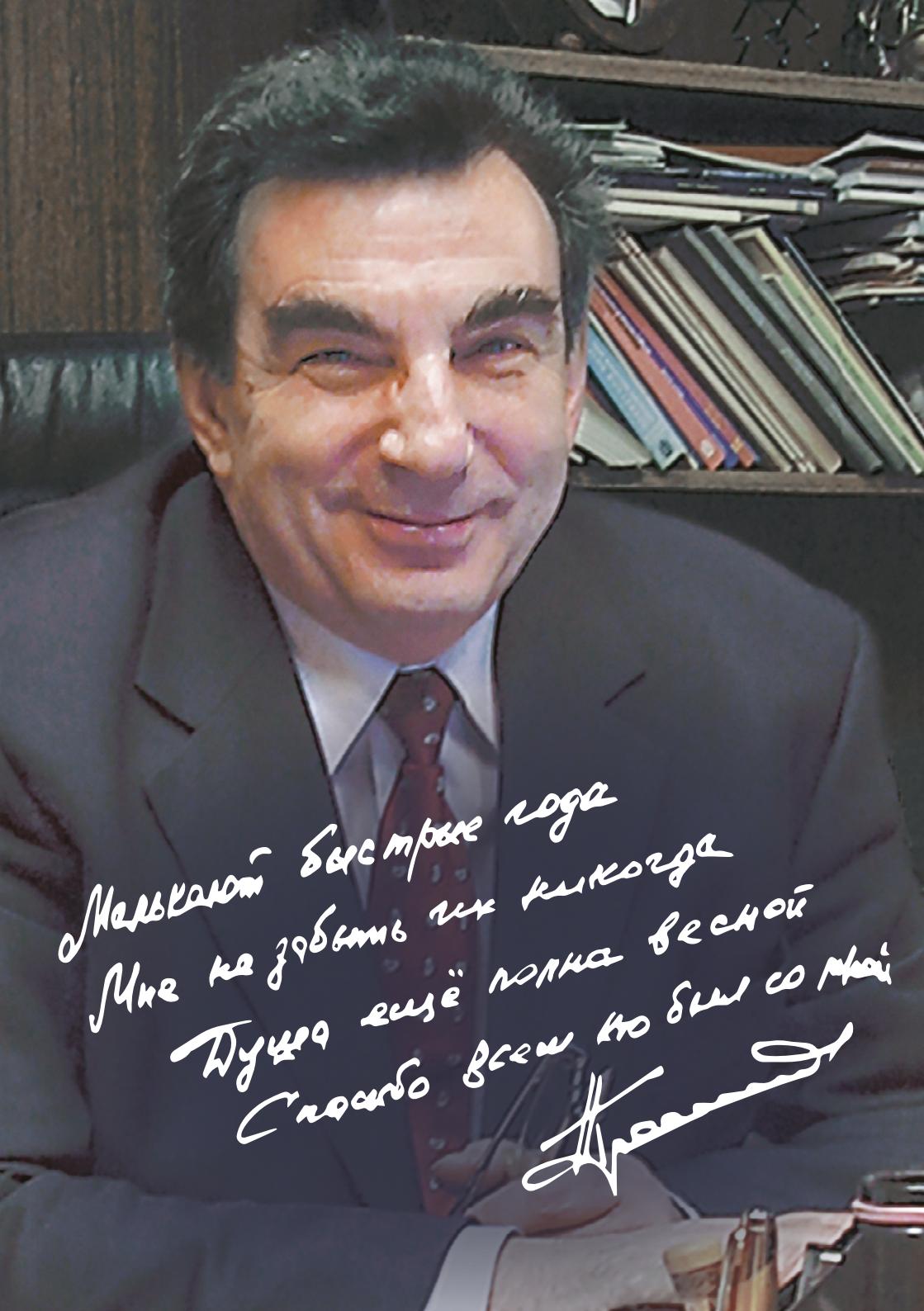




СБОРНИК ТРУДОВ

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

2024



СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Кротинские чтения

СБОРНИК ТРУДОВ

VIII Научно-практической конференции

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

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

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

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

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

Общественная организация «Ассоциация специалистов службы охраны
репродуктивного здоровья»

Межрегиональная общественная организация «Лига врачей Северо-Запада»

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

6 декабря 2024 года

Санкт-Петербург
2024

Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи / Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. – Санкт-Петербург: 294 с., вклейка – 6 с.

