию по интересующим их направлениям.

Чем занимаются подростки в социальных сетях? Прежде всего, им важна возможность оставаться всегда на связи; быть в курсе новостей и событий; иметь доступ к популярному развлекательному контенту; делиться информацией о себе и своей жизни; общаться с целью поиска информации по учебе [12].

Имея портрет целевой аудитории, а также понимая особенности ее поискового поведения и интересов, мы можем составить контент-план, соответствующий ожиданиям посетителей сайта и участников наших групп в социальных сетях.

В этой работе мы стремимся сбалансировать контент таким образом, чтобы чередовать информацию о жизни Центра (тренингах и акциях для подростков), полезных услугах, которые можно получить у специалистов «Ювенты», с комментариями врачей, а также интервью с самими юными посетителями учреждения.

Вовлекая подростков в информационную ленту Центра, мы реализуем их потребность быть услышанными, а также инициируем возможность делиться новостями Центра в своих сторис и лентах. Интервьюирование пациентов — оптимальный способ ненавязчиво получить необходимый пользовательский контент. Под ним мы подразумеваем оригинальные комментарии, впечатления, фото и видео, которыми делятся в социальных сетях пользователи услуг. Как правило, такой контент является своеобразным социальным доказательством качества услуг и вызывает больше доверия у пользователей.

Согласно исследованию *Bright Local* и *Ipsos*, 35% зуммеров доверяют больше пользовательскому контенту в социальных сетях, чем информации на сайтах или официальных аккаунтах компаний, а 88% респондентов доверяют другим пользователям как личным знакомым [13].

Однако медицина не самая простая тема: не многие изъявляют желание публично говорить о проблемах со здоровьем. Поэтому инициирование к обсуждению интересных и социально

значимых для подростков тем позволяет нам получать такой контент своими силами.

В 2021 году данная тактика имела успех, и мы получили значительное увеличение сегмента «до 18 лет» в аудитории социальных сетей: в группе «ВКонтакте» — на 15,5%, в «Инстаграме» — на 2,7%.

Еще одно популярное направление, позволяющее повысить вовлеченность и охват аудитории, — геймификация контента. В 2021 году несложную игру со стоп-кадром в сторис предложил «Инстаграм»-аккаунт Министерства здравоохранения РФ в рамках пропаганды Дня здоровья. Это интересное и перспективное направление, которое, однако, требует продуманной концепции при использовании в официальных аккаунтах учреждений.

Медицинские услуги в электронных каналах коммуникации: правила и ограничения

Работая с электронными каналами коммуникации, следует учитывать некоторые правила и ограничения, введенные системами Яндекс и *Google*, а также администрацией сетей «ВКонтакте» и «Инстаграм». Тема медицинских услуг имеет прямое отношение к здоровью людей, поэтому находится под особым контролем. И здесь речь идет не только об ограничениях при настройке рекламных кампаний, но и об органическом продвижении. Несоблюдение правил публикации может привести к бану аккаунта или ограничению демонстрации поста в ленте.

При подготовке контента стоит избегать упоминания лекарственных препаратов и фраз, заостряющих внимание на физических или психических недостатках пользователей. Не рекомендуется использовать изображения, демонстрирующие идеальное тело. Важно, чтобы у пользователей после просмотра поста или картинки в вашем аккаунте не возникло негативных мыслей в отношении своего несовершенства или заболевания.

Подростки особенно чувствительны к этим вопросам, поэтому, работая с текстами, необходимо соблюдать максимальную тактичность.

Приведу пример. Не рекомендуется использовать формулировку: «Страдаете депрессией? Обратитесь за помощью»; допустимо: «Консультация специалиста при депрессии». Если в подробностях рассматривается какой-то метод лечения, необходимо указать возможные противопоказания.

При подготовке постов, описывании симптомов заболеваний, методов лечения или диагностики важно помнить о том, что блог читают специалисты, родители, молодежь и подростки от 10 лет. Поэтому текст должен быть не только компетентным, но и доступным для понимания даже самым юным читателям.

Кроме внутренних правил поисковых и социальных сетей, есть еще один важный документ, на который необходимо ориентироваться в работе: Федеральный закон «О рекламе». Государство регулирует, какую рекламу размещать можно, а какую нельзя. За этим следит Федеральная антимонопольная служба, которая в случае нарушения выносит предупреждения и накладывает штрафы.

В соответствии с российским законодательством рекламой является информация, распространенная любым способом, в любой форме и с использованием любых средств, адресованная неопределенному кругу лиц и направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему и его продвижение на рынке [14]. Любой пост от имени сообщества о товарах и услугах может быть квалифицированным как реклама. Поэтому очень важно при подготовке текста не переступить тонкую грань между рекламным и информационным содержанием.

В письме Федеральной антимонопольной службы есть разъяснение, что рекламой не является информация о товарах или

услугах, размещенная на сайте производителя или продавца данных товаров (лица, оказывающего данные услуги), если указанные сведения предназначены для информирования посетителей сайта об ассортименте товаров и услуг, правилах пользования, а также непосредственно о продавце, производителе товара или лице, оказывающем услуги [15]. Следовательно, информирование об услугах Центра охраны репродуктивного здоровья подростков, о специалистах, оказывающих эти услуги, а также о просветительских мероприятиях, проводимых в учреждении, относятся к текстам информационного характера. В то же время, если мы начнем описывать конкретную услугу, необходимо быть осторожным, чтобы не перейти в рекламное поле.

Самое главное, что следует помнить: в постах нельзя напрямую обращаться к несовершеннолетним, а аудитория, выбранная для рекламных кампаний, не должна быть младше 18 лет.

К стоп-словам однозначно относятся следующие формулировки, носящие оценочный характер: «только у нас», «уникальное предложение / услуга», «самая низкая цена», «самый лучший врач».

При подготовке контента в работе специалиста, сопровождающего сайт и социальные сети Центра, есть еще один важный нюанс: использование в пабликах изображений и комментариев пациентов, в том числе несовершеннолетних. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 152.1 «Охрана изображения гражданина» Гражданского кодекса РФ, на фотографии, видео, а также комментарии пациентов, опубликованные в публичных электронных средствах коммуникации, должно быть оформлено информированное добровольное согласие на использование изображения и комментария гражданина. Если мы имеем дело с несовершеннолетним, подписать ИДС должен родитель или официальный представитель подростка.

В случае, если это согласие не оформлено, использование фото и видеоматериалов считается незаконным.

Выводы. Как следует из статьи, электронные каналы коммуникации, а в особенности социальные сети, для поколения *Z* и следующих за ними Альфа становятся не просто средством неформального общения, но и площадкой для поиска официальной информации, услуг, товаров и специалистов в разных областях, к которым намерены обратиться подростки.

Что касается актуальных форматов коммуникации с подростками, они базируются на интересах и поведенческих характеристиках поколения *Z*: короткие, но емкие сообщения, предпочтение аудиовизуального контента текстовому, стремление оперативно получать ответы на вопросы, индивидуальный подход, тактичность при выстраивании коммуникации, возможность быть услышанным.

Хотелось бы отметить глубокий интерес, который проявляет поколение *Z* к своему здоровью. Опросы свидетельствуют о том, что подростки внимательно относятся к себе, своему питанию и состоянию организма. Особенно эта тенденция усилилась на фоне пандемии COVID-19.

Таким образом, на фоне возрастающего интереса к теме здоровья именно социальные сети становятся эффективной площадкой для взаимодействия с подростковой аудиторией и проведения информационно-просветительской работы, направленной на сохранение репродуктивного потенциала и здоровья подрастающего поколения.

Список литературы

1. «What is digitalization? Definition of Digitalization» Innolytics AG. URL: https://innolytics-innovation.com/what-is-digitalization/ (дата обращения — 24.10.2021).

2. William Strauss, Neil Howe. Generations: the History of America`s Future, 1584 To 2069. — USA, 1991. — С. 420–422.

3. Mark McCrindle. Generation next: Meet Gen Z and the Alphas. Scouts Australia November, Hachette Australia, 2014. — С. 7.

4. Лисовский В. Т. Духовный мир и ценностные ориентации молодежи России: Учебное пособие. — СПб.: СПбГУП, 2000; Гаврилюк В.В., Трикоз Н.А. Динамика ценностных ориентаций в период социальной трансформации (поколенный подход) // СОЦИС. — 2002. — № 1.

5. Бухарбаева А. Р., Сергеева Л. В. Клиповое мышление поколения Z: методы развития творческого потенциала студентов // Вестник РУДН. Серия: Литературоведение. Журналистика. — 2020. — № 4. — С. 791. DOI 10.22363/2312-9220-2020-25-4-787-796 https://cyberleninka.ru/article/n/klipovoe-myshlenie-pokoleniya-z-metody-razvitiya-tvorcheskogo-potentsiala-studentov (дата обращения — 24.10.2021).

6. Тоффлер Э. Шок будущего. — М.: Издательство АСТ, 2008. — С. 364.

7. Детский рунет 2018. Отраслевой доклад. — Институт исследований интернета. — С. 3–4, 17. URL: https://ult-sosh.hmansy.eduru.ru/media/2020/02/06/1249922188/Deti_i_internet-analiticheskij_otchet_compressed.pdf#:~:text=⊙%20Дети%20всё%20раньше%20начинают,в%20возрасте%205–7%20лет%20 (дата обращения — 25.10.2021).

8. Как российская молодежь проводит время в интернете. Исследование Google и Ipsos. Образовательный портал ppc.world 28.02.2017. URL: https://ppc.world/news/kak-rossijskaya-molodezh-provodit-vremya-v-internete/ (дата обращения — 28.10.2021).

9. Глобальное исследование потребительского поведения за 2020 год: Россия. Трансформация потребителя. URL:

https://www.pwc.ru/ru/retail-consumer/publications/assets/pwc-global-customer-insights-survey-2020-russia-ru.pdf (дата обращения — 28.10.2021).

10. Julie Arbit is Global SVP, Insights at VICE Media Group, August 21, 2020. URL: https://www.vice.com/en/article/z3ekqx/we-asked-people-how-the-pandemic-has-changed-their-approach-to-health-and-wellness (дата обращения — 28.10.2021).

11. Социальные сети в России. Отчет Brand Analytics, октябрь 2020 г. URL: www.br-analytics.ru/ (дата обращения — 28.10.2021).

12. Главная статистика по России и всему миру. Отчет Digital 2021 от Hootsuite. URL: https://spark.ru/user/115680/blog/74085/digital-2021-glavnaya-statistika-po-rossii-i-vsemu-miru (дата обращения — 19.03.2021).

13. BrightLocal. Результаты опроса потребителей в 2020 году. Rosie Murphy, 9.12.2021. URL: https://www.brightlocal.com/research/local-consumer-review-survey (дата обращения — 29.10.2021).

14. Федеральный закон «О рекламе» от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ, ст. 3.

15. Письмо Федеральной антимонопольной службы от 25 сентября 2019 г. № АК/83509/19 «О разъяснении по вопросу рекламы в информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”», п. 2.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ И ПРИДАТКОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Шаповалова А.И., Ипполитова М.Ф., Товстуха Е.А.

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

alexandra.sh7@mail.ru

Резюме. Это ретроспективное исследование было проведено с целью оценки эпидемиологических и клинических особенностей, лабораторных данных, предоперационного обследования, хирургического лечения и патологических находок у подростков с кистами яичников, которые были направлены в наше учреждение и прооперированы из-за диагностированного новообразования яичников в 2016–2021 годах. Основную группу обследуемых пациентов (440 человек) составили пациентки с функциональными кистами. В группу сравнения были включены 50 пациенток с опухолевидными образованиями яичников, требовавшими хирургического лечения (дермоидные кисты, эндометриоидные кисты, параовариальные кисты).

Согласно нашему исследованию, все подростки, поступившие в дневной стационар для оперативного лечения опухолевидных образований придатков, были прооперированы в плановом порядке; ни у одной из пациенток не был гистологически подтвержден диагноз функциональных кист. Таким образом, все оперативные вмешательства были обоснованны, произведены органосберегающим методом (лапароскопическая цистэктомия).

Предоперационный диагностический подход к таким пациенткам должен всегда включать в себя тщательный сбор

анамнеза, физикальное обследование и лабораторные исследования в необходимом объеме.

Ключевые слова: киста яичника; лапароскопия; подростковый возраст

Подростковый возраст относится к периоду перехода из детства в зрелость и, в соответствии с особенностями развития и определениями здравоохранения, делится на ранний подростковый (10–14 лет), средний подростковый (15–17 лет) и поздний подростковый (18–21).

Новообразования яичников составляют 1–2% среди всех злокачественных новообразований в детском и подростковом возрасте [1] и представляют собой самые частые гинекологические опухоли (60–70%) в этот период жизни женщины. Тем не менее доброкачественные новообразования и функциональные кисты — самые частые образования яичников в подростковом возрасте. Большинство опухолей яичников, встречающихся у девочек от рождения до 18 лет, имеют неэпителиальное происхождение. Опухоли яичников представляют собой особую диагностическую проблему, в частности у детей и подростков, потому что доброкачественные новообразования сильно превосходят количество злокачественных и их клинические признаки и симптомы обычно неспецифичны. Определение степени злокачественности новообразования нуждается в сложном и мультимодальном подходе (УЗИ органов малого таза, онкомаркеры, специфические для каждого вида опухолей, МРТ или КТ органов малого таза, а также тщательный анализ данных развития клинической картины заболевания, необходимый для выявления на ранней стадии) [2].

Предоперационное диагностическое обследование подростка с новообразованием яичников включает в себя гинекологическое ультразвуковое исследование органов малого таза,

оценку гормонального статуса и онкомаркеров в сыворотке крови. Магнитно-резонансная томография (МРТ) обеспечивает дополнительную информацию о локализации процесса и характере образования. Кариотип также должен быть получен у пременархеальных пациентов с образованием малого таза [3].

УЗИ органов малого таза, произведенное высокопрофессиональным специалистом на современной аппаратуре, — один из важнейших диагностических методов, позволяющих верифицировать диагноз и избежать ошибок в тактике ведения пациенток.

Тщательное диагностическое обследование позволяет адекватно подобрать подходящее лечение. Хирургическое лечение яичников в детском и подростковом возрасте может привести к снижению овариального резерва в будущем, в частности из-за удаления нормальной ткани яичника, поэтому требует от хирурга высокого уровня профессионализма [4]. Лапароскопический доступ и вскрытие опухолевидных образований придатков вне брюшной полости (в эвакуационном мешке) позволяют избегать дальнейшей адгезии тканей органов малого таза [5].

Большинство случаев опухолей яичников у подростков имеют неэпителиальное происхождение, и зародышевые клетки опухоли являются наиболее частым гистологическим типом.

Это ретроспективное исследование демонстрирует клиническую практику и исход от оперативного и консервативного лечения доброкачественных новообразований придатков у подростков в нашем учреждении за последние пять лет.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток в возрасте 12–17 лет, находившихся на лечении по поводу опухолевидных образований придатков в дневном стационаре СПб ГБУЗ ГКДЦ «Ювента» в период 2016–2021 годов.

Основную группу обследуемых (440 человек) составили пациентки с функциональными кистами. В группу сравнения были

включены 50 пациенток с опухолевидными образованиями яичников, требующими хирургического лечения (дермоидные кисты, эндометриоидные кисты, параовариальные кисты). Критерии включения в обеих группах: возраст пациенток от 12 до 17 лет, наличие УЗ признаков кистозных образований яичников, отсутствие осложнений (перекрут кисты яичника, кровотечение).

Все пациентки, направленные на хирургическое лечение, проходили обследование на онкомаркеры, специфические при подозрении на определенный вид опухоли, для исключения злокачественных образований.

Оперативное лечение осуществлялось лапароскопическим доступом с удалением кистозного образования в пределах здоровых тканей, с последующим гистологическим заключением.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программ *Microsoft Excel* 2017 (*Microsoft Corporation*, США) и *STATISTICA* V.10 (*StatsoftInc., Tulsa*, США). Методы описательной (дескриптивной) статистики включали в себя оценку среднего арифметического (M).

Результаты. Проводилось исследование возрастных особенностей в зависимости от вида кист яичников; функциональные кисты встречались у пациенток 13–17 лет, параовариальные, дермоидные кисты — в 12–17 лет, а эндометриоидные кисты — исключительно в 17 лет ($p < 0,05$).

При изучении наиболее частых жалоб пациенток основной группы оценивались следующие симптомы: боли в нижних отделах живота — 60% (294 пациентки), нарушение менструального цикла — 30% (147 пациенток), отсутствие жалоб — 10% (49 пациенток).

В группе сравнения жалобы на боли в нижних отделах живота наблюдались у 63% (31 пациентка), нарушение менструального цикла — у 32% (16 пациенток), отсутствие жалоб — у 5% (3 пациентки).

Анализ полученных результатов в обеих группах не позволяет выявить статистически достоверные различия между исследуемыми критериями.

При изучении особенностей нарушений менструального цикла в основной группе были выявлены: олигоменорея с частотой 50% (220 пациенток), аномальные маточные кровотечения с частотой 40% (176 пациенток) и дисменорея 10% (44 пациентки).

В группе сравнения олигоменорея встречалась у 56% (28 пациенток), аномальные маточные кровотечения — у 38% (19 пациенток), а дисменорея — у 6% (3 пациентки).

Результат излеченности в основной группе пациенток, принимающих КОК (37%) и гестагены (31%), в среднем составил 42 дня. В то время как результат излеченности пациенток, принимающих только симптоматическую, негормональную терапию (32%), составил в среднем 94 дня.

Особенностью в ведении пациенток группы сравнения, подвергшихся хирургическому вмешательству с кистами яичников, был лапароскопический метод в 100% случаев. Обоснованность хирургического вмешательства — 100%. Расхождения с гистологическим заключением не было ни в одном из случаев (0%). Функциональных кист и злокачественных новообразований яичников выявлено не было. Восстановительный период после хирургического лечения составил не более 5 дней.

Обсуждение. Опухоли придатков составляют примерно 1% всех опухолей у детей и подростков женского пола, и у них возникают менее 5% злокачественных новообразований яичников. Согласно ранним исследованиям, большинство новообразований яичников, встречающихся у детей и подростков, незлокачественные [6–8].

Наши данные включали только случаи, которые прошли тщательное предоперационное диагностическое обследование, что объясняет относительно небольшой процент прооперированных.

Злокачественных новообразований в результате нашего исследования не выявлено, что было подтверждено гистологическим заключением.

Симптомы патологии яичников разнообразны и часто неспецифичны, что усложняет постановку предоперационного диагноза.

Боль в животе — один из самых частых начальных симптомов. Диагностика новообразований яичников также усложняется специфичностью возраста данной группы: из-за редкости этих состояний предъявляемые симптомы неспецифичны; к тому же острые симптомы обычно связывают с более частыми явлениями, такими как аппендицит [9, 10].

Использование ультразвуковых методов исследования достаточно точно определяет морфофункциональный характер кистозных образований яичников и придатков и дает возможность выработать наиболее рациональную тактику в выборе метода лечения пациенток с установленным патологическим процессом [10, 11].

Отсутствие положительной динамики по данным УЗИ органов малого таза в отношении функциональных кист яичников в течение трех месяцев является показанием к оперативному лечению, что в нашей ситуации не проводилось в связи с положительной динамикой у всех пациенток [12, 13].

Выводы.

1. Среди выявленных опухолевидных образований придатков у девочек подросткового возраста функциональные кисты яичников составляют 89,8%, органического поражения, требующих хирургического лечения, — 10,2%.

2. Особенности менструальной функции и длительность болевого синдрома не могут служить диагностическими критериями для установления характера кисты.

3. Наш опыт работы показывает, что применение гормонального лечения при функциональных кистах яичников уменьшает период регресса кисты.

4. Ультразвуковое исследование с применением современных методик доплерографии является необходимым критерием при дифференциальной диагностике происхождения кисты.

5. В качестве дообследования и выбора тактики органосохраняющего оперативного вмешательства считаем необходимым исследование онкомаркеров и МРТ органов малого таза.

Список литературы

1. Литвинова Т., Конопля Н., Корень Т., Косенко А., Шелкович С. Герминоклеточные опухоли у детей и подростков. — Минск: БГМУ, 2019.

2. Джаманаева К., Сирота В., Евгеньева И.М., Мустафина Г.Г., Алексеева Т.А. Опухоли яичников. Особенности течения у девочек. Учеб. метод. пособие. — Караганда, 2009. — 56 с.

3. Caufriez A. Menstrual disorders in adolescence: pathophysiology and treatment. Hormone Research in Paediatrics. 1991;36(3–4):156–9.

4. O'Neill K.E., Cooper A.R. The approach to ovarian dermoids in adolescents and young women. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2011;24(3):176–80.

5. Milingos S., Protopapas A., Drakakis P., Liapi A., Loutradis D., Rodolakis A., et al. Laparoscopic treatment of ovarian dermoid cysts: eleven years' experience. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. 2004;11(4):478–85.

6. Brandt M.L., Helmrath M.A., editors. Ovarian cysts in infants and children. Seminars in pediatric surgery; 2005: Elsevier.

7. Deligeoroglou E., Eleftheriades M., Shiadoes V., Botsis D., Hasiakos D., Kontoravdis A., et al. Ovarian masses during adolescence: clinical, ultrasonographic and pathologic findings, serum tumor markers and endocrinological profile. Gynecological endocrinology. 2004;19(1):1–9.

8. Cartault A., Caula-Legriel S., Baunin C., Le Mandat A., Lemasson F., Galinier P., et al. Ovarian masses in adolescent girls. Pediatric and Adolescent Gynecology. 2012;22:194–207.

9. Neblett III W.W., Pietsch J.B., Holcomb J.r G.W. Acute abdominal conditions in children and adolescents. Surgical Clinics of North America. 1988;68(2):415–30.

10. Sargar K.M., Siegel M.J. Sonography of acute appendicitis and its mimics in children. The Indian journal of radiology & imaging. 2014;24(2):163.

11. Pecchioli Y., Oyewumi L., Allen L.M., Kives S. The utility of routine ultrasound in the diagnosis and management of adolescents with abnormal uterine bleeding. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2017;30(2):239–42.

12. Bafna B.A., Bafna A.N. Tackling gynecological health problems in adolescent girls of rural India: need of the hour. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2021;10(6):2326–30.

13. Jamaludin S.Z.M., Makhul A.A., Kasihmuddin M.S.M., Kustiani A., Rahim S.A., Ismail M.T., editors. Modeling symptoms and risk factors towards size of benign ovary cyst. AIP Conference Proceedings; 2020: AIP Publishing LLC.

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ И ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Шаповалова А.И., Ипполитова М.Ф., Товстуха Е.А.

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

Санкт-Петербург, Россия

alexandra.sh7@mail.ru

Резюме. Современное лечение кист яичников у подростков направлено на органосохраняющее лечение, учитывая физиологию яичников, низкий уровень злокачественности и будущие репродуктивные задачи. Наиболее распространенные кисты яичников в данной возрастной группе — функциональные, которые самостоятельно регрессируют. Тем не менее, эндометриоидные кисты, встречающиеся редко, требуют хирургического лечения. Перекрут яичника — это одно из возможных осложнений при наличии кистозного образования, которое требует неотложного хирургического вмешательства. В связи с этим своевременная консультация детского гинеколога и проведение ультразвуковой диагностики для определения характера образования необходимы для правильной верификации диагноза, снижения необоснованного хирургического вмешательства, а также для снижения ассоциированных осложнений.

Ключевые слова: кисты яичников; параовариальные кисты; пубертатный период

Кисты яичников представляют собой полое образование с различным содержимым. Так, частота распространенности кист у подростков составляет примерно 2,6 на 100 000 моложе 18 лет [1]. При этом есть специалисты, сразу приступающие в лечении

этих образований к хирургическому вмешательству, в котором часто нет необходимости. Поэтому, чтобы сохранить функцию органа, важно знать о проявлениях, диагностике и лечении кист яичников.

Образования яичников в пубертатном периоде можно разделить на функциональные кисты, доброкачественные и злокачественные новообразования [2].

В обзоре девочек в возрасте до 18 лет, перенесших операцию по поводу образования придатков, в 57,9% случаев была диагностирована киста яичника [1]. Подросток препубертатного возраста подвержен риску развития функциональных кист из-за неспособности инволюции фолликулов. В постпубертатном подростковом возрасте кисты возникают в результате нарушения овуляции или сохранения фолликулов яичников.

Кисты яичников проявляются по-разному, включая боль в животе, пальпируемое образование в брюшной полости, тошноту, рвоту, увеличение живота и преждевременное половое созревание [3].

У подростков кисты чаще всего связаны с нерегулярными менструальными циклами. Иногда киста может увеличиться. ем больше киста, тем больше вероятность перекрута яичника. При этом кровоснабжение яичника может быть заблокировано и необратимо повредить орган. Перекрут яичника следует подозревать у пациентов с внезапным появлением сильной боли в животе, лихорадки, тошноты и рвоты.

Лучшее диагностическое исследование для образований придатков у подростков — ультразвуковое. Трансвагинальное УЗИ предпочтительнее, если пациент достаточно взрослый, чтобы перенести обследование. В противном случае достаточно трансабдоминальной визуализации. Другие методы, используемые для оценки образований придатков, включают компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Онкомаркеры полезны

для дифференциации доброкачественных поражений яичников от злокачественных, когда они явно аномальны [4, 5].

Функциональные кисты

Наиболее распространенные кисты яичников у подростков — функциональные (65% наблюдений образования придатков [6]), которые часто регрессируют без дальнейшего лечения.

Кисты размером более 3 см наблюдают с помощью ежемесячного ультразвукового исследования для подтверждения регресса. Кисты яичников могут исчезать спонтанно в течение трех менструальных циклов. Функциональные кисты описываются как анэхогенные тонкостенные образования с дистальным акустическим усилением.

Кисты яичников размером более 5 см требуют еженедельного ультразвукового исследования. Геморрагические функциональные кисты с геморрагическим содержимым нужно дифференцировать со злокачественным процессом из-за их сложных характеристик, но они должны регрессировать через 2–8 недель.

Использование оральных контрацептивов для лечения функциональных кист не приносит пользы. На сегодняшний день показано, что выжидательная тактика имеет такой же показатель успеха, как и гормональная терапия [7]. Женщинам в постпубертатном периоде можно рассмотреть возможность применения оральных контрацептивов, чтобы предотвратить возникновение кист яичников [1].

Если киста не рассасывается или не уменьшается в размерах через 2–3 месяца, то ее следует рассматривать как патологическую и обсудить возможность хирургического вмешательства. Кисты, которые вызывают серьезные симптомы или превышают 8 см, могут быть кандидатами для экстренного хирургического вмешательства. Обеспокоенность по поводу острого перекрута яичника требует немедленного хирургического вмешательства

с целью сохранения ткани яичника. При доброкачественных кистах яичников, требующих хирургического лечения, лапароскопия является методом выбора. Лапароскопия позволяет сократить время операции, потерю крови, пребывание в больнице и послеоперационную боль. Лапароскопическая хирургия также способствует меньшему образованию спаек, чем лапаротомия, что может привести к улучшению результатов фертильности в будущем. Для хирургов-гинекологов важно осознавать преимущества лапароскопии и при необходимости применять минимально инвазивную технику.

Восстановительный период после операции длится в среднем от 2 до 5 дней. При этом прописывается ранний прием пищи, на первый день после операции пациентку поднимают для непродолжительной ходьбы с целью активизации кровообращения.

Параовариальные кисты

В подростковом возрасте развитие параовариальных кист придатков встречается редко; частота составляет 7,3% [8], причем во всех неотложных гинекологических состояний они обнаруживаются в 3% случаев. Их рост медленный и прогрессивный, хотя иногда они могут быстро увеличиваться в размерах.

Параовариальная киста развивается из эмбрионального остатка вольфова канала [9]. Киста располагаются в широкой связке между маточной трубой и яичником; гистологически 68% имеют мезотелиальное происхождение, 30% — парамезонефрические эмбриональные остатки и 2% — мезонефрические.

Пациенты в основном имеют симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как ощущение тяжести внизу живота и боли, которые могут быть легкими, временными, а иногда и частыми, но терпимыми; другие молодые женщины сообщают о таких симптомах, как частое мочеиспускание, иногда сопровождающееся лихорадкой [10].

Наиболее частый симптом — боль внизу живота. Большие кисты могут сдавливать пищеварительный тракт, поэтому некоторые пациенты страдают диспептическими расстройствами.

В некоторых случаях возникают осложнения, такие как внутрикистозное кровоизлияние, перфорация кисты и гемоперитонеум, перекрут кисты.

Диагноз является клиническим и подтверждается с помощью УЗИ. При УЗИ органов малого таза параовариальные кисты можно визуализировать у обоих яичников с отдельно расположенным образованием кистозной структуры с ровными контурами.

Лечение данной патологии в основном хирургическое. В настоящее время лапароскопическое удаление кисты является операцией выбора. Кисты удаляют целиком. Иногда большие кисты пунктируют, чтобы опорожнить их содержимое и провести хорошее рассечение.

Дермоидные кисты

Дермоидные кисты являются частыми новообразованиями яичников, обнаруживаемыми у подростков. Эти образования представляют собой доброкачественный тип опухоли половых клеток, возникающей из тотипотентных клеток в яичнике, которые развиваются в полностью дифференцированную эктодермальную, мезодермальную и эндодермальную ткань. Дермоидные кисты составляют примерно 50% педиатрических опухолей яичников. Точная распространенность дермоидных кист в педиатрических, подростковых популяциях неизвестна, поскольку визуализация органов малого таза в этих группах проводится редко.

Дермоидные кисты обычно протекают бессимптомно и во многих случаях обнаруживаются случайно при обследовании. Если симптомы присутствуют, то боль в животе является наиболее частой жалобой, за которой редко следуют увеличение

живота, пальпируемое образование в брюшной полости, запор, тошнота, рвота и анорексия.

Дермоидные кисты представляют собой вялотекущие опухоли со скоростью роста 1,8 мм в год. Примерно в 10–20% случаев дермоидные кисты двусторонние.

Дермоидные кисты имеют характерный вид на УЗИ (наличие узелка Рокитанского, дермоидной сетки и «верхушки айсберга»).

Предполагается, что дермоидные кисты вызывают осложнения вследствие перекрута яичников, приводящего к инфаркту яичников, разрыву, образованию свищей через внутренние органы малого таза и злокачественной дегенерации. В результате многие гинекологи и детские хирурги соглашаются, что большие симптоматические кисты требуют хирургического вмешательства. Несмотря на то что существуют дебаты по поводу пороговых значений и критериев, которые требуют хирургического лечения, твердые образования обычно удаляются, если они симптоматические, и большие (часто определяются как более 5 см в диаметре, учитывая склонность к перекруту), если они считаются потенциально злокачественными.

Роль выжидательной тактики дермоидных кист в пубертатном периоде мало изучена.

Учитывая точность, с которой дермоидные кисты могут быть диагностированы до операции, большинство исследований [11, 12] показывают, что свыше 80% дермоидных кист яичников можно успешно лечить хирургическим путем с использованием лапароскопических методов.

Эндометриоидные кисты

Эндометриоидная киста — это наиболее частое диагностируемое проявление эндометриоза [13]. У подростков, страдающих эндометриозом, средний возраст постановки диагноза

составляет 17,95 ± 1,48 года, в то время как первые симптомы появляются к 15 годам. При этом 80,9% страдают дисменореей, а 66% — хронической тазовой болью [14].

Эндометриоидные кисты расположены сбоку или сзади от матки. При пальпации определяются как овальные, иногда бугристые образования тугоэластической или неравномерной консистенции.

Для диагностики эндометриоидных кист, кроме бимануального ректоабдоминального исследования у подростков, не живущих половой жизнью, используются следующие методы: УЗИ органов малого таза, МРТ, гистеросальпингография, гистероскопия, лапароскопия.

Трансвагинальное УЗИ — это метод выбора для наблюдения за яичниками на ранних стадиях развития односторонней или двусторонней кисты. Для эндометриоидных кист у девочек при УЗИ определяется выраженная эхопозитивность, возникающая в результате отражения ультразвуковых волн от геморрагического содержимого кист.

Эндометриоидные кисты яичников лечат хирургически. Проводится лапароскопия, энуклеация кисты с последующей эндокоагуляцией ее ложа или резекция яичников в пределах здоровых тканей при невозможности отсепарования капсулы от ткани яичников.

Выводы. Таким образом, учитывая превалирование функциональных кист в структуре опухолевидных образований яичников у девочек пубертатного периода, а также гетерогенность симптоматической картины, ранняя дифференциальная диагностика с применением современных методов исследований должна быть в приоритете среди специалистов детской и подростковой гинекологии, учитывая возраст юных пациентов и их репродуктивные задачи в будущем.

Список литературы

1. Zolton J. R., Maseelall P. B. Evaluation of ovarian cysts in adolescents // Open Journal of Obstetrics and Gynecology 2016;3,12-16. DOI:10.4236/ojog.2016.37A1004.

2. Лабзина М. В., Купцова С. В., Солдатов О. М. Опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков // Альманах мировой науки. — 2017. — № 3-1. — С. 55–58.

3. Ovarian Cyst and Torsion. URL: https://www.nationwidechildrens.org/conditions/ovarian-cyst-and-torsion (дата обращения — 12.10.2021).

4. Птицын В. А. и др. Объемные образования яичников у девочек // Детская хирургия. — 2021. — Т. 25. — № S1. — С. 59.

5. Холова С. Х., Хушвахтова Э. Х. Прогностические методы исследования женщин с доброкачественными новообразованиями яичников // Здравоохранение Таджикистана. — 2018. — № 4. — С. 53–56.

6. Диагностика и лечение доброкачественных новообразований яичников с позиции профилактики рака [письмо Минздрава РФ от 4 декабря 2018 г. № 15-4/10/2-7838]. URL: zdrav.spb.ru/media/filebrowser/диагностика и лечение доброкачественных новообразований яичников (дата обращения — 29.06.2021).

7. Дубровина С. О. Гормональная терапия при функциональных кистах яичников // Акушерство и гинекология. — 2020. — Т. 4. — С. 210–213.

8. Кумыков З. Х., Батырова З. К., Кругляк Д. А., Уварова Е. В., Чупрынин В. Д., Буралкина Н. А., и др. Гигантская параовариальная киста у 16-летней пациентки: клиническое наблюдение // Гинекология. — 2019. — Т. 21. — № 6. — С. 45–47. DOI: 10.26442/20795696.2019.6.190704.

9. Лабузов Д. С., Савченков А. Л., Салопенкова А. Б. Параовариальная киста больших размеров // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. — 2017. — Т. 16. — № 1. — С. 131–134.

10. Felipe J. H. J., Alcantar A. R., Franco R. F. Adolescent with paraovarian cyst. Surgical treatment. Cirugía y Cirujanos (English Edition) 2017;85(6):535–8. DOI: 10.1016/j.circen.2018.01.001.

11. Abbas A. M., et al. Torsion of huge dermoid cyst in adolescent girl: A case report. Middle East Fertility Society Journal 2017;22(3):236–9. DOI: 10.1016/j.mefs.2017.01.003.

12. Rabinovich I., et al. Dermoid cysts causing adnexal torsion: What are the risk factors? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2020;251:20-22. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.05.033.

13. Качалина Т. С., Зиновьев А. Н., Богатова М. Е. Комплексная оценка факторов риска развития рецидива эндометриоидных кист яичников // Медицинский альманах. — 2017. — № 1 (46). — С. 107–110.

14. Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Тарбая Н. О. Проблема эндометриоза у девочек-подростков (обзор литературы) // Проблемы репродукции. — 2016. — Т. 22. — № 3. — С. 71–76. DOI: 10.17116/repro201622371-76.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ

Щебеньков М.В., Котин А.Н.

Кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
кафедра детской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В обзоре рассматриваются вопросы этиопатогенеза грыж передней брюшной стенки у детей, особенности эндоскопической анатомия паховой области у детей, современные методики малоинвазивной эндоскопической коррекции различных дефектов брюшной стенки, показания и противопоказания, оптимальные сроки оперативного лечения у детей, результаты применения малоинвазивных технологий в детской герниологии.