© Коллектив авторов, 2024



Уважаемые коллеги!

Дорогие друзья!

Как внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации, отвечающий за организацию гинекологической службы детского и юношеского возраста в стране, я рада приветствовать всех вас на ежегодной научно-практической конференции «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Кротинские чтения». За 8 лет эта конференция стала профессиональной площадкой для специалистов, чья деятельность связана с охраной репродуктивного здоровья подростков и молодежи.

Мы с вами живем в период активного продвижения национальной стратегии по решению вопросов охраны репродуктивного здоровья граждан Российской Федерации. Поддержка материнства и детства включена в фундаментальные аспекты демографической безопасности страны. Правительство Российской Федерации требует от нас разработки действенных мер, направленных на использование самых современных достижений науки и техники в медицине для обеспечения реального улучшения здоровья и репродуктивного потенциала подростков и молодежи.

Этой актуальной проблеме всесторонне соответствует тематика 8-й Научно-практической конференции, в рамках которой пройдут пленарные сессии, мастер-классы, круглые столы, посвященные современным и инновационным аспектам в профилактике, диагностике и лечении заболеваний органов репродуктивной системы у детей и подростков.

Петербургская гинекологическая школа была, есть и будет важной площадкой для обмена опытом специалистов, работающих в системе охраны репродуктивного здоровья подростков по всей стране.

Всем участникам конференции желаю плодотворной работы, ярких достижений и эффективного сотрудничества. Пусть наше взаимодействие станет источником вдохновения и откроет новые горизонты в области здоровья и благополучия будущих поколений!

С уважением и наилучшими пожеланиями успеха,
Уварова Елена Витальевна

д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, главный внештатный специалист-гинеколог

детского и юношеского возраста Минздрава России, заведующая 2-м гинекологическим отделением ФГБУ «НМИЦ АГП

им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии

ИПО ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, президент Ассоциации детских и подростковых гинекологов России, главный редактор журнала «Репродуктивное здоровье детей и подростков»

I. Гинекология

ФОРМИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПОДРОСТКОВ НА ОСНОВЕ КОНЦЕПЦИИ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА

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

Резюме. Суть концепции жизненного цикла человека в аспекте репродуктивного потенциала состоит в том, что здоровый ребенок может родиться только от здоровой матери и здорового отца. Это означает, что залогом хорошего здоровья будущих родителей служит отсутствие медицинских, психологических и социальных проблем, начиная с их первого дня жизни и вплоть до завершения репродуктивного периода.

Охрану здоровья на разных этапах развития и жизни человека осуществляет плеяда врачей от неонатолога до геронтолога. При этом в жизненном цикле «человеческий плод – новорождённый – ребенок – подросток – взрослый человек репродуктивного возраста – человеческий плод» часто отсутствует преемственность в работе врачей разных специальностей: гинеколога, неонатолога, педиатра и терапевта. Между тем здоровье ребенка уже в перинатальном периоде может быть предиктором низкого репродуктивного потенциала в зрелом возрасте.

Для формирования и сохранения полноценного репродуктивного потенциала на каждом этапе жизни человека необходимы согласованные действия по обеспечению репродуктивного, соматического, психического здоровья и социального благополучия на всех уровнях: общество, специальные службы, потребитель услуг по охране репродуктивного здоровья. Подростковый период жизненного цикла – это последняя ступень к готовности реализовать репродуктивный потенциал. Для этой возрастной группы детей оказание комплексной медико-психологической социальной и правовой помощи максимально эффективно может быть осуществлено только в центрах охраны репродуктивного здоровья подростков.

Ключевые слова: жизненный цикл; подростки; репродуктивное здоровье; репродуктивный потенциал; соматические заболевания; психическое здоровье; социальное благополучие; центры охраны репродуктивного здоровья подростков

Актуальность. Состояние репродуктивного здоровья населения даже в странах с развитой системой здравоохранения остается неудовлетворительной. Перспективным представляется подход с анализом ситуации и принятием соответствующих мер на каждом этапе жизненного цикла – от антенатального периода до угасания репродуктивной функции. Подход, основанный на анализе каждого этапа жизненного пути (*a life-course approach*), который был одобрен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), существует уже около 20 лет [1]. Он рассматривает, как биологические (включая генетические), социальные и поведенческие факторы действуют независимо, совместно и взаимодействуют на протяжении всей жизни: во время беременности, в детстве, в подростковом возрасте и в зрелые годы, а также от поколения к поколению, оказывая влияние на состояние здоровья.

Этот принцип особенно важен для репродуктивного здоровья, поскольку он позволяет грамотно формировать репродуктивный потенциал человека, начиная с зачатия, через развитие репродуктивной системы в период полового созревания и заканчивая возможностью полноценной реализации fertильности в репродуктивном возрасте [2].

ВОЗ активно продвигает идею о том, что для улучшения здоровья матерей, новорождённых и детей необходимо внедрять программы и стратегии, основанные на концепции непрерывности медицинской помощи. Это означает, что медицинская помощь должна предоставляться на всех этапах жизни: до беременности, во время беременности, в период новорождённости, в младенчестве и детстве, в подростковом возрасте и после завершения репродуктивного периода [3]. Необходимо обеспечить непрерывное медико-психологическое и правовое сопровождение на протяжении всего жизненного пути. И наконец, подход к охране здоровья на протяжении всей жизни в большей степени направлен на профилактику, чем на лечение, и поэтому во многом зависит от самих людей – от их интереса к собственному здоровью и от того, как они заботятся о нем. Чтобы люди могли это делать, им должны быть предоставлены соответствующие инструменты. Формирование заботы о своем здоровье, начинающееся с раннего возраста, является одним из таких инструментов и, возможно, самым важным из них [3].

Фактически эта концепция соответствует нашему отечественному биopsихосоциальному подходу к здоровью ребенка и подростка [4]. Вариант данного подхода, основанный на требованиях российских нормативных документов и отечественных жизненных ценностях, представлен на рис. 1.

Многие факторы, определяющие репродуктивное здоровье человека, находятся за пределами системы здравоохранения

и представляют собой условия, в которых мы рождаемся, растем и стареем, то есть социальные детерминанты здоровья. Поэтому в работе с подростками действительно необходим биopsихосоциальный подход.

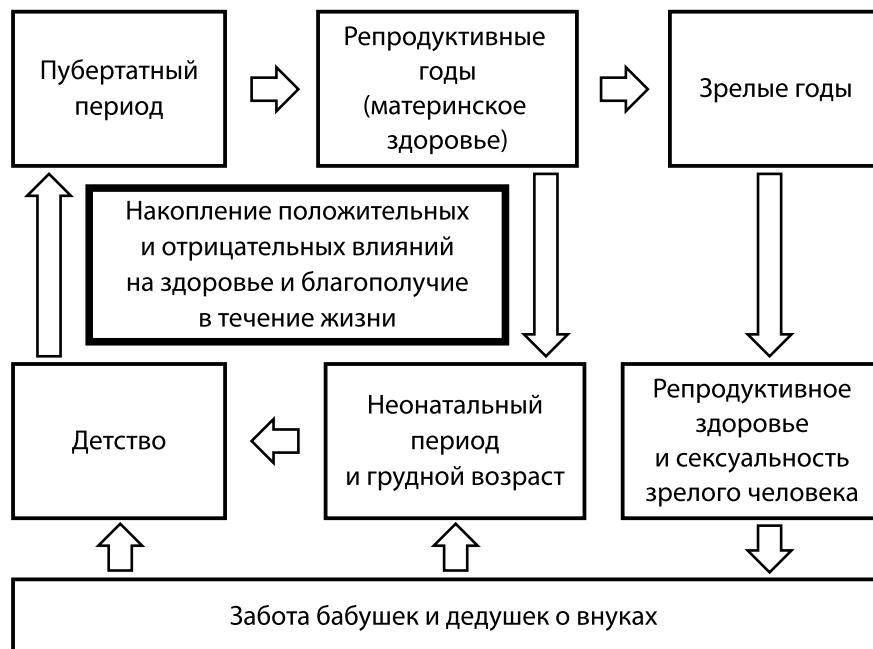


Рис. 1. Формирование репродуктивного потенциала подростков на основе концепции полного жизненного цикла