Актуальность. Грыжи передней брюшной стенки — наиболее частые хирургические заболевания детского и подросткового возраста, требующие планового, а при ущемлении — экстренного хирургического лечения. Операции на паховом канале у детей составляют более 33% всех плановых хирургических вмешательств, а паховые грыжи — 92–95% всех видов грыж у детей.

Частота врожденной косой паховой грыжи у доношенных новорожденных составляет 3,5–5%, у недоношенных возрастает до 9–11%, а в группе глубоко недоношенных детей, рожденных с массой 500–700 г, этот показатель возрастает до 60%. Мальчики страдают в 5–10 раз чаще, чем девочки, что напрямую связано с процессом опускания яичек.

Высокая частота паховых грыж у недоношенных детей в сочетании с частыми ущемлениями в течение первых шести месяцев жизни заставляет многих неонатологов и детских хирургов рекомендовать хирургическое лечение грыжи до выписки ребенка из стационара, независимо от первоначального повода

госпитализации. Установлено также, что при некоторых заболеваниях увеличивается частота паховых грыж и риск послеоперационного рецидива грыжи. Так, например, при кистофиброзе паховые грыжи встречаются в 8 раз чаще, чем в общей популяции. У детей с нарушением развития соединительной ткани (синдром Элерса–Данлоса) и мукополисахаридозом (синдром Гунтера–Гурлера) риск развития паховых грыж также более высок. Частота послеоперационных рецидивов в этой группе превышает 50%. Более высокая частота грыж (по данным *McEntyre R. L., et al.* 1977, *Coran A. G., et al. 1967, Uden A., et al.* 1988, *Tank E. S., et al.* 1986) отмечается у детей с врожденным вывихом бедра, у пациентов, получающих хронический перитонеальный диализ, у больных, которым производилось вентрикулоперитонеальное шунтирование.

В последнее время методы эндоскопической хирургии становятся все более популярными в детской герниологии, поскольку позволяют дистанцировать хирургическое вмешательство от элементов семенного канатика и половой железы, чрезвычайно чувствительной к малейшей ишемии, как во время операции, так и в послеоперационном периоде за счет отека тканей пахового канала. По данным морфологов, тридцатиминутная ишемия половой железы способна приводить в эксперименте к потере сперматогенной функции яичка. Многочисленные исследования отечественных и зарубежных андрологов указывают на перенесенное в детстве оперативное вмешательство по поводу паховой грыжи или водянки оболочек яичка как на возможную причину бесплодия в 45–50% наблюдений.

Лапароскопическая техника позволяет выйти на шейку грыжевого мешка с внутренней абдоминальной стороны, не прибегая к мобилизации элементов семенного канатика, что является, на наш взгляд, основным, но не единственным преимуществом эндовидеохирургии в детской герниологии.

К настоящему времени разработано множество различных оперативных способов пластики пахового канала, но полностью удовлетворяющий всех метод так и не был создан. Стабильное количество рецидивов у «взрослых» пациентов (10–30%) и травматичность традиционных вмешательств обусловили большую популярность в последние годы эндовидеохирургических методов герниопластики, позволяющих укреплять слабые места пахового канала со стороны брюшной полости.

Дальнейшее развитие лапароскопической герниологии связано с появлением и использованием различных имплантатов, которые продолжают постоянно совершенствоваться. Наиболее часто на сегодняшний день используются для протезирования грыж полипропилен и тефлон.

Однако все методики, применяемые «взрослыми» хирургами, основаны на тщательном укреплении стенки пахового канала, что не так важно в детской практике, когда грыжа имеет врожденный характер.

Методы лапароскопической хирургии пока не используются в детской герниологии так широко, как во взрослой практике, что объясняется, прежде всего, простотой и доступностью наиболее часто применяемых способов традиционного грыжесечения у детей (Черни–Краснобаева, Дюамеля, Мартынова), оцениваемых достаточно высоко детскими хирургами с позиции радикальности. Рецидивы составляют от 0,13% до 0,93%. Но даже наиболее щадящий метод, предложенный *Duhamel B.* в 1957 году, при самом аккуратном исполнении не исключает мобилизацию элементов семенного канатика в ходе выделения грыжевого мешка, что (учитывая врожденное происхождение паховой грыжи у детей) зачастую приводит если не к прямой травме, то к травматическому спазму сосудов семенного канатика и ишемии яичка. Это может быть особенно пагубно для чрезвычайно чувствительного к ишемии герминативного эпителия половой

железы. Неслучайно у 34,2% оперированных имеется в той или иной степени выраженности атрофия яичка.

Паховые грыжи у детей, в отличие от взрослых, как правило, косые и являются врожденными, связанными по происхождению с нарушением облитерации вагинального отростка брюшины. Таким образом, в открытый вагинальный отросток могут выходить органы брюшной полости, что и проявляется в виде паховой грыжи той или иной степени выраженности, в зависимости от уровня облитерации вагинального отростка.

В том случае, если вагинальный отросток узкий и пропускает лишь жидкость, клинически это выглядит как сообщающаяся водянка оболочек яичка. Учитывая такое врожденное происхождение косой паховой грыжи у детей, основным этапом при операции грыжесечения в детской герниологии является герметичное разобщение брюшной полости и грыжевого мешка. Укрепление стенок пахового канала различными вариантами пластики и сетчатыми имплантатами при косых паховых грыжах нецелесообразно.

Весьма интересны шовные методики лапароскопической ликвидации вагинального отростка брюшины, представленные в единичных публикациях в нашей стране и за рубежом, но и они не лишены недостатков.

Так, техника лапароскопической операции, предложенная Е. С. Саблиным в 1999 году, напоминает операцию, описанную нами в 1994 году, но, по сути, полностью повторяет модель «открытой» операции грыжесечения, предложенную *Duhamel B.* в 1957 году с полным пересечением вагинального отростка брюшины. Такая методика при лапароскопической технологии абсолютно не оправданна. Она удлиняет и усложняет операцию, делая ее более травматичной. Подобная лапароскопическая операция не имеет существенных преимуществ по сравнению с традиционной методикой.

Менее травматичными, а следовательно, и более перспективными являются лапароскопические методики непосредственного ушивания вагинального отростка брюшины вне элементов семенного канатика.

В последние годы большую популярность среди детских хирургов приобрела видеоассистированная герниопластика с использованием иглы для спинномозговых пункций (*Tuohy*), так называемая «*PIRS*-технология». Технически эта методика более простая, чем лапароскопическая герниопластика, но имеет некоторые недостатки: полностью исключается возможность пластики внутреннего пахового кольца, что ограничивает использование метода при больших дефектах и у детей старшей возрастной группы; кроме того, ушитая шейка грыжевого мешка фиксируется к апоневрозу передней брюшной стенки, что может вызывать дискомфорт.

Особенности этиологии и патогенеза грыж у детей. Как уже указывалось, паховые грыжи у детей, как правило, косые и являются врожденными, связанными с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины, которое возможно, по мнению С. Я. Долецкого и А. Б. Окулова (1978), вследствие задержки внутриутробного развития и повреждения соединительной ткани плода при воздействии различных тератогенных (физических, химических, инфекционных) и гормональных факторов. Влагалищный отросток брюшины появляется на 12-й неделе внутриутробного развития. У мальчиков по мере опускания яичка на 7–8-м месяце гестации часть отростка, интимно прилежащая к нему, «утягивается» в мошонку, формируя *tunica vaginalis testis*, а оставшаяся часть, расположенная внутри пахового канала, в конечном счете облитерируется. По данным *Morgan E. N., et al.* (1942), у 20% влагалищный отросток брюшины остается необлитерированным в течение всей жизни, но не дает никаких клинических проявлений. У девочек перемещение влагалищного

отростка идет одновременно с миграцией круглой связки матки. Облитерация его происходит уже на 6-м месяце гестации, а при незаращении формируется рудиментарный канал Нука (нукиев дивертикул) — потенциальный грыжевой мешок. Частота врожденных паховых грыж у девочек значительно ниже. Но чаще выявляется двухсторонний дефект. У новорожденных и девочек младшей возрастной группы с паховыми грыжами к внутреннему паховому кольцу часто прилежит маточная труба и яичник, что зачастую приводит к ущемлению этих органов. Несомненна целесообразность лапароскопической герниопластики и у этих пациенток для визуального контроля расположения придатков при ушивании грыжевого мешка.

Клинические проявления зависят от варианта нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Это может быть канатиковая или паховая грыжа при частичной облитерации влагалищного отростка и яичковая или пахово-мошоночная при полном его незаращении. Незаращение влагалищного отростка может приводить к формированию водянки оболочек яичка. Могут формироваться кисты семенного канатика, а также сочетаться различные виды патологии, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины.

Таким образом, паховая грыжа у детей и взрослых при сходных клинических проявлениях имеет различное происхождение. Поэтому методы лечения этой патологии у взрослых и детей различаются за исключением бедренных и прямых грыж, которые могут встречаться у детей, по мнению С. И. Емельянова и соавт. (2000), в 1% наблюдений.

Особенности эндоскопической анатомии паховой области у детей. Лапароскопическая картина анатомии паховых грыж недостаточно знакома хирургам, привыкшим к традиционным операциям. При лапароскопии хирургу сразу открывается эндоскопическая картина внутренней поверхности паховой

области и внутреннее паховое кольцо. Через брюшину четко визуализируются элементы семенного канатика — семявыносящий проток, идущий из полости малого таза к внутреннему паховому кольцу, где, встречаясь с сосудами семенного канатика, он уходит в паховый канал вдоль стенки грыжевого мешка (рис. 1).

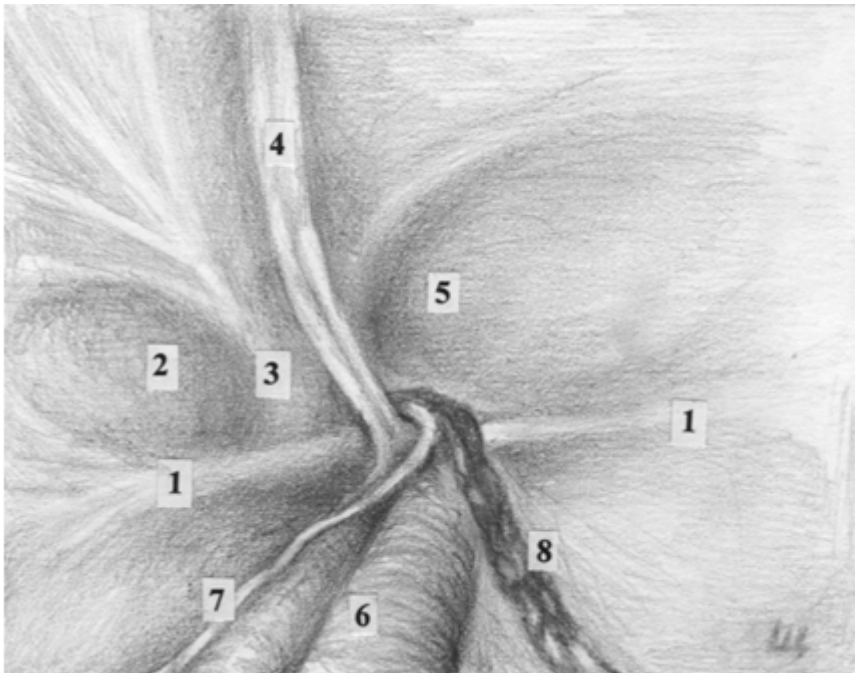


Рис. 1. Эндоскопическая анатомия паховой области справа: 1 — паховая связка; 2 — медиальная паховая ямка (fossa inguinalis medialis); 3 — умбиликальная складка (plica vesicoumbilicalis); 4 — эпигастральные сосуды; 5 — латеральная паховая ямка (fossa inguinalis lateralis); 6 — подвздошные сосуды, проекция «рокового треугольника»; 7 — семявыносящий проток; 8 — внутренние яичковые сосуды

Четкий визуальный контроль элементов семенного канатика позволяет ушить шейку грыжевого мешка без дополнительной его мобилизации. В качестве основного ориентира удобно использовать (как при классической операции, так и при эндовидеохирургической) паховую связку. Кнаружи от боковой пупочной

складки, примерно на 2–3 см над паховой связкой, находится небольшое углубление в париетальной брюшине — боковая паховая ямка (*fossa inguinalis lateralis*). Здесь через брюшную стенку в паховый канал проходит семенной канатик. В месте его прохождения обнаруживается внутреннее паховое кольцо (*annulus inguinalis profundus*). С задней поверхности это кольцо закрыто париетальной брюшиной. Как известно, у новорожденных париетальная брюшина образует пальцевидный выступ (вагинальный отросток), который проникает через паховый канал в мошонку. Вскоре после рождения этот отросток в норме облитерируется. Если этого не происходит, формируется врожденная косая паховая грыжа. Кроме того, облитерированный после рождения брюшинный отросток вследствие различных причин (повышенное внутрибрюшное давление, слабость брюшной стенки и т. д.) может раскрыться. В этих случаях речь идет о приобретенной косой паховой грыже.

Медиально от *plica vesicoumbilicalis medialis* между нею и *plica vesicoumbilicalis mediana* также находится небольшое углубление париетальной брюшины — *fossa inguinalis medialis*. Брюшная стенка в этом месте тоньше и слабее, чем в других местах, поэтому здесь в поперечной фасции и прилежащем снаружи паховом серпе легко формируется щель, через которую может образоваться выпячивание париетальной брюшины, проникающее до наружного пахового кольца. В таком случае говорят о прямой паховой грыже. Бедренная грыжа расположена в медиальной паховой ямке ниже паховой связки.

Таким образом, для ориентации хирурга на видеомониторе основными являются следующие анатомические структуры: нижние надчревные артерия и вена, расположенные по медиальному краю внутреннего пахового кольца и разделяющие медиальную и латеральную паховые ямки; медиальная пупочная связка, направляющаяся от внутренней подвздошной артерии вдоль

брюшной стенки к области пупка; сосуды семенного канатика (артерия и вена яичка), идущие под брюшиной над наружными подвздошными сосудами, латеральнее последних, проходящие через внутреннее паховое кольцо, присоединяясь перед этим к семявыносящему протоку; семявыносящий проток от места присоединения к сосудам яичка у внутреннего пахового кольца направляется в полость малого таза, он также покрыт только брюшиной.

В зоне «рокового треугольника», верхушку которого формируют сосуды семенного канатика и семявыносящий проток, соединяющиеся на входе в паховый канал у внутреннего пахового кольца, любые разрезы, проколы и грубые манипуляции, в том числе электрокоагуляция, запрещены. Внутри этого воображаемого треугольника расположены наружные подвздошные артерия и вена. Точное знание анатомических взаимоотношений является определяющим фактором выполнения лапароскопической герниопластики без каких-либо осложнений.

Аппаратура и инструментарий. Для проведения лапароскопической герниопластики у детей используется стандартный хирургический видеокомплекс. Современные видеосистемы с хорошей разрешающей способностью (*FULL HD*) позволяют использовать тонкие телескопы у новорожденных и детей младшей возрастной группы без ущерба качеству получаемого изображения.

Набор инструментов включает:

- иглу Вереша (*Veress*) для безопасного наложения пневмоперитонеума;
- троакары: 5 мм — для введения лапароскопа и 3 мм — для рабочих инструментов (зажим, ножницы и др.). У новорожденных и детей младшей возрастной группы необходим двух- и трехмиллиметровый инструментарий;
- захватывающие и фиксирующие зажимы (3–5 мм) или диссектор (вспомогательный инструментарий);

- ножницы (3–5 мм) для рассечения спаек вблизи и непосредственно в зоне операции, отсечения нити и т. д.;
- иглодержатель (3–5 мм) для формирования герметизирующего шва;
- иглу для спинномозговых пункций (*Tuohy*) для «*PIRS*-технологии».

В отличие от стандартного инструментального лапароскопического набора для проведения герниопластики у взрослых, в детской хирургии применяются телескопы диаметром до 5 мм с торцевой и 30-градусной оптикой. Преимущество имеют телескопы с 30-градусной оптикой, поскольку позволяют визуализировать внутреннее пространство грыжевого мешка. Для создания надежного герметизирующего шва целесообразно использовать нерассасывающийся атравматичный шовный материал с иглой кривизны 3/8 и длиной от 16 до 18 мм. Мы используем нить «Этибонд 2/0» фирмы *Ethicon* (США).

Техника операции при косых паховых грыжах. Эта операция была предложена нами в 1994 году, и с тех пор изменилась только техника формирования шва.

Методика заключается в герметичном ушивании грыжевых ворот с элементами пластики внутреннего пахового кольца в зависимости от размеров последнего. Операция проводится через три или два троакара. В последнее время, после отработки технических приемов операции, при односторонней паховой грыже мы ограничиваемся двумя портами — в околопупочной точке для видеокамеры (5 мм) и в противоположной расположению грыжи мезогастральной области для манипулятора (3 мм). При сочетании паховой и пупочной грыжи, что встречается в детской практике довольно часто, центральный троакар вводится через пупочное кольцо, которое после окончания операции ушивается, тем самым обеспечивая дополнительное преимущество вмешательства.

Основной диагностический этап заключается в осмотре паховых ямок, грыжевых ворот и грыжевого мешка. При этом определяется вид грыжи (косая, прямая, бедренная), расположение элементов семенного канатика или круглой связки матки, наличие прилежащих или фиксированных в области грыжевых ворот внутренних органов. Иногда в грыжевом мешке расположен сальник или петля кишки, придатки у девочек. Эти органы обычно легко перемещаются в брюшную полость. При фиксации сальника к стенке грыжевого мешка (фиксированная грыжа) он отделяется тупым или острым путем с тщательным проведением гемостаза коагуляцией. Осмотр контралатеральных паховых ямок позволяет диагностировать грыжу не только на предполагаемой, но и на противоположной стороне при отсутствии клинических проявлений последней, что, несомненно, является дополнительным преимуществом лапароскопической методики, позволяя сразу устранить и этот грыжевой дефект, избавив ребенка от повторной операции. Далее необходимо завести атравматичную нить с иглой в брюшную полость. Это можно сделать ретроградно через центральный пятимиллиметровый троакар. Следующий этап операции, являющийся основным, заключается в формировании герметизирующего шва, причем в короткой зоне проекции элементов семенного канатика брюшина не прошивается, предотвращая тем самым какое-либо воздействие на элементы семенного канатика (рис. 2).

Проведение иглы контролируется визуально, допускается элемент пластики путем захвата паховой связки и края косой мышцы. Перед затягиванием герметизирующего шва необходимо во всех случаях тщательно удалять из грыжевого мешка жидкость и газ путем давления на паховую область снаружи. После формирования эндоскопического узла, которое возможно как интра-, так и экстракорпорально (мы предпочитаем комбинированный способ), герметизирующий шов затягивается, надежно

ликвидируя сообщение грыжевого мешка с брюшной полостью. При формировании шва и затягивании узла лапароскопически мы можем четко контролировать расположение прилежащих к паховой ямке органов брюшной полости (сальник, петли кишечника, стенка мочевого пузыря, придатки матки у девочек), что позволяет избежать травмирования этих органов.

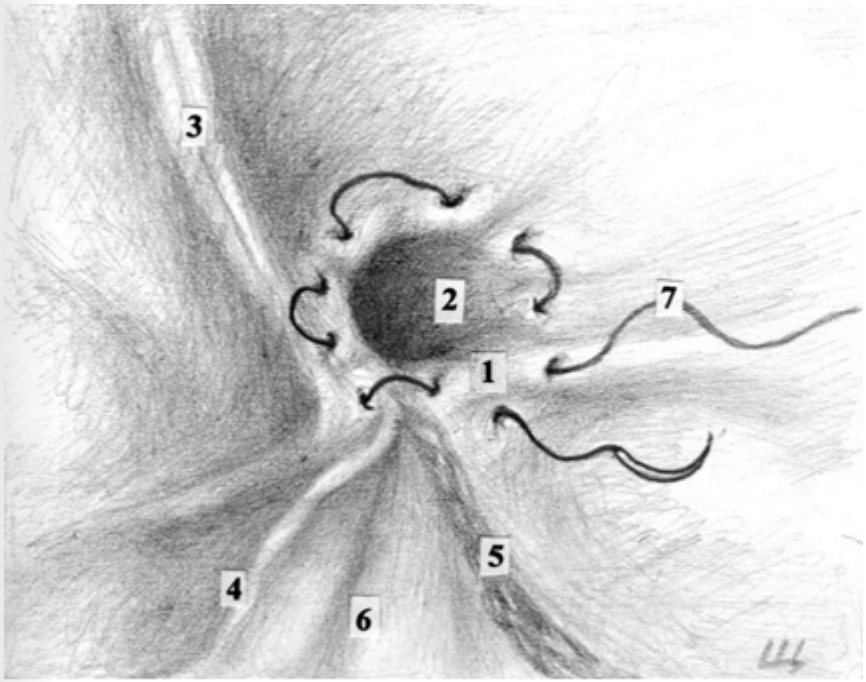


Рис. 2. Лапароскопическая герниопластика справа, основной этап операции: 1 — паховая связка; 2 — грыжевые ворота косой паховой грыжи; 3 — эпигастральные сосуды; 4 — семявыносящий проток; 5 — внутренние яичковые сосуды; 6 — «роковой треугольник», проекция подвздошных сосудов; 7 — сформирован герметизирующий шов

После десуфляции и удаления строго под визуальным контролем рабочих троакаров (профилактика эвентрации пряди сальника) края ран можно просто ушить, сопоставить скобками или лейкопластырем. У новорожденных и гипотрофичных детей с тонкой передней брюшной стенкой желательно ушивание

даже 3 мм троакарных ран с захватом апоневроза, что также является профилактикой эвентрации сальника в послеоперационном периоде.

После экстубации (лапароскопическая герниопластика проводится под интубационным наркозом или с использованием ларингиальной маски) и пробуждения пациенты перемещаются в палату наблюдения и выписываются на следующий день.

Обезболивания в большинстве случаев не требуется.

Методика лапароскопической герниопластики при прямой и бедренной грыже. Постановка и расположение троакаров при операции на бедренной грыже не отличается от методики постановки троакаров при косой грыже, описанной ранее. Грыжевые ворота при прямой паховой грыже расположены в медиальной паховой ямке выше паховой связки, а при бедренной грыже находятся в медиальной паховой ямке ниже паховой связки (рис. 1).

При прямой и бедренной грыже первый этап операции в отличие от косой грыжи заключается в полном иссечении грыжевого мешка, что является обязательной профилактикой рецидива. После перемещения грыжевого мешка в брюшную полость в забрюшинной части визуализируются грыжевые ворота.

При прямой паховой грыже они выше паховой связки и могут быть закрыты шовной технологией с использованием собственно паховой связки и косой мышцы живота (этибонд 2.0), формируется П- или *Z*-образные швы с последующей перитонизацией дефекта брюшины.

При бедренной грыже, когда грыжевые ворота расположены ниже паховой связки, применение только шовной методики для ликвидации этого дефекта затруднено вследствие отсутствия тканей в этой анатомической области для эффективной пластики. Для надежной ликвидации грыжевого дефекта при бедренной грыже мы применяем сетчатый имплантат из викрила (рис. 3).

Рис. 3. Расположение сетчатого имплантата при бедренной грыже слева

Имплантат фиксируется одним или двумя швами к паховой связке. Затем операция заканчивается перитонизацией сетчатого имплантата лоскутом брюшины с отсепарованным грыжевым мешком.

Показания и противопоказания. Лапароскопическую герниопластику или ушивание влагалищного отростка брюшины можно проводить при любых паховых и пахово-мошоночных грыжах, а также сообщающихся водянках оболочек яичка. Изолированные формы водянок или кисты семенного канатика подлежат традиционной операции. Изолированная водянка оболочек яичка в отличие от паховой грыжи характеризуется напряженной водяночной опухолью вокруг яичка, безболезненной, не смещаемой в брюшную полость. При дифференциальной диагностике от ущемленной грыжи помогает диафаноскопия.

Плановая операция проводится детям в любом возрасте, в том числе и у новорожденных после установления диагноза.

Операция по поводу сообщающейся водянки оболочек яичка выполняется мальчикам с двух лет, поскольку до двух лет возможна самостоятельная облитерация вагинального отростка брюшины.

Выполнение лапароскопической герниопластики возможно при использовании трехмиллиметрового инструментария, детям с паховыми и пахово-мошоночными грыжами с любого возраста. Ущемленная паховая грыжа является абсолютным противопоказанием к лапароскопической герниопластике. Но возможно применение эндовидеохирургической методики для оценки состояния органов брюшной полости, если произошло разущемление грыжи при вводном наркозе или в начале операции.

Относительным противопоказанием для лапароскопической герниопластики является наличие в анамнезе перенесенных операций на брюшной полости, предполагающих обширный спаечный процесс, который может осложнять проведение операции на паховых ямках и повышать риск вмешательства при наложении пневмоперитонеума.

Также лапароскопическая техника противопоказана при сочетании паховой грыжи с нарушениями миграции яичка (паховая дистопия, *testis mobile*), требующими мобилизации и фиксации яичка в мошонке. При нарушениях миграции яичка лапароскопическая технология является операцией выбора при синдроме «непальпируемого яичка», позволяя тщательно ревизовать брюшную полость, оценить размеры и расположение яичка и выбрать оптимальную хирургическую тактику.

Продолжительность лапароскопической операции; характеристика раннего послеоперационного периода. Продолжительность оперативного вмешательства довольно сильно варьировала в процессе накопления опыта, отработки техники и появления навыков формирования эндоскопического шва и эндоскопического узла. Так, если первые операции выполнялись в течение 30–40 минут и казались достаточно трудоемкими, что было

одной из причин определенных трудностей при внедрении методики и основным аргументом ее противников, то после проведения первых 40–50 лапароскопических герниопластик и накопления навыков формирования эндоскопического шва продолжительность вмешательства постепенно сократилась в два раза. В настоящее время продолжительность лапароскопической операции при патологии влагалищного отростка брюшины составляет в различных руках, при различных вариантах топографо-анатомического строения паховой ямки и в зависимости от возраста больного от 10 до 15 минут, что вполне сопоставимо со временем проведения традиционного грыжесечения. Средняя продолжительность лапароскопической герниопластики составила 14,3 минуты, без учета длительности наркоза (хотя этот показатель и не является основным при оценке эффективности эндовидеохирургического вмешательства).

В раннем послеоперационном периоде в 97,3% случаев потребовалось однократное введение ненаркотических анальгетиков сразу после выхода пациентов из наркоза. У остальных 2,7% пациентов введение анальгетиков не требовалось. Повторное введение анальгетиков было оправдано лишь в единичных случаях.

Незначительная выраженность и быстрая скорость регрессии болевого синдрома позволила активизировать пациентов через 5–6 часов после операции и в течение первых суток отпустить их из стационара на домашний режим с последующим контрольным осмотром через 4 дня.

Ни в одном случае после проведения лапароскопической операции мы не наблюдали местных признаков воспаления. Раны во всех случаях зажили первично. Сроки восстановления двигательной активности у всех пациентов варьировали в промежутке от одного до двух дней. Как правило, дети активизировались и были переведены на общий режим в первые сутки после

операции. Тем не менее при выписке наших пациентов на амбулаторное лечение во всех случаях мы рекомендовали ограничение физической нагрузки в течение одного месяца.

Результаты видеохирургической герниопластики. Во всех случаях проведения лапароскопической герниопластики или ушивания влагалищного отростка брюшины операция была завершена лапароскопически, конверсий не было.

Основное преимущество лапароскопической методики, на наш взгляд, заключалось в возможности избежать во время операции какого-либо прямого или опосредованного воздействия на элементы семенного канатика и соответственно на яичко, что может приводить к нарушению кровоснабжения половой железы. Наличие послеоперационного отека и местных признаков воспаления в области яичка и мошонки, как правило, указывает на травматичность вмешательства и может косвенно свидетельствовать о нарушении кровоснабжения яичка.

Большинство применяемых в детской хирургии методик оперативного лечения паховых грыж или сообщающихся водянок оболочек яичка предполагает проведение манипуляций, прямо или косвенно связанных с воздействием на элементы семенного канатика. Наибольший риск расстройства кровообращения в яичке несут такие этапы традиционного грыжесечения, как сужение наружного пахового кольца при проведении пластики пахового канала и выделение грыжевого мешка при его мобилизации от элементов семенного канатика. Однако именно эти этапы операции являются базисными при проведении традиционного грыжесечения. По данным различных авторов, нарушение функции яичка после традиционного грыжесечения может наступить как раз из-за расстройства кровообращения и иннервации, а секреторная и инкреторная функции зависят прежде всего от нормального кровоснабжения. На этом фоне, естественно, необходимо оценивать осложнения,

сопровождающиеся признаками травмирования и нарушения кровоснабжения половой железы. В связи с этим при физикальном осмотре мы выявляли наличие после операции у пациентов:

- отека яичка и мошонки;
- высокого стояния яичка;
- кремастерного рефлекса;
- орхита и эпидидимита.

Эти осложнения, как возможное проявление хронической ишемии половой железы, могут сопровождаться некробиотическими изменениями эпителия гонады с утратой сперматогенной функции, что может приводить к бесплодию. Для исследования влияния эндовидеохирургической операции при паховых грыжах и сообщающихся водянках оболочек яичка на состояние половой железы были предприняты следующие методы обследования до и после оперативного вмешательства:

- осмотр и пальпация мошонки, яичка и придатка;
- определение кремастерного рефлекса;
- измерение скорости кровотока по артериям семенного канатика (допплерография).

Во всех наблюдениях физикальный осмотр пациентов не выявил признаков отека, болезненности или уплотнения в области яичка, придатка яичка и мошонки ни в первые сутки, ни через 4 дня после проведения лапароскопического ушивания влагалищного отростка брюшины и внутреннего пахового кольца. Необходимо отметить, что было лишь 12 больных (0,93%) из группы, оперированных по поводу больших паховомошоночных грыж, у которых после операции некоторое время продолжал пальпироваться по ходу пахового канала перерастянутый грыжевой мешок. Размеры грыжевых ворот у этих детей превышали 2 см, а размеры грыжевого мешка в длину

превышали 10 см. Возраст пациентов с остаточной деформацией паховой области составил от 1 до 3 лет.

Физикальный осмотр этих мальчиков в первые сутки и через 4 дня выявил наличие эластичного, безболезненного, не смещаемого в брюшную полость, вытянутого по ходу пахового канала эластичного образования, имитирующего паховую грыжу. Это образование, по всей видимости, представляло собой стенку перерастянутого грыжевого мешка, поскольку грыжевой мешок при лапароскопической герниопластике не удаляется, напоминая тем самым методику традиционного грыжесечения по Дюамелю.

Все эти пациенты были осмотрены через месяц после операции. В восьми случаях образование в области пахового канала практически исчезло, и физикальный осмотр не выявил никаких отклонений. У четверых мальчиков образование определялось. Оно было также безболезненное, несмещаемое, но значительно уменьшилось в размерах. У этих детей остаточные признаки стенки грыжевого мешка полностью исчезли через три месяца.

Определение кремастерного рефлекса показало, что в первые сутки после операции рефлекс был признан отрицательным у 2,8% детей, сомнительным — у 7,6%. У остальных мальчиков (89,6%) кремастерный рефлекс признан положительным. Измерение скорости кровотока по артериям, кровоснабжающим яичко, проводилось по стандартной методике с помощью ультразвукового аппарата “*HDI* 3500” “*ATL*” *Philips Company* с линейным допплеровским датчиком *L* 12-5 в одно и то же время (утром). Сравнительная оценка скорости артериального кровотока по яичковым сосудам проведена 30 мальчикам в возрасте 4–10 лет путем допплерографии яичковых сосудов до и в первые сутки после операции. Пациенты для этого исследования подбирались произвольно, вне зависимости от формы и выраженности заболевания, при этом практически ни в одном случае не было зафиксировано сколько-нибудь значимого снижения

пульсовой волны после проведения лапароскопической герниопластики. Напротив, в большинстве допплерографических исследований отмечено некоторое увеличение скорости пульсовой волны кровотока по сосудам семенного канатика, кровоснабжающим яичко. Среднее значение разницы скорости кровотока до и после операции составило + 0,38 см/сек.

Оценивая полученные результаты физикального и допплерографического обследования пациентов, можно с уверенностью говорить о том, что проведение эндовидеохирургической коррекции влагалищного отростка брюшины при паховых грыжах и сообщающихся водянках оболочек яичка не влияет на кровоснабжение половой железы.

Необходимо отметить весьма существенное дополнительное преимущество лапароскопической методики — проведение одновременной диагностики двустороннего нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины, позволившее сразу выполнить операцию с двух сторон. Таких операций было 16% от общего количества.

Рецидивы были зафиксированы у 11 пациентов, что составило 0,68% по отношению к общему количеству операций. Эта цифра вполне сопоставима с количеством рецидивов после «традиционного» грыжесечения, выполняемого по методикам, наиболее распространенным в детской хирургии (метод Ру-Краснобаева, метод Дюамеля). По данным литературы, рецидивы после традиционного грыжесечения составляют до 0,96% случаев.

Все пациенты с выявленными рецидивами были оперированы повторно лапароскопически, что позволило установить причину рецидива и повторным ушиванием внутреннего пахового кольца устранить дефект. Во всех случаях повторная операция закончилась выздоровлением. Контрольный осмотр пациентов через один месяц и через шесть месяцев после операции патологических изменений не выявил. В шести случаях, а это более

половины всех зафиксированных рецидивов и 0,46% от общего количества больных, причины наступления рецидива были связаны с нарушением целостности шовного материала или рассасывания нити. Этот факт заставил нас полностью отказаться от использования рассасывающегося шовного материала при проведении подобных операций.

В остальных случаях разрыв кисетного шва был связан либо с дефектом используемой нити, либо с повреждением нити во время затягивания узла губками иглодержателя. В этих случаях при лапароскопии мы обнаружили в области внутреннего пахового кольца остатки нити с элементами узла. Повторное ушивание грыжевых ворот привело к выздоровлению.

Третья причина рецидива паховой грыжи связана с техническими погрешностями при формировании и затягивании разобщающего брюшную полость и грыжевой мешок кисетного шва. У этих больных во время повторной лапароскопии, при осмотре зоны операции, найдено суженное кисетным швом паховое кольцо с сохранившимся дефектом до 0,7–1 см в диаметре, что и было непосредственной причиной рецидива. Причина произошедшего заключается либо в не до конца затянутом во время первой операции кисетном шве, либо в ослаблении герметизирующего узла. Что можно объяснить повышенным скольжением нити «Этибонд» за счет специального покрытия. Это свойство нити, с одной стороны, очень облегчает протягивание ее через ткани и плотные анатомические структуры, что особенно важно при лапароскопии. А с другой стороны, заставляет увеличивать количество узлов до 5–6, чтобы предотвратить вышеописанное осложнение. Кроме этого, обращает на себя внимание тот факт, что ослабление «герметизирующего узла» мы наблюдали у детей преимущественно с большими паховыми грыжами, где при затягивании узла мы встретились с повышенным сопротивлением тканей, что само по себе могло привести

к ослаблению узла. В связи с этим в настоящее время у детей, имеющих пахово-мошоночную грыжу больших размеров (внутреннее паховое кольцо больше 2,5–3 см в диаметре), мы стараемся применять двойной шов внутреннего пахового кольца и более толстый шовный материал — «Этибонд» толщиной 2/0. Такой размер нити позволяет надежно и герметично сформировать кисетный шов.

Необходимо отметить, что у 15 мальчиков (5%) в возрасте от 2 до 4 лет, оперированных по поводу сообщающейся водянки оболочек яичка, был найден настолько узкий влагалищный отросток брюшины, что он с трудом пропускал жидкость из брюшной полости, образуя своеобразный клапанный механизм, приводящий к перерастяжению жидкостью оболочек яичка.

У этих детей из-за узости сообщения брюшной полости и оболочек яичка нам не удалось полностью опорожнить оболочки яичка во время лапароскопического ушивания влагалищного отростка брюшины, и это потребовало дополнительной пункции оболочек яичка обычной внутримышечной иглой на операционном столе для удаления всей жидкости. Но, несмотря на это, в пяти случаях (1,6%) на четвертые сутки после операции в перерастянутых оболочках яичка сохранялась остаточная жидкость, что клинически напоминало рецидив. Дополнительная вторая пункция оболочек яичка и удаление скопившейся жидкости во всех случаях привели к выздоровлению.

Подобное осложнение мы не расценивали как рецидив, поскольку основная причина гидроцеле — необлитерированный влагалищный отросток брюшины — устранена, а наличие гидроцеле в послеоперационном периоде связано с перерастянутыми оболочками яичка и остаточной жидкостью.

Однако нельзя полностью исключать патологическую хроническую гиперпродукцию выпота самими оболочками яичка. В этой ситуации водянка будет рецидивировать, но она имеет

иной этиопатогенез. Необходимо помнить, что лапароскопическая методика показана только у детей с врожденной этиологией гидроцеле, основанной на нарушении облитерации влагалищного отростка брюшины.

Как видим, эндовидеохирургическая операция является достаточно надежной, малоинвазивной методикой разобщения грыжевого мешка при паховых грыжах или оболочек яичка при гидроцеле с брюшной полостью, исключающей прямое или опосредованное хирургическое воздействие на элементы семенного канатика, которое позволяет избежать нарушений кровоснабжения половой железы в ходе операции. Методика позволяет своевременно диагностировать и устранять двусторонние грыжи, редкие варианты грыж передней брюшной стенки у детей (прямые и бедренные). Видеохирургическая технология способна успешно конкурировать с традиционными методами грыжесечения у детей во всех возрастных группах.

Список литературы

1. Долецкий С. Я., Окулов А. Б. Паховые грыжи у детей // Хирургия. — 1978. — № 10. — С. 55–63.

2. Дронов А. Ф., Поддубный И. В., Котлобовский И. В. Эндоскопическая хирургия у детей. — М: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 440 с.

3. Емельянов С. И., Протасов А. В., Рутенбург Г. М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. — СПб.: ООО «Фолиант», 2000. — 176 с.

4. Саблин Е. В. Незаращение влагалищного отростка брюшины у детей и его лапароскопическая коррекция: автореф. дис. … канд. мед. наук. — Архангельск, 1999.

5. Стальмахович В. Н., Щебеньков М. В. и др. Паховая грыжа у детей. — Иркутск, 2007. — 204 с.

6. Щебеньков М. В. Лапароскопическая герниорафия у детей // Эндоскоп. хир. — 1995. — Т. 1, № 4. — С. 7–9.

7. Щебеньков М. В. Эндовидеохирургическое лечение детей с патологией влагалищного отростка брюшины и элементов семенного канатика: автореф. дис. … д-ра мед. наук. — СПб., 2002.

8. Miyano G., Yamataka A., et al. Laparoscopic injection of Dermabond Tissue Adhesive for the Repair of Inguinal Hernia. Journal of Pediatric Sergery. 2004;39(12):1867–70.

9. Rafic Y. Shalaby, et al. A new simplified technicue for needlescopic inguinal herniorrhaphy in children. Journal of Pediatric Sergery. 2006;41:863–7.

10. Scheir F. Laparoscopic inguinal hernia repair — a prospective personal series of 542 children. Journal of Pediatric Sergery. 2006;41:1081–4.

11. Scheir F., et al. Laparoscopic inguinal hernia repair does not impair testicular perfusion. Journal of Pediatric Sergery. 2008;43:131–5.

12. Tam Y. H., Lee K. H., et al. Laparoscopic hernia repair in children by the hook method. Journal of Pediatric Sergery. 2009;44:1502–5.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ЦЕНТРЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ НА ПРИМЕРЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Павленко Е.О., Ипполитова М.Ф.

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

pavlenko2-spb@mail.ru

8(812) 251 22 67

Резюме. В статье представлен ретроспективный анализ 73 медицинских карт подростков 15–17 лет включительно с установленным диагнозом «синдром поликистозных яичников» согласно клиническим рекомендациям. Описаны клинико-лабораторные характеристики пациенток. Выявлено, что 75,34% несовершеннолетних в исследуемой группе имеют две формы синдрома поликистозных яичников: гирсутизм, гиперандрогенемия, олигоановуляция, поликистозная морфология яичников (по данным ультразвукового исследования) и гиперандрогенемия, олигоменорея/аменорея, поликистозная морфология яичников (по данным ультразвукового исследования). Показана роль мультидисциплинарного подхода ведения таких больных.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников; нарушение менструального цикла; центр охраны репродуктивного здоровья подростков; комплексная медицинская помощь; подростки

Подростковый возраст чрезвычайно важен как возраст завершения становления репродуктивной функции человека. Ведущее место в структуре гинекологической патологии раннего

репродуктивного периода (согласно этапам старения репродуктивной системы женщины *STRAW*+10) [1] занимают нарушения менструального цикла (НМЦ). По данным разных авторов, более 60% от числа обратившихся за медицинской помощью [2] девочек старшего возраста имеют НМЦ. По данным анализа годовых отчетов службы охраны репродуктивного здоровья подростков, проведенного Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”» (Центр «Ювента»), за период 2018–2020 годов пациенты с НМЦ составили от 39,3% в 2018 году до 43,8% в 2020 году от числа первично обратившихся (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика удельного веса пациентов по группам НМЦ

НМЦ	Код МКБ-10	2018 год		2019 год		2020 год	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аменорея	N 91.0, N91.1	367	16,3%	471	15,4%	364	16,1%
Олигоменорея	N 91.3, N91.4	1371	61,2%	1803	59,1%	1318	58,5%
Аномальное маточное кровотечение	N 92.0, N92.1, N 92.2	500	22,3%	774	25,3%	570	25,3%
Всего НМЦ		2238	39,3%	3048	43,8%	2252	40,7%
Всего пациентов		5689		6956		5530	

Основная цель врача акушера-гинеколога — выявить причину НМЦ и предотвратить его последствия. Одной из причин НМЦ является синдром поликистозных яичников (СПЯ). По данным Е. П. Хащенко и Е. В. Уваровой, СПЯ проявляется в подростковом возрасте и встречается у 2,2–7,5% пациенток, а среди девочек с нарушением ритма менструаций и гирсутизмом — до 68% [3].

СПЯ (код Е.28.2 по МКБ 10-го пересмотра) — сложный клинический симптомокомплекс сочетания избытка андрогенов, ановуляторной дисфункции и/или поликистозной морфологии яичников, по данным эхографии, по определению общества по СПКЯ и андрогенам в 2015 году и Европейского общества эндокринологии в 2014 году [4, 5]. Постановка диагноза СПЯ в раннем репродуктивном периоде всегда сопряжена с рядом трудностей, а именно: НМЦ по типу олигоменореи, аменореи, повышение уровня андрогенов, ановуляция сопровождают нормальное половое созревание. В подростковом возрасте отмечается физиологическая инсулинорезистентность, формируются ритмы выброса гонадотропин-рилизинг гормона (далее — ГнРГ), яичники при ультразвуковом исследовании органов малого таза (далее — УЗИ омт) могут иметь картину поликистозных. Диагностические критерии, используемые в подростковом возрасте, являются предметом дискуссии [6]. В связи со сложностью диагностики СПЯ у несовершеннолетних, важностью исключения всех других эндокринопатий [4] особенно актуален комплексный подход в диагностике и ведение пациенток раннего репродуктивного периода с этой патологией.

Цель исследования — представить лабораторные и фенотипические особенности у несовершеннолетних с СПЯ и доказать необходимость оказания им комплексной помощи в условиях центра охраны репродуктивного здоровья подростков (ЦОРЗП).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 73 медицинских карт пациентов 15–17 лет включительно, обратившихся в Центр «Ювента» в период 2018–2020 годов с диагнозом СПЯ. Критерием отбора послужил возраст, постановка заключительного диагноза СПЯ согласно клиническим рекомендациям. Критериями исключения служили: отсутствие беременности, тяжелой соматической и эндокринной патологии. В соответствии с алгоритмом обследования, утвержденном

в Центре «Ювента», к ведению девочек с НМЦ привлекались врачи: акушер-гинеколог, эндокринолог, педиатр, невролог, психотерапевт, офтальмолог, остеопат, дерматовенеролог, физиотерапевт, при необходимости — генетик, диетолог и др.

Статистическая обработка данных проведена в программе *MS Excel*. Дана оценка жалоб, с которыми пациентки обращались к специалисту на первичном приеме, семейного анамнеза, типа нарушения менструального цикла.

Всем пациенткам проводилась оценка гирсутизма по модифицированной шкале Ферримана-Галлвея. Согласно клиническим рекомендациям, распространенность гирсутизма при классическом СПЯ достигает 75%. О гирсутизме, как правило, свидетельствует сумма баллов по Шкале Ферримана-Галлвея ⩾ 4-6, однако имеются расовые особенности оценки гирсутизма. У некоторых представительниц европеоидной и негроидной рас патогномоничным является повышение значения суммы баллов по указанной шкале ⩾ 8. У представительниц Юго-Восточной Азии диагностически значимо повышение суммы баллов по данной шкале ⩾ 3 [7]. Отмечалось наличие акне, негроидного акантоза. Проводились измерения роста и веса с вычислением ИМТ по формуле: ИМТ (кг/м^2) = масса тела (кг)/рост^2 (м^2).

Общетерапевтические исследования (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи) назначались 100% подростков. При показаниях спектр исследований расширялся. Оценка липидного состава крови проведена по показателям общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности. Исследования проведены на анализаторе *Random Acceess A-15 BioSystens S.A.* (Испания).

Исследования крови на гормоны по показаниям (ФСГ, ЛГ, Пролактин, ТТГ, АТ к ТПО, Т3, Т свободный, эстрадиол, ДЭАС, 17-ОН прогестерон, Тестостерон, Тестостерон свободный,

Кортизол, АКТГ и др.) проведены подросткам с НМЦ в 100% случаев. Исследование уровня гормонов выполнены методом ИФА (иммуноферментный анализ) с применением фотометра *Multiskan FC* производства *Thermo Fisher Scientific Oy* (Финляндия).

Пациенткам с СПЯ, в соответствии с клиническими рекомендациями, необходимо проведение ультрасонографии [7]. При использовании трансвагинальных датчиков с 8 МГц — наличие ⩾ 20 фолликулов диаметром 2–9 мм в любом яичнике и/или увеличение объема любого яичника ⩾ 10 см^3 (при отсутствии желтого тела, кист или доминантных фолликулов), при использовании трансвагинальных датчиков с меньшими разрешающими характеристиками или при трансабдоминальном исследовании — увеличение объема любого яичника ⩾ 10 см^3 (при отсутствии желтого тела, кист или доминантных фолликулов) [7]. Рекомендуется использование трансвагинального доступа при УЗИ [7]. Необходимо учитывать, что у подростков в течение 8 лет после наступления менархе наблюдается высокая частота мультифолликулярного строения яичников. Для диагностики ПКЯ проводилось УЗИ омт от 3 и более раз каждой пациентке в исследуемой группе. В исследуемой группе только подростки, живущие половой жизнью (11 человек, 15,06%), осмотрены трансвагинальным датчиком. Для обеспечения стерильности датчика использовался одноразовый презерватив. 62 (84,94%) пациенткам исследование проведено трансабдоминальным методом. УЗИ омт проводилось на 3–5-й день спонтанного или индуцированного гестагенами менструального цикла. УЗИ омт выполнено с использованием датчиков *UGEO H60-RUS* Конвексным 2,0–80 и *UGEO H60-RUS* Микроконвексным 4,0–9,0 ультразвуковой системы *Samsung Medison H60*.

Средний возраст пациенток исследуемой группы составил 15,85 года.Обращает на себя внимание, что большинство подростков (43 человека, 58,9%), имея нарушение менструального

цикла, первично обратились к врачам — дерматовенерологам и эндокринологам ЦОРЗП с жалобами на неудовлетворенность своим внешним видом (ростом волос в нетипичных для женского организма местах и акне). Врачи активно выявляли проблемы НМЦ и направляли на консультацию к акушерам-гинекологам.

У 52 (71,23%) пациентов, обратившихся в сопровождении (мать, тетя, сестра), установлен наследственный фактор СПЯ в 27 случаях (51,22%). В связи с невозможностью получить уточняющие сведения в 22,77% случаев считаем, что полученные данные не отображают действительную картину отягощенной наследственности.

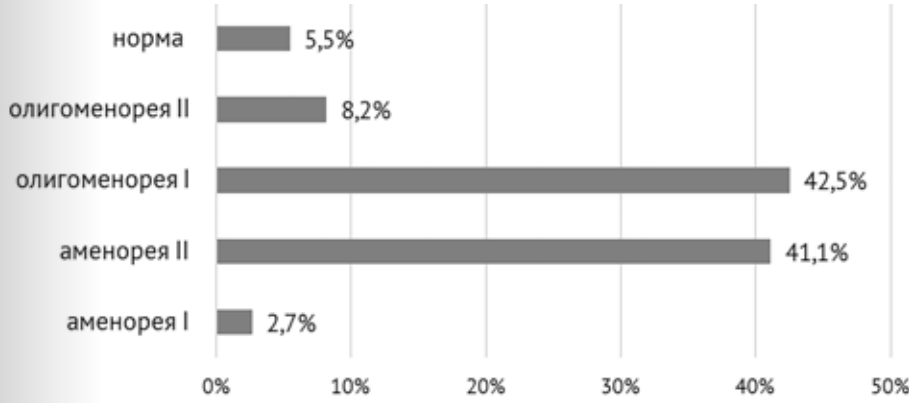


Рис. 1. Особенности нарушений ритма и характера менструаций при СПЯ

В исследуемой группе пациентов зафиксированы НМЦ преимущественно по типу: олигоменореи I — 31 (42,5%), аменореи II — 30 человек (41,1%). У 7 (9,6%) пациентов в анамнезе отмечены эпизоды аномальных маточных кровотечений (рис. 1).

В отличие от гирсутизма, не рекомендуется проводить рутинную оценку акне, но акне учитывается при наличии эхографических признаков ПКЯ [11, 12, 13, 15]. Клинические признаки гиперандрогении в исследуемой группе имели: гирсутизм — 46 (63%) пациенток, акне — 54 (73,97%) пациентки. Негроидный акантоз,

как клинический маркер инсулинорезистентности, определен у 34 (46,57%) пациенток. Вес, превышающий норму, определен у 41 (56,14%) (таблица 2).

Таблица 2

Данные физикального обследования

Клинические проявления	Степень выраженности	Удельный вес	
		Количество (абс. ед.)	% от общего количества
Гирсутизм	Нет	27	36,98%
	Легкой степени (6–15 баллов)	30	41,09%
	Умеренной степени (16–25 баллов)	16	21,91%
	Тяжелой степени (выше 25 баллов)	0	0
Акне	Есть	54	73,97%
	Нет	19	26,03%
ИМТ	Нормальный	32	43,83%
	Избыточный вес	21	28,76%
	Ожирение	20	27,41%
Негроидный акантоз		34	46,57%

57 (78,02%) пациенток из исследуемой группы имели гиперандрогению. Выявлено повышение одного андрогена — свободного тестостерона у 9 подростков, что составило 15,78% от числа пациенток с гиперандрогенией и тестостерона у 4 и 7,01% соответственно. 44 (77,19%) подростка имели повышение двух и более показателей. У 16 (21,98%) подростков по результатам лабораторной диагностики не наблюдалось повышения уровня андрогенов в крови. Повышение уровня ТТГ зафиксировано у 9 (12,32%) человек (таблица 3).

Таблица 3

Характеристика диагностически значимых показателей гормонального исследования у пациентов с СПЯ

Показатель	Результат		Удельный вес	
	В диапазоне	Референсные значения	Количество (абс. ед.)	% от общего количества
Тестостерон	4,9–11,5 нмоль/л	0,5–4,4 нмоль/л	19	26,02%
Тестостерон свободный	8,5–13,9 нмоль/л	0,1–8,3 нмоль/л	37	50,68%
ДЭАС	12,3–19,9 мкмоль/л	1,6–12,0 мкмоль/л	18	24,65%
Андростендион	5,0–9,8 нг/мл	0,3–3,3 нг/мл	23	31,50%
ТТГ	4,5–10,9 мкМЕ/мл	0,25–3,9 мкМЕ/мл	9	12,32%
Пролактин	850–1850 мМЕ/мл	40–600 мМЕ/мл	16	21,91%

В 21,91% (16 человек) установлена гиперпролактинемия.

Данная группа потребовала дополнительного исследования в виде магнитно-резонансной томографии (далее — МРТ). В 13,69% случаях (10 человек) подтверждена микроаденома гипофиза.

Показатели в таблице 4 свидетельствуют о возможной инсулинорезистентности у 46,57% (34) пациентов, дислипидемии как проявления метаболического синдрома у 41,1% (30), гиперхолестеринемии у 47,9% (35) человек.

Данные УЗИ подтвердили в 100% случаев (73 человек) наличие поликистозных яичников (таблица 5).

На основании проведенного обследования пациентам выставлен диагноз СПЯ, варианты формулировки диагноза представлены в таблице 6.

Таблица 4

Характеристика диагностически значимых общеклинических лабораторных показателей у пациентов с СПЯ

Показатель	Результат		Удельный вес	
	В диапазоне	Референсные значения	Количество (абс. ед.)	% от общего количества
Инсулин	13,6–20,4 мкЕд/л	2,7–10,4 мкЕд/л	34	46,57%
Холестерин	6,0–8,5 ммоль/л	До 5,7 ммоль/л	35	47,94%
Липидный спектр	ЛПНП 3,9–4,9 ммоль/л	Менее 3,5 ммоль/л	30	41,09%
	ЛПВП 0,9–0,5 ммоль/л	0,9–2,1 ммоль/л		

Таблица 5

Характеристика ультразвуковых показателей яичников у подростков с СПЯ

Показатели	Результат	% от общего количества
Доминантный фолликул или желтое тело	Отсутствуют	100%
Объем яичника	В диапазоне 14,9–23,6 см^3	100%
Количество фолликулов в срезе	В диапазоне 12–20	100%
Диаметр максимального полостного фолликула	В диапазоне 5,0–7,0 мм	100%
Диаметр минимального полостного фолликула	В диапазоне 2,0–5,0 мм	100%

Таблица 6

Характеристика диагноза СПЯ в исследуемой группе

Диагноз	Удельный вес	
	Количество (абс. ед.)	% от общего количества
СПКЯ: гирсутизм, гиперандрогенемия, олигоановуляция, поликистозная морфология яичников по УЗИ	32	43,83%
СПКЯ: гирсутизм, олигоановуляция, поликистозная морфология яичников по УЗИ	12	16,43%
СПКЯ: гиперандрогенемия, олигоановуляция, поликистозная морфология яичников по УЗИ	23	31,50%
СПКЯ: гирсутизм, поликистозная морфология яичников по УЗИ	2	2,73%
СПКЯ: гиперандрогенемия, поликистозная морфология яичников по УЗИ	2	2,73%
СПКЯ: олигоановуляция, поликистозная морфология яичников по УЗИ	2	2,73%

Дальнейший анализ медицинской документации показал мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с СПЯ врачами смежных специальностей в ЦОРЗП.

Согласно клиническим рекомендациям, диагностика СПЯ основана на результатах клинических и лабораторных проявлений гиперандрогении, оценке менструальной, овуляторной функции, а также на оценке морфологического строения яичников с помощью УЗИ [7]. После сбора анамнеза, общего и гинекологического осмотра врач — акушер-гинеколог вовлекает в диагностический процесс специалистов клинико-диагностической лаборатории, ультразвуковой диагностики. Получив результаты исследований, оценив их, поставив предварительный или заключительный диагноз СПЯ, в диагностический и лечебный процесс включаются врачи смежных специальностей. Роль отдельных специалистов в ведении пациентки с синдромом поликистозных яичников представлена в таблице 7.

Таблица 7
Роль специалистов в ведении пациентов
с синдромом поликистозных яичников

№	Специалист	Объем ведения в структуре мультидисциплинарного подхода [10]
1	Акушер-гинеколог	Обследование, постановка диагноза. Назначение лечения. Направление к специалистам многопрофильной команды. Координация вспомогательной помощи смежных специалистов. Координация работы всей многопрофильной команды
2	Детский эндокринолог	Дифференциальный диагноз. Диагностика и лечение сопутствующей эндокринной патологии
3	Педиатр	Оценка соматического статуса пациента. Диагностика и лечение сопутствующей соматической патологии
4	Дерматовенеролог, косметолог	Лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию андрогензависимых поражений кожи
5	Психотерапевт, медицинский психолог	Скрининг на наличие тревожно-депрессивных расстройств. Психологическое сопровождение диагностического и лечебного процессов. Определение поведенческих проблем, мешающих лечению ожирения
6	Диетолог	Оценка фактического питания, выявление пищевых предпочтений у пациенток с избыточным весом и ожирением. Разработка и реализация целей в области питания с формальным мониторингом
7	Специалист по физической нагрузке	Оценка состояния опорно-двигательной системы и физической активности. Разработка и осуществление плана физической деятельности
8	Офтальмолог Невролог Стоматолог	Оценка органов и систем, относящихся к специальности, диагностические и лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию обнаруженной патологии
9	Врач-генетик	Диагностика генетической патологии
10	Остеопат Физиотерапевт (ФТЛ)	Лечебные процедуры, направленные на ликвидацию функциональных и органических нарушений органов и систем

Задача детского эндокринолога — исключить заболевания щитовидной железы, гиперпролактинемию и неклассическую форму врожденной дисфункции коры надпочечников (далее — ВДКН).

В результате в исследуемой группе выявлены пациентки с гиперпролактинемией — 16 (21,91%) человек. Из них с микроаденомой гипофиза — 10 (62,5%), которая сопровождалась гиперпролактинемией более 1000 МЕд/л в двух и более исследованиях. Всем пациенткам был назначен препарат каберголин в индивидуальной дозировке, которая нормализовала уровень пролактина. Шесть (37,5%) пациенток имели уровень пролактина в диапазоне 850–1000 МЕд/л (норма 40–600 МЕд/л), при назначении корригирующей гормональной терапии в этой группе по поводу СПЯ наблюдалась нормализация уровня пролактина в течение 2–6 месяцев.

Повышение уровня ТТГ зафиксировано у 9 (12,32%) человек. Специалистом проведено обследование щитовидной железы у всех пациенток. У 100% пациенток выставлен диагноз: аутоиммунный тиреоидит. Субклинический гипотиреоз. В зависимости от показателей исследования крови на ТТГ, АТ к ТПО, Т3, Т4 своб., картины УЗИ щитовидной железы, клинической симптоматики детским эндокринологом было рекомендовано: четырем (44,44%) пациенткам — заместительная терапия левотироксином натрия в разных дозировках, пяти (55,56%) — динамическое наблюдение у специалиста.

У 17 (23,28%) пациенток наблюдалось повышение уровня 17-ОН-прогестерона на 2–4-й день менструального цикла до 6,0–6,7 нмоль/л и андростендиона до 5,0–9,8 нг/мл, что потребовало проведения дифференциальной диагностики с неклассической формой ВДКН. Был доказан овариальный генез повышения уровня 17-ОН-прогестерона. При назначении корригирующей гормональной терапии в этой группе по поводу СПЯ наблюдалась нормализация уровня гормона.

Для диагностики инсулинорезистентности, нарушения толерантности к глюкозе, сахарного диабета детский эндокринолог проводил пероральный глюкозотолерантный тест с одновременным определением уровня инсулина. Гиперинсулинемия зафиксирована у 34 (46,57%) пациенток, что потребовало динамического наблюдения за лабораторными показателями этих подростков, назначения метформина. Избыточный вес выявлен у 21 (28,76%) пациентки, ожирение — у 20 (27,41%) пациенток, что составило 56,17% от общего количества. В этой группе у 30 пациенток зафиксирована дислипидемия (41,1%). Всем пациенткам проведена диагностика метаболического синдрома, рекомендована терапевтическая модификация образа жизни, которая включает физические упражнения и диету.

Все 100% пациенток исследуемой группы проконсультированы врачом-педиатром от одного и более раз. Педиатр дает оценку соматического здоровья пациентки, выявляет экстрагенитальную патологию, при необходимости направляет на обследование и лечение в другие лечебные учреждения города. Особое внимание врач-педиатр уделяет заболеваниям органов пищеварения, которые играют важную роль в генезе ожирения, дислипидемии, гиперхолестеринемии. В исследуемой группе наиболее часто встречались: часто болеющие, иногда тяжело, острыми инфекциями верхних дыхательных путей — 26 (35,61%), с хроническим тонзиллитом — 20 (27,39%), с железодефицитным состоянием — 20 человек (27,39%), с патологией гепатобилиарной системы — 21 (28,76%), с хроническим гастродуоденитом — 16 (21,91%).

54 пациентки (73,97%) исследуемой группы имели акне, что потребовало включения в комплексное ведение врача-дерматовенеролога, косметолога. В лечении акне специалисты использовали системные антибиотики группы тетрациклинов, макролидов и изотретиноин. Совместно с физиотерапевтом проведены лечебные процедуры, направленные на улучшение

свойств кожи, в 59,25% (32 человека), из них косметические процедуры (криомассаж, лечебные маски) — в 51,85% (28 человек). Рекомендовались различные методы удаления нежелательных волос на лице, теле и конечностях.

Ожидание менструации, акне, гирсутизм способствуют невротизации, психосоциальной дезадаптации, снижению качества жизни. Согласно клиническим рекомендациям по СПЯ, необходимо проводить скрининг на наличие тревожно-депрессивных расстройств у всех пациенток с СПЯ [7]. В условиях ЦОРЗП психологическое и психотерапевтическое сопровождение диагностического и лечебного процессов возможно и целесообразно. Однократно посетили врача-психотерапевта 43,83% (32 человека), три и более раз — 56,16% (411 человек). Особое место медицинские психологи уделяют формированию мотива для снижения веса у пациенток с ожирением.

При выявлении микроаденомы гипофиза пациентки регулярно наблюдаются у офтальмолога. В исследуемой группе при СПКЯ все пациенты 13,69% (10 человек) с выявленными образованиями гипофиза наблюдались врачом-офтальмологом.

Консультация врача-генетика проведена пациенткам с первичной аменореей 2,73% (2 человека) для исключения генетической патологии. Подросткам проводилось кариотипирование. В исследуемой группе определен нормальный женский кариотип 46, XX.

Дополнительным фактором в лечении сложного симптомокомплекса СПЯ 24,65% получили курс лечения у остеопата, курс физиотерапии, состоящий из электрофореза лекарственных препаратов, неинвазивной транскраниальной электрической стимуляции, абдоминальной декомпрессии, получили 60 (82,19%) пациенток.

41 пациентка с ожирением и избыточным весом проконсультирована врачом-диетологом (56,17%). Индивидуальная

программа снижения веса создана с учетом анамнеза, в том числе наследственного, характера питания и пищевого поведения пациентки и членов ее семьи, образа жизни и истории попыток снижения веса.

Дополнительно пациентки, имеющие избыточный вес/ожирение, направлялись на лечебную физкультуру. Из них посещали занятия в условиях Центра «Ювента» 15 (36,58%) человек, 16 (39,2%) занимались с фитнес-тренером в иных учреждениях города, остальные 10 (24,39%) не последовали рекомендациям по коррекции физических нагрузок. Курс занятий со специалистом по лечебной физкультуре Центра «Ювента» подбирался индивидуально с учетом имеющихся заболеваний, состояния мускулатуры и степени избыточности веса.

Выводы

1. Юные пациентки могут иметь серьезные отклонения в формировании репродуктивной системы и при этом обращаться к врачам разных специальностей с проблемами, косвенно указывающими на эту патологию. Подростки больше заинтересованы в своей внешности, чем в репродуктивном здоровье. 59% пациентов исследуемой группы, имея серьезные нарушения менструального цикла, обратились к дерматологу и детскому эндокринологу из-за акне и гирсутизма.

2. В группе несовершеннолетних пациенток чаще (75,34%) встречаются две формы СПЯ: гирсутизм, гиперандрогенемия, олигоановуляция, поликистозная морфология яичников по УЗИ и гиперандрогенемия, олигоменорея/аменорея, поликистозная морфология яичников по УЗИ.

3. Подтверждение диагноза СПЯ у подростков требует неоднократного УЗИ омт и подтверждения ПКЯ. Ультразвуковую диагностику ПКЯ у несовершеннолетних должен проводить специалист, владеющий навыками дифференциальной диагностики между ПКЯ и мультифолликулярными яичниками.

4. По данным литературы, метаболические и сердечно-сосудистые риски у женщин с СПЯ имеют тенденцию к более раннему развитию, чем у женщин без СПЯ [8]. В исследуемой группе несовершеннолетние с избыточным весом и ожирением составляют 56,17%, с гиперинсулинемией — 46%, с дислипидемией — 41,1%. Более ранняя диагностика метаболического синдрома и комплексная коррекция позволит снизить развитие его отдаленных последствий, в первую очередь риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

5. Выжидательная тактика может приводить к нанесению непоправимого вреда здоровью в целом и репродуктивной функции в частности, что требует комплексного подхода к диагностике генетически детерминированного СПЯ, который манифестирует в стадии возраста пубертата.

6. Высокая профессиональная подготовка врачей смежных специальностей в центре охраны репродуктивного здоровья подростков позволяет своевременно диагностировать функциональные и органические отклонения при нарушениях менструального цикла в пубертатном возрасте.

7. Центр охраны репродуктивного здоровья подростков позволяет организовать мультидисциплинарный подход в ведении подростков с нарушениями становления репродуктивной функции.

Список литературы

1. International Menopause Society, The American Society for Reproductive Medicine, The Endocrine Society, The North American Menopause Society Revised 1901–2012. DOI: 10.3109/13697137.2011.650656 Accepted 20-01 2012.

2. Семёнова Л. Г., Манчук В. Т. К вопросу о нарушениях менструального цикла у девочек-подростков: частота встречаемости, структура, особенности течения // Сибирский медицинский журнал. — 2008. — № 4-1. — С. 61–62.

3. Хащенко Е. П., Уварова Е. В. Современные подходы к диагностике и ведению пациенток с синдромом поликистозных яичников в подростковом возрасте // Акушерство и гинекология. — 2015. — № 1. — С. 23–24.

4. Goodman N. F., et al. American association of clinical endocrinologists, American college of endocrinology, and androgen excess and pcos society disease state clinical review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome. Endocr Pract. 2015;21(11):1291–300.

5. Gonway G., et al. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. Eur J Endocrinol. 2014;171:1–29.

6. Khashchenko E. P., Uvarova E. V., Mamedova F. Sh. Phenotypic features of polycystic ovary syndrome in adolescent girls. Pediatric and Adolescent Reproductive Health. 2017;(1):37–50.

7. Клинические рекомендации. Синдром поликистозных яичников. — М., 2021. — С. 1–61.

8. Беглова А. Ю., Елгина С. И. Метаболические и сердечно-сосудистые риски у женщин репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников // Мать и дитя. — 2018. — № 4. — С. 75.

9. Солдатова Л. Н., Иорданишвили А. К., Переверзев В. С. Дети мегаполиса и пригородов: пораженность кариесом зубов. Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи // Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции. — Санкт-Петербург, 2017. — С. 81–82.

10. Новикова В. П., Гурова М. М. Мультидисциплинарный подход к терапии ожирения у детей. Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи // Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции. — Санкт-Петербург, 2017. — С. 23–27.

11. Diamanti-Kandarakis E., Kouli C.R., Bergiele A.T., Filandra F.A., Tsianateli T.C., Spina G.G., et al. A survey of the polycystic ovary syndrome in the Greek island of Lesbos: hormonal and metabolic profile. J Clin Endocrinol Metab. 1999;84:4006–11.

12. Legro R.S., Arslanian S.A., Ehrmann D.A., Hoeger K.M., Murad M.H., Pasquali R., et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2013 Dec;98(12):4565–92.

13. Yildiz B.O., Bolour S., Woods K., Moore A., Azziz R. Visually scoring hirsutism. Hum Reprod Update. 2010 Jan-Feb;16(1):51–64.

14. Karrer-Voegeli S., Rey F., Reymond M.J., Meuwly J.Y., Gaillard R.C., Gomez F. Androgen dependence of hirsutism, acne, and alopecia in women: retrospective analysis of 228 patients investigated for hyperandrogenism. Medicine (Baltimore). 2009 Jan;88(1):32–45.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ У ДЕВУШЕК 16–24 ЛЕТ

Карцева М.М.

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

dm.kartseva@gmail.com

8(812) 251 22 67

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (*CIN*) — это группа заболеваний, характеризующихся нарушением созревания и дифференцировки многослойного плоского эпителия шейки матки. *CIN* инициируются инфекцией, вызванной вирусами папилломы человека высокого канцерогенного риска.

Цель. Провести анализ распространенности цервикальных интраэпителиальных неоплазий у девушек 16–24 лет.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов цитологических исследований материала, взятого с экто- и эндоцервикса 3598 пациенток 16–24 лет, обратившихся в Центр «Ювента» за период 2018–2020 годов. Критериями отбора послужили: возраст, отсутствие воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы и беременности на момент забора материала. Проведены сравнения с данными заболеваемости, полученными в предшествующие годы.

Результаты. У 33 пациенток (91,6%) выявлен *CIN* 1, у 1 (2,8%) — *CIN* 2, у 2 пациенток (5,6%) — *ASCUS*. По возрастам выявленные изменения распределились следующим образом: пациентки до 18 лет составляют 52,7%, после 18 лет — 47,3% от общего числа обследованных. Все 36 пациенток были инфицированы ВПЧ высокого онкогенного риска. *CIN* 2 обнаружена у пациентки 23 лет. Двум пациенткам 21 года с *ASCUS* проведена расширенная кольпоскопия — без патологических изменений, по результатам цитологического исследования через 1 год — *NILM*. Пациенткам показано дальнейшее наблюдение один раз в год (цитологическое исследование и полимеразная цепная реакция вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска). Количество пациенток с патологическими результатами цитологического исследования составляет 1,1% от общего числа обследованных. По результатам обследования 1472 девочек аналогичного возраста (16–24 лет), обратившихся в Центр «Ювента» до 2018 году, патологические изменения выявлены у 2,1% от общего числа обследованных, однако пациентки до 18 лет составляли 3,2%, большую часть (96,8%) представляли собой пациентки старше 18 лет.

Заключение. Прослеживается тенденция к снижению количества *CIN* (1,1% против 2,1% в 2018 году), однако возраст пациенток с выявленной патологией разнится значительно (в текущем обзоре 52,7% девушек в возрасте 15–17 лет на момент постановки диагноза против 3,2% несовершеннолетних пациенток в предыдущем исследовании). Для формирования окончательных выводов и дальнейшей стратегии ведения пациенток требуется более тщательный анализ с большим объемом и одинаковыми критериями выборок.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Демишева С.Г., Яковлева Э.Б., Ласачко С.А., Сорокопуд Е.П., Желтоноженко Л.В., Савченко А.А.

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

irina.b-s@mail.ru

+38(050) 474 97 02

В детской гинекологии молочная железа (МЖ) должна занимать особое место. Уточнение факторов риска возникновения доброкачественных дисгормональных заболеваний МЖ (ДДЗМЖ) у девушек-подростков, которые обратились за консультативной помощью к детскому гинекологу, стало целью исследования. Под наблюдением детского гинеколога находилось 46 девушек в возрасте 13–19 лет с ДДЗМЖ. Средний возраст обследованных составил 16,1 ± 0,54 года, гинекологический возраст (возраст от момента менархе до установления диагноза ДДЗМЖ) варьировал в пределах 3–5 лет, в среднем составил 4,5 ± 0,37 года.

На момент установления диагноза ДДЗМЖ 26 (56,5%) обследованных не имели регулярного менструального цикла: у 6 (20%) было нарушение по типу первичной олигоменореи, у 15 (32,6%) — нарушение по типу вторичной олигоменореи, у 5 (10,9%) — вторичной аменореи. У 4 (8,9%) девушек — галакторея в анамнезе. Проявления гирсутизма-гипертрихоза имели 20 (43,5%) подростков (из них 8 (4,0%) девушек с негетеросексуальным поведением), акне вульгарис — 16 (34,8%), линейной дистрофии кожи — 12 (26,1%), сочетанного проявления гиперандрогении — 16 (34,8%). Отмечался гормональный дисбаланс, проявляющийся относительной гиперэстрогенией и гипопрогестеронемией.