К сожалению, лица, принимающие решения, не всегда руководствуются долгосрочным видением или подходом при финансировании и инвестировании ресурсов. Акцент часто делается на немедленных, легко ощущимых результатах, что противоречит концепции жизненного цикла, которая прогнозирует хорошие дивиденды и результаты в долгосрочной перспективе. Так, в отчете Министерства здравоохранения и социальной защиты Великобритании утверждается, что каждый

дополнительный 1 фунт стерлингов на женщину, инвестированный в акушерскую и гинекологическую помощь в этой стране, может привести доход в размере 11 фунтов стерлингов [5].

Цель. Определить требования к системе охраны репродуктивного здоровья в период полового созревания как компонента жизненного цикла с учетом современной демографической ситуации и состояния здоровья девочек и женщин фертильного возраста.

Материалы и методы. Анализ данных Росстата и международных обзоров о состоянии здоровья и социального благополучия беременных, девочек, в том числе подросткового возраста и женщин в репродуктивном периоде.

Результаты. Приведем некоторые примеры, подтверждающие работу концепции о необходимости анализа всех компонентов жизненного цикла. Так, раннее наступление менархе, более поздняя менопауза и другие репродуктивные характеристики, например отсутствие родов в анамнезе, связаны с повышенным риском некоторых видов рака, включая рак молочной железы и эндометрия, а также с низким риском развития остеопороза. Кроме того, маркеры репродуктивного здоровья, такие как осложнения беременности, преждевременные роды и рождение ребенка с низкой массой тела, могут указывать на будущий риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Основными факторами, которые были связаны с ранним менархе, оказались более высокие темпы роста в детстве, хорошее социально-экономическое положение в детстве, семейные конфликты и развод родителей, наличие отчима и подверженность стрессовым факторам. Также появляется все больше свидетельств того, что репродуктивное здоровье женщины связано с репродуктивными характеристиками предыдущих поколений [1].

Исходя из концепции полного жизненного цикла, зарубежные исследователи предлагают создание центров охраны здоровья, которые бы за одно посещение оказывали все виды услуг с акцентом на профилактические воздействия [6]. В отечественной практике этим требованиям в наибольшей мере соответствуют центры охраны репродуктивного здоровья подростков, имеющие 30-летний опыт работы [7]. Очевидно, что необходимо объединить отечественный и зарубежный опыт охраны здоровья подростков в создании оптимального национального репродуктивного потенциала общества.

Рассмотрим современную ситуацию с репродуктивным потенциалом девочек и женщин на различных этапах жизни.

Здоровье и развитие в антенатальном периоде. В настоящее время хорошо известно, что условия, в которых развивается плод в утробе матери, могут иметь долгосрочные последствия для его физиологии во взаимодействии с генетической предрасположенностью. Они могут повлиять на риск развития серьезных заболеваний в будущем. Например, состояние здоровья матери, ее питание до и во время беременности, а также наличие стресса и употребление запрещенных веществ, таких как наркотики, алкоголь и табак, во время беременности могут привести к неблагоприятным исходам беременности, таким как задержка внутриутробного развития, преждевременные роды или мертворождение. Это, в свою очередь, может повлиять на развитие плода и формирование его мозга [8].

Здоровье и репродуктивный потенциал детей первого года жизни. Меры по повышению рождаемости – один из приоритетов в работе Правительства и Президента РФ. Большинство целевых показателей развития России в той или иной мере направлено на этот показатель. Рождаемость на 1000 человек населения с 1990 по 2001 год снизилась с 15,5 до 9,0. Прогнозы

стали оптимистичными с 2002 года, когда она стала расти до 13,3 в 2012–2015 годах. Но с 2016 года рождаемость вновь стала снижаться и к 2023 году оказалась на уровне 2000-х – 8,9. Очевидно, что негативная ситуация будет только усугубляться.