При пальпаторном исследовании изменения в МЖ в 43,5% (у 20 девушек) случаев локализовались в верхне-наружном квадранте, в 8,7% (у 4 девушек) — верхне-внутреннем, в 17,4% (у 8 девушек) — в области верхних квадрантов, в 13,0% (у 6 девушек) — в субареолярной области, в 17,4% (у 4 девушек) — во всех отделах. Проведенные исследования позволили уточнить некоторые звенья патогенеза ДДЗМЖ у девушек-подростков, которые следует учитывать при терапии: пренатальный анамнез, возраст, характер менструального цикла, менструальный возраст, соматический, гормональный и психический статус, наличие сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии, психоэмоциональных расстройств, вид сексуального поведения, эффективность негормональной терапии.

Наиболее целесообразно осуществлять диспансерное наблюдение девушек-подростков с патологией молочной железы совместно с маммологом. Необходимо учитывать, что ряд изменений в МЖ (неравномерность структуры, небольшие бессимптомные кисты, дуктэктазия) могут носить временный, функциональный характер в процессе развития органа, поэтому следует избегать гипердиагностики и неоправданных инвазивных вмешательств.

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НА РАННЕМ ЭТАПЕ

Савченко А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В.
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства, г. Донецк, Украина
aa.savchenko93@gmail.com
+38(071) 306 82 16

Спектр проблем подростковой гинекологии очень широк, и одной из них является состояние молочной железы (МЖ). В структуре общей женской заболеваемости большой удельный вес принадлежит заболеваниям МЖ, начиная с детского и подросткового возраста. По данным литературы, частота выявления патологии МЖ в детском и подростковом возрасте может варьировать от 12,4% до 35,9–92%.

Проанализированы данные консультативного приема гинеколога и амбулаторных карт пациенток Молодежной клиники ГДКБ № 2 г. Донецка за 2019–2021 годы. У подростков 15–17 лет различные патологические состояния МЖ составили 2,5% от общего показателя заболеваемости в данной возрастной группе. Среди них: 11,3% девушек предъявляли жалобы на масталгию, в 3,6% случаях регистрировались фиброзно-кистозные изменения, в 1,9% — воспалительные заболевания (в т. ч. после пирсинга соска и нанесения татуировок на МЖ), в 0,7% — галакторея, в 1,4% — аномалии и нарушения развития.

В структуре консультативных обращений первое место заняли проблемы репродуктивного здоровья (3508 девушек, или 34% от числа всех консультаций), в том числе 395 девушек (11,2%) по вопросам здоровья и состояния МЖ. Часть девушек высказывала недовольство формой, размером и асимметрией МЖ. Целенаправленно с профилактической целью 15 пациенток (0,2%), которые имели отягощенный семейный анамнез по онкологическим заболеваниям МЖ, обратились для осмотра и оценки состояния своего здоровья.

Девушкам с выявленной патологией было рекомендовано дообследование (УЗИ, гормоны крови), консультация маммолога с назначением этиопатогенетической терапии. Клинически здоровые пациентки, имеющие субъективное недовольство состоянием МЖ, могли воспользоваться поддержкой медицинского психолога. Каждая девушка была обучена навыкам самообследования МЖ, проведены беседы о важности своевременной диагностики и профилактики различных заболеваний МЖ.

Обследование МЖ на этапе ее формирования позволяет профилактировать патологические состояния и грозные осложнения в будущем. Гинекологи на консультативном приеме должны осматривать МЖ у всех юных пациенток и направлять к маммологу, если есть настороженность. Проведение с девушками-подростками бесед о профилактике заболеваний МЖ, обучение навыкам самообследования формирует у пациенток ответственное отношение к собственному здоровью и будущему родительству.

ДИСЛИПИДЕМИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Городкова Н.А.[1], Куликов А.М.[1, 2]

[1] СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”», Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

gna@juventa-spb.info

+7(968) 194 49 04

Дислипидемии являются характерными спутниками нервной анорексии. Вместе с тем результаты систематического обзора и метаанализа отмечают противоречивость полученных фактических данных и причин данных расстройств.

Цель — определение причины дислипидемии и ее характеристики у девушек-подростков в начальном периоде нервной анорексии.

Материалы и методы. Липидный спектр крови оценивали у 20 девушек 14–17 лет, обратившихся в центр «Ювента» в связи с нервной анорексией (НА). Комплексная оценка состояния здоровья включала осмотр терапевта, акушера-гинеколога, эндокринолога, психолога и психотерапевта, ультразвуковое и лабораторное обследование. Статистическую обработку проводили с применением метода углового преобразования Фишера.

Результаты. Потеря массы тела составила от 12,0 до 30,9% за период от 4 до 11 месяцев. Уровень холестерина выше 5,7 ммоль/л и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) менее 3,5 ммоль/л отмечен у 60,0% и 57,8% девушек соответственно. Изменения других показателей липидного спектра не выявлены. Это позволяет говорить о формировании при НА вторичной дислипидемии IIа типа по Фридериксону. Известно, что именно этот вариант нарушений имеет максимальный риск развития атеросклероза коронарных артерий.

У обследованных пациенток исключены возможные известные причины гиперхолестеринемии: гипофункция щитовидной железы, острые и хронические заболевания печени, желудочно-кишечного тракта и почек, эндокринные расстройства, прием соответствующих лекарственных препаратов и беременность; отсутствие в пищевом рационе жиров и легкоусвояемых углеводов.

Вместе с тем анализ показал наличие зависимости развития дислипидемии от скорости снижения массы тела пациенток. У девушек с нормальным индексом массы тела (ИМТ) она составила 0,9–1,8, а с избыточным — 2,0–3,4 кг в месяц (φ^*эмп = 3.004, $p < 0{,}01$). При скорости снижения массы тела менее 2 кг в месяц средний уровень ХС составил 5,3 ммоль/л, более 2 кг в месяц — 6,4 ммоль/л (φ^*эмп = 2.596, $p < 0{,}01$). Аналогичная зависимость была выявлена и для ЛПНП. Так, при скорости снижения массы тела менее 2 кг в месяц средний уровень ЛПНП составил 3,3 ммоль/л, более 2 кг в месяц — 3,7 ммоль/л (φ^*эмп = 3.03, $p < 0{,}01$).

Заключение. Дальнейшая динамика уровня липидов определялась степенью восстановления массы тела до должных значений. Прогностически неблагоприятны длительное отсутствие положительной динамики массы тела, отсутствие месячных, гипоэстрогения, брадикардия, выраженные вегетативные и трофические нарушения.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ В ПЕРИОДЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Панова О.В.[1], Ипполитова М.Ф.[1], Куликов А.М.[1,2]

[1] Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»
Санкт-Петербург, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия
oksana-panova@yandex.ru
+7(921) 400 79 98

Резюме. В статье рассмотрены особенности соматического здоровья во взаимосвязи с психологическим и социальным статусом юных беременных, обратившихся в центр охраны репродуктивного здоровья подростков в ранние сроки беременности. Серьезные экстрагенитальные расстройства, обычно формирующиеся к моменту родов, в первом триместре беременности практически отсутствуют. Они представлены легкими вариантами анемий, инфекциями мочевых путей и соматоформной вегетативной дисфункцией. Поэтому для несовершеннолетних беременных типична низкая приверженность пациенток к выполнению врачебных рекомендаций в поддержании своего репродуктивного потенциала. Обоснована необходимость дифференциальной диагностики собственно заболеваний внутренних органов и соматических изменений, вызванных гестационным процессом.

Ключевые слова: соматическое здоровье; соматоформная вегетативная дисфункция; несовершеннолетняя беременная; репродуктивное здоровье подростков; центр охраны репродуктивного здоровья подростков

Актуальность. Россия стоит перед необходимостью обязательной реализации «Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.». Однако ситуация с репродуктивным потенциалом России вновь стала вызывать тревогу. За последние годы рост рождаемости вновь сменился его снижением. По данным Росстата (2021), в 2014–2020 годах количество родившихся на 1000 человек населения снизилось с 13,3 до 9,8. В абсолютных цифрах потери составили 506,2 тысяч человек. Суммарный коэффициент рождаемости (число родившихся детей в расчете на одну женщину) имел максимум в 2015 году (1,77). В последующие годы он постоянно снижался и составил в 2020 году 1,51 [1]. Об уменьшении количества родившихся с 64,0 до 55,4 тысяч человек за последние два года сообщает и Петростат (2021) [2].

Все менее популярными становятся официальные браки. Максимальная их величина в расчете на 1000 человек населения за последние 20 лет была зафиксирована в 2011 году — 9,2, однако к 2020 году этот показатель снизился до 5,3 — практически в два раза.

Основной фактор, формирующий здоровье грудных детей, — это материнское молоко. Последние годы он остается стабильно низким. В 2020 году на грудном вскармливании от рождения до года находилось лишь 40,3% детей (Росстат, 2021). Таким образом, есть все основания говорить о кризисе семейных ценностей и отсутствии ответственного родительства.

Еще более тревожны показатели здоровья беременных и новорожденных. По показателю «материнская смертность» отчетливая положительная динамика прервалась в 2017 году и для городского, и для сельского населения. После 2010 года

у беременных отмечается рост числа анемий, сахарного диабета, венозных осложнений, а у новорожденных — врожденных аномалий. Удельный вес новорожденных, родившихся больными и заболевших в 2020 году, достиг 30,6%. Остается стабильно высоким количество осложнений беременности и родов (Росстат, 2021). В этой связи здоровье каждой беременной приобретает особую ценность и значимость.

Средний возраст первородящих приближается к 30 годам, поэтому имеющиеся сведения о соматическом здоровье беременных в официальной статистике и научных публикациях относятся к женщинам именно этой возрастной группы [1, 2]. Немногочисленные данные, касающиеся здоровья несовершеннолетних беременных, описывают экстрагенитальные изменения преимущественно в периоде, непосредственно предшествующем родам [3–6].

Вместе с тем важно оценить экстрагенитальные изменения в ранние сроки, чтобы понять, как эволюционирует соматическая заболеваемость, какие профилактические мероприятия необходимы уже в первом триместре для профилактики нарушений со стороны внутренних органов на последующих этапах беременности.

Кроме того, анализ экстрагенитальных изменений у этой категории пациенток важен не только для акушеров-гинекологов, но и для педиатров. Беременность у несовершеннолетних, как правило, не является планируемой. Поэтому при появлении на фоне гестационного процесса жалоб по поводу работы внутренних органов высока вероятность первичного обращения таких девушек к педиатру или другим специалистам. Вполне естественно, что в первую очередь эти специалисты будут трактовать соматические жалобы в рамках своей специальности. В результате диагностика беременности и реализация репродуктивного выбора может оказаться запоздалой.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”» (далее — Центр «Ювента»). В основную группу исследования вошли 419 юных первобеременных в возрасте 14–17, обратившихся в срок до 12 недель гестации с целью прерывания беременности (с 2016 по 2020 год). Средний возраст составил 16,7 ± 1,2 года. В контрольной группе — 145 девушек, обратившихся в Центр «Ювента» с профилактической целью, средний возраст — 16,5 ± 1,3 года. Объем обследования соответствовал требованиям приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”». При необходимости было проведено дополнительное обследование, а также проанализирована медицинская документация, отражающая перенесенные и имеющиеся соматические заболевания. Кроме того, все подростки прошли тест Фагерстрема и вопросник АУДИТ для выявления пристрастия к курению и алкоголю, а также тест Спилбергера — Ханина для оценки актуальной тревоги и личностной тревожности.

Повторное обследование девушек проводили после прерывания беременности на этапе диспансерного наблюдения.

Результаты. Соматические нарушения были найдены у 83,1% обследованных. Наиболее частыми жалобами были: изменение аппетита — 22,0%; катаральные явления — 13,0%; тошнота, рвота — 61,0%; боли в животе — 28,0%; раздражительность, утомляемость, астенизация — 30,0%; головные боли, головокружения — 21,0%; мастодиния — 31,3%; увеличение молочных желез — 49,1%; болезненность при пальпации живота — 16,0%; дизурические расстройства — 13,0%.

Абдоминальный болевой синдром. Можно выделить два его основных варианта. При первом боли колющего характера локализуются внизу живота, не связаны с приемом пищи, усиливаются при физической нагрузке. Второй вариант проявляется колющими болями в околопупочной области. Синдром развивался в различные сроки, начиная с первых 2–3 недель беременности. В части случаев он был преходящим. При пальпации живота была типична умеренная болезненность в надлобковой зоне и подвздошных областях, чаще справа. Следует подчеркнуть, что увеличенную матку пальпаторно через брюшную стенку можно выявить при сроке не менее 12 недель беременности.

Дизурический и мочевой синдромы. Воспалительные заболевания органов малого таза отмечены у 25,0% юных беременных и у 11,5% лиц группы контроля ($p < 0,05$). Типичны болезненность на протяжении всего акта мочеиспускания и выделения из половых путей. Расстройства мочеиспускания (учащенное и болезненное) и изменения в анализе мочи могут быть связаны как с эндокринной перестройкой при беременности, так и с сопутствующими воспалительными заболеваниями наружных половых органов.

Интоксикационный и диспепсический синдромы. У беременных существенно чаще встречались астенизация (соответственно 33,6 и 17,2%, $p < 0,05$), тошнота (соответственно 46,9 и 6,8%, $p < 0,01$), рвота (соответственно 18,0 и 3,4%, $p < 0,01$) и головокружение (соответственно 23,4 и 10,3%, $p < 0,05$). Вполне очевидно, что именно эти признаки и можно трактовать как проявление раннего токсикоза беременных. Их выраженность была различной — от слабой тошноты и головокружений до проявлений истинного токсикоза. Известно, что в 50–60% случаев рвоту беременных расценивают как физиологический признак беременности, а в 8–10% — как токсикоз [3]. При нормальной беременности тошнота и рвота могут встречаться не более 2–3 раз в сутки

по утрам, чаще натощак. Обычно к началу второго триместра тошнота и рвота прекращаются. Токсикоз был распознан у 29,6% наших пациенток. Он протекал преимущественно в легкой форме и проявлялся редкой рвотой, астеническим и дезадаптационным синдромом без отклонений биохимических параметров крови и кетоацидоза. Связи между клиническими проявлениями токсикоза, курением и употреблением алкоголя выявлено не было.

Следует отметить, что более тяжелые диспепсические расстройства развивались на фоне предшествующих хронических заболеваний ЖКТ. Так, у беременных с хроническим гастродуоденитом чаще, чем у пациенток без заболеваний желудочно-кишечного тракта, отмечены тошнота (соответственно 72,2 и 47,4%, $p < 0,05$), отрыжка и изжога (соответственно 27,7 и 6,4%, $p < 0,05$), боли в животе (соответственно 61,1 и 29,5%, $p < 0,01$). Некоторые пациентки с хроническим гастродуоденитом в анамнезе отмечали, что практически с первой недели беременности у них развивалась симптоматика, аналогичная предыдущему обострению. Педиатры детских поликлиник в таких случаях рекомендовали противорецидивное лечение, что затягивало распознавание беременности.

Токсикоз не повлиял на биохимические параметры, отражающие функцию печени, липидный спектр, обмен железа, свертываемость крови. Спектр перенесенных заболеваний (черепно-мозговая травма, аппендэктомия) и имеющихся (хроническая очаговая инфекция, аллергические расстройства, дисфункция желчевыводящих путей, бронхиальная астма, хронический пиелонефрит, хронический гастродуоденит) в обеих группах не различался. Скорее всего, основные соматические заболевания в формировании токсикоза не участвуют.

Общий клинический анализ крови. У юных беременных содержание лейкоцитов 8,1 (7,00 ÷ 9,9) x 10^9/л было значимо выше ($p < 0,0001$) по сравнению с аналогичным показателем 6,8

(5,6 ÷ 7,9) x 10^9/л группы контроля. Лейкоцитоз наблюдался у 38,5% обследованных основной группы и только у 8,5% испытуемых контрольной группы ($p < 0,001$). Средние значения СОЭ были значимо выше в группе юных беременных ($p < 0,05$). Ускорение СОЭ в пределах 20–25 мм/час при отсутствии каких-либо клинических признаков воспалительного процесса было выявлено у 6,4% обследованных основной группы. Трактовка подобных сдвигов может вызвать затруднение у педиатра и терапевта, особенно если о наличии беременности ему неизвестно.

В структуре соматических заболеваний основной группы преобладали болезни органов дыхания (26,0%), крови и кроветворных органов (19,0%), органов пищеварения (17,0%) и мочеполовой системы (13,0%). У беременных значительно чаще выявлялись болезни органов дыхания за счет острых респираторных заболеваний.

Катаральные явления наблюдались практически у каждой восьмой юной беременной. Удельный вес болезней крови и кроветворных органов также был значимо выше, чем в группе контроля, за счет преобладания анемий. Характерными для юных беременных оказались и миокардиодистрофии (по данным ЭКГ). В то же время в группе контроля значимо чаще встречались болезни органов пищеварения (дискинезия желчевыводящих путей) и эндокринной системы (ожирение) (таблица 1).

Найденные нами соматические изменения в ранние сроки беременности (миокардиодистрофия, анемия) протекали, как правило, бессимптомно. Для их выявления необходимо проведение лабораторных и инструментальных исследований. Анализ литературы показал, что частота железодефицитной анемии у беременных достигает 35–67%, однако она чаще развивается на более поздних сроках гестации [4, 5]. В нашем исследовании уже в первом триместре беременности у каждой четвертой беременной была выявлена железодефицитная анемия (25,5%).

Таблица 1

Структура соматических заболеваний у беременных и в группе контроля

Заболевания	**Беременные, *n* = 419**		**Контрольная группа, *n* = 145**		**Уровень значимости, *p***
	n	Удельный вес, %	n	Удельный вес, %	
Острые респираторные заболевания	54	12,9	6	4,1	< 0,001
Дискинезии желчевыводящих путей	28	6,7	23	15,9	< 0,01
Железодефицитная анемия	107	25,5	12	8,3	< 0,001
Миокардиодистрофия	29	6,9	3	2,1	< 0,05
Инфекции мочевыводящих путей	21	5,0	4	2,8	> 0,05
Хронический пиелонефрит	29	6,9	8	5,5	> 0,05
Ожирение	10	2,4	14	9,7	< 0,001

Наиболее характерным расстройством у несовершеннолетних беременных была соматоформная вегетативная дисфункция (СВД). Спектр ее клинических проявлений охватывал практически все возможные органы и системы. В группе беременных и в контрольной группе наиболее выраженными оказались эмоционально-тревожный (40,47 ± 2,07 и 40,05 ± 2,47 соответственно, $p > 0,05$), астенический (38,05 ± 3,33 и 35,72 ± 3,19 соответственно, $p > 0,05$) и дезадаптационный синдромы (41,51 ± 3,21 и 37,55 ± 2,97 соответственно, $p < 0,01$). При сравнении группы беременных и группы контроля выявлены значимые различия в выраженности дезадаптационного и абдоминального синдромов (36,03 ± 3,06 и 25,40 ± 2,63 соответственно, $p < 0,001$). Ухудшение течения вегетативной дисфункции на фоне беременности отмечено и в других исследованиях [6, 7].

В формировании СВД крайне важна роль социальной дезадаптации [8].

По нашим данным, средний возраст начала половой жизни составил 14,9 года.

Большинство девушек с нежелательной беременностью выросли в курящих семьях: 76,2% отцов и 30,0% матерей регулярно курили. Лишь у 3,1% девушек в семье употребляли алкогольные напитки чаще двух раз в неделю, у большинства (65,6%) алкоголь употребляли изредка — по праздникам.

Сами девушки курили в 66,6% случаев, употребляли алкоголь 78,1%. Почти 22% обследованных пробовали наркотики (марихуану, гашиш). Большинство девушек (65,6%) проживали в неполных семьях — только с матерями (53,1%), только с отцами (3,1%) или с другими родственниками (9,4%).

Выраженность СВД в целом и части ее синдромов была ниже у приверженных здоровому образу жизни. Так, среди курящих и употребляющих алкоголь несовершеннолетних беременных уровень СВД составил 40,08 ± 2,55, а среди некурящих и не употребляющих алкоголь — 30,74 ± 2,68 ($p < 0,05$).

Выявлены значимые различия в тяжести СВД в зависимости от уровня актуальной тревоги (27,70 ± 1,98 при низкой и умеренной актуальной тревоге и 39,50 ± 2,05 при высокой актуальной тревоге, $p < 0,01$) по данным теста Спилбергера — Ханина.

Выявленный нами уровень соматической заболеваемости существенно отличался от данных, полученных в поздние сроки беременности другими авторами [9, 10] (таблица 2).

Как видно, к завершению беременности становилось меньше болезней пищеварительной системы, вероятно за счет исчезновения токсикоза. Однако существенно нарастала распространенность болезней мочеполовой системы, анемий, заболеваний щитовидной железы и ожирения.

Важной причиной такого ухудшения здоровья у несовершеннолетних, сохранивших беременность, можно считать низкую приверженность врачебным рекомендациям. Так, в наших

исследованиях большинство девушек оценивало свое здоровье как отличное (10,0%) или хорошее (58,0%). Таким образом, есть расхождение между хорошим самочувствием и реальным наличием отклонений в здоровье юных беременных при клиническом обследовании. Зачастую у одной юной беременной обнаруживали два и более заболеваний, однако уровень оценки собственного здоровья не зависел от поставленного диагноза или наличия вредных привычек.

Таблица 2

Структура соматической заболеваемости несовершеннолетних беременных в поздние сроки беременности

Классы заболеваний, нозологические формы	**Удельный вес несовершеннолетних беременных, имевших соматические заболевания, %**	
	I триместр беременности (собственные данные)	Перед родами [9]
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2,0	3,3
Болезни костно-мышечной системы	3,0	1,7
Болезни системы кровообращения	10,0	10,1
Болезни мочеполовой системы	11,9	45,8
Хронический гастрит, гастродуоденит	11,5	7,2
Дискинезии желчевыводящих путей	6,7	2,1
Анемии	25,5	62,0
Диффузный нетоксический зоб	0,2	1,7
Ожирение	2,4	16,4

В то же время обнаружена достоверная корреляционная связь между уровнем оценки здоровья и выраженностью соматоформной вегетативной дисфункции (как проявления психосоциальной

дезадаптации) и ее синдромов: эмоционально-тревожного, астенического, дезадаптационного, кардиального, респираторного, абдоминального синдромов, а также болевых и чувствительных расстройств (r = 0,21–0,41, p < 0,01) (рис. 1).

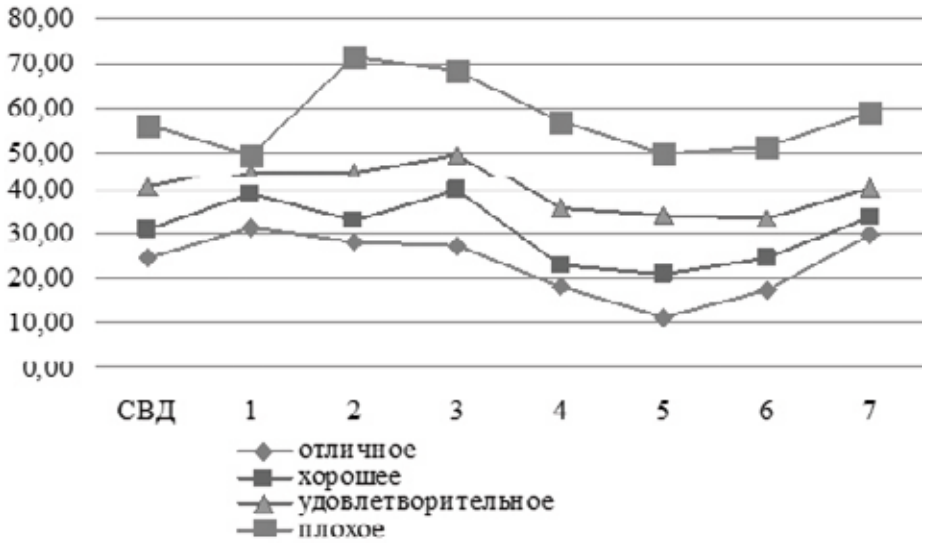


Рис. 1. Оценка собственного здоровья юными беременными и выраженность соматоформной вегетативной дисфункции
Примечание. Синдромы СВД: 1 — эмоционально-тревожный; 2 — астенический; 3 — дезадаптационный; 4 — болевые и чувствительные расстройства; 5 — кардиальный; 6 — респираторный; 7 — абдоминальный. Уровень значимости различий между группами p < 0,01; коэффициент корреляции Спирмена 0,21–0,41

У юных беременных уровень актуальной тревоги, по данным теста Спилбергера — Ханина, был в три раза выше (58%), чем в группе контроля (17%). Это свидетельствует о том, что непредвиденная беременность и предстоящий аборт являются серьезным стрессовым фактором для подростков [11]. Анализ показал, что девушки боялись не самого аборта, а ситуаций, связанных с ним: разоблачения, необходимости скрывать факт беременности и аборта от близких. После аборта актуальная тревога существенно снизилась, а уровень личностной тревоги

остался неизменным. Как результат, уменьшилась симптоматика СВД и улучшилось самочувствие при сохранении соматических заболеваний. Поэтому мы наблюдали весьма низкую приверженность девушек рекомендациям врачей в периоде реабилитации после аборта. Это может быть важной причиной ухудшения репродуктивного потенциала в дальнейшем. Не вызывает сомнений важность формирования у несовершеннолетних ответственного отношения к своему здоровью и будущему родительству. На уровне первичного звена здравоохранения данная работа должна проводиться совместно гинекологами, медицинскими психологами, педиатрами в повседневной работе и в школах охраны репродуктивного здоровья.

Диагностические критерии беременности раннего срока, доступные для педиатров и терапевтов. Явные соматические изменения могут маскировать развивающуюся беременность, поэтому высока вероятность обращения подростков за медицинской помощью в первую очередь к педиатру, терапевту и хирургу. Так поступили 10,3% наших обследованных в связи с жалобами на дизурические расстройства, боли в животе, головокружения и пр.

Полный набор акушерских и соматических признаков, позволяющих диагностировать беременность у юных, предложен Ю. А. Гуркиным [12]. Между тем в сроки беременности менее 9–12 недель достоверные ее критерии (увеличение живота и молочных желез, пигментация сосков, стрии растяжения) встречались крайне редко.

Поэтому представлялось полезным выделить специфичные, с точки зрения педиатра, ранние признаки беременности. По нашим данным, к ним относятся: задержка менструации, боли в молочных железах, повышение аппетита (вне связи с ростовым скачком), колющие боли в околопупочной зоне или в нижней части живота, не связанные с приемом пищи и обычно

усиливающиеся при физической нагрузке, болезненность живота при пальпации в надлобковой области.

Наличие у девушки подобных симптомов требует от педиатра направления ее на гинекологическое обследование. Приводим пример ошибочной тактики педиатра.

Девушка 16 лет. В анамнезе соматически здорова. При сроке беременности 12–13 недель (ретроспективная оценка) обратилась к педиатру по поводу обмороков, а также сообщила о задержке менструации.

Педиатр связал задержку менструации с гиперплазией щитовидной железы, а обмороки — с вегетативной дисфункцией. Тревога у подростка по поводу возможной беременности была снята. Поэтому первое обращение к гинекологу, установившему беременность, последовало только в срок 16–17 недель беременности.

Психологически девушки отрицают возможную нежеланную беременность. Они успокаиваются, когда педиатр диагностирует у них ОРВИ, вегетативную дисфункцию или обострение хронического гастродуоденита. В итоге своевременная диагностика беременности может затянуться.

Врач, не владеющий методами диагностики беременности, может заподозрить наличие беременности раннего срока на основании внезапного появления повышенного аппетита, масталгии, абдоминального болевого синдрома, беспричинного лейкоцитоза и ускорения СОЭ и, в большинстве случаев, задержке менструации. Применение предложенных критериев в ранней диагностике беременности показало их эффективность в работе педиатра.

Заключение. Комплексная оценка соматического статуса несовершеннолетних в ранние сроки беременности показала тесную взаимосвязь соматического здоровья, социального и психологического статуса. На ранних сроках беременности

экстрагенитальные расстройства представлены легкими вариантами анемий, инфекциями мочевыводящих путей, соматоформной вегетативной дисфункцией.

Психосоматические расстройства, уменьшающиеся или исчезающие после прерывания беременности, создают иллюзию полного здоровья у подростка, тем самым оказывая влияние на снижение приверженности выполнению врачебных рекомендаций.

Комплексный подход к сохранению репродуктивного потенциала на этапе желанной беременности должен опираться на формирование ответственного отношения подростка к своему здоровью и будущему родительству, раннюю диагностику, лечение и реабилитацию при консолидированном участии врача — акушера-гинеколога, медицинского психолога, социального работника и обязательно врача-педиатра.

Список литературы

1. Федеральная служба государственной статистики / URL: https://rosstat.gov.ru/ (дата обращения — 22.10.2021).

2. Санкт-Петербург — 2020: Краткий статистический сборник / Петростат. — СПб., 2021. — 92 с.

3. Михайлин Е. С. Особенности течения беременности и родов у несовершеннолетних и женщин среднего репродуктивного возраста // Международный журнал экспериментального образования. — 2014. — № 8. — С. 145–146.

4. Салко И. Н. Особенности течения беременности и родов у юных первородящих // Молодежь XXI века: шаг в будущее // Материалы XIX региональной научно-практической конференции. — 2018. — С. 192–193.

5. Гришко Т. В. Ювенильная беременность как актуальная проблема современности // Молодая наука: Сборник научных трудов научно-практической конференции для студентов и молодых ученых / Под ред. Н. Г. Гончарова. — 2018. — С. 158–159.

6. Рахимов Н. Г., Давлятова Г. К., Олимзода Н. Х., Мурадов А. М., Мурадов А. А. Спектральный анализ вариации кардиоинтервала в диагностике вегетативного статуса у беременных с тяжелой преэклампсией и эклампсией в третьем триместре // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. — 2017. — № 1 (21). — С. 72–76.

7. Филинов А. Г., Синицын С. Н. Комплексная оценка состояния вегетативной нервной системы и особенности терморегуляции у беременных // Медицинский альманах. — 2018. — № 6 (57). — С. 72–75.

8. Panova O. V., Kulikov A. M., Berchtold A., Suris J. C. Factors Associated with Unwanted Pregnancy among Adolescents in Russia. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Oct;29(5):501–505.

9. Михайлин Е. С. Структура соматической патологии у беременных девушек-подростков, решивших сохранить ребенка // Успехи современного естествознания. — 2015. — № 4. — С. 46–50.

10. Елгина С. И., Кондратова Л. А. Особенности течения беременности и исходы родов у юных женщин // Фундаментальная и клиническая медицина. — 2020. — Т. 5. — № 2. — С. 72–78.

11. Ипполитова М. Ф., Михайлин Е. С., Иванова Л. А. Медико-социальная помощь несовершеннолетним при беременности, родах и послеродовом периоде // Педиатр. — 2018. — Т. 9. — № 5. — С. 75–93.

12. Гуркин Ю. А. Беременность у несовершеннолетних // Ювенильная гинекология: Пособие для врачей. — Ч. I. — СПб., 1993. — С. 25–29.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КУПИРОВАНИИ СТРЕССА И ПРОВЕДЕНИИ ИММУНО- И ВЕГЕТОПРОТЕКТОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Соломкина Н.Ю.[1], Пикалева Е.Ю.[2], Плисецкая В.Ю.[3]

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

[2] ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова, Санкт-Петербург, Россия

[3] «Детский санаторий “Солнечное”», Ленинградская область, Россия

natalya-solomkina@yandex.ru

8(931) 367 54 67

Актуальность. Длительная стрессовая ситуация в связи с пандемией коронавирусной инфекции способствовала формированию хронической стрессовой ситуации и ухудшению здоровья детей и подростков, оказавшихся в длительной самоизоляции, сопряженной с гиподинамией, гипоксией, обострением хронической патологии, дефицитом личных контактов со сверстниками, необходимостью длительной работы с компьютером, спецификой проведения экзаменов, переходом к жизни с постоянными противоэпидемическими мероприятиями и страхом заболеть. При этом, оказываясь в школе, дети и подростки, по их же свидетельствам, часто не соблюдают предлагаемых противоэпидемических мероприятий, не сообщают об изменении своего самочувствия, в том числе о появлении специфических жалоб, о контактах с больными, что, в свою очередь, утяжеляет эпидемическую ситуацию, формирует чувство вины и усугубляет стресс.

Известно, что стресс — ответная реакция организма человека на перенапряжение, негативные эмоции или на длительное

однообразное времяпровождение, сопровождающееся дисбалансом центральной и вегетативной нервной системы, секреции биологически активных веществ, снижением иммунологической реактивности, нарушениями эмоционально-волевой сферы, манифестацией психосоматических и депрессивных расстройств. Клиническими проявлениями стресса являются нарушение самочувствия, поведения и биоритмологической активности. К нарушениям самочувствия относятся физическая слабость, головная боль, утомляемость, вязкость мышления, снижение мотивации к продуктивной деятельности, снижение концентрации внимания, памяти, скорости мышления, апатия, равнодушие, навязчивые мысли и движения. Нарушения поведения включают навязчивую немотивированную раздражительность и подавленность, плаксивость, тоску, пессимизм, жалость к себе, суетливость, недоверие к окружающему. Нарушения биоритмологической активности реализуются в изменении ритма дыхания, сердечного ритма, ритмов «сон — бодрствование», «активность — релаксация», «аппетит — насыщение», менструального цикла и др. Стрессорные расстройства, выраженная астения, полиорганная недостаточность, клинически значимое снижение когнитивных функций наиболее манифестны у детей и подростков, перенесших коронавирусную инфекцию. Среди девочек пубертатного возраста с альгодисменореей, кроме перечисленных клинических данных, обращает внимание увеличение интенсивности менструальных болей и вегетативных расстройств.

Актуальным остается проведение дифференцированных реабилитационных мероприятий на всех этапах оказания помощи детям и подросткам.

Материалы и методы. Проводились мероприятия с детьми и подростками основной группы (ОГ). Это 56 человек в возрасте 8–16 лет, участвовавших в дифференцированно подобранных мероприятиях медицинской реабилитации. 48 детей

контрольной группы (КГ) по различным причинам не выполняли аналогичные назначения. У всех детей оценивали в динамике основные проявления стресса, а также клиническую динамику постковидного синдрома. Среди методов реабилитации использовали физиотерапию — естественные и искусственные (преформированные) физические факторы.

На стационарном этапе наибольший эффект отмечен у пациентов, получавших транскраниальную электростимуляцию, магнитолазерную терапию, фотохромотерапию (зеленая полоса видимого диапазона), миллиметровые волны крайне высокой частоты (5,6 и 7,1 мм), ультразвуковую терапию / лекарственный фонофорез. На всех этапах реабилитации актуальны аэротерапия, прогулки с дозированным двигательным режимом, гидробальнеотерапия, музыкотерапия, биоакустическая коррекция.

Фитотерапия включала в себя дифференцированное назначение отваров, настоев и настоек лекарственных растений, а также ароматерапию. Фитотерапия для купирования стрессорных явлений, обеспечения иммунопротекторного и муколитического действия включала в себя настои или отвары валерианы, душицы, лабазника, липа, мелиссы, пассифлоры, пиона, пустырника, боярышника, донника, ромашки, череды, фиалки трехцветной.

На следующем этапе назначали растения с тонизирующим, актопротекторным и ноотропным эффектом: родиолу розовую и родиолу квадрифида (красная щетка), аир, девясил, цикорий, смородину черную, траву железницы лекарственной, льнянки и др. В качестве альтернативы назначали гемоэкстракты (гемотерапия — использование недифференцированных частей растений) для коррекции нейровегетативных расстройств. Среди них — гемоэкстракты почек: инжира, калины гордовины, серебряной липы, черной смородины; ростков: малины красной, мамонтового дерева, розмарина. Ароматические эфирные масла назначали в виде ингаляций, ванн или контактной среды

при проведении массажа (при отсутствии аллергической реакции и с учетом превалирующей симптоматики).

Для купирования тревожных расстройств использовали эфирные масла лаванды, календулы, шалфея мускатного, жасмина, нероли. При выраженной астении отдавали предпочтение эфирным маслам лаванды, герани, можжевельника, розмарина, апельсина, лимона, лаванды, ладана, розмарина, эвкалипта.

При нарушениях сна применяли эфирные масла ромашки, душицы.

Средства классической гомеопатии в широких пределах позволяют нивелировать разнообразные последствия постковидных расстройств и назначаются дифференцированно. Из них особого внимания заслуживают Арника, Аконит, Белладонна, Валериана, Цинкум валерианикум, Гиосциамус, Магнезиум карбоникум, Магнезиум фософорикум, Карбо вегетабилис.

При назначении фитотерапии, ароматерапии и классических средств гомеопатии предпочитали препараты широкого спектра действия (полихресты). Альтернативными у ряда пациентов были средства биорегуляционной терапии: валерианахель, траумель, нервохель, спаскупрель, пульсатила композитум, нукс вомика гомаккорд и др.

Санаторно-курортное лечение в период пандемии коронавирусной инфекции характеризуется кратковременным (до двух недель) пребыванием пациентов в санатории, что не позволяет соблюдать необходимую продолжительность периодов адаптации, основного и заключительного периодов. При этом периодически возникающие катаральные явления у пациентов, требующие их изоляции и проведения дополнительного обследования и лечения, также сокращали время для решения запланированных задач. Однако санаторно-курортное лечение обеспечивает, кроме представленных методов реабилитации, возможность проведения терренкура и дифференцированного назначения

минеральных, сухих и пароуглекислых ванн, обеспечивающих антигипоксический, вазоактивный, нейропротекторный эффекты.

В результате проведенных мероприятий среди детей ОГ и КГ отмечено достижение желаемых эффектов у 42 из 56 и у 8 из 48 соответственно.

Выводы. Таким образом, дифференцированное проведение различных реабилитационных мероприятий на всех этапах помощи детям позволило улучшить функциональное состояние их центральной и вегетативной нервной системы, когнитивные функции, ритм сна и бодрствования, аппетита и насыщения, менструального цикла, купировать астенизацию, обеспечить адаптогенное действие, повысить стрессоустойчивость в период пандемии и иных длительных травмирующих ситуаций.

ДИСМЕНОРЕЯ У ПОДРОСТКОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Кульневич Е.О.
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков “Ювента”»
Санкт-Петербург, Россия
uventa@zdrav.spb.ru

Известно, что первые симптомы развития эндометриоза появляются в подростковом возрасте. Ретроспективно большинство женщин с установленным диагнозом «эндометриоз» отмечали появление симптомов до 18 лет. В настоящее время его основным проявлением является болевой синдром, диагностирующийся вне и во время менструации (первичная и вторичная дисменорея, хроническая тазовая боль), диспареуния.

Цель исследования: оценка эффективности пробы с нестероидными противовоспалительными средствами (далее — НПВС) у несовершеннолетних с диагнозом «дисменорея», выделение группы риска по развитию эндометриоза.

Материалы и методы. В исследуемую группу было включено 40 подростков 13–17 лет. Создан чек-лист для более точного описания состояния подростка (см. приложение № 1).

Проба с НПВС: в первые сутки болевого синдрома — прием одной дозы препарата из группы НПВС (*per os / per rectum*) однократно утром. Далее необходимо оценить интенсивность боли по шкале от 0 до 10 через 30, 60, 120, 180 минут и записать результат. В первые сутки, при сохранении болевого синдрома, препарат можно принимать каждые три часа до того момента, как необходимо отойти ко сну. В последующие дни прием препарата — по одной дозе 3 раза в сутки (при наличии болевого синдрома), с оценкой эффективности боли от 0 до 10 каждое утро. При сохранении жалоб продолжительность приема препарата — 5 дней.

Результаты. У 95% человек из группы исследования (№ 57) проба с НПВС положительна, что не требует подбора иной терапии.

5% исследуемых (№ 3) показали пробу с НПВС отрицательной. Данная группа представляет собой область интересов и высокие риски по развитию эндометриоза.

Выводы. Отрицательная проба с НПВС у 5% исследуемых отражает наличие сочетанных причин, участвующих в патогенезе заболевания, и требует дальнейшего обследования и лечения согласно протоколу «Эндометриоз».

Приложение № 1. Начало

Анкета по выявлению косвенных признаков эндометриоза

ФИО_____

Дата рождения_____Полных лет_____

№	Вопросы	Варианты ответов		Добавьте то, что считаете необходимым
1	Бывает ли у вас чувство тяжести внизу живота перед или во время менструаций?	Да	Нет	
2	Болезненны ли у вас менструации?	Да	Нет	
3	Когда приходит боль? За сколько дней до кровянистых выделений?			
4	Оцените степень болезненности от 0 до 10 (в самый тяжелый день)			
5	Сколько прокладок уходит в сутки в самый обильный день? Прокладки заполнены полностью?			
6	Приходится ли вам вызывать бригаду скорой медицинской помощи? Пропускать занятия? *(Нужное обвести)*	Да	Нет	
7	Появляются ли у вас проблемы с кишечником (запор; слабый стул; вздутие кишечника до менструаций; во время менструаций)? *(Нужное обвести)*	Да	Нет	
8	Появляется ли у вас боль при мочеиспускании до менструации (если да, то за сколько дней); во время менструации? *(нужное обвести)*	Да	Нет	

Приложение № 1. Окончание

№	Вопросы	Варианты ответов		Добавьте то, что считаете необходимым
9	Беспокоит ли вас депрессия; тревога; хроническая усталость до / во время менструации? *(нужное обвести)*	Да	Нет	
10	Обостряется ли у вас мигрень (при наличии данного диагноза) перед / во время менструации? *(нужное обвести)*	Да	Нет	
11	Испытываете ли вы боль при половой жизни?	Да	Нет	
12	Появляются ли у вас кровянистые выделения после полового акта?	Да	Нет	
13	Страдают ли эндометриозом ваши родственники по женской линии (мама, тетя, сестра)?	Да	Нет	
14	Что вы принимаете для облегчения боли и сколько таблеток / свечей (нурофен, найз, кеторол, кетанов, свой вариант ответа _____)?			
15	Полностью ли помогает обезболивающее?	Да	Нет	

ИСХОД ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ (ПО ДАННЫМ АКУШЕРСКО-ОБСЕРВАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Г. ЧЕРКЕССКА ЗА ДЕКАБРЬ 2019 ГОДА)

Хаджилаева Ф.Д., Батчаев А.А., Коджакова Т.Ш., Пономарёва Е.Б.
ФГБУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия», г. Черкесск, Карачаево-Черкесская республика, Россия
Xadzhilaevafatima@mail.ru
8(988) 612 75 46

Ключевые слова: кесарево сечение (КС); беременность, классификация М. Робсона; роды; головное и тазовое предлежание; поперечное или косое положение; первородящие; повторнородящие; одноплодная беременность; операция

Актуальность. Частота и обоснованность проведения операций КС — один из самых обсуждаемых аспектов в акушерстве.

По сведениям ВОЗ, к 2015 году средняя доля КС в 169 странах мира, попавших в выборку, превысила 20% от общего числа родов, тогда как в медицинском сообществе предельным считается показатель в 10–15%.

Обнаружив такую почти двукратную разницу, эксперты ВОЗ рекомендовали национальным службам родовспоможения критичнее относиться к назначению КС, применяя хирургический метод только в тех случаях, когда другого выхода нет.

Кесарево сечение — одна из самых первых хирургических операций в истории медицины. В мифах Древней Греции упоминается о том, что боги Асклепий и Дионис были рождены в результате кесарева сечения. До XVI века данная операция

проводилась для спасения младенцев умерших матерей, но позже врачи пытались сделать КС живой женщине, однако ввиду отсутствия необходимых лекарственных препаратов и неправильной техники эти попытки были безуспешны.

Но в XIX веке медицинские работники стали удалять матку после извлечения ребенка, а спустя некоторое время научились зашивать ее специальным швом.

С изобретением антибиотиков в середине XX столетия смертельные исходы почти полностью исчезли, а операция стала широко использоваться для родоразрешения и спасла миллионы жизней.

КС — самая распространенная акушерская операция во всем мире. По данным ВОЗ, ее частота за последние годы достигла максимума и составила 25–30% в экономически развитых странах [1].

Снижение числа кесаревых сечений — очень сложная задача. «Причин тому много, — объяснил порталу *Medvestnik.ru* директор Института акушерства НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Роман Шмаков. — Одна из них — рост числа первородящих в возрасте за 35–40 лет, когда уже накапливаются соматические заболевания. И все меньше рожают молодые женщины 20–25 лет. Какие только мероприятия не разрабатываются во всем мире, но тенденция к росту числа кесаревых сечений остается».

Также он отметил, что в Бразилии число кесаревых сечений достигает 50% от общего объема родоразрешений, этот показатель высок в США и Великобритании: «Как правило, чем более развита страна, тем выше доля кесаревых сечений. Чем менее развита, тем их меньше, но и осложнений в родах в таких странах больше» [2].

Кесарево сечение — это родоразрешающая операция, при которой малыша извлекают из матки через разрез в брюшной стенке матери. Проведение его по медицинским показаниям будет

способствовать снижению материнской и перинатальной смертности, но в последние годы стабильно растет количество данных операций во всем мире. При этом влияние частоты абдоминального родоразрешения на показатели материнской и перинатальной заболеваемости, а также на социально-экономическую сторону вопроса остаются недостаточно изученными.

Очевидно, что при КС, как и при других хирургических вмешательствах, не исключается развитие осложнений у матери в раннем и позднем послеродовом периодах.

Целесообразно заметить, что акушеров-гинекологов беспокоит возрастающая частота последующих осложнений после одной или нескольких операций КС: врастание плаценты, задержка плаценты в матке после родов и разрыв матки с возможной последующей гистерэктомией.

Неблагоприятное влияние оперативного родоразрешения на состояние здоровья матери влечет за собой увеличение риска внутрибольничных инфекций. Для выяснения этиологических факторов, определяющих частоту кесарева сечения, и поиска путей решения этой проблемы необходим комплекс мероприятий, первоочередным из которых является выделение групп беременных женщин после КС.

Ирландский акушер-гинеколог М. Робсон в 2001 году предложил проводить оценку работы акушерских стационаров по классификации, которая включает 10 различных групп женщин. Благодаря данной классификации возможно проанализировать частоту КС в каждой группе, сравнить ее с другими стационарами и найти пути снижения доли абдоминального родоразрешения.

В 2015 году классификацию М. Робсона одобрила ВОЗ и рекомендовала ее использовать в разных акушерских клиниках. В 2016 году классификация М. Робсона по рекомендации *FIGO* становится глобальным стандартом оценки, мониторинга

и сравнения показателей КС в учреждениях здравоохранения. К 2019 году новация добралась и до России: Минздрав направил на места распоряжение, предписывающее использовать классификацию Робсона для «выяснения причин, определяющих частоту кесарева сечения и поиска эффективных механизмов оптимизации» [3].

Классификация М. Робсона актуальна и достоверна, так как благодаря ей можно понять, по какой группе показаний проводится кесарево сечение. На основании проведенного анализа разрабатываются и внедряются мероприятия, позволяющие снижать частоту таких операций.

Указанные выше обстоятельства определили актуальность и послужили основанием для проведения данного исследования.

Цель: выявить резервы снижения частоты операций кесарева сечения (КС) за 2019 год и реализовать их на практике в РГБ ЛПУ «Республиканский перинатальный центр» (РПЦ) Карачаево-Черкесской республики, оценить эффективность кесарева сечения по данным РПЦ КЧР за 2019 год с использованием методики М. Робсона.

Материалы и методы исследования. Ретроспективное исследование, интернациональное сравнение и анализ частоты КС. Исследованы истории родов женщин за 2019 год по классификации КС М. Робсона, отражающей клинически значимую динамику КС.

Согласно данной классификации рассмотрено 10 групп женщин.

Результаты: за 2019 год по РГБ ЛПУ «РПЦ» КЧР зарегистрировано 3112 родов. Самый высокий показатель по Робсону — 30%: это повторнородящие женщины без КС, с одним плодом в головном предлежании, со сроком ⩾ 37 недель со спонтанными родами. По частоте КС результаты расположились следующим образом (от самого высокого показателя):

- беременные женщины с одним плодом, поперечным или косым положением плода, в том числе женщины с одним или несколькими КС в анамнезе — 100%;

- беременные повторнородящие женщины с одним плодом, с одним или несколькими КС в анамнезе, с головным предлежанием, ≥ 37 недель — 99%;

- беременные первородящие женщины с одним плодом, с тазовым предлежанием — 85%;

- беременные повторнородящие женщины с одним плодом, с тазовым предлежанием, в том числе с одним или несколькими КС в анамнезе – 64%.

По частоте КС стоит отметить следующие группы: пятую — повторнородящих с одним или несколькими КС в анамнезе, с одним плодом в головном предлежании, сроком ≥ 37 недель — 38%; четвертую — повторнородящих без КС, с одним плодом в головном предлежании, сроком ≥ 37 недель, со спонтанным началом родов — 20%; вторую — первородящих с одним плодом в головном предлежании, сроком ≥ 37 недель, индуцированными родами или КС до начала родов — 10%; десятую — беременных женщин с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, сроком ≥ 37 недель, в том числе с одним или несколькими КС в анамнезе — 8%.

Снизить частоту КС возможно посредством следующих групп: второй группы — первородящих с одним плодом в головном предлежании, со сроком ≥ 37 недель, индуцированными родами или КС до начала родов; четвертой группы — повторнородящих без КС с одним плодом в головном предлежании, со сроком ≥ 37 недель, индуцированными родами или КС до начала родов.

Внедрение в практику медицинских учреждений исследований по классификации М. Робсона позволит родовспомогательным учреждениям решить следующие задачи:

1) определить группы женщин, влияющие на общую частоту КС;

2) сравнить способы оказания помощи в этих группах на практике, в учреждениях с лучшими показателями с целью внедрения их опыта;

3) проанализировать эффективность мероприятий, направленных на оптимизацию применения операции КС;

4) проследить частоту КС в РПЦ КЧР по классификации М. Робсона;

5) рассчитать коэффициент эффективности КС;

6) охарактеризовать качество оказания медицинской помощи посредством анализа результатов родоразрешения в этих группах;

7) повысить качество учета данных и осведомленность персонала об их важности, необходимости использования и разъяснения.

Нами проведен ретроспективный анализ 3112 историй родов в РГБ ЛПУ «РПЦ».

Исследованы истории родов родоразрешенных женщин за 2019 год, проанализированы следующие показатели:

1) способ родоразрешения (самостоятельные или кесарево сечение);

2) паритет (первородящая, повторнородящая);

3) количество плодов (один, два, три и более);

4) срок родоразрешения (до 37 недель, 37–40 недель, 41–42 и более недель);

5) предлежание и положение плода (головное, тазовое, поперечное/косое);

6) индуцированные или спонтанные роды;

7) количество КС в анамнезе (одно или несколько).

Результаты приведены в таблицах 1–3.

Таблица 1

Классификации М. Робсона (группы женщин) [4, с. 25]

Группы	Характеристики
1	Первородящие, одноплодные, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель, спонтанные роды
2	Первородящие, одноплодные, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель, индуцированные роды или КС до начала родов
3	Повторнородящие без КС, одноплодные, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель, спонтанные роды
4	Повторнородящие без КС, одноплодные, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель, индуцированные роды или КС до начала родов
5	Повторнородящие, одноплодные, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель, в том числе одно или несколько КС в анамнезе
6	Первородящие, одноплодные, тазовое предлежание
7	Повторнородящие, одноплодные, тазовое предлежание, в том числе одно или несколько КС в анамнезе
8	Многоплодная беременность, в том числе одно или несколько КС в анамнезе
9	Одноплодная беременность, поперечное или косое положение плода, в том числе одно или несколько КС в анамнезе
10	Одноплодная беременность, головное предлежание, срок < 37 недель, в том числе одно или несколько КС в анамнезе

Таблица 2

Классификация операции КС по М. Робсону [4, с. 27]

Группы	Характеристики	Естеств. роды	КС	Всего
1	Первородящие, одноплодные, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель, спонтанные роды	314	57	371
2	Первородящие, одноплодные, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель, индуцированные роды или КС до начала родов	267	92	359
3	Повторнородящие без КС, одноплодные, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель, спонтанные роды	872	62	934
4	Повторнородящие без КС, одноплодные, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель, индуцированные роды или КС до начала родов	536	182	718
5	Повторнородящие, одноплодные, одно или несколько КС в анамнезе, головное предлежание, срок ⩾ 37 недель	3	345	348
6	Первородящие, одноплодные, тазовое предлежание	6	33	39
7	Повторнородящие, одноплодные, тазовое предлежание, в том числе одно или несколько КС в анамнезе	19	34	53
8	Многоплодная беременность (два или более плодов), в том числе с одним или несколькими КС в анамнезе	23	21	44
9	Одноплодные, поперечное или косое положение плода, в том числе одно или несколько КС в анамнезе	0	14	14
10	Одноплодные, головное предлежание плода, срок < 37 недель, в том числе одно или несколько КС в анамнезе	158	74	232
Всего		2198	914	3112

Таблица 3

Таблица отчета классификации Робсона [4, с. 29]

РГБЛУ «РПЦ», КЧР				**2019 год**		
1	2	3	4	5	6	7
Группа	Кол-во КС в группе	Кол-во жен-щин в группе	Размер групп (в %)	Частота КС в группе (в %)	Абсолютный вклад груп-пы в общую частоту КС (в %)	Относитель-ный вклад группы в об-щую частоту КС (в %)
1	57	371	12	15	1,8	6,2
2	92	359	11,5	25,6	3,0	10,1
3	62	934	30	6,6	2,0	6,8
4	182	718	23	25	5,8	20
5	345	348	11	99	11,1	37,7
6	33	39	1	85	1, 1	3,6
7	34	53	1,7	64	1,1	3,7
8	21	44	1,4	48	0, 7	2,3
9	14	14	0,4	100	0,4	1,5
10	74	232	7,5	32	2,4	8,1
Всего	Всего КС	Всего жен-щин	100%	Общая частота КС	Общая частота КС	100%
	914	3112	100%			100%

Из приведенных таблиц можно сделать следующие выводы: самая большая группа, по М. Робсону, — повторнородящие женщины без КС, с одноплодной беременностью, с головным предлежанием, сроком ⩾ 37 недель; роды спонтанные — 30%; повторнородящие женщины без КС, с одноплодной беременностью, с головным предлежанием, сроком ⩾ 37 недель; предусмотрено плановое КС или индуцированные роды — 23%; первородящие с одноплодной беременностью, с головным предлежанием, сроком ⩾ 37 недель; спонтанное начало родов — 12%; первородящие с одноплодной беременностью, с головным предлежанием, сроком ⩾ 37 недель; индуцированные роды или плановое КС

до начала родов — 11,5%; повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью, с головным предлежанием, сроком ⩾ 37 недель — 11,2%.

По частоте КС среди разных групп женщин результаты следующие:

- женщины с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода — 100%;
- повторнородящие с одноплодной беременностью, с одним или несколькими КС в анамнезе, с головным предлежанием, сроком ⩾ 37 недель — 99%;
- первородящие с одноплодной беременностью, с тазовым предлежанием — 84%;
- повторнородящие с одноплодной беременностью, с тазовым предлежанием — 64%;
- беременные женщины с многоплодной беременностью (двумя или более плодами), в том числе с одним или несколькими КС в анамнезе — 48%;
- беременные женщины с головным предлежанием, сроком < 37 недель, в том числе с одним или несколькими КС в анамнезе — 32%.

Показатель частоты КС в 9, 6, 7 и 8-й группах невысокий — 1,5%, 3,6%, 3,7%, 2,3% соответственно.

Частота КС определяется в основном по группам:

- повторнородящим с рубцом на матке, вклад — 37,7%;
- повторнородящим без КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, сроком ⩾ 37 недель, плановым КС или индуцированными родами — 20%;
- первородящими, с одним плодом в головном предлежании, сроком ⩾ 37 недель, плановым КС или индуцированными родами — 10%;
- женщины с гестационным сроком менее 37 недель, в том числе с одним или несколькими КС в анамнезе — 8%.

Уменьшить КС в 5-й и 10-й группах непросто, и необходимо сосредоточить усилия на 4-й и 2-й группах. Для этого надо проводить качественную предродовую подготовку, тактику выжидания при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО) до 12 часов с использованием антигестагенов.

В силу важности показателя перинатальной смертности его уровень в исследуемом регионе возводится в квадрат для усиления его весомости. Коэффициент, равный 2,0 и выше — отличный; 1,5–2 — хороший; 1–1,5 — удовлетворительный; ниже 1 — плохой.

Выводы. Минздрав России рекомендует руководителям службы родовспоможения и главным врачам акушерских стационаров использовать классификацию операции кесарева сечения Майкла Робсона. Поэтому в основу исследования легла эта классификация, подразумевающая деление рожениц на группы по их способности к благополучному родоразрешению. Если проводить КС по правилам и по всем медицинским показаниям, то можно значительно снизить материнскую и перинатальную смертность.

По результатам исследования РГБ ЛПУ «РПЦ» Карачаево-Черкесской республики наибольший вклад из группы женщин в общую частоту КС внесла 5-я группа — повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, одноплодные, в головном предлежании, сроком ⩾ 37 недель — 37,7%; минимальный вклад в общую частоту КС внесла 9-я группа — беременные одноплодные женщины, с поперечным или косым положением плода, в том числе женщины с одним или несколькими КС в анамнезе — 1,5%.

Для того чтобы снизить общую частоту кесарева сечения, необходимо направить усилия на уменьшение КС во 2-й группе — у первородящих, одноплодных, с головным предлежанием, сроком ⩾ 37 недель, индуцированными родами или КС до начала родов, и в 4-й группе — повторнородящих, одноплодных, без предыдущих КС, с головным предлежанием, сроком ⩾ 37 недель, индуцированными родами или КС до начала родов.

Много внимания в РПЦ Карачаево-Черкесской республики уделяется совершенствованию техник и операции КС, изыскиваются новые шовные материалы, антибиотики с целью профилактики гнойносептических осложнений, совершенствуются методы обезболивания, оценивается состоятельность рубца на матке после операции, осуществляется адаптация новорожденных, лактация, реабилитация и контрацепция после КС, а также учитываются психологические и психовегетативные аспекты.

Список литературы

1. Жаркин Н. А., Логутова Л. С., Семихова Т. Г. Кесарево сечение: медицинские, социальные и морально-этические проблемы // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2019. — № 19 (4). — С. 10.

2. Минздрав рекомендует использовать классификацию. URL: medvestnik.ru›content/news…kesareva-secheniya (дата обращения — 20.10.2021).

3. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2019 г. № 15-4/И/2-1286 «О направлении методического письма о внедрении классификации операции кесарева сечения М. Робсона». URL: garant.ru›products/ipo/prime/doc/72123126 (дата обращения — 20.10.2021).

4. Robson M. S. Classification of caesarean sections (Review) // Fetal and Maternal Medicine. 2001. Vol. 12, Issue 1. P. 25, 27, 39.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Бурлакова С.А., Пивоварова Г.М.
Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия
burlakova20012010@gmail.com
8(911) 201 21 31

Резюме. Изложены результаты проведенной оценки материнской смертности среди населения Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга.

Ключевые слова*:* материнская смертность; Санкт-Петербург; Северо-Западный федеральный округ

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения 19 сентября 2019 года указала на то, что «материнская смертность недопустимо высока. Ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирает около 830 женщин в мире» [1].

Необходимо обратить внимание на прямую зависимость демографической ситуации от данного показателя. Правительство Российской Федерации приняло новый план по реализации Концепции демографической политики до 2025 года, который содержит семь разделов (распоряжение Правительства РФ от 16 сентября 2021 г. № 2580-р1), в частности — для снижения материнской и младенческой смертности и улучшения репродуктивного здоровья предполагается расширить неонатальный и пренатальный

скрининги на наследственные и врожденные заболевания. Тем, кто страдает заболеваниями репродуктивной системы, станет доступнее экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Сама Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года была утверждена еще в 2007 году (Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351) [2].

Цель. Провести анализ материнской смертности среди населения Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга за 2013–2020 годы.

Материалы и методы. Статистическая информация по показателям материнской смертности Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга по материалам Росстата и Петростата за период с 2013 по 2020 год с помощью программы *Microsoft Word* и *Microsoft Excel*.

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

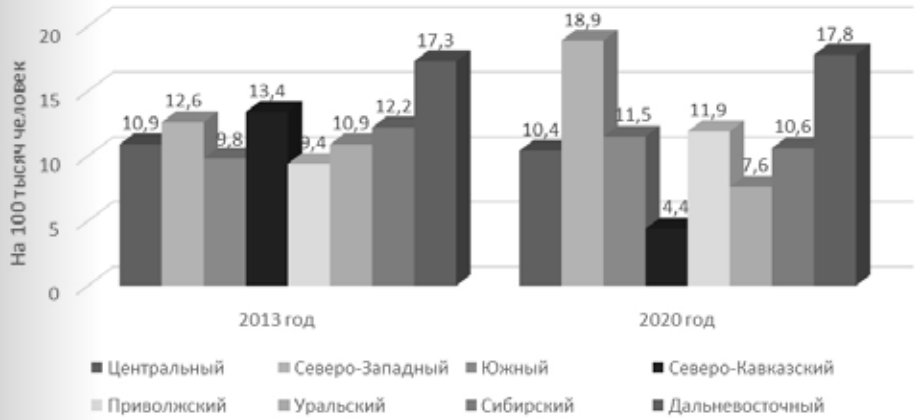


Рис. 1. Материнская смертность среди федеральных округов за 2013 и 2020 годы

При анализе материнской смертности среди федеральных округов в 2020 году на первом месте находился Северо-Западный (18,9 на 100 тысяч родившихся живыми), на втором месте — Дальневосточный (17,8 на 100 тысяч родившихся живыми), на третьем месте — Приволжский (11,9) (рис. 1).

Таким образом, Северо-Западный федеральный округ среди субъектов Российской Федерации за последние 8 лет (2013–2020) занимает ведущее место по показателю материнской смертности.

При сравнении материнской смертности среди населения Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа установлено, что в 2013 году данный показатель по Санкт-Петербургу был на 19% выше, чем по Северо-Западному федеральному округу, а в 2020 году — выше на 20%.

В динамике показателя материнской смертности на 100 тысяч родившихся живыми в период 2013–2020 годов среди населения Северо-Западного федерального округа число умерших увеличилось на 50% (таблица 1). Максимальный показатель отмечается в 2020 году: 18,9 случая, минимальный — в 2018-м: 9,6 (рис. 2).

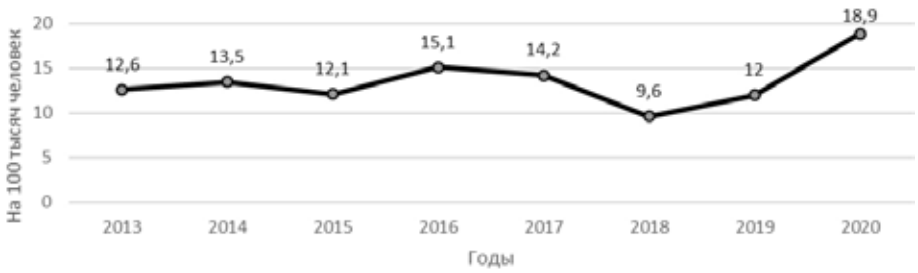


Рис. 2. Динамика показателя материнской смертности на 100 тысяч родившихся живыми в 2013–2020 годах среди населения Северо-Западного федерального округа

Таблица 1

Показатель материнской смертности среди федеральных округов за 2013–2020 годы [3]

Годы / Округа	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
	Число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. родившихся живыми							
Центральный	10,9	11,0	10,3	10,3	9,8	9,5	10,1	10,4
Северо-Западный	12,6	13,5	12,1	15,1	14,2	9,6	12,0	18,9
Южный	9,8	6,7	7,2	7,9	6,0	6,3	8,7	11,5
Северо-Кавказский	13,4	12,6	9,4	6,5	8,8	7,1	8,9	4,4
Приволжский	9,4	7,6	7,3	8,7	7,0	9,0	5,7	11,9
Уральский	10,9	9,2	6,6	9,2	7,7	6,8	6,7	7,6
Сибирский	12,2	15,2	15,5	11,6	9,3	12,2	7,9	10,6
Дальневосточный	17,3	14,9	16,2	10,9	8,0	12,3	17,6	17,8

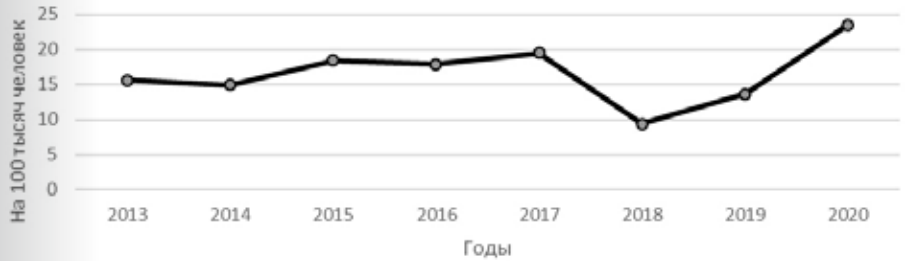


Рис. 3. Динамика показателя материнской смертности на 100 тысяч человек в Санкт-Петерубрге за 2013–2020 годы

В динамике показателя материнской смертности на 100 тысяч родившихся живыми среди населения Санкт-Петербурга в период 2013–2020 годов число умерших увеличилось на 51%, или в 1,5 раза (таблица 2). Максимальный показатель отмечается в 2020 году: 23,5 случая, минимальный — в 2018-м: 9,4 (рис. 3).

Таблица 2

Показатель материнской смертности среди населения Санкт-Петербурга за 2013–2020 годы [3]

Годы	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
	Число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. родившихся живыми							
Материнская смертность	15,6	14,9	18,4	17,9	19,5	9,4	13,6	23,5

Выводы. Северо-Западный федеральный округ среди субъектов Российской Федерации за последние 8 лет (2013–2020) занимает ведущее место по показателю материнской смертности. При сравнении материнской смертности среди населения Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа установлено, что в 2013 году данный показатель по Санкт-Петербургу был на 19% выше, чем по Северо-Западному федеральному округу, а в 2020 году — выше на 20%.

В динамике показателя материнской смертности на 100 тысяч родившихся живыми в период 2013–2020 годов среди населения Северо-Западного федерального округа данный показатель увеличился на 50%.

В динамике показателя материнской смертности на 100 тысяч родившихся живыми среди населения Санкт-Петербурга в период 2013–2020 годов данный показатель увеличился на 51%, или в 1,5 раза.

Наиболее высокие показатели материнской смертности среди населения как Северо-Западного федерального округа, так

и отдельно Санкт-Петербурга наблюдаются за 2020 год. Как сообщает медицинский журнал *The Lancet*, уровень материнской смертности и число мертворождений значительно увеличились из-за пандемии коронавируса [4].

В рамках Глобальной стратегии ВОЗ вместе с партнерами работает в направлениях:

– преодоления неравенства в доступности и качестве медико-санитарных услуг в сфере репродуктивного здоровья, здоровья матерей и новорожденных;

– обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения для всеобъемлющей медико-санитарной помощи в областях репродуктивного здоровья, здоровья матерей и новорожденных;

– преодоления всех причин материнской смертности, репродуктивной и материнской заболеваемости и связанных с ними инвалидностей;

– укрепления систем здравоохранения путем сбора надежных данных с целью реагирования на потребности и приоритеты женщин и девочек;

– обеспечения подотчетности для повышения качества помощи [5].

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/ru (дата обращения — 28.10.2021).

2. Распоряжение Правительства РФ от 16.09.2021 № 2580-р «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». — М., 2021. URL: https://clck.ru/YDdhj (дата обращения — 28.10.2021).

3. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru (дата обращения — 28.10.2021).

4. The Lancet Global Heaith [Электронный ресурс]. URL: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00079-6 (дата обращения — 28.10.2021).

5. Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи / Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. — Санкт-Петербург, 2020. — 260 с.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

Шогирадзе Л.Д.[1], Грачёва О.В.[1], Мильнер Е.Б.[2,3], Похлёбкина А.А.[2,3], Гурина О.П.[2], Блинов А.Е.[2], Варламова О.Н.[2], Новикова В.П.[2]

[1] СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 19», Санкт-Петербург, Россия

[2] ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия,

[3] Сеть клиник «Скандинавия» (ООО «АВА-ПЕТЕР»), Санкт-Петербург, Россия

apohlebkina@mail.ru

+7(950) 036 46 66

Введение. Наличие ожирения значительно снижает репродуктивный потенциал девушек. У девочек-подростков с ожирением более часто встречается СПКЯ (синдром поликистозных яичников), характеризующийся высоким уровнем тестостерона, а также достоверным увеличением уровней фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона и пролактина с одновременным снижением уровня прогестерона. Для ожирения центрального генеза характерно повышение концентрации уровня кортизола в крови, а также увеличение уровня фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона и пролактина. При алиментарно-конституциональном ожирении возможно повышение гонадотропных и стероидных гормонов. У девочек-подростков с ожирением возникает нарушение менструального цикла в виде олигоменореи, аменореи, первичное или вторичное бесплодие, высока частота гинекологических заболеваний, грозящих в будущем невынашиванием беременности, развитием гипотрофии плода, гестозов и других проблем.

Цель: изучить гормональный статус девочек-подростков, страдающих ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 20 девочек 14–17 лет, страдающих ожирением (ИМТ > 2,0 *SD*) и составивших 1-ю группу, и 34 девочки аналогичного возраста, имеющих нормальный ИМТ и составивших 2-ю группу. Методом ИФА определены уровни гормонов, влияющих на репродуктивную систему: ЛГ, ФСГ, эстрадиола, прогестерона, пролактина, Т3 свободного, Т4 свободного, ТТГ, АКТГ кортизола, лептина, грелина, серотонина, С-пептида и гомоцистеина. Все девочки были осмотрены детским гинекологом и эндокринологом. Статистическая обработка данных производилась с использованием лицензионных компьютерных программ *Microsoft Excel* 2016 и *Statistica* 12. При анализе распределений количественных данных определяли *t*-критерий Стьюдента. Критерием статистической значимости был уровень $p < 0{,}05$.

Результаты. Выявлены значимые различия между группами в уровне АКТГ (26,17 ± 7,41 пг/мл и 7,89 и 3,69 пг/мл, $p < 0{,}001$) и лептина (48,82 ± 34,6 нг/мл и 18,9 ± 13,8 нг/мл, $p < 0{,}001$). По остальным показателям значимых различий нет.

Время наступления менархе и характеристики менструального цикла в обеих группах не различались.

Заключение. Повышение уровней АКТГ и лептина у девочек-подростков с ожирением может служить доклиническим маркером риска будущих репродуктивных проблем. Для их предотвращения необходимо снижение ИМТ и контроль за адренозависимыми клиническими признаками.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК И СТИЛЕЙ ВОСПИТАНИЯ ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Архиповская О.А., Савина А.С.
СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента», Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль, Россия
aoa@juventa-spb.info
+7(920) 659 85 89

Резюме. В статье проанализированы и обобщены результаты исследования репродуктивных установок и стилей воспитания девушек-подростков с нарушениями менструального цикла. Определены предпочитаемые типы отношений и средний возраст первого полового контакта, ограничительные и побуждающие факторы вступления в половую жизнь, фрустрирующие факторы в семейных отношениях для девушек с нарушениями менструального цикла. Выявлено влияние СМИ и близкого окружения в вопросе информирования о сексуальных отношениях. Проанализирована информированность современных девушек о методах контрацепции.