Суммарный коэффициент рождаемости (родившихся живыми на одну женщину), превышающий два ребенка на одну женщину, последний раз отмечался в 1985 году. Через 10 лет он снизился до 1,34, а к 2000 году – до 1,20. В последующем отмечался рост с максимальными показателями 1,7–1,8 в 2013–2016 годах. Затем последовало неуклонное снижение до 1,42 в 2022 году [9]. Поэтому в 2019 году в России стартовал национальный проект «Демография». Его цель состоит в том, чтобы повысить уровень жизни среди граждан нашей страны, популяризовать здоровый образ жизни среди граждан и увеличить показатель рождаемости [10]. Президент РФ в Указе от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» поставил задачу повышать рождаемость в России, в том числе добиваться более частого рождения третьих и последующих детей. К 2030 году планируется повысить суммарный коэффициент рождаемости до 1,6 и до 1,8 – к 2036 году [11].

В 2022 году родилось (с массой тела 1000 г и более) больными или заболели в периоде новорождённости 398 тысяч человек. Это составляет 31,5% от числа детей, родившихся живыми. В 1980 году таких детей было почти в 4 раза меньше – 7,9% [12].

Удельный вес недоношенных за последние 10 лет удерживается на уровне 5,3–6,2%. В 2022 году их количество в РФ составило 75,7 тысяч человек [12]. Максимальное их количество пришлось на 2012–2016 годы (108,2–109,1 тысяч человек) с пиком в 2014 году – 111,1 тысяч человек. Примечательно, что это были годы максимальной рождаемости в современной России.

Удельный вес детей, рожденных с массой тела менее 2500 г, в РФ за последние годы (2008–2020) стабилен и составляет 5,8–6,0% [12].

Заболеваемость детей первого года жизни по основным классам и группам болезней на 1000 детей, достигших в отчетном году возраста одного года, в целом имеет положительную динамику. С 2008 по 2022 год она снизилась на 25,9%. Вместе с тем отмечается увеличение количества новообразований (в 1,37 раза). Врожденные аномалии неуклонно нарастили с 1,8% в 1990 году до 4,2% в 2022 году [12].

Начало жизни с неблагоприятного течения беременности и родов связано с повышенным риском возникновения ряда заболеваний на более поздних этапах жизни (данное понятие известно как младенческие истоки взрослых заболеваний). Такие нарушения здоровья включают сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, сахарный диабет 2-го типа и метаболические расстройства, остеопороз, хроническую обструктивную болезнь легких, некоторые формы рака и психические заболевания. Своевременно принятые меры могут уменьшить этот риск для человека, а также ограничить его передачу следующему поколению [8].

За период с 2000 по 2008 год удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании до одного года, увеличился с 29,5 до 40%, затем стабильно удерживался на этом уровне до 2016 года с максимальным показателем в 41,2% и с последующим снижением до 37,6% в 2022 году [13]. На первом году жизни ребенка доля предотвратимых отказов от грудного вскармливания составила 41,6%, среди которых наиболее частыми являются необходимость выхода на учебу или работу и нежелание матери продолжать кормление грудью: 9,1% [14]. Значительный удельный вес предотвратимых отказов от грудного вскармливания является показателем неудовлетворительной

работы службы охраны материнства и детства по поддержке грудного вскармливания. Необходима пропаганда ответственного родительства уже в центрах охраны репродуктивного здоровья подростков (ЦОРЗП).

Здоровье и репродуктивный потенциал детей препубертатного периода жизни. Доля детей в возрасте от рождения до 14 лет в России снизилась с 1989 по 2023 год с 23 до 17% [14]. При этом, по прогнозам Росстата, в ближайшие 10 лет положительной динамики не ожидается. В перспективе неизбежно уменьшение численности детей 0–15 лет. К 2035 году их может стать меньше на 5–10 млн человек. При среднем варианте прогноза через 10 лет за 2024–2034 годы численность детей 15 лет снизится на 7,1 млн [12].

Начало 2000-х годов было благоприятным для молодежной демографии. Численность подростков и юношей 10–24 лет к 2002 году была на 14,4% больше, чем в 1989 году (34 673 409 человек). Затем сдержанный оптимизм вновь сменился явным разочарованием с обсуждением путей выхода из демографического кризиса и «демографической ямы». Уже к 2010 году количество подростков и юношей 10–24 лет оказалось ниже, чем в 2002 году, на 21,4%, а к 2023 году соответственно на 31,0%. Удельный вес молодежной популяции в 2002 году составлял 23,9%, а в 2023 году резко снизился до 16,3%. Это указывает на существенную потерю страной трудового, оборонного и репродуктивного потенциала [9].

Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет в целом имеет тенденцию к росту. С 2010 по 2023 год она повысилась на 10,6%. В структуре общей заболеваемости детей (0–17 лет) первые 5 ранговых мест занимают последовательно: болезни органов дыхания (53,9%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (6,2%), болезни органов

пищеварения (6,0%), болезни глаза и его придаточного аппарата (4,7%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,2%) [15].

Отмечено увеличение количества заболеваний, оказывающих серьезное влияние на формирование репродуктивного потенциала: новообразований – в 1,8 раза, заболеваний эндокринной системы – в 1,4 раза. Численность детей, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях со злокачественными новообразованиями, с 2008 по 2023 год увеличилась вдвое – с 16,6 до 31,5 тысяч. Заболеваемость гепатитом *B* детей 0–17 лет с 2011 по 2022 год снизилась с 1,6 до 0,2 в расчете на 100 тысяч человек населения. Аналогичные тенденции прослеживаются в этой возрастной группе за 10 лет в отношении заболеваемости туберкулезом: она снизилась в 2,5 раза. Заболеваемость психическими расстройствами в последние 15 лет имеет тенденцию к медленному снижению. Однако абсолютные значения достаточно высоки. В 2023 году под наблюдением состояло более 263 тысяч детей. Зарегистрировано больных 0–14 лет – 674 766 человек, подростков 15–17 лет – 249 694 человек [12].

Распределение российских детей по группам здоровья остается достаточно стабильным. В 2023 году I группу здоровья имели 29,1%, II – 55,2%, III – 13,1%, IV – 0,6, V – 2,0% детей. Показатели Санкт-Петербурга вызывают меньший оптимизм: I группа здоровья – 12,4%, II – 65,2%, III – 19,8%, IV – 0,5%, V – 2,2% детей [12].

Это означает, что без усиления внимания к соматическому здоровью детей и подростков проблему не только увеличения, но и сохранения репродуктивного потенциала не решить. Резерв для повышения репродуктивного потенциала может состоять в активизации работы с соматически больными детьми и подростками, которые игнорируют (возможно, с точки зрения родителей) необходимость контроля их репродуктивного здоровья, не считая его значимым в данное время. Именно

у этой категории больных, которая обычно сосредоточена только на своем тяжелом соматическом заболевании, велик риск формирования отклонений в развитии и половом созревании. Однако на самом деле по мере взросления каждый подросток хочет любить и быть любимым и в идеале создать семью. Но это время может оказаться упущенными. Поэтому необходимо максимальное сближение и взаимодействие участковой педиатрической службы и ЦОРЗП в стабилизации здоровья и социального благополучия подростков.

Здоровье и репродуктивный потенциал подростков. Численность подростков и молодежи в возрасте 15–29 лет, которые составляют основу репродуктивного потенциала России, неуклонно снижается. В 2002 году она составляла 34 880 тысяч человек, в 2010 – 32 540, в 2015 – 28 742, в 2023 году – 22 503 тысяч человек, снизившись за 20 лет в 1,6 раза. По данным Росстата [12], в структуре заболеваемости российских подростков лидируют болезни костно-мышечной системы, заболевания нервной системы, психические расстройства. Все чаще в патологический процесс вовлекаются эндокринная, сердечно-сосудистая и мочеполовая системы, органы пищеварения. К основным причинам этого относят экологическую напряженность, снижение качества пищевых продуктов, чрезмерное потребление сладких газированных и энергетических напитков, увлечение компьютерными технологиями и гиподинамию, маркетинг нездоровых продуктов питания и образа жизни.

ВОЗ отмечает, что в России только 32% мальчиков и 17% девочек 15 лет считают свое здоровье отличным [16]. Доля детей в возрасте до 18 лет, имеющих плохое и очень плохое состояние здоровья (в процентах к общему числу детей в соответствующей группе), за последние 10 лет в РФ снизилась с 2,2 в 2011 году до 0,8 к 2022 году, а в Северо-Западном федеральном округе соответственно с 1,4 до 0,4% [9].

Период начала 2000-х годов интересен двумя особенностями. Во-первых, подростков передали под наблюдение детских поликлиник, которые к этому оказались не готовы. Во-вторых, активизировалась концепция создания служб охраны репродуктивного здоровья и стала очевидной необходимость комплексного подхода к охране здоровья подростков.

За период с 2000 по 2013 год у взрослого населения общая заболеваемость возросла на 9,4%, у детей до 14 лет – на 27,7%, а у подростков 15–17 лет – на 61,7%, т. е. темпы заболеваемости детей оказались в три раза, а подростков – в семь раз выше, чем взрослых. Максимальные темпы прироста заболеваний у детей отмечены по новообразованиям (в 2,1 раза), врожденным аномалиям (в 1,8 раза), болезням нервной и мочеполовой систем (в 1,5 раза). У подростков наибольший прирост связан с заболеваниями эндокринной системы – ожирением (в 3,6 раза), новообразованиями и болезнями системы кровообращения (по 1,9 раза). На 5% увеличилось число детей-инвалидов. При этом сократилось число детских оздоровительных учреждений (на 5%), в том числе загородных оздоровительных (на 30%), в которых отдохнуло в 2013 году на 40% детей меньше, чем в 2000 году [17, 18].

Распространенность болезней эндокринной системы у школьников возрастает в 4 раза по сравнению с заболеваемостью дошкольников, на долю заболеваний щитовидной железы приходится 3,4%, а в 1,5% случаев учащиеся страдают гипоталамическим синдромом. Данный процесс поражает в основном подростков на фоне гормональных изменений в пубертатный период. Опасность в том, что болезнь приводит к серьезным осложнениям: бесплодию, ожирению, психическим нарушениям и др. Подросток теряет работоспособность, появляются проблемы в общении с окружающими, задержка развития. Причиной

таких проявлений может быть и белково-энергетическая недостаточность, а также другие формы избыточности питания [19].

Психическое здоровье современных старшеклассников характеризуется высокой распространенностью расстройств невротического круга и соматовегетативных нарушений, обусловленных интенсивными занятиями и ежедневным длительным использованием электронных девайсов, интернета и социальных сетей. Установлено, что 66,25% школьников имеют склонность, а 18,75% являются интернет-зависимыми [20].

Анализ показателей гинекологической заболеваемости девочек и девушек-подростков России вызывает обоснованные опасения относительно успешной реализации ими репродуктивной функции в ближайшие десятилетия [21]. У девушек в структуре заболеваний репродуктивной системы преобладают нарушения менструального цикла – 46%, а также воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов – 29% [22].

Медицинскими мерами повышения рождаемости Правительство определило снижение частоты прерывания беременности среди женского населения. По данным Росстата, ситуация с прерыванием беременности в России имеет четкую положительную динамику. Так, за период с 1991 по 2023 год число абортов у женщин в возрасте 15–49 лет снизилось более чем в 9,6 раза – с 350,4 до 362 тысяч. Показатель на 1000 женщин фертильного возраста снизился с 129,4 до 10,5. В период с 2010 по 2022 год количество прерываний беременности у несовершеннолетних 15–17 лет снизилось почти в 5,4 раза – с 19 до 3,5 тысяч (с 8,49 до 1,56 на 1000 подростков 15–17 лет включительно) [12].

Здоровье и репродуктивный потенциал женщин репродуктивного возраста. Эксперты подчеркивают, что негативные тенденции в стране уже в ближайшее время приведут к тому, что численность российских женщин в активном репродуктивном

в возрасте 20–29 лет сократится почти вдвое, а число мужчин призывного возраста (18–27 лет) уменьшится к 2050 году более чем на 40%, или на 4,5 млн [23]. Неуклонно увеличивается возраст вступления в брак. Так, в 1990 году удельный вес невест 18–24 лет составлял 59,1%, а в возрасте 35 лет и старше – 14,8%. В 2010 году это соотношение уже выглядело как 45,7% и 16,2%, а в 2022 году – как 28,9% и 33,7%. Вполне понятно, что репродуктивные ожидания невест старшего возраста, которых за последние 30 лет стало в два раза больше, будут низкими [12]. При этом отмечается рост первичной заболеваемости женским бесплодием [24].