Ключевые слова: нарушения менструального цикла; репродуктивные установки; стили воспитания; подростки

Актуальность. Психологический аспект очень важен в проблематике нарушений менструального цикла (далее — НМЦ), так как он может их спровоцировать.

Репродуктивные установки — это система отношений и психических состояний личности, ее действия, направленные на рождение детей или отказ от них. Они являются результатом влияния внешней среды, которая сформировала убеждения и отношение

к семье и детям. Само понятие «репродуктивная установка» было выведено из понятия «социальная установка», что подразумевает под собой ценностное отношение к социальному объекту, психологически выраженное в готовности к положительной или отрицательной реакции на него [1]. Аксиологический (социокультурный) фактор является главным при формировании репродуктивных установок и задействует механизмы воспитания, а также формирования ценностного отношения к семье [2].

Воспитание подразумевает под собой использование родителями различных стилей, формирующих определенные установки и типы поведения ребенка. Проблема стилей воспитания широко изучалась разными учеными (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, В. В. Столин и др.). Родители осознанно или на подсознательном уровне могут использовать попустительский (безнадзорность), авторитарный стили, где игнорируются потребности ребенка, но, во втором случае, устанавливаются жесткие рамки и требования. Эмоциональное отвержение родителем своего ребенка помимо игнорирования содержит в себе элемент жестокого обращения. Родители со стилем повышенной моральной ответственности сочетают высокие требования к ребенку с недостатком внимания к нему, меньшей заботой о нем.

Другим вариантом отношений являются стили по типу гиперопеки: потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, где ребенок — центр жизни родителей.

Наиболее рациональным считается демократический (авторитетный) стиль воспитания. Здесь сочетаются теплые отношения и высокий контроль, что позволяет родителям стоять на своей позиции и одновременно учитывать желания ребенка. Все перечисленные стили воспитания по-разному, но одинаково значимо влияют на развитие подрастающих девушек и могут формировать определенные черты характера (от гипертимных до психастенических) [3, 4].

Цель: изучить и сравнить репродуктивные установки и стили воспитания у девушек 16–18 лет с НМЦ и без данных нарушений.

Материалы и методы. В исследованиях участвовало 34 девушки-подростка в возрасте от 16 до 18 лет. Экспериментальная группа исследования была сформирована из 18 девушек с НМЦ (ресурсы интернет-сообществ с ориентировкой на данную проблематику). Контрольную группу составили 16 девушек без данных нарушений (учащиеся МОУ СОШ № 37 им. И.С. Конева, г. Вологда).

В исследовании использовался опросник «Подростки о родителях» [5]. Данная методика изучает родительские установки, поведение и методы воспитания в глазах детей подросткового и юношеского возраста. Методика содержит в себе три фактора и пять соответствующих им шкал: «позитивный интерес — автономность», «директивность — автономность», «непоследовательность» родителя к ребенку. Испытуемому необходимо оценить, какие из 50 утверждений об отце и 50 о матери наиболее им характерны от 2 (полностью соответствует) до 0 (не относится к родителю).

Отношение дочери к матери: позитивный интерес показывает положительное отношение матери к дочери, обусловленное психологическим принятием; директивность отражает жесткий контроль матери, применение власти, основанное на амбициях; враждебность описывает дистанцию матери, подозрительное отношение; автономность отражает снисходительность и нетребовательность матери, отрицание какой-либо заботы или опеки; непоследовательность показывает резкие смены стилей воспитания вне зависимости от причастия ребенка к таким переменам.

Отношение дочери к отцу: позитивный интерес отражает отцовскую уверенность в себе в ключе заботы, теплоты и открытости между ними; в случае директивности отец всегда заставляет свою дочь подчиняться нормам и правилам, принятым

в обществе, наставляет «на путь истинный»; враждебность указывает на эмоционально холодного отца, который является еще и сверхтребовательным; автономность описывает отца как отдельного от семьи человека, для которого семейные проблемы не существуют (он выше этого и безразличен к тому, что происходит вокруг него); непоследовательность показывает противоречивость родителя: в разные моменты времени он способен принимать противоположные решения.

Также была разработана анкета (автор — медицинский психолог О. А. Архиповская), направленная на исследование репродуктивных установок. С помощью данной анкеты можно не только получить сведения о репродуктивных установках испытуемых, но и оценить значимые параметры формирования репродуктивных установок и сексуального поведения. В круг изучаемых параметров включены: семья (анамнез, состав); эмоциональные привязанности; переживание критических ситуаций, угроз; наличие сексуально активного окружения; факт влияния институтов социализации на сексуальное развитие; значимость сексуальной жизни; факторы, стимулирующие и направляющие сексуальную активность; репродуктивные установки (отношение к признакам полового созревания, источники и характер сведений о половых отношениях; направленность полового влечения, отношение к сексуальным контактам, мотивы вступления в сексуальные отношения, количество сексуальных партнеров).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета *STATISTICA* 10.0. Для сравнительного анализа был применен расчет *U*-критерия Манна–Уитни.

Результаты. Изучая репродуктивные установки девушек с нарушениями менструального цикла, мы получили следующие результаты: для 50% сексуальная жизнь не отличается от других сторон их жизни, а у 28% она имеет большое значение, но такое же, как и остальные стороны жизни. Большинство

узнали о сексуальных отношениях от своих друзей (29%) и из СМИ (36%), лишь 7% от родителей; 61% девушек с НМЦ свободно общаются на тему сексуальной жизни. Большинство считают, что многие их знакомые юноши и девушки (56% и 56%) уже вступали в сексуальные отношения.

Средний возраст полового дебюта составил 15,9 лет, и в 85% случаев инициатором стал партнер. Ограничительными факторами вступления в половые отношения девушки считают: моральные соображения (16%); вероятность нежелательной беременности (16%); отсутствие случая (13%); физиологическую незрелость (11%); отсутствие сексуальной потребности (11%). Главными побуждающими к действию факторами стали: любовное влечение (31%), страсть (23%), любопытство (19%), настойчивость партнера (партнерши) (15%).

72% девушек с НМЦ считают себя достаточно осведомленными в вопросах физиологии, гигиены, ИППП и контрацепции. В вопросе выбора способа защиты были получены следующие результаты: 67% используют барьерные контрацептивные средства, 25% занимаются прерванным половым актом как способом защиты и 8% используют средства экстренной контрацепции.

На графике 1 видно, что у девушек с НМЦ преобладают стабильные долговременные отношения.

В качестве способа проявления своих чувств девушки чаще всего (44%) показывают свою нежность телесно, то есть различными прикосновениями, поглаживаниями, объятиями, поцелуями; около трети (28%) рассказывают о своих чувствах.

Также девушкам-тинейджерам было предложено выбрать одно из описаний близких отношений с людьми, которое им больше всего подходит. На выбор предоставлено три описания:

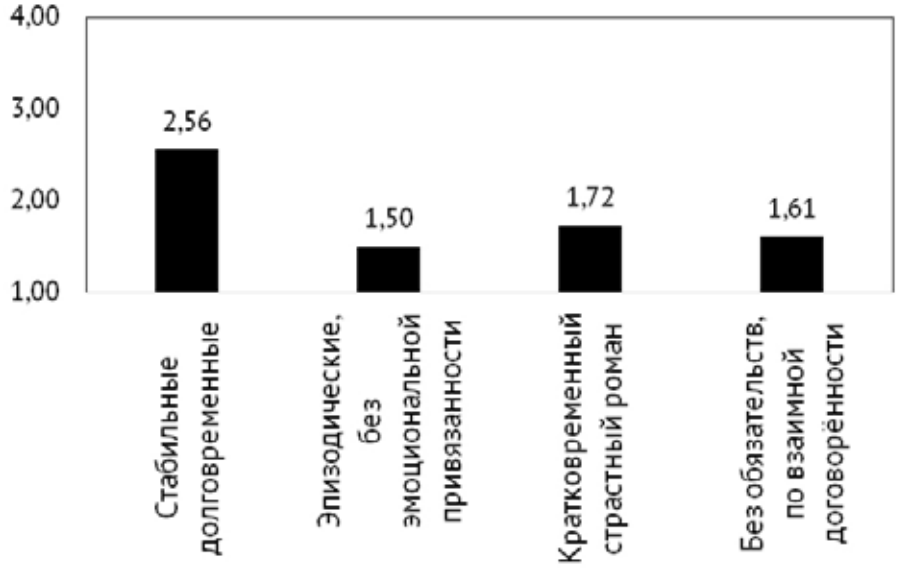
1) я считаю, что мне легко сближаться с людьми, я чувствую себя легко, когда завишу от них и позволяю им зависеть от меня. Я не боюсь, что меня кто-то бросит меня или сблизится со мной;

2) я чувствую себя неловко, когда сближаюсь с другими, мне кажется трудным доверять им, позволять себе зависеть от них. Я нервничаю, когда кто-то становится ближе, и предпочитаю сохранять дистанцию;

3) мне кажется, что другие не хотят сближаться со мной, как я бы хотел(а). Меня часто тревожит, что мой партнер на самом деле меня не любит или не хочет оставаться со мной.

График 1

Средние значения ответов на вопрос: «Какие отношения у вас возникают с партнером/партнершей?»



С первым описанием ассоциировали себя 6%. Им комфортно сближение с человеком, но не приносит сильной тревоги то, что их могут бросить или оставить. Большинство опрашиваемых, 53%, выбрало второе описание. Девушки испытывают стеснение при сближении, сложно доверяются и позволяют довериться им. У 41% выявлены большие сомнения и тревога в том, что кто-то

хочет с ними сблизиться, а также неуверенность, что их партнеры действительно любят их и хотят быть с ними.

Проанализированы причины стремлений, которые возникают у девушек по отношению к партнеру. В ходе сравнительного анализа с контрольной группой (см. таблицу 1) были получены достоверно значимые различия ($p < 0,05$) по пунктам «Желание знать о настроении человека» и «Желание знать о событиях, происходящих в его жизни».

Таблица 1

Сравнительный анализ причин стремления к партнеру в разных группах

Причина стремления к человеку	**Средние значения группы с НМЦ**	**Средние значения группы без НМЦ**	***U*-критерий**	**Стандартные отклонения**	**Уровень значения $p < 0,05$**
Желание знать о его настроении	3,5	2,75	76	2,54	0,011
Желание знать о событиях, происходящих в его жизни	3,5	2,86	88	2,12	0,034

Данные результаты позволяют сделать вывод, что девушки с НМЦ гораздо больше стремятся знать о том, в каком настроении их партнер находится, а также о том, что происходит в его жизни, по сравнению с девушками без НМЦ.

Девушкам-подросткам было предложено ответить, чем для них может быть интимная близость. Сравнительный анализ данного вопроса, представленный в таблице 2, показал, что существуют достоверно значимые различия ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$) между контрольной и экспериментальной группами по пунктам: любопытство, средство познания себя; сближение с другим человеком; чувственное наслаждение; получение эмоционального тепла; телесное удовольствие.

Таблица 2

Сравнительный анализ причин интимной близости в разных группах

Причина интимной близости	Средние значения группы с НМЦ	Средние значения группы без НМЦ	*U*-критерий	Стандартные отклонения	Уровень значения *p*
Любопытство, средство познания	2,28	1,50	68	2,81	0,0048**
Сближение с другим человеком	3,28	1,75	38	3,79	0,0002***
Чувственное наслаждение	3,06	2,13	77	2,38	0,017*
Получение эмоционального тепла	2,94	2,06	82	2,19	0,028*
Телесное удовольствие	2,94	1,88	63	2,89	0,0038**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,1$; *** $p < 0,001$

По результатам, представленным в таблице 2, мы можем сделать вывод, что девушки без НМЦ не имеют четкого представления о том, что для них значит интимная близость. Девушки-подростки с НМЦ обозначают для себя интимную близость как эмоциональную и телесную, а также как средство познания себя.

Исследуя обстоятельства, которые имеют место в жизни девушек-подростков с НМЦ, мы провели сравнительный анализ групп. Результаты представлены в таблице 3.

В таблице 3 видны достоверно значимые различия ($p < 0,05$, $p < 0,01$) между контрольной и экспериментальной группами. Девушки с НМЦ чаще испытывают эмоциональные срывы, недостаток друзей, имеют нарушения питания, больше подвергаются суровым наказаниям и имеют опыт в употреблении наркотиков, чем девушки без НМЦ.

Таблица 3

Сравнительный анализ групп по жизненным обстоятельствам

Жизненные обстоятельства	Средние значения группы с НМЦ	Средние значения группы без НМЦ	U-критерий	Стандартные отклонения	Уровень значения *p*
Эмоциональные срывы	3,83	2,44	55	3,14	0,002**
Нарушение питания	4,28	2,81	62	2,96	0,003**
Наркотики	1,67	1	88	2,71	0,007**
Недостаток друзей	3,39	2,31	82	2,17	0,03*
Суровые наказания	1,83	1,13	85	2,44	0,015*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Также проведен сравнительный анализ того, какие события переживаются девушками с НМЦ как фрустрирующие (см. таблицу 4).

На основании результатов (см. таблицу 4) выявлены достоверно значимые различия ($p < 0,05$, $p < 0,01$) между группами. Мы можем сделать следующие выводы: девушки с НМЦ чаще испытывают состояние фрустрации при ссорах в семье, недостатке внимания, поддержки со стороны значимого взрослого и при взаимодействии с ним.

Безвыходное состояние, заставляющее сильнее волноваться девушек-подростков с патологией, чем у девушек без нее, происходит, когда их обманывают или предают, заставляют находиться дома. Влюбленность часто вводит респондентов в состояние фрустрации.

Изучая стили воспитания (см. таблицу 5), мы получили низкие показатели по шкалам «Позитивный интерес» и «Директивность» в оценке воспитания отцом. На основе описания шкал автором методики можно предполагать, что у девушек с НМЦ слабо

выражены теплые, дружеские отношения с отцом, а также отсутствует ощущение «твердой мужской руки». Высокий показатель по шкале «Враждебность» отца характеризует его эмоционально холодное отношение к дочери, с ожиданием увидеть в ней идеального ребенка.

Таблица 4

Сравнительный анализ групп по фрустрирующим событиям в жизни

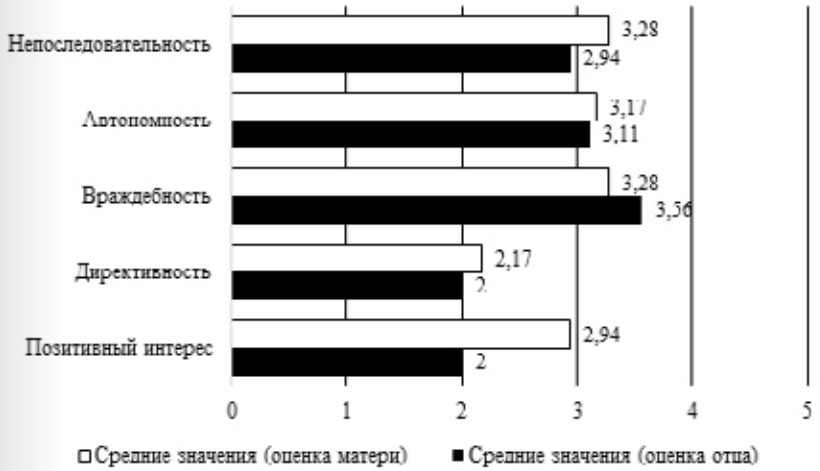
Фрустрирующие события	**Средние значения группы с НМЦ**	**Средние значения группы без НМЦ**	***U*-критерий**	**Стандартные отклонения**	**Уровень значения *p***
Ссоры в семье	3,67	2,38	57	3,07	0,002**
Вынужденное пребывание дома	2,78	1,81	82	2,23	0,026*
Влюбленность, любовь	3,83	2,75	75	2,42	0,015*
Недостаток внимания, поддержки со стороны значимого взрослого	3,28	2,25	80	2,24	0,025*
Взаимодействие со значимым взрослым	2,83	1,81	81	2,26	0,024*
Обман, предательство, крах идеалов	3,83	2,81	81	2,24	0,025*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Анализируя данные по оценке воспитания матерью (см. график 2), мы получили низкую оценку по шкале «Директивность». Это можно интерпретировать как отсутствие жесткого контроля и постоянных наказаний ребенка.

График 2

Средние значения по методике «Подростки о родителях»



Нормативные показатели		
Низкие	Норма	Высокие
0-2	3-4	5

В ходе сравнительного анализа экспериментальной и контрольных групп выявлены достоверно значимые различия ($p < 0.05$) по методике «Подростки о родителях» в оценке воспитания отцом.

Таблица 5

Сравнительный анализ по методике «Подростки о родителях» (отец)

Шкалы	**Средние значения группы с НМЦ**	**Средние значения группы без НМЦ**	***U*-критерий**	**Стандартные отклонения**	**Уровень значения p < 0,05**
Директивность	2,00	1,31	88	2,141	0,032
Враждебность	3,56	2,31	79	2,306	0,022
Непоследовательность	2,94	2,19	88,5	2,099	0,036

По таблице 5 мы можем наблюдать достоверно значимые различия между группами по шкалам «Директивность», «Враждебность», «Непоследовательность» и более высокие средние значения в экспериментальной выборке. Так, девушки с НМЦ оценивают воспитание отца как непредсказуемое с резкой сменой стиля воспитания. Однако высокие средние показатели по шкалам «Директивность» и «Враждебность» характеризуют воспитание как строгое, жесткое и сверхтребовательное по сравнению с девушками без нарушений данного типа.

При сравнительном анализе экспериментальной и контрольной групп выявлены достоверно значимые различия ($p < 0,05$) по методике «Подростки о родителях» в оценке воспитания матерью.

Таблица 6

Сравнительный анализ по методике «Подростки о родителях» (мать)

Шкала	**Средние значения группы с НМЦ**	**Средние значения группы без НМЦ**	***U*-критерий**	**Стандартные отклонения**	**Уровень значения $p < 0,05$**
Непоследовательность	3,28	2,50	87,5	2,021	0,043

По данным таблицы 6 мы видим достоверные значимые различия между группами по шкале «Непоследовательность». Помимо этого, здесь более высокие средние показатели. Из полученных результатов можно сделать вывод, что в воспитании девушек с НМЦ матерью преобладает резкая смена стилей воспитания от очень строгого к либеральному и наоборот.

Выводы. Данное исследование репродуктивных установок и стилей воспитания позволило выявить следующие особенности девушек с НМЦ.

1. Первый половой контакт у большинства таких девушек состоялся в 15–18 лет по инициативе партнеров. На это их подталкивало любовное влечение. Они представляют себе интимную близость как то, что сблизит их с партнером, даст чувственное, эмоциональное и телесное удовольствие. Часто состоят в стабильных длительных отношениях. Свободно общаются на темы сексуальной жизни в кругу знакомых и могут рассказать своему партнеру о переживаниях интимного характера. Из моральных соображений и страха нежелательной беременности могут сдерживать вступление в половую связь.

2. Девушки с нарушениями менструального цикла и без них узнали о сексуальных отношениях от своих знакомых, друзей, средств массовой информации. Туда же они могут обратиться, если возникает потребность обсудить темы сексуального характера. Считают, что все знают о способах контрацепции, защите от ИППП, в качестве основного метода используют барьерные средства защиты. Девушки-подростки стеснительны и боятся сближения с человеком, стараясь сохранять дистанцию. Свои чувства к партнеру проявляют посредством объятий, поцелуев, поглаживаний и т. д. Значимость сексуальной жизни для них не отличается от других сторон жизни.

3. Воспитание родителями у девушек с НМЦ оценивается как более непоследовательное и непредсказуемое, со стороны отца присутствует строгость и требования соответствовать идеалу. Слабо выражены теплые, дружеские отношения с отцом, отсутствует ощущение «твердой мужской руки». Высокий показатель по шкале «Враждебность» отца характеризует его эмоционально холодное отношение к дочери с ожиданием увидеть в ней идеального ребенка. Низкую оценку по шкале «Директивность» можно интерпретировать как отсутствие жесткого контроля и постоянных наказаний матерью.

Список литературы

1. Фараонова А. И., Амбарова П. А. Репродуктивные установки студенческой молодежи: проблемы и способы формирования // Динамика и инерционность воспроизводства населения и замещения поколений в России и СНГ. 2–3 июня 2016 года. — Институт экономики Уральского отделения РАН (Екатеринбург). — Т. 1. — С. 257–261.

2. Хадиева Л. Г. Репродуктивные установки: методологические основы исследования // Вестник Казанского технологического университета. — 2006. — № 6. — С. 289–293.

3. Лапшина Е. А., Дуда И. В. Характеристика стилей семейного воспитания // Психология и образование. — 2017. — № 9 (39). — С. 15–18.

4. Миниярoв В. М. Психология семейного воспитания (диагностико-коррекционный аспект). — М., 2000. — С. 8–9.

5. Вассерман Л. И., Горьковая И. А., Ромицына Е. Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. — СПб.: ФАРМиндекс, 2001. — С. 6.

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Ачик Н.Д.

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

natalya.achik.89@yandex.ru

Резюме. В данной статье представлен обзор как отечественной, так и зарубежной литературы и результатов эмпирических исследований по проблеме суицидального поведения у лиц, ставших жертвами психологического, физического или сексуализированного насилия в детском и подростковом возрасте. Рассмотрены различные концепции суицидогенеза и описана их взаимосвязь с последствиями жестокого обращения. Описаны механизмы суицидального поведения с точки зрения схема-ориентированного подхода, представлены и проанализированы данные различных эмпирических исследований, свидетельствующие о наличии взаимосвязи между ранними дезадаптивными схемами (РДС) и суицидальным поведением.

Ключевые слова: суицидальное поведение; жестокое обращение с детьми; ранние дезадаптивные схемы

За последние десятилетия отмечается следующая динамика случаев суицида: по данным Всемирной организации здравоохранения, самоубийство — вторая по частоте причина смерти у лиц 15–29 лет; ежегодно в мире около 1 млн человек погибает вследствие совершения суицидальной попытки. В России

в настоящее время отмечается снижение частоты самоубийств, однако проблема суицидального поведения по-прежнему актуальна: несмотря на существенное снижение показателей за последние два десятилетия, по сравнению с большинством европейских стран уровень смертности от самоубийств в России остается высоким. Статистические данные не позволяют в полной мере оценить распространенность проблемы, так как нередко смерть в результате самоубийства рассматривается как несчастный случай, а такие формы суицидального поведения, как суицидальные мысли и попытки, недоступны статистическому учету. Также наблюдается рост количества самоубийств среди подростков и молодежи при снижении в других возрастных группах.

Ю.В. Попов и А.А. Пичиков [1] описали социально-демографические характеристики подростков, совершивших попытку суицида. Отмечается неблагополучие в социально-

бытовой сфере: лишь 42,7% подростков проживают в отдельной квартире/доме, 33,7% — с родственниками в комнатах коммунальных квартир, 15,7% — в общежитиях, 7,9% — в интернатах. Среди типов семейного воспитания чаще встречаются гипопротекция (23,6%) и эмоциональное отвержение (21,4%), реже — потворствующая (12,4%) и доминирующая (16,8%) гиперпротекция, в 6,7% случаев на ребенка в семье накладывалась повышенная моральная ответственность. Отмечается дистанцированность подростков от семьи, аффилиативные потребности подростки удовлетворяли в группе сверстников, нередко склонных к девиантному поведению.

Анализируя результаты большого количества исследований, можно говорить о существовании взаимосвязи между жестоким обращением по отношению к ребенку и суицидальным риском [2–4]. Под жестоким обращением с детьми (англ. *Child Abuse and Neglect*) принято понимать поведение, выходящее за рамки социальных норм с риском причинения физического

или эмоционального вреда ребенку. Подобное поведение может быть как намеренным, так и непреднамеренным, включает в себя как определенные действия, так и бездействие. Принято различать следующие виды жестокого обращения: физическое, сексуализированное, эмоциональное насилие, пренебрежение нуждами ребенка. В случаях, когда возникают затруднения в отнесении конкретного случая к жестокому обращению, принято оценивать тяжесть, частоту и длительность воздействия, а также возраст и уровень развития ребенка [5].

Выявление случаев жестокого обращения с детьми со стороны родителей/опекунов в России является задачей сотрудников органов опеки и попечительства, педагогов образовательных учреждений, медицинских сотрудников, инспекторов подразделений по делам несовершеннолетних.

В случае, если дальнейшее проживание в семье представляет опасность для ребенка, его помещают в социально-реабилитационный центр. Родители могут понести административную (ст. 5.35 КоАП РФ), а в определенных случаях и уголовную ответственность (по ст. 156 УК РФ), также может быть подан иск о лишении их родительских прав. Таким образом, при выявлении факта жестокого обращения у ребенка есть такие варианты дальнейшего жизнеустройства, как возвращение в семью, оформление опеки родственником, проживание в центре содействия семейному воспитанию.

В фокусе внимания специалистов оказываются вопросы нормализации детско-родительских отношений и/или адаптации к изменившимся условиям жизни. Также важна работа, направленная на диагностику и коррекцию психологических последствий жестокого обращения и оценку суицидального риска.

Описаны следующие последствия жестокого обращения [5, 6].

1. Физические: травмы (ожоги, порезы, гематомы, переломы костей и т. д.), заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП),

беременность, энурез, энкопрез, нарушения сна и аппетита, соматические жалобы.

2. Эмоциональные: страх, тревога, обида, гнев, иррациональная вина и стыд, чувство собственной малоценности и неполноценности.

3. Поведенческие: агрессивное поведение, воровство, делинквентное и аддиктивное поведение, аутодеструктивное поведение, сексуализация поведения, импульсивное, рискованное поведение.

4. Когнитивные: нарушения внимания, памяти, мышления.

5. Формирование психопатологических симптомов и синдромов, например амнезия, диссоциация, нарушения пищевого поведения, невроз, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), психотические черты.

Результаты ряда исследований позволяют предполагать, что жестокое обращение с детьми оказывает влияние на развитие структур головного мозга ребенка [7]. Так, у лиц, подвергшихся жестокому обращению, *Teicher* отмечал уменьшение объемов гиппокампа, мозолистого и миндалевидного тел [8]. *Schore* описывает влияние травматического опыта на созревание орбитофронтальной коры мозга, функциями которой являются управление, интеграция и модуляция аффектов [9]. То есть жестокое обращение влияет на созревание структур головного мозга, активно участвующих в управлении эмоциями.

В качестве биомаркеров суицидального поведения *Lutz P.-E., Mechawar N., Turecki G.* [10] описывают изменение метилирования нейротрофических и нейропротективных факторов в гиппокампе и префронтальной коре как последствия «неблагоприятного детства».

Существует предположение о том, что в подростковом возрасте актуализируются латентные последствия жестокого обращения, даже эпизодического [11]; подросткам также свойственны

периоды сниженного настроения, которое не достигает уровня клинической депрессии [12], однако это может послужить объяснением повышения риска суицидального поведения в подростковом возрасте [13].

Проблема суицидального поведения подростков носит междисциплинарный характер. Вопросы этиологии и превенции самоубийств среди подростков и молодежи рассматривают философия, социология, психиатрия, психология. В настоящее время существует множество теорий о причинах, мотивах, динамике суицидального поведения.

В концепции А.Г. Амбрумовой [14], широко известной в отечественной суицидологии, основным этиологическим фактором названа *социально-психологическая дезадаптация*. В данной концепции описываются такие индивидуальные факторы суицидального риска, как, например, сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам; своеобразие интеллекта (например, максимализм, категоричность); недостаточность механизмов планирования будущего; неадекватная личностным возможностям самооценка; слабость личностной психологической защиты; снижение / утрата ценности жизни. Также описываются следующие суицидоопасные позиции, занимаемые личностью: «Меня никто не понимает», «Все против меня», «Нет справедливости», «Нет сил бороться», «Я никому не нужен», «За что вы меня так мучаете», «Дальше — хуже», «Мне не вынести этого позора», «Никогда не прощу себе», «Никогда не вернуть того, что было».

Вышеописанные убеждения нередко формируются в детстве, в ситуациях, когда значимый взрослый не проявляет необходимой чуткости, эмпатии, не способен по каким-либо причинам понимать и удовлетворять базовые потребности ребенка. Часто жертвы жестокого обращения испытывают иррациональное чувство вины и стыда, что связано с таким механизмом психологической защиты, как всемогущий контроль, то есть

бессознательной убежденностью в возможности все держать под контролем, избеганием чувства бессилия, беззащитности и беспомощности.

В концепции Э. Шнейдмана [15, 16] как основная причина суицида рассматривается психическая боль, связанная с фрустрированными психологическими потребностями, такими как принадлежность, любовь, безопасность. В случаях, когда ребенок подвергается жестокому обращению в своей семье, всегда оказывается фрустрированной потребность в безопасности, даже если ребенок получает любовь, принятие и поддержку от других членов семьи. Э. Шнейдман сформулировал также общие черты суицидов: общая цель — поиск решения, общая задача — прекращение сознания, общее внутреннее отношение — амбивалентность, общая эмоция — безнадежность, общее состояние психики — сужение когнитивной сферы, общее действие — бегство, общее коммуникативное действие — сообщение о своем намерении, общая закономерность — соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю. Жестокое обращение — это, как правило, длительная и систематическая фрустрация эмоциональных или физиологических потребностей, отсутствие помощи и эмоциональной поддержки от окружающих, что вызывает субъективное ощущение безнадежности, когда единственным доступным выходом кажется бегство (уходы из дома, аддиктивное поведение, суицид).

В интерперсональной модели Т. Джойнера [17] особое внимание уделяется специфическому переживанию человека отдаленности от других, суицидальное поведение формируется при сочетании воспринимаемой обременительности себя для окружающих и суицидальной готовности при помощи повторяющейся экспозиции рискованного поведения (например, ребенок неоднократно был жертвой или свидетелем насилия в семье или же имеет опыт самоповреждающего поведения).

J. Renaud и др. [18] доказали наличие взаимосвязи между суицидальным риском и уровнем агрессии в семье. *D. Lester* отводит значимую роль в суицидогенезе наказанию ребенка в процессе воспитания — так ребенок учится подавлять агрессию и обращать ее на себя [19].

Также выделяют диатез-стресс модель, согласно которой суицидальное поведение развивается под влиянием какого-либо стресса (триггера) на личность, имеющую определенную предрасположенность к самоубийству (или же повышенную чувствительность к факторам, снижающим антисуицидальный барьер). *A. Spirito* и соавторы [20] рассматривают в качестве уязвимости сочетание предрасположенности к психопатологическим проявлениям и ранний травматический опыт.

Б.С. Положий [21, 22] отмечает наличие этапности и динамики суицидального поведения, а наступление каждого этапа связывает с воздействием определенных детерминант, разделенных на три ранговые группы: 1-я — биологические, клинические и личностно-психологические факторы, 2-я — отсутствие социальной поддержки, семьи, злоупотребление психоактивными веществами, наличие соматических заболеваний, пережитое насилие, 3-я — факторы социального неблагополучия, этнокультуральные особенности. То есть жестокое обращение и его последствия относятся к детерминантам всех трех групп: например, к биологическим, по данным *Teicher* и *Schore,* относятся особенности созревания структур головного мозга [8, 9], к личностно-психологическим — суицидальная готовность, сформированная как следствие жестокого обращения, к этнокультуральным особенностям — этнические и религиозные различия в вопросах воспитания детей, допустимости физических наказаний, обращения за медицинской помощью [5].

Бессел ван дер Колк указывает на своеобразное застревание человека в режиме «бей или беги» в связи с хроническим

повышением уровня гормонов стресса, что приводит к таким последствиям, как проблемы с памятью и вниманием, раздражительность, нарушения сна. К последствиям жестокого или пренебрежительного обращения он относит нарушения контроля эмоций, диссоциацию, проблемы в межличностных отношениях, а также неадекватность восприятия собственной личности и социального окружения. Вышеперечисленные последствия могут являться причиной социально-психологической дезадаптации, следствием которой нередко является суицидальное поведение [23]. Марша М. Линехан описывала взаимосвязь насилия и пограничного расстройства личности, одним из основных диагностических критериев которого является суицидальное поведение [24].

По данным Ю.В. Попова и А.А. Пичикова, в анамнезе подростков, совершивших суицидальную попытку, преобладало психологическое насилие (77,5%), реже — физическое (64,0%), о сексуализированном насилии сообщили 14,6% респондентов, однако предполагается, что эти данные могут быть неполными [1]. Вышеописанные данные объясняются тем, что физическое и сексуализированное виды насилия практически не встречаются в отдельности от таких форм психологического насилия, как, например, отвержение, эмоциональная отгороженность, непризнание границ ребенка, развращение, терроризирование [5].

Ряд исследований свидетельствует о том, что антивитальные переживания значительно интенсивнее и чаще наблюдаются у жертв сексуализированного насилия, чем физического [25, 26], однако данные исследований о взаимосвязи возраста начала сексуализированного насилия и суицидального риска противоречивы. Так, например, результаты исследования, проведенного *Jorge Lopez-Castroman, Nadine Melhem, Boris Birmaher, et al.,* свидетельствуют о том, что чем раньше возраст начала сексуализированного насилия, тем выше суицидальный риск [27], а по данным *S. Stepakoff,* наиболее высокий риск — у жертв сексуализированного насилия старшего подросткового возраста [28].

Рассматривая основные причины подросткового суицида, перечисленные *Harris C. et al.,* можно наблюдать взаимосвязь многих из них с последствиями жестокого обращения:

1) безуспешный призыв о помощи;
2) бегство от субъективно невыносимой ситуации;
3) бегство от интенсивных негативных эмоций;
4) попытка повлиять на кого-либо;
5) демонстрация силы своих чувств кому-либо;
6) желание облегчить кому-либо жизнь;
7) стремление заставить кого-либо жалеть о своих поступках;
8) желание напугать или добиться своего;
9) стремление, чтобы другие поняли интенсивность переживаний суицидента;
10) желание выяснить, любит ли кто-либо суицидента;
11) невозможность найти другой выход из сложившейся ситуации;
12) потеря контроля, непонимание причин своего поведения;
13) желание умереть [29, 12].

Дети и подростки часто боятся сообщать о фактах жестокого обращения в семье или же имеют негативный опыт обращения за помощью, в связи с этим чувствуют себя одинокими, сложившуюся ситуацию и собственные переживания, связанные с ней, оценивают как уникальные.

В последнее время учеными разных стран активно исследуется вопрос взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и различных психопатологических состояний. Взаимосвязь РДС и риска суицида исследовали Р. Дейл, К. Пауэр, С. Кейн, А. М. Стюарт и Л. Мюррей [30]. Связь между наличием РДС и симптомами депрессии, тревожности выявили М. Н. Люмли и К. Л. Харкнесс [31]. Д. В. Труевцев изучал РДС при депрессиях различной

выраженности [32], П. Р. Юсупов исследовал РДС у лиц с тревожно-депрессивной симптоматикой [33]. М. В. Галимзянова и Е. Д. Смышляева изучали взаимосвязь РДС и страхов у детей и взрослых [34].

Впервые понятие «ранние дезадаптивные схемы» ввел Джефри Янг [35], понимая под этим совокупность ригидных эмоций, когниций, воспоминаний, телесных ощущений, представлений о себе, взаимоотношениях с другими людьми и о мире в целом. Эти схемы формируются в детстве и юности, когда те или иные потребности ребенка были фрустрированы (это могут быть физиологические, эмоциональные или социальные потребности), то есть родители не были способны к эмоциональному сопереживанию, не проявляли чуткости к нуждам ребенка (см. таблицу).

Среди факторов, препятствующих удовлетворению потребностей ребенка, выделяют внешние, например условия среды, и внутренние, такие как особенности темперамента [36]. РДС наблюдаются у всех, в том числе и у детей, однако степень их выраженности различна. РДС со временем усложняются и оказывают влияние на поведение человека во многих жизненных ситуациях.