Полноценный репродуктивный потенциал в значительной степени определяется и соматическим здоровьем матерей. На сегодняшний день только 6% женщин могут считаться абсолютно здоровыми [25]. Соматические заболевания все чаще становятся причиной осложненных родов. Из числа закончивших беременность удельный вес страдавших анемией с 1980 по 2022 год возрос почти в 10 раз (с 3,6 до 34,6), сахарным диабетом – в 104 раза (с 0,1 до 10,4), болезнями мочеполовой системы – почти в 8 раз (с 2,3 до 16,1%) [12].

Прогноз отдельных показателей заболеваемости беременных показывает, что при сохранившихся условиях оказания медицинской помощи женщинам заболеваемость будет иметь тенденцию к росту. Предполагается увеличение к 2025 году распространенности анемии, гестационного сахарного диабета, преэклампсии тяжелой степени, что, безусловно, повлияет на здоровье как женщины, так и ожидаемого потомства [26].

Установлено, что 48% матерей девочек, страдающих нарушениями менструальной функции, также указали на патологию репродуктивной функции, 5% лечились по поводу бесплодия. Вегетативные дисфункции, которые являются общим патогенетическим звеном для соматических расстройств и нарушений

менструального цикла, наблюдались у 63% матерей обследованных девочек [27].

Формирование ответственного родительства в концепции жизненного цикла. Ценность института семьи снижается. Количество браков в РФ на 1000 человек населения с 2011 по 2022 год уменьшилось в 1,3 раза (с 9,2 до 7,2). Количество разводов сохраняется высоким. За последние 10 лет оно держится на уровне около 600 тысяч. Остается очень большим количество детей, рожденных вне зарегистрированного брака. Если удельный вес таких детей в 1990 году равнялся 14,6%, то уже через 10 лет – 24,8%, то есть четверти всех рожденных детей. В последующие годы продолжается плавное снижение доли таких детей до 21,7% в 2010 году и 22,8% в 2022-м. В абсолютном выражении это количество составляет около 300 тысяч мальчиков и девочек, проживающих в неполноценных семьях [9].

Важным фактором, снижающим репродуктивный потенциал молодых людей, является их рискованное репродуктивное поведение. Начало половой жизни до завершения социализации способствует формированию культуры гедонистических, краткосрочных отношений, в которых семейные ценности отодвигаются на второй план [26]. Другая серьезная опасность кроется в явлении «чайлдфри» (свободный от детей). В соответствии с этой концепцией дети рассматриваются исключительно как обуза, мешающая полноценной жизни. Постепенно она складывается в самостоятельное репродуктивное и родительское поведение со своими ценностями и мотивацией, что можно объяснить действием социальных факторов, влияющих на репродуктивные установки. Отношение общества к этому явлению становится все более толерантным [28]. Вместе с тем только полноценные семьи обеспечивают основную структуру, в которой дети рождаются, растут и развиваются и из которой подростки переходят во взрослую жизнь. Ответственные родители являются основной

защитной и благоприятной средой для здоровья и формирования репродуктивного потенциала.

Заключение. Проблемы, связанные с формированием репродуктивного потенциала женщин, существуют на всех этапах их жизненного пути – от перинатального периода до преконцепционной подготовки будущих родителей. Они обусловлены не только медицинскими, но и социально-экономическими факторами. Поэтому на каждом этапе жизни в охране репродуктивного здоровья необходим комплексный медико-психолого-социальный подход. Завершение практически каждого возрастного периода означает изменение системы медико-социальной помощи. У новорождённого, подростка и взрослой женщины она будет обеспечиваться разными специалистами и в разных учреждениях. Крайне важна преемственность этих звеньев, которая зачастую отсутствует. Тогда предвестники низкого репродуктивного потенциала, которые могут появиться уже в перинатальном периоде, не будут множиться на последующих этапах жизни.

На сегодняшний день эти требования наиболее эффективно можно реализовать в системе охраны репродуктивного здоровья подростков. Центры охраны репродуктивного здоровья подростков могут стать структурами, объединяющими усилия медицинских и социальных работников, психологов, подростков и их родителей в решении демографических проблем современного общества.

Подросток, обладающий высоким репродуктивным потенциалом, – это ребенок, рожденный здоровой матерью и здоровым отцом