По мнению Дж. Янга, РДС являются в значительной степени дисфункциональными, однако схема считается патологической лишь в том случае, если она связана с патологическими переживаниями или симптомами либо нарушается социальное функционирование личности [37, 38], что согласуется с концепцией А. Г. Амбрумовой о социально-психологической дезадаптации как причине суицидального поведения. В поведении людей с одной и той же схемой могут наблюдаться существенные различия, что объясняется не только выраженностью схемы, но и существованием различных стилей копинга, то есть разными способами совладания с РДС: *капитуляция* (схема воспринимается как полностью соответствующая действительности, следствием

является негативная оценка перспектив и собственной личности), *избегание* (самоизоляция, избегание определенных ситуаций, аддикции) и *гиперкомпенсация* (поведение, при котором реальность противоположна схеме, наблюдается завышенный уровень притязаний, то есть самооценка неадекватна личностным возможностям).

Так как одной и той же схеме могут соответствовать различные поведенческие проявления и эмоциональные состояния, было введено понятие схема-режимов, под которыми понимается эмоциональные состояния как результат действия конкретной схемы.

Схемные режимы разделяются на «детские режимы», «дисфункциональные родительские режимы», «дисфункциональные копинговые режимы» и «здоровые режимы». Интенсивные негативные эмоции, такие как гнев, печаль, одиночество или чувство покинутости, характерны для детских режимов, а для дисфункциональных родительских режимов характерны обесценивание, ненависть к себе как результат интернализации родительских реакций на ребенка, то есть срабатывает такой механизм психологической защиты, как интроекция, негативное родительское отношение воспринимается ребенком как собственное [37].

Таким образом, все вышеперечисленные дисфункциональные режимы могут являться следствием жестокого обращения.

В качестве наиболее значимых предикторов суицидального риска А. И. Ерзин, Т. С. Семёнова и Е. Ю. Антохин [39] выделяют следующие РДС: дефективность / стыдливость и самопожертвование. Р. В. Кадыров и Т. А. Мироненко [36] помимо вышеуказанных РДС отмечают, что для суицидентов характерна выраженность таких схем, как социальная изоляция, зависимость, грандиозность, обреченность на неудачу / неуспешность. Данные схемы формируются при фрустрации потребностей

в безопасной привязанности, принятии, заботе, автономии, свободном выражении эмоций, реалистичных границах.

Вышеуказанные схемы согласуются с данными различных исследований как о личностно-эмоциональных особенностях суицидентов, так и о жертвах жестокого обращения: импульсивность, склонность к фиксации на негативных переживаниях, низкий уровень самоконтроля, низкая самооценка, сверхкритичность, негативное представление о будущем, высокая потребность в эмоциональной близости, низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, низкая фрустрационная толерантность.

И. А. Кудрявцевым и Е. Э. Декало [40] было установлено, что степень рефлексии и глубина осознания психотравмирующего события являются значимым критерием суицидального риска, при этом защитные механизмы направлены на вытеснение смысла травмы, наблюдались нарушения мотивационной сферы, ригидность и неспособность к поиску различных способов разрешения трудностей, фиксация на единственном способе реагирования, что также наблюдается при выраженных РДС, — дисфункциональные копинг-стратегии [36, 38].

В рамках схема-ориентированного подхода доступна диагностика как актуального эмоционального состояния, так и ряда предиспозиционных факторов суицидального риска.

Данные диагностики РДС могут быть полезны в создании программ дифференцированной превенции суицидального поведения у подростков: схемы позволяют выявить причины и мотивы суицидального поведения, его психологический смысл; выраженность РДС дает возможность оценить вероятный уровень социально-психологической дезадаптации; стили копинга и схема-режимы отражают общий жизненный стиль.

Таблица
18 ранних дезадаптивных схем в разбивке
по категориям и их взаимосвязь с базовыми
эмоциональными потребностями [37]

Категория схем	**РДС**	**Фрустрированные потребности**	**Виды жестокого обращения, являющиеся возможной причиной фрустрации**
Разобщенность и отвержение	1. Покинутость / нестабильность 2. Недоверие / насилие 3. Эмоциональная депривация 4. Дефективность / стыд 5. Социальная изоляция / отчуждение	Безопасная привязанность, принятие, забота	Психологическое, физическое, сексуализированное насилие, пренебрежение нуждами ребенка
Нарушение личностной автономии и непризнание достижений	6. Зависимость / некомпетентность 7. Подверженность физическому вреду или болезням 8. Слитность с другими / неразвитое «я» 9. Обреченность на неудачу	Автономия, компетентность, чувство самости	Психологическое насилие
Нарушенные границы	10. Обладание особыми правами / грандиозность 11. Недостаток самоконтроля / самодисциплины	Реалистичные границы, самоконтроль	Психологическое насилие (чрезмерный контроль со стороны родителей или, наоборот, попустительство), пренебрежение нуждами ребенка
Направленность на других	12. Подчинение 13. Самопожертвование 14. Поиск одобрения	Свободное выражение потребностей и эмоций	Психологическое насилие (например, эмоциональная холодность, отстраненность родителей)
Сверхбдительность и подавление	15. Негативность / пессимизм 16. Подавление эмоций 17. Завышенные требования к себе 18. Карательность	Спонтанность, способность к игре	Психологическое, физическое насилие, пренебрежение нуждами ребенка

В настоящее время взаимосвязь РДС и суицидального риска активно изучается как в России, так и в зарубежных странах, существуют данные эмпирических исследований, свидетельствующие о наличии взаимосвязи между РДС и суицидальным поведением, изучение ранних дезадаптивных схем у жертв жестокого обращения является перспективным направлением понимания суицидогенеза. Так, например, в настоящее время остаются неизученными влияние индивидуально-психологических особенностей личности, различных видов жестокого обращения с детьми на формирование РДС, взаимосвязь конкретных схем и психологического смысла суицидального поведения, взаимосвязь между выраженностью определенных схем и суицидальным риском, то есть выяснение вопроса, возможно ли использование схема-ориентированного подхода при оценке летальности. Оценка эффективности схема-ориентированного подхода в диагностике и превенции суицидального риска требует проведения дополнительных исследований.

Список литературы

1. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. — 366 с.

2. Falgares, Giorgio & Marchetti, Daniela & Manna, Giovanna & Musso, Pasquale & Oasi, Osmano & Kopala-Sibley, Daniel & De Santis, Sandro & Verrocchio, Maria Cristina. Childhood Maltreatment, Pathological Personality Dimensions, and Suicide Risk in Young Adults. Frontiers in Psychology. 9. 10.3389/fpsyg.2018.00806.

3. Brodsky, Beth & Stanley, Barbara. Adverse Childhood Experiences and Suicidal Behavior. The Psychiatric clinics of North America. 31. 223-35. 10.1016/j.psc.2008.02.002.v.

4. Розанов В.А., Емяшева Ж.В., Бирон Б.В. Влияние травмы детского возраста на накопление стрессовых событий и формирование суицидальных тенденций в течение жизни // Укр. мед. часопис. — 2011. — № 6. — С. 94–98.

5. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. — Москва: Генезис, 2006. — 256 с.

6. Локтионова А.В. Страдание детей от насилия в семье и принципы психотерапевтической помощи // Московский психотерапевтический журнал. — 2002. — № 4. — С. 90–105.

7. Бриш К.Х. Терапия нарушений привязанности. От теории к практике. — Москва: Когито-центр, 2014. — 316 с.

8. Teicher M.H., Polcari A., Andersen S.L., Anderson C.M., Navalta C. Neuro-biological effects of childhood stress and trauma // S.W. Goates (Hrsg.). 2003. September, 11, trauma and human bonds. Hillsdale: The Analytic Press, 211–238.

9. Schore A.N. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal 2001;22:201–69.

10. Lutz P-E., Mechawar N., Turecki G. Neuropathology of suicide: recent Findings and future directions. Molecular Psychiatry advance online publication. July 11 2017. DOI:10.1038/mp.2017.141.

11. Луковцева З.В., Кулажина Д.В. Актуальные проблемы профилактики жестокого обращения с детьми // Психология и право. — 2013. — № 3.

12. Дмитриева Н.В., Короленко Ц.П., Левина Л.В. Психологические особенности личности суицидальных подростков // Вестник Кемеровского государственного университета. — 2015. — № 1 (61). — Т. 1.

13. Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. — 2017. — Т. 25. — № 3.

14. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. — Москва, 1980.

15. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. — Москва: Смысл, 2001. — 315 с.

16. Моховиков А.Н. Психическая боль. Природа, диагностика и принципы гештальттерапии // Московский психотерапевтический журнал. — 2003. — № 4.

17. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K., Rudd M.D. The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients. Washington: American Psychological Association, 2009. 246 p.

18. Renaud J., Berlim M.T., McGirr A., Tousignant M., Turecki G. Current psychiatric morbidity, agression/impulsivity and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study // J. Affect. Disord. 2008;105:221–8.

1. Ефремов В.С. Основы суицидологии. — Санкт-Петербург: Диалект, 2004. — 480 с.

20. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wollf J., Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality // Child and Adolescent Psychiatric Clinics 2011;20:191–204.

21. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. — 2010. — № 4. — С. 55–63.

22. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. — 2015. — Т. 6. — № 18.

23. Колк Бессел ван дер. Тело помнит все: какую роль психическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть. — Москва: Эксмо, 2020. — 464 с.

24. Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. —Москва: Вильямс, 2020. — 592 с.

25. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA 2001;286:3089–96.

26. Afifi T.O., Enns M.W., Cox B.J., et al. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. Am J Public Health 2008;98:946–52.

27. Lopez-Castroman J., Melhem N., Birmaher B., Greenhill L., Kolko D., Stanley B., et al. Oquendo Early child sexual abuse increases suicidal intent. World Psychiatry 2013;12:149–15.

28. Stepakoff S. Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in U.S. college women. Suicide Life Threat. Behav. 1998;28(1):107–26.

29. Harris C., Harri E., Barraclough B. Suicide as outcome for mental disorders: a meta-analysis. British journal of psychiatry 1997:205–28.

30. Dale R., Power K., Kane S., Stewart A.M., Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behaviour repetition. Archives of Suicide Research 2011;14(7):11–328.

31. Lumley M.N., Harkness K.L. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas and symptom profiles in adolescent depression. Cognitive Therapy and Research 2007;31(4):639–57.

32. Труевцев Д.В. Ранние неадаптивные схемы при депрессии разной степени тяжести // 25 лет Московскому психологическому обществу: Юбилейный сборник РПО: В 4-х т. — Москва: МАКС Пресс, 2011. — Т. 2. — С. 22–25.

33. Юсупов П.Р. Исследование перфекционизма у лиц с тревожно-депрессивной симптоматикой в контексте психической ригидности // СПЖ. — 2012. — № 43. — С. 10–17.

34. Галимзянова М.В., Смышляева Е.Д. Ранние дезадаптивные схемы в связи со страхами взрослых // Ананьевские чтения—2015: Фундаментальные проблемы психологии.

Материалы науч. конф., 20–22 октября 2015 г. — Санкт-Петербург: СПбГУ. Скифия-принт, 2015. — С. 49–50.

35. Young J.E., Klosko J., Weishaar M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press, 2003. 470 p.

36. Кадыров Р.В., Мироненко Т.А. К вопросу ранних дезадаптивных схем в суицидальном поведении личности // Вестник Кемеровского государственного университета. — 2017. — № 3.

37. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / Пер. с англ. — Москва: Научный мир, 2016. — 320 с.

38. Шевелева Е.В. Понятие и исследования ранних дезадаптивных схем в психологии и психотерапии // Молодой ученый. — 2017. — № 1. — С. 416–419.

39. Ерзин А.И., Семёнова Т.С., Антохин Е.Ю. Черты личности и ранние дезадаптивные схемы как предикторы суицидального риска у подростков-гомосексуалов // Суицидология. — 2017. — Т. 8. — № 4 (29).

40. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направляемой профилактики // Суицидология. — 2012. — № 2 (7). — С. 3–11.

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Киселёва М.В., Северинова Ю.Н.

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

uventa@zdrav.spb.ru

Ключевые слова: ипохондрический синдром; депрессивно-тревожные состояния; фобический синдром; аффективный компонент; сенсорный компонент; когнитивный компонент; поведенческий компонент; соматоформные расстройства

Резюме. Вариабельность ипохондрических расстройств у детей и подростков обусловлена сложной психопатологической структурой синдрома с учетом особенностей развития детской психики в рамках биопсихосоциальной модели.

Ипохондрический синдром — необоснованные или утрированные опасения за свое здоровье, с соответствующей интерпретацией телесных ощущений, убежденностью в существовании того или иного заболевания вопреки разубеждениям и аргументированным результатам медицинских исследований [1].

В последние десятилетия наметилась тенденция к повышению частоты ипохондрических расстройств среди детей и подростков [2]. В МКБ–10 эта нозология относится к рубрике «соматоформные расстройства» и выделена как самостоятельное расстройство в рубрику F45. При ипохондрических расстройствах цель обращения к врачу заключается в желании подтвердить или опровергнуть предположения о серьезном болезненном процессе при отсутствии желания избавиться от соматических

симптомов. Ипохондрические проявления также могут быть в структуре других психопатологических симптомов, например тревожных или фобических. Наблюдается высокая корреляция ипохондрических нарушений с депрессивно-тревожными состояниями и личностными расстройствами.

Если в младшем возрасте ипохондрические переживания представлены, как правило, рудиментарными сверхценными страхами, фобиями и тревожными ипохондрическими опасениями, то к подростковому возрасту может формироваться очерченный ипохондрический синдром.

Согласно последним исследованиям [3], на основе разграничения ведущих синдромальных механизмов формирования ипохондрической симптоматики и степени выраженности отдельных компонентов (аффективного, сенсорного, когнитивного и поведенческого) ипохондрического симптомокомплекса выделены четыре типологических варианта ипохондрических расстройств у подростков.

1. Конституционально-невропатический вариант подразумевает наличие в преморбиде аффективно-невропатического комплекса со склонностью к соматовегетативным дисфункциям, повышенной чувствительностью к любому физическому дискомфорту, с чертами тревожной мнительности и готовностью к ипохондрической фиксации на телесных ощущениях. Ипохондрическая симптоматика напрямую связана с усилением личностной тревожности и учащением соматовегетативных расстройств.

2. Тимопатический типологический вариант, при котором ипохондрическая симптоматика наблюдалась в сочетании с отчетливыми аффективными расстройствами в виде навязчивых и сверхценных страхов и преимущественно тревожных депрессий с формированием тревожно-ипохондрических и депрессивно-ипохондрических состояний, наблюдается чаще у подростков с психастеническими чертами.

3. Сверхценный типологический вариант отличается преобладанием сверхценного идеаторного компонента и его чрезвычайной аффективной заряженностью. Ипохондрическое поведение проявляется активным поиском различной медицинской информации, настаиванием на повторных медицинских обследованиях. Этот вариант чаще встречается при шизотипическом расстройстве и в рамках аффективных расстройств.

4. Типологический вариант ипохондрических нарушений с преобладанием ипохондрического фантазирования более характерен для детей с шизоидными и истероидными личностными особенностями. Патологические фантазии могут быть аутистического или гиперкомпенсаторного генеза, а также могут входить в структуру тревожно-депрессивных расстройств [4].

Часто ипохондрический синдром появляется в клинической картине соматоформных расстройств и может являться предиктором развития более тяжелых психопатологических состояний [5]. Четкая дифференциация позволяет уже на первоначальном этапе определить мишени для психотерапевтической работы с учетом периодов развития психики, преморбидных особенностей личности, когнитивного профиля семейной системы и социального окружения. За 2020–2021 годы в условиях СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» был обследован 41 пациент, имеющий ипохондрический синдром в клинической картине заболеваний. Выявлено, что 29 (70%) имеют конституционально-невропатический вариант ипохондрического синдрома, 3 (7,5%) — тимопатический вариант, 2 (5%) пациента — сверхценный вариант и 7 (7,5%) пациентов — типологический вариант ипохондрического синдрома.

Типология ипохондрических расстройств у детей и подростков является ключевой для формирования лечебного маршрута, который включает в себя как медикаментозное лечение, так и психотерапевтическое вмешательство. Своевременное выявление и коррекция ипохондрических нарушений в детском

и подростковом возрасте в большинстве случаев позволяет минимизировать фиксацию ипохондрической симптоматики в структуре личности.

Список литературы

1. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. — С. 20–26.

2. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. — Москва: Медицина, 1979. — 607 с.

3. Марченко А.М., Корень Е.В. Клиническая типологизация ипохондрических расстройств в детском и подростковом возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20. — № 4. — С. 9–14.

4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Москва: Апрель Пресс «Эксмо-Пресс», 1999. — С. 155–160.

5. Корень Е.В., Марченко А.М. О роли невропатической конституции в формировании ипохондрических расстройств у детей и подростков // Независимый психиатрический журнал. — 2011. — Т. 3. — С. 8–14.

НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СПБ ГБУЗ «ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 30»

Плаксина О.С.

СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30», Санкт-Петербург, Россия

mixfox2@rambler.ru

+7(921) 596 81 09, +7(952) 247 95 01

Резюме. В данной статье обобщен опыт работы медицинского психолога отделения медико-социальной помощи детской поликлиники. Показаны особенности и направления работы специалиста, работающего в ситуации оказания психологической помощи семьям с детьми от рождения до восемнадцати лет. На выборке 2017–2019 годов проведен анализ объема работы, распределения удельного веса различных видов профессиональной деятельности (консультирование, диагностика, коррекционная работа, профориентационные мероприятия, психологическое просвещение).

Ключевые слова: дети и подростки; детско-родительские отношения; психологическая помощь; диагностика; психологическое консультирование; изменение психических процессов; нарушение эмоционально-волевой сферы; психологическое просвещение

Актуальность. Необходимость в координированной работе по оказанию медико-социальной помощи назревала достаточно давно. Анализ литературы на рубеже XX–XI веков по данной теме позволяет увидеть общую обеспокоенность состоянием семьи как социального института, ее стабильности. Семейное

неблагополучие является одной из главных причин ухудшения показателей соматического, психического, эмоционального здоровья детей и подростков.

«Известно, что психическое здоровье детей зависит прежде всего от совместного проживания родителей, их отношения к ребенку, стиля воспитания, а также их взаимных отношений… Алкоголизм родителей, физическое насилие и семейные катаклизмы ухудшают психическое здоровье как в ближайшей, так и отдаленной перспективе» [1].

«Распространенность психических заболеваний среди подростков на 21% выше, чем среди детей. Распространенность депрессий в подростковой популяции составляет 19%. Значительно возросло число детей групп высокого медико-социального и биологического риска. Особую значимость проблеме репродуктивного здоровья подростков придает демографическая ситуация в стране, обусловленная не только социальными причинами, но и низкими репродуктивными возможностями современных юношей и девушек» [2].

Анализ нормативно-правовых актов, направленных на охрану материнства и детства, поддержку семьи (Конвенция ООН о правах ребенка, Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 мая 1999 года № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», Указ Президента РФ от 9 октября 2007 года № 1351 «Об утверждении концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», Постановление правительства Санкт-Петербурга от 20 июля 2007 года № 884 «О концепции социально-экономического развития Санкт-Петербурга до 2025 года» и др.), позволяет увидеть приоритеты в направлениях данной работы.

В последние годы продолжает развиваться медико-социальная помощь семье и детям. Данная работа предполагает межведомственное взаимодействие различных структур:

учреждений образования, здравоохранения, органов правопорядка, социальных и психологических служб. На данный момент продолжает развиваться нормативно-правовая база, регламентирующая работу различных ведомств.

Специализированная медико-социальная служба в условиях детских поликлиник начала создаваться после выхода Приказа Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

В Санкт-Петербурге, других регионах страны на базе детских поликлиник стали создаваться отделения медико-социальной помощи. Хотя на том этапе не были разработаны методические подходы к их работе, эффективность помощи детям была очевидна.

«Выделение службы, обеспечивающей формирование практического взаимодействия со всеми заинтересованными структурами по медико-социальной защите детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, позволяет систематизировать силы и средства детской поликлиники для более оперативного и качественного решения иных актуальных задач» [3].

«Полученные результаты свидетельствуют о необходимости динамического наблюдения за социально неблагополучными подростками врачей, психологов, привлечения к работе по воспитанию не только родителей, но и педагогов для создания условий социальной адаптации» [4].

В 2016 году было опубликовано методическое пособие «Организация работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи в детской поликлинике» под редакцией В.И. Орла, А.В. Кима.

В пособии были определены задачи медико-социальной службы, категории детей и подростков, являющихся объектом наблюдения. В частности, описано значение психологической составляющей в работе с детьми группы риска.

«Среди наиболее частых причин работы психолога с семьями необходимо выделить такие, как школьная дезадаптация; неполные семьи; конфликты родителей; работа с семьей ребенка-инвалида по соматическому заболеванию. Кроме этого, нередким поводом для вмешательства психолога служит зависимость (наркотическая, алкогольная, игровая) ребенка и членов семьи; многодетные семьи с трудными жизненными условиями; сексуальная фиксация ребенка; смерть одного из родителей, суицидальные намерения» [5].

Таким образом, ретроспективный анализ состояния дел по данной теме позволяет увидеть необходимость и важность комплексной работы по оказанию медико-социальной помощи детям и подросткам.

Цель — обобщение опыта работы медицинского психолога отделения медико-социальной помощи СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30».

Материалы и методы. Анализ работы проведен на выборке 2017–2019 годов в отделении медико-социальной помощи (далее ОМСП) СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30». ОМСП открыто 09.01.2009 года, организовано по территориальному принципу, обслуживает детей, территориально прикрепленных к СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30». Обслуживаемое детское население составляет 30 007 человек.

В сферу деятельности и наблюдения отделения входят:

- многодетные семьи и дети из них;
- дети из неблагополучных семей;
- дети-инвалиды;
- дети, находящиеся под опекой;
- юные матери в возрасте до 18 лет;
- дети и подростки, склонные к правонарушениям, бродяжничеству;
- дети, подвергшиеся различным формам насилия.

Применены следующие **методы**.

1. Клинико-психологический метод, который помогает выявить качественные нарушения результативности психической деятельности; включает в себя беседу и наблюдение.

2. Экспериментально-психологическое обследование (ЭПО), которое позволяет дать количественную оценку выявленных нарушений, уточняет данные, полученные в ходе клинического анализа.

ЭПО проводилось в динамике и использовалось для диагностики актуального состояния детей и подростков, определения «мишеней» психологического вмешательства и для оценки проведенной коррекции.

Диагностические методики:

– ***исследование сенсорно-моторной сферы и внимания:*** корректурная проба, счет по Крепелину, таблицы Шульте, кольца Ландольта, заполнение фигур по методике Пьерона — Рузера, корректурная проба Б. Бурдона и др.;

– ***исследование мыслительной деятельности (особенности мышления):*** классификация, исключение четвертого, сравнение понятий, существенные признаки, простые аналогии, сложные аналогии, противоположности, пиктограмма, толкование пословиц, метафор и фраз, объяснение сюжетных картин;

– ***исследование памяти*** (кратковременная, долговременная, оперативная, ассоциативная, речеслуховая): заучивание 10 слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, воспроизведение рассказов, шкала памяти Векслера, метод парных ассоциаций;

– ***исследование интеллекта*** (уровень развития (IQ), структура): методика исследования уровня интеллекта Векслера, таблицы Равенна, тест структуры интеллекта Амтхауэра;

– ***исследование личности, эмоционально-волевой сферы:*** методики М. Панфиловой «День рождения», «Кактус», методика

Дукаревич «Рисунок несуществующего животного», тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен, методика «Паровозик», К. Маховер «Нарисуй человека», Дж. Бук «Дом, дерево, человек», тест школьной тревожности Филипса, опросник детской депрессии, УНП, самооценочная шкала уровня сниженного настроения — субдепрессии Зунге, опросник депрессии Бека, опросник личностной и ситуативной тревожности Спилберга — Ханина, «Незаконченные предложения»;

– ***исследование детско-родительских отношений:*** методики Э.Г. Эйдемиллер: опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), «Семейная социограмма», методика А.М. Эткинда «Цветовой тест отношений», методика Р. Бернса, Ф. Кауфмана «Кинетический рисунок семьи», фильм-тест Рене Жиля, методика И. Вандвик, П. Экблад «Два дома», шкала Баркан привязанности ребенка к членам своей семьи.

Направления работы медицинского психолога ОМСП

Исходя из основных задач данного отделения, медицинский психолог работает по следующим направлениям.

1. Работа с детьми и подростками

1.1. Диагностика (психических процессов, эмоционально-волевой сферы, личности и уровня реагирования, интеллекта, детско-родительских отношений).

1.2. Психологическое консультирование (по вопросам психогигиены подросткового возраста, межличностных отношений со сверстниками и взрослыми (учителями и родителями), острых кризисных ситуаций (дезадаптация в коллективе сверстников, развод родителей, утрата близких и т. п.), выбора образовательного маршрута).

1.3. Проведение профориентационных мероприятий (диагностика интересов, профконсультирование).

1.4. Коррекционная работа (коррекция когнитивной, эмоционально-волевой сферы, детско-родительских отношений).

2. Работа с родителями и лицами, их замещающими

2.1. Комплексное изучение социальной ситуации развития детей в семье, в том числе в кризисной ситуации развода родителей, утраты близких.

2.2. Первичное консультирование родителей по вопросам особенностей когнитивного развития детей разных возрастных групп, особенностей развития эмоционально-волевой сферы детей разных возрастных групп, особенностей адаптации детей к условиям образовательных учреждений в зависимости от индивидуально-психологических особенностей, профессионального определения подростков.

2.3. Консультирование родителей в рамках активного психологического обучения по вопросам формирования представлений о родительских компетенциях, формирования и развития детско-родительских отношений.

3. Организационно-методическая работа

3.1. Участие в составлении годового плана ОМСП.

3.2. Участие в составлении годового отчета ОМСП.

3.3. Участие в мероприятиях межведомственного подчинения (учреждения образования, социальной сферы).

4. Психологическое просвещение

4.1. Чтение лекций старшеклассникам школ микрорайона в рамках семинаров о здоровом образе жизни.

4.2. Чтение лекций медицинскому персоналу поликлиники по вопросам этики и деонтологии в практической деятельности, об особенностях синдрома эмоционального выгорания, профилактики суицидального поведения детей и подростков по графику ОМСП.

В таблице 1 представлено количество различных категорий детей, подростков, а также взрослых членов семей, находящихся на учете в ОМСП.

Таблица 1

Количество детей и подростков, состоящих на учете в ОМСП, а также взрослых членов семей, принятых медицинским психологом за период 2017–2019 годов

Категории пациентов	Количество принятых пациентов			
	2017 г.	2018 г.	2019 г.	Всего за 3 года
Дети из многодетных семей	54	41	62	157
Дети из неблагополучных семей	18	21	14	53
Опекаемые	18	14	24	56
Дети-инвалиды	25	23	35	83
Несовершеннолетние правонарушители	14	16	14	44
Дети в трудной жизненной ситуации	70	78	93	247
Взрослые члены семьи	162	202	249	613
Всего	361	395	491	1247

Таким образом, за рассматриваемый период отмечается тенденция увеличения количества нуждающихся в получении психологической помощи из числа контингента ОМСП. Общее количество обращений увеличилось на 36%. Число обращений к психологу росло практически среди всех категорий контингента ОМСП. Но наибольшая нуждаемость в психологической помощи отмечается у детей и подростков, оказавшихся в сложной жизненной ситуации (дезадаптация в коллективе сверстников, развод родителей, утрата близких и т.п.): обращаемость увеличилась на 33%. Количество взрослых членов семьи, обратившихся за помощью, выросло на 53%.

Прием пациентов и членов их семей медицинский психолог осуществляет как по рекомендации врачей отделения ОМСП, других отделений поликлиники, так и по собственной инициативе пациентов (детей и подростков) и их родителей (представителей). Обращение детей идет с самыми разнообразными жалобами соматического и эмоционального, поведенческого характера.

Первичное консультирование включает в себя сбор анамнеза, информации об особенностях развития ребенка, особенностях адаптации в детском коллективе, особенностях взаимоотношений в семье.

Анализ полученных за рассматриваемый период данных позволяет классифицировать основные жалобы, с которыми врачи-специалисты отправляют пациентов к медицинскому психологу на первичную консультацию. Данные представлены в таблице 2.

С учетом разнообразия жалоб и особенностей контингента ОМСП за истекший период проведены следующие виды работы, которые представлены в таблице 3.

Анализ данных за истекший период, представленных в таблице № 3, позволяет сделать вывод о распределении удельного веса различных видов профессиональной деятельности следующим образом: консультирование — 41%, диагностика — 33%, коррекционная работа — 22%, профориентационные мероприятия — 4%.

Данный процент профориентации объясняется тем, что основное число подростков проходят профориентацию в школе или центре профориентации молодежи. Профориентационные мероприятия в нашем отделении проводятся с детьми, имеющими нарушения здоровья и оказавшимися в тяжелой жизненной ситуации.

Таблица 2

Основные жалобы, с которыми врачи-специалисты отправляют пациентов к медицинскому психологу на первичную консультацию

Специалист	Предъявленные жалобы
Детский невролог	Головные боли периодического или постоянного характера, повышенное беспокойство, сниженный фон настроения, гиперактивность, задержка психомоторного, интеллектуального развития, заикание, энурез
Учитель-логопед	Задержка развития когнитивной сферы, эмоционально-волевой сферы, личностная незрелость
Детский гастроэнтеролог	Постоянные или периодические боли в области желудочно-кишечного тракта, снижение аппетита, хронические запоры
Детский эндокринолог	Эмоциональная лабильность, сниженный фон настроения, повышение или снижение аппетита, нарушение пищевого поведения
Детский гинеколог	Нарушение пищевого поведения, менструального цикла
Детский уролог – андролог	Энурез
Детский хирург	Хронические запоры, энкопрез
Педиатр	Особенности взаимоотношений между ребенком и родителем (капризы, негативизм детей, гиперопека родителей), симптомы самоповреждающего поведения (порезы, царапины, ожоги на руках и ногах), ухудшение эмоционального состояния и соматического здоровья в связи с разводом родителей или утратой близких
Самостоятельное обращение	Трудности учебы (снижение успеваемости, нежелание идти в школу в виде периодических или частых прогулов), нарушение поведения в школе или дома, нарушения взаимоотношений с членами семьи (родителями, братьями и сестрами), жалобы на поведение аутистического спектра, нарушение пищевого поведения, изменения поведения и ухудшение состояния здоровья в связи с разводом родителей

Таблица 3

Виды работы, проведенной медицинским психологом

Виды работы	2017 г.	2018 г.	2019 г.	Всего за 3 года
1. Консультирование:				
– детей и подростков,				
в том числе:	108	82	109	299
- первичное,	14	16	12	42
- повторное	94	66	97	257
– взрослых членов семей,				
в том числе:	333	300	390	1023
- первичное,	123	158	144	425
- повторное	210	142	246	598
Всего проконсультировано	441	382	499	1322
2. Диагностика:				
– когнитивной сферы;	39	49	55	143
– интеллекта;	20	23	28	71
– эмоционально-волевой сферы;	96	168	231	495
– личности;	27	27	46	100
– детско-родительских отношений	56	87	99	242
Всего проведено диагностических исследований	238	354	459	1051
3. Профориентационные мероприятия	30	41	53	124
4. Коррекционная работа	262	244	186	692

Диагностическая работа

В результате экспериментально-психологического обследования у подростков выявлены следующие виды нарушений, которые представлены в таблице 4.

Анализ представленных в таблице 4 данных позволяет увидеть следующее распределение выявленных нарушений.

1. На первый план выходят нарушения эмоционально-волевой сферы (28% от общего числа) с преобладанием повышения уровня тревожности на 27% над повышением уровня возбуждения.

2. На втором месте — проявления невроза (17%) в виде страхов, тиков, навязчивостей, энуреза, энкопреза.

3. На третьем месте — нарушения поведения (12%) и нарушения детско-родительских отношений (12%).

Таблица 4

Выявленные виды нарушений

Выявленные нарушения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	Всего
1. Изменение психических процессов	30	38	41	109, или 10%
2. Снижение интеллекта	8	5	10	23, или 2%
3. Нарушения эмоционально-волевой сферы: – повышенная тревожность, сниженный фон настроения; – повышенная возбудимость с признаками гиперактивности	80 63 17	101 71 30	118 84 34	299, или 28% 218 81
4. Нарушения поведения: – социальная дезадаптация; – нарушения пищевого поведения; – реакции на тяжелый стресс; – самоповреждающее поведение	29 19 5 3 2	42 23 7 4 8	61 35 8 7 11	132, или 12% 77 20 14 21
5. Проявления невроза: – страхи; – тики, навязчивости; – энурез; – энкопрез	53 17 18 13 5	62 23 14 17 8	68 25 24 13 6	183, или 17% 65 56 43 19
6. Трудности общения	20	29	34	83, или 8%
7. Психосоматические проявления	36	16	20	72, или 7%
8. Трудности обучения	14	17	17	48, или 4%
9. Нарушение детско-родительских отношений	34	38	60	132, или 12%

При анализе нарушений поведения в отчетный период отмечается увеличение на 90% самоповреждающего поведения в виде порезов, царапин, ожогов на руках и ногах. Анализ

бесед с родителями и подростками, склонными к данному поведению, позволяет сделать вывод об увеличении влияния на поведение детей содержания интернет-ресурсов и количества времени, проводимого подростками в интернете.

В результате первичного консультирования детей, подростков, членов их семей, экспериментально-психологического обследования в отчетный период под наблюдение медицинского психолога принято 630 детей и подростков.

Коррекционная работа

При выявлении нарушений у детей дальнейшая работа медицинского психолога строится по следующей схеме.

1. Консультации специалистов поликлиники.

2. При наличии показаний рекомендованы консультации в Центре восстановительного лечения им. С. С. Мнухина, ПНД № 2 Приморского района, СПб ГБУЗ «ГЦОРЗП “Ювента”», Центре социальной помощи семье и детям Приморского района, Центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции Приморского района.

3. Повторное консультирование родителей и прочих членов семьи.

4. Коррекционные занятия с детьми методами активного психологического обучения.

5. При необходимости — профориентационные мероприятия.

В таблице 5 отображено соотношение видов реабилитационной работы.

Анализ данных, представленных в таблице 5, позволяет сделать следующие выводы. За рассматриваемый период количество повторных консультаций с родителями увеличилось на 58%, в то же время количество коррекционных занятий снизилось на 71%.

Таблица 5

Соотношение видов коррекционной работы

Направления работы	2017 г.	2018 г.	2019 г.	Всего
1. Повторное консультирование родителей	142	210	246	598
2. Коррекционные занятия с детьми и подростками	262	244	186	692

Данная картина может свидетельствовать о правильно выбранной тактике работы с семьей. В работе использовался семейный подход к решению психологических проблем детей и подростков. За отчетный период постоянно росло количество консультаций с родителями разного пола (мамы и папы), что оказалось важным для гармонизации социальной среды, в которой ребенок или подросток развивается. Проводились диагностические и коррекционные беседы с родителями. Все чаще на прием приходили оба родителя, в том числе и при ситуации развода. В ходе семейного консультирования осуществлялась первичная и вторичная социально-психологическая профилактика соматических расстройств у детей и подростков в результате исследования особенностей функционирования семьи, личностных особенностей родителей.

Родителям предоставлена информация по вопросам снижения стресса у детей, соблюдения психогигиенических аспектов учебной нагрузки, формирования культуры потребления интернет-ресурсов. Также проходило обучение родителей приемам общения с детьми в повседневных и стрессовых ситуациях (утрата близких, высококонфликтный развод, школьный конфликт).

Коррекционные занятия с детьми проводятся индивидуально методами активного психологического обучения. Для каждого ребенка и подростка разрабатывается индивидуальная программа с учетом возраста, соматического заболевания, внутрисемейной ситуации.

Коррекционная программа включает в себя обучение приемам саморегуляции (дыхательная гимнастика, пассивная и активная релаксация), развитие стрессоустойчивости, позитивного мышления, формирование навыков общения, расширение спектра используемых стратегий преодоления и совладания в сложных ситуациях.

Обучение приемам саморегуляции проводилось также с использованием системы психофизиологического тренинга методом биологической обратной связи «Кинезис». За отчетный период на БОС-тренажер принято 62 пациента. Проведено 558 процедур. В среднем курс составил 7–10 процедур на человека.

Оценка эффективности проводится совместно с врачами поликлиники. Для оценки эффективности психологической помощи использовались клинические данные по соматическому заболеванию и данные экспериментально-психологических исследований. В итоге оценивались изменения адаптации в коллективе, развитие навыков общения, расширение спектра преодоления негативных эмоций, овладения навыками поведения в стрессовых и конфликтных ситуациях.

По итогам контрольных диагностических срезов выявлено следующее распределение эффективности психологической помощи:

– положительная динамика – 73%;
– отрицательная динамика – 4%;
– неустойчивая динамика – 23%.

Таким образом, в результате оказанной психологической помощи у 73% детей и подростков снизился уровень тревожности, агрессии, гармонизировался стиль конфликтного поведения, повысились психологическая активность, работоспособность, настроение, улучшились коммуникативные навыки.

Особым направлением работы отделения медико-социальной помощи является профориентация, которая проводится

с подростками, имеющими нарушения здоровья или оказавшимися в тяжелой жизненной ситуации, по запросу самих подростков или их родителей (лиц, их заменяющих).

Профориентационные мероприятия включают в себя:

1) полный сбор медицинского анамнеза;

2) экспериментально-психологическое обследование (исследование когнитивной сферы, структуры интеллекта, личностных особенностей, профессиональных интересов);

3) написание профориентационного заключения с перечнем рекомендаций;

4) профконсультацию индивидуально с подростком или совместно с родителями.

Количество профориентационных мероприятий: 2017 год — 30 (24%), 2018 год — 41 (33%), 2019 год — 53 (43%), всего — 124 (100%).

Анализ данных за истекший период указывает на растущую необходимость в такой форме работы.

Психологическое просвещение

В рамках данного направления работы проведены следующие мероприятия.

1. Подготовлен и прочитан цикл лекций в рамках семинара «Гигиена и психогигиена — основа здорового образа жизни» в школах микрорайона. Лекции прослушало 210 человек.

Темы лекций:

– «Наука психология: что изучает и где применяется»;

– «Основы психогигиены. Аспекты проблемы психического здоровья»;

– «Утомление. Переутомление. Стресс»;

– «Психогигиена кризиса юношеского возраста».

2. Подготовлены и прочитаны лекции для медицинского персонала СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30». Лекции прослушало 54 сотрудника медицинского учреждения.

Темы лекций:

– «Этика и деонтология в практической деятельности специалистов медицинского учреждения»;

– «Синдром эмоционального выгорания: основные понятия, профилактика»;

– «Профилактика суицидального поведения детей и подростков».

Выводы

1. За рассмотренный период отмечается тенденция увеличения количества нуждающихся в получении психологической помощи из числа контингента ОМСП. Общее количество обращений увеличилось на 36%. Число обращений к психологу выросло практически среди всех категорий контингента ОМСП.

2. Анализ данных за истекший период позволяет сделать вывод о распределении удельного веса различных видов профессиональной деятельности следующим образом: консультирование — 41%, диагностика — 33%, коррекционная работа — 22%.

3. В результате экспериментально-психологического исследования выявлены следующие нарушения:

- на первом месте — нарушения эмоционально-волевой сферы (28% от общего числа нарушений) с преобладанием повышения уровня тревожности на 27% над повышением уровня возбуждения;
- на втором месте — проявления невроза (17%) в виде страхов, тиков, навязчивостей, энуреза, энкопреза;
- на третьем месте — нарушения поведения (12%) и детско-родительских отношений (12%).

При анализе нарушений поведения отмечается увеличение на 90% самоповреждающего поведения в виде порезов, царапин, ожогов на руках и ногах.

4. В результате первичного консультирования, экспериментально-психологического обследования детей,

подростков, членов их семей под наблюдение принято 630 детей и подростков.

5. Коррекционные мероприятия проведены в виде коррекционных занятий с детьми и подростками, консультирования родителей (лиц, их заменяющих) в форме активного психологического обучения в рамках психообразовательного подхода. Анализ полученных данных показывает: за отчетный период количество повторных консультаций с родителями увеличилось на 58%, в то же время количество коррекционных занятий снизилось на 71%. Данная картина может свидетельствовать о правильно выбранной тактике работы с семьями.

6. Необходимость профориентационных мероприятий с подростками, имеющими нарушения здоровья или оказавшимися в тяжелой жизненной ситуации, выросла на 57%.

7. В рамках психологического просвещения проделана следующая работа:

– подготовлен и прочитан цикл лекций в рамках семинара «Гигиена и психогигиена — основа здорового образа жизни» в школах микрорайона;

– подготовлены и прочитаны лекции для медицинского персонала СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30».

Список литературы

1. Овчинников Б.В. Психогигиенические аспекты психического здоровья: учебное пособие / Под ред. В.К. Шамрея. — СПб.: ВМА, 2009. — С. 31.

2. Куликов А.М., Медведев В.П. Подростковая медицина: российский и зарубежный опыт. – СПб., 2008. — С. 6.

3. Ким А.В., Рослова З.А., Рубежов А.Л. Отделение медико-социальной помощи как эффективная форма медицинского обеспечения детей из группы социального риска // Российский педиатрический журнал. — 2013. — № 6/1. — С. 36.

4. Соколова М.И., Суворова А.В., Паренкова И.А. Качество жизни подростков из социально неблагополучных семей // Российский педиатрический журнал. — 2014. — № 3/1. — С. 44.

5. Организация работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи в детской поликлинике. Методическое пособие под ред. В.И. Орла, А.В. Кима. — СПб., 2016. — 27 с.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ИДЕАТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Харитонова В.А.
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 29», Центр охраны репродуктивного здоровья подростков Калининского района, Санкт-Петербург, Россия
v585@mail.ru
+7(906) 268 59 49

Резюме. В статье рассматриваются нарушения в эмоциональной и идеаторной (мыслительной) сферах в подростковом возрасте. Акцентируется внимание на нарушениях, которые характерны для настоящего времени.

Ключевые слова: подростковый возраст; эмоциональные нарушения; идеаторные нарушения; уровни нервно-психического реагирования; сверхценные увлечения

Подростковый возраст — это период, в котором происходят изменения на уровне физических и эмоциональных процессов, ведущие к половой и психической зрелости. Его цель — достижение самостоятельности и социальной продуктивности [1].

Перестройка, происходящая в ЦНС подростка, усиленная действием половых гормонов, лежит в основе изменений его психики. Поэтому для данного периода характерна *неустойчивость эмоций, суждений и поведения*.

Известный подростковый психиатр и психолог А.Е. Личко считает, что примерная продолжительность пубертатного периода — *от 10–11 до 18–19 лет* [1].

В пубертатном периоде по психологическим характеристикам различаются две фазы. *Негативная фаза (до 15 лет)* характеризуется противопоставлением подростком себя окружающим, противоречиями со взрослыми, нормами и установленным порядком. *Позитивная фаза (с 16 лет)* характеризуется противоположными тенденциями, стремлением к социализации и выработке жизненных правил. Весь период обычно протекает трудно и для ребенка, и для близких ему взрослых.

Доктор медицинских наук, профессор В. В. Ковалёв (1979) выделяет *уровни нервно-психического реагирования* у детей и подростков в зависимости от возраста в ответ на различные вредности [2].

Например, *в возрасте от 0 до 3 лет* нарушения проявляются на *соматовегетативном уровне* (нарушения сна, питания…). *В возрасте 4–10 лет* нарушения проявляются на *психомоторном уровне* (двигательные расстройства: тики, заикание, гиперди-намический синдром, мышечные зажимы). *В возрасте 7–12 лет* нарушения проявляются на *аффективном уровне* (страхи, повышенная возбудимость с явлениями негативизма и агрессии, уходы, бродяжничество).

В возрасте 12–16 лет нарушения проявляются на *эмоционально-идеаторном уровне*, то есть на уровне эмоций и мышления. Этот уровень является ведущим в препубертатном и особенно в пубертатном возрасте, поэтому подробнее скажем об этих нарушениях *в современном мире*.

Нарушения, симптомы отражают искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития.

На идеаторном уровне это проявляется, с одной стороны, в сверхценных увлечениях и интересах (например, «синдром философической интоксикации»), с другой — в сверхценных ипохондрических идеях, идеях мнимого уродства (дисморфофобия, в том числе нервная анорексия). На эмоциональном уровне это

депрессивные расстройства, а также психогенные реакции — протеста, оппозиции, эмансипации [2].

Сверхценными идеями в настоящее время у подростков становятся идеи, транслируемые СМИ (о толерантности по поводу однополых отношений, о дискриминации женщин в семье и профессии, о притеснении женщин мужчинами).

Согласно приказу Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» [3], правила организации деятельности центров охраны репродуктивного здоровья подростков включают консультирование подростков по вопросам физиологии и психологии полового развития, иммунопрофилактики, профилактики рискового сексуального поведения, абортов и ИППП, формирования навыков ответственного репродуктивного поведения и здоровых взаимоотношений в семье.

Исходя из вышесказанного, профилактические осмотры подростков в центрах охраны репродуктивного здоровья врачи — гинеколог и уролог дополняют лекциями на перечисленные выше темы и беседами с подростками в рамках этих тем.

В ЦОРЗП Калининского района Санкт-Петербурга ***с девочками 9-х классов*** психолог центра обсуждает вопросы физиологии и психологии развития. Выстроить диалог с подростками и узнать, какие трудности они испытывают в рамках данной темы, помогает такой прием, как незаконченные предложения. В 9-х классах девочкам предлагается закончить предложения типа *«Быть девушкой здорово/трудно, потому что...»*. Хочу отметить, что в этом возрасте девушкам сложнее сформулировать, почему быть девушкой здорово. Причины, почему быть девушкой трудно, звучат как цитаты из СМИ. *Девочки не описывают трудности, а употребляют одинаковые устойчивые выражения, недавно появившиеся в речи,* выражения типа «липкий пол, стеклянный потолок» (ограниченные возможности для женщин

в профессиональной сфере). Также девочки перечисляют запрещенные для женщин профессии в РФ, что не подтверждается законодательством РФ, но обсуждается в различных статьях в интернете, в которых намеренно искажаются статьи закона, где защищают женщин от несовместимых с их полом нагрузок.

По мнению девочек-подростков, также трудно быть девушкой по причине доминирования мужчин в семье («почему мужчина не встает к новорожденному ночью наравне с женщинами», «почему мужчины в нашей стране не оформляют декретный отпуск, не моют пол, не готовят» и т. д.). Также из уст подростков звучит термин «мизогиния», который они определяют как явление, когда мужчина «натурал» и при этом ненавидит женщин. Звучит много обвинений в адрес мужчин, высказывается много недовольств по поводу положения женщин в обществе. Девочек возмущает, что от них требуется создать семью, родить детей, вести домашнее хозяйство, быть женственной и привлекательной. За последние два года эти темы в беседах с подростками звучат все чаще. Невольно вспоминается роман-антиутопия Джорджа Оруэлла «1984», в котором снижению рождаемости помогало специальное воспитание женщин в ненависти к мужчинам и себе, что делало их асексуальными существами.

Еще *10 лет назад* на эти же вопросы девушки 15 лет отвечали иначе. Для них было проще рассуждать о том, *почему девушкой быть здорово*. Мы слышали следующие ответы:

- в обществе принято уважительное отношение к женскому полу;
- девушка является инструментом для продолжения рода;
- чувствуешь себя взрослой, больше возможностей.

Даже трудности звучали без претензий к мужчинам и себе, а отражали объективные биологические различия и различные задачи полов:

- нужно очень пристально следить за своим здоровьем;

- мы слабее, нам рожать, у нас месячные;
- у нас много проблем, трудностей.

С девочками 11-х классов обсуждаются темы формирования навыков ответственного репродуктивного поведения и здоровых взаимоотношений в семье. Выстроить диалог с подростками и узнать, какие трудности они испытывают в рамках данной темы, помогает тот же прием *незаконченных предложений*. Если девочкам 11-х классов предложить закончить предложения типа «*В семье жить здорово/трудно, потому что…*», то вы услышите о насилии в семьях и возмущение по поводу того, что не принимают закон о насилии в семье. Подростки рассуждают об абьюзивных отношениях, называя этим словом все, что вызывает затруднение во взаимодействии с супругом. А основным считают то, что семья и дети могут помешать реализоваться в плане образования, карьеры и дохода.

Список литературы

1. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Родители глазами подростка. Психологическая диагностика в медико-педагогической практике. — Санкт-Петербург: Речь, 2004. — С. 16–20.

2. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). — Москва: Медицина, 1979. — С. 102–104.

3. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».

ТЭС-ТЕРАПИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ЭНДОРФИНОВ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ

Лебедев В.П., Малыгин А.В., Трусов С.В.
Центр ТЭС, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В статье описан метод коррекции дефицита эндорфинов путем селективной активации системы эндогенных опиоидных пептидов. Метод основан на научном открытии и реализуется с помощью особого вида транскраниальной электростимуляции — ТЭС-терапии. Метод имеет глубокую научную базу и обширную клиническую практику, насчитывающую более 35 лет. Отмечается большое количество позитивных клинических эффектов, таких как нормализация психофизиологического статуса, эффективное обезболивание, ускорение заживления ран. Нормализуется цитокиновый профиль, нарушенный при инфарктах и инсультах, язвообразовании в ЖКТ, а также при аутизме у детей, коронавирусной пневмонии и т. д. Повышается клеточный и гуморальный иммунитет, тормозится рост опухолей, улучшается центральная и региональная гемодинамика.

Ключевые слова: эндорфинодефицит; ТЭС-терапия; обезболивание; заживление; цитокиновый профиль; стресс-лимитирующая система; стресс-реализующая система; коронавирусная пневмония

TES-THERAPY FOR CORRECTION OF ENDORPHIN DEFICIENCY SYNDROME

V. P. Lebedev, A. V. Malygin, S. V. Trusov

Annotation. The article describes a method for correcting endorphin deficiency by selective activation of the endogenous

opioid peptide system. The method is based on a scientific discovery and is implemented using a special type of transcranial electrical stimulation - TES therapy. The application of the method has a deep scientific basis and extensive clinical practice for over 35 years. A large number of positive clinical effects have been noted, such as normalization of psychophysiological status, effective pain relief, and accelerated wound healing. The cytokine profile, disturbed in heart attacks and strokes, ulceration in the gastrointestinal tract, as well as in autism in children, coronavirus pneumonia, etc., is normalized. Cellular and humoral immunity increases, tumor growth is inhibited, central and regional hemodynamics improves.

Keywords: endorphin deficiency, TES therapy, pain relief, healing, cytokine profile, stress-limiting system, stress-implementing system, coronavirus pneumonia

Понятие «эндорфинодефицит» впервые появляется в медицинской литературе в 1982 году. Ряд специфических признаков, описываемых как синдром (*Endorphin Deficiency Syndrome — EDS*), начинает рассматриваться в качестве одного из этиопатогенетических факторов при алкоголизме [1], хронической боли, язвообразовании, нарушениях в системе половых гормонов и др. [2].

В здоровом организме поддерживается гомеостатическое равновесие стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем с их нейроэндокринным обеспечением.

Стресс-лимитирующая система эндогенных опиоидных пептидов (ЭОП) обеспечивает выход из стресса без повреждения, обезболивание, конструктивное развитие адаптации, нормализацию психофизиологического статуса, способствует ускорению заживления поврежденных тканей, активирует иммунные механизмы защиты и многое другое.

К настоящему времени накоплены экспериментальные и клинические данные, установившие или позволяющие предполагать,

что эндорфинодефицит присутствует в патогенезе практически всех классических и новых психосоматозов. Он обнаруживается и тогда, когда у пациента имеются необъяснимые по качеству и количеству жалобы и симптомы, нарушающие стройность этиопатогенетического толкования и диагностического поиска [3]. Поэтому в случаях, когда можно предположить наличие синдрома эндорфинодефицита, следует включать в комплекс лечебно-профилактических мероприятий методы, направленные на коррекцию и ликвидацию этого дефицита.

Очевидно, что медикаментозная коррекция (часто включающая применение наркотических анальгетиков) имеет ряд побочных эффектов, вызывает угнетение собственной продукции эндорфинов, а также феномены привыкания и пристрастия. Существующие полусинтетические аналоги энкефалинов (например, даларгин) не проникают через гематоэнцефалический барьер и лишены центральных эффектов.

Среди немедикаментозных методов следует особо отметить метод ТЭС-терапии, непосредственно направленный на селективную активацию структур эндогенных опиоидных пептидов, что приводит к повышению концентрации эндорфинов (в частности, β-эндорфина) в ликворе, плазме крови, тканях и органах.

Механизмы действия

ТЭС-терапия, или неинвазивная селективная транскраниальная электростимуляция эндорфинергических структур головного мозга, разработана под руководством доктора медицинских наук, профессора В. П. Лебедева в 1990-х годах. Сам метод селективной активации эндогенных опиоидных пептидов был признан научным открытием (Диплом № 237, 1996 г.). Было установлено, что воздействие электрическими импульсами тока особых характеристик вызывает многократное увеличение выработки уровня β-эндорфина в организме. При этом снижается

чувствительность периферических болевых рецепторов к различным ноцигенным факторам, блокируется проведение болевых импульсов в спинном мозге за счет угнетения выделения болевыми афферентами медиатора боли и воспаления — субстанции Р, блокируется проведение болевых импульсов в кору головного мозга на уровне ядер таламуса.

Основные области применения

Метод ТЭС-терапии реализуется с помощью аппаратов ТРАНСАИР. Как результат многолетней практики отмечается большое количество позитивных клинических эффектов. Сводная таблица результатов клинических исследований приведена ниже [4–6].

Таблица. Начало

№ п/п	Область медицины	Число клинических исследований / пациентов в них	Основные синдромы	Число процедур на курс	Ремиссия, %	Улучшение, %	Без эффекта, %
1	Психофизиология	10/2170	Депрессия	15	78	16	6
			Нарушение сна	8–10	75	11	14
			Утомление	8–10	94	2	4
2	Неврология	24/1474	Болевой синдром	15	81	10	9
			Нарушения движений	15	73	14	13
			Ишемический инсульт	10	50	29	21
3	Наркология	7/445	Абстинентный синдром	5–7	78	4	18
			Патологическое влечение	10–12	61	15	24
4	Педиатрия	4/227	Иммунодефицит	8–10	80	12	8
			СДВГ	7–10	75	13	12
			Энурез	10	50	38	12

Таблица. Окончание

№ п/п	Область медицины	Число клинических исследований / пациентов в них	Основные синдромы	Число процедур на курс	Ремиссия, %	Улучшение, %	Без эффекта, %
5	Онкология	3/1288	Болевой синдром	до 20	57	29	14
6	Анестезиология, хирургия	10/2140	Болевой синдром	4–5	84	5	11
7	Гастроэнтерология	11/1445	Болевой синдром	8–10	82	12	6
			Язвообразование	8–10	81	12	7
8	Сурдология	13/1351	Тугоухость, шум в ушах	15	35	36	29
9	Акушерство и гинекология	21/1913	Рвота беременных	3–7	97	3	–
			Угроза выкидыша	10	82	16	2
			Климактерический синдром	12	50	32	18
10	Спортивная медицина	6/102	Реабилитация травм	15	84	11	5
			Повышение выносливости	5–7	69	27	4
11	Дерматология	9/456	Зудящие дерматозы	15–20	71	16	13
			Себорея	12–15	75	17	8
12	Кардиология	6/858	ИБС	10	59	27	14
			Гипертония I–II степени	8–10	58	31	11
13	Стоматология	10/483	Стомалгия	5–10	91	6	3
			Заживление	10–12	88	9	3
14	Иммунология	4/422	Иммунодефицит	10	85	10	5
Итого:		138/14774			75,66	13,46	10,88

Применение ТЭС-терапии еще **на первичном диагностическом этапе** позволяет купировать целый ряд общих и вторичных симптомов (в первую очередь болевых), являющихся результатом дефицита эндорфинов, повысить толерантность к факторам воздействия и повреждения. Это делает диагностику более точной и оперативной за счет выявления ведущего патологического процесса.

Включение ТЭС-терапии **в лечебно-профилактические мероприятия** позволяет купировать элементы депрессии, вызванной заболеванием, уменьшить лекарственную нагрузку, в том числе применение медикаментозных анальгетиков, укрепить позитивную мотивацию отношения пациента к процессу лечения, сократить сроки выздоровления.

В санаторно-курортной практике ТЭС-терапия отлично сочетается с бальнеологическими и другими оздоровительными методами, она хорошо зарекомендовала себя при конфликтности пациентов [4–6].

Таким образом, ТЭС-терапия, реализующая свои положительные эффекты за счет активации эндорфинергических механизмов и устранения эндорфинодефицита, показана для включения в комплекс лечебно-профилактических мероприятий широкого спектра заболеваний и синдромов, при минимальном числе противопоказаний. Применение метода является чрезвычайно простым и сводится к проведению 6–10 стандартных 30-минутных процедур на курс. Клиническая эффективность ТЭС-терапии подтверждена позитивными результатами 35-летнего практического применения в России и странах ближнего и дальнего зарубежья.

Список литературы

1. Genazzani A., Nappi G., Savoldi F. Central deficiency of beta-endorphin in alcohol addicts. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 1982;55:583–6.

2. Henry J. L. Circulating opioids: possible physiological roles in central nervous function. Neurosc. Biobehav. Rev. 1982;6:229–32.

3. Kumar N. N., Panchaksharappa M. G., Annigeri R. G. Psychosomatic disorders: An overview for oral physician. Journal of Indian Academy of Oral Medicine & Radiology. 2016;28:24–9.

4. Транскраниальная электростимуляция. Экспериментально-клинические исследования: Сб. статей. Т. 1 / Под ред. Д. П. Дворецкого. — Санкт-Петербург: Центр ТЭС, 1998. — 528 с.

5. Транскраниальная электростимуляция. Экспериментально-клинические исследования: Сб. статей. Т. 2 / Под ред. В. П. Лебедева. — Санкт-Петербург: Центр ТЭС, 2003. — 528 с.

6. Транскраниальная электростимуляция. Экспериментально-клинические исследования: Сб. статей. Т. 3 / Под ред. В. П. Лебедева. — Санкт-Петербург: Центр ТЭС, 2009. — 392 с.

Содержание

1. *Куликов А.М.*
Вступительное слово 3

2. *Орёл В.И.*
Вступительное слово 6

3. *Ипполитова М.Ф., Скоробогатова Д.Д., Смирнова Е.В.*
Организация профилактического осмотра подростков с клинической и правовой точек зрения в современных условиях 8

4. *Уерги У.Н.*
Возможности социального сопровождения несовершеннолетних в условиях Центра охраны репродуктивного здоровья подростков 28

5. *Струганова Д.С., Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Гайдуков С.Н.*
Особенности физического и полового развития девочек 12–17 лет, живущих в условиях мегаполиса, с учетом пропорций тела 31

6. *Яценко Н.О., Шикова И.В., Подборецкая Е.А., Латт Е.В., Долгополова И.С.*
Организация работы центра охраны репродуктивного здоровья подростков в условиях сельской территории 36

7. *Скоробогатова Д.Д.*
Подросток на приеме у врача. Топ-3 вопросов юристу 38

8. *Пипаринена В.И.*
Принципы информационного взаимодействия с подростковой аудиторией: актуальные каналы и форматы информирования 49

9. *Шаповалова А.И., Ипполитова М.Ф., Товстуха Е.А.*
Доброкачественные образования яичников и придатков в подростковом возрасте: дифференциальный подход в диагностике и лечении 63

10. *Шаповалова А.И., Ипполитова М.Ф., Товстуха Е.А.*
Кистозные образования яичников и придатков матки у девочек пубертатного периода (обзор литературы) 71

11. *Щебеньков М.В., Котин А.Н.*
Эндовидеохирургические технологии в лечении грыж передней брюшной стенки у детей 80

12. *Павленко Е.О., Ипполитова М.Ф.*
Особенности комплексной помощи подросткам с нарушениями менструальной функции в Центре охраны репродуктивного здоровья подростков на примере синдрома поликистозных яичников 104

13. *Карцева М.М.*
Распространенность цервикальных интраэпителиальных неоплазий у девушек 16–24 лет 122

14. *Бабенко-Сорокопуд И.В., Демишева С.Г., Яковлева Э.Б., Ласачко С.А., Сорокопуд Е.П., Желтоноженко Л.В., Савченко А.А.*
Доброкачественные дисгормональные заболевания молочных желез у девушек-подростков 124

15. *Савченко А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В.*
Актуальность диагностики заболеваний молочных желез на раннем этапе 126

16. *Городкова Н.А., Куликов А.М.*
Дислипидемии у девушек-подростков в начальном периоде нервной анорексии 128

17. *Панова А.В., Ипполитова М.Ф., Куликов А.М.*
Комплексная оценка соматического статуса несовершеннолетних беременных в периоде репродуктивного выбора 130

18. *Соломкина Н.Ю., Пикалева Е.Ю., Плисецкая В.Ю.*
Медицинская реабилитация детей и подростков в купировании стресса и проведении иммуно- и вегетопротекторных мероприятий в период пандемии коронавирусной инфекции 145

19. *Кульневич Е.О.*
Дисменорея у подростков. Клинический опыт 150

20. *Хаджилаева Ф.Д., Батчаев А.А., Коджакова Т.Ш., Пономарёва Е.Б.*
Исход индуцированных родов (по данным акушерско-обсервационного отделения республиканского перинатального центра г. Черкесска за декабрь 2019 года) 154

21. *Бурлакова С.А., Пивоварова Г.М.*
Анализ показателя материнской смертности среди населения Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга 166

22. *Шогирадзе Л.Д., Грачёва О.В., Мильнер Е.Б., Похлёбкина А.А., Гурина О.П., Блинов А.Е., Варламова О.Н., Новикова В.П.*
Гормональный статус девочек-подростков, страдающих ожирением 173

23. *Архиповская О.А., Савина А.С.*
Исследование особенностей репродуктивных установок и стилей воспитания девушек с нарушениями менструального цикла 175

24. *Ачик Н.Д.*
Ранние дезадаптивные схемы как предикторы суицидального риска у лиц, пострадавших от жестокого обращения в детском и подростковом возрасте 189

25. *Киселёва М.В., Северинова Ю.Н.*
Типологические особенности ипохондрического синдрома у детей и подростков 207

26. *Плаксина А.С.*
Направления работы по оказанию психологической помощи несовершеннолетним отделения медико-социальной помощи СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30» 211

27. *Харитонова В.А.*
Эмоционально-идеаторные нарушения подросткового возраста 230

28. *Лебедев В.П., Малыгин А.В., Трусов С.В.*
ТЭС-терапия для коррекции синдрома дефицита эндорфинов при коронавирусной пневмонии 235

Литературный редактор, корректор – Елена ВЛАДИМИРОВА
Дизайн и верстка – Ирина АКИМОВА

Оригинал-макет:
Санкт-Петербургский общественный фонд
«Поддержка медицины»
www.medical-spb.com
secrjournal@mail.ru
Тел. (812) 904-75-15

Подписано в печать 23.11.2021. Формат 60x84 1/16.
Бумага офсетная. Гарнитуры PT Sans, Times. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 14,3. Тираж 500 экз.

Аппараты ТЭС-терапии для устранения синдрома дефицита эндорфинов

2004 г. *2012 г.*

Премии Правительства РФ в области науки и техники

ТЭС

Центр ТЭС
191186, г. Санкт-Петербург
Невский пр, д. 30, оф. 6.8.
Тел. (812) 402 4 204, e-mail:
sale@tes.spb.ru
tescenter.ru, tes.spb.ru

ЗОСТЕРИН–УЛЬТРА
линейка сорбентов

ВЕСНА

Снимает симптомы аллергии и интоксикации

ЛЕТО

Снимает симптомы пищевых отравлений

ЗИМА

Облегчает течение ОРВИ и гриппа

ОСЕНЬ

Улучшает работу ЖКТ, укрепляет иммунитет

Четыре сезона, сорбента два. Всегда под защитой я и семья.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

ГАРДАСИЛ®

[Квадривалентная Рекомбинантная Вакцина Против Вируса Папилломы Человека (6,11,16,18 типов)]

ЗАЩИТА СЕГОДНЯ – ЗАЛОГ ЗДОРОВОГО БУДУЩЕГО!

Помогите защитить своих пациентов от ВПЧ-ассоциированных заболеваний*, вызванных 6.11.16.18 типами ВПЧ:

Предраковые поражения и рак

- шейки матки
- вульвы
- влагалища
- анального канала

Аногенитальные кондиломы

Девочки и женщины: от 9 до 45 лет

Мальчики и мужчины: от 9 до 45 лет

Узнайте больше информации на сайте MSDMED.RU**

Минимальная ключевая информация по безопасности на основании инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Гардасил® , регистрационный номер ЛС-002293
Название препарата: Гардасил®
Группировочное название: вакцина против вируса папилломы человека квадривалентная реком бинантная (типов 6, 11, 16, 18). Human Papillomavirus (Types 6, 11, 16, 18) quadrivalent recombinant vaccine.
Противопоказания: гиперчувствительность к активным компонентам и вспомогательным веществам вакцины, при возникновении симптомов гиперчувствительности после введения вакцины Гардасил® введение последующей дозы вакцины противопоказано; гемофилия, тромбоцитопения или любые нарушения свертываемости крови являются относительным противопоказанием к внутримышечному введению вакцины; если отмечается острое тяжелое лихорадочное заболевание, то введение вакцины следует отложить, вместе с тем, наличие легкой инфекции или небольшого подъема температуры тела не является противопоказанием к вакцинации.
Особые указания: подкожное и внутрикожное введение вакцины не изучалось и поэтому не рекомендуется. Как и при введении любой вакцины, в лечебно-профилактическом кабинете всегда нужно иметь наготове соответствующие лекарственные средства на случай развития редкой анафилактической реакции на введение вакцины. Непосредственно после введения вакцины в течение 30 мин за пациентом осуществляется медицинское наблюдение с целью своевременного выявления поствакцинальных реакций и осложнений и оказания экстренной медицинской помощи. При проведении любой вакцинации может наблюдаться обморок, особенно у подростков и молодых женщин; у лиц с нарушенной реактивностью иммунной системы вследствие применения иммуносупрессантной терапии (системные кортикостероиды, цитотоксичные препараты, антиметаболиты, алкилирующие препараты), генетического дефекта, инфекции вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и других причин защитный эффект может быть снижен; вакцину следует вводить с осторожностью лицам с тромбоцитопенией и любыми нарушениями свертывания крови, поскольку после внутримышечной инъекции у таких лиц может развиться кровотечение. Данных о применении вакцины во время беременности и о потенциальном воздействии вакцины на репродуктивную функцию женщины и на плод у беременных недостаточно, чтобы рекомендовать использование вакцины во время беременности. Вакцину Гардасил® можно вводить кормящим женщинам.
Побочное действие: наиболее частые нежелательные явления: пирексия, боль в конечностях; местные реакции: покраснение, боль, припухлость, зуд, гематома; нежелательные реакции, о которых сообщалось во время пострегистрационного применения вакцины, достоверно оценить частоту которых и связь с прививкой не представляется возможным: флегмона, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, лимфаденопатия, головокружение, головная боль, синдром Гийена-Барре, острый рассеянный энцефаломиелит, обморок, иногда сопровождаемый тонически-клоническими судорогами, тошнота, рвота, артралгия, миалгия, астения, усталость, озноб, дискомфорт, реакции гиперчувствительности, включая анафилактические/анафилактоидные реакции, бронхоспазм и крапивницу.
Показания к применению: вакцина показана к применению лицам в возрасте от 9 лет для предупреждения: предраковых генитальных поражений (цервикальная внутриэпителиальная неоплазия 1/2/3 степени (CIN), аденокарцинома шейки матки in situ (AIS), внутриэпителиальная неоплазия вульвы (VIN) 1/2/3 степени и влагалища (VaIN) 1/2/3 степени; предраковых поражений анального канала (внутриэпителиальная неоплазии анального канала (AIN) 1/2/3 степени), вызванных ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов; рака шейки матки, вульвы, влагалища и анального канала, вызванных ВПЧ 16 и 18 типов; аногенитальных кондилом (condyloma acuminata), вызванных ВПЧ 6 и 11 типов.

Юридическое лицо, на имя которого выдано регистрационное удостоверение Мерк Шарп и Доум Б.В., Нидерланды
*На территории РФ вакцина Гардасил® показана к применению лицам в возрасте от 9 лет для предупреждения: предраковых генитальных поражений (цервикальная внутриэпителиальная неоплазия 1/2/3 степени (CIN), аденокарцинома шейки матки in situ (AIS), внутриэпителиальная неоплазии вульвы (VIN) 1/2/3 степени и влагалища (VaIN) 1/2/3 степени), предраковых поражений анального канала (внутриэпителиальная неоплазия анального канала (AIN) 1/2/3 степени), вызванных ВПЧ 6, 11, 16, 18 типов; рака шейки матки, вульвы, влагалища и анального канала, вызванных ВПЧ 16, 18 типов;аногенитальных кондилом (condyloma acuminata), вызванных ВПЧ 6, 11 типов.
ПРИМЕНЕНИЕ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ : Нет данных по оценке безопасности и эффективности вакцины Гардасил® у взрослых лиц старше 45 лет.
**ресурс предназначен для информационной поддержки врачей

ВПЧ – вирус папилломы человека
1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Гардасил®, регистрационный номер ЛС-002293.

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению

ООО «МСД Фармасьютикалс» Россия, 119021, Москва,
ул. Тимура Фрунзе 11к1 Бизнес-центр «Демидов»

Tel.: +7 495 916 7100
Fax: +7 495 916 7094
www.msd.ru

RU-HPV-00453 от 03.2021

MSD

НПФ АБРИС+
196006, С-Петербург, ул. Цветочная,
д. 16, БЦ «Осипофф», офис 207

Автоматические цитологические процессоры
(CelltraZone, Корея)

HURO PATH S (1-а лунка)

Производительность: более 90 стёкол в час.
Дисплей: сенсорный. Диаметр окошка: 20 мм.
Габариты (ШхГхВ): 250х330х200 мм. Вес: 7 кг.

HURO PATH T (2-е лунки)

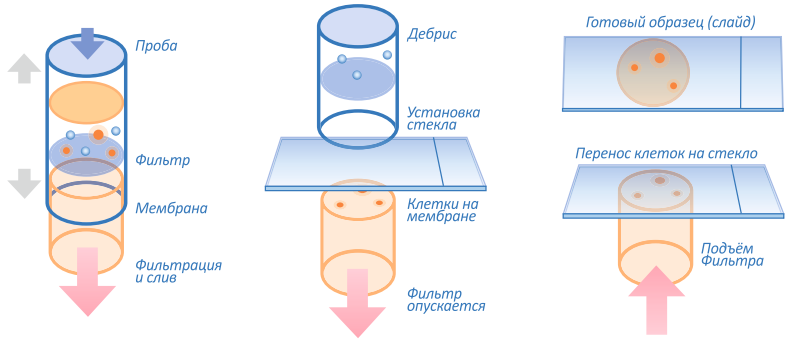
Производительность: более 140 стёкол в час.
Дисплей: сенсорный. Диаметр окошка: 20 мм.
Габариты (ШхГхВ): 465х332х255 мм. Вес: 16,5 кг.

Обеспечивают бережное перемещение тонкого слоя клеток после фильтрации. Благодаря технологии двойной мембранной фильтрации и преципитации в запатентованном фильтре остаётся избыточная слизь, детрит, элементы крови. Специальная мембрана сохраняет важный для диагностики цитологический материал.

ПРЕИМУЩЕСТВА:

- Минимальное количество расходных материалов.
- Возможность проведения ИЦХ и ПЦР исследований.
- Доступная стоимость расходных материалов.
- Материал из виалы может неоднократно использоваться и быть пригодным для диагностики в течении двух лет.

Схема переноса клеток



www.abrisplus.ru
E-mail: abris@abrisplus.ru
(812) 740-19-92, 740-17-55, 740-19-70.
Бесплатный по России: 8-800-333-7324.

СИСТЕМА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

- 2021 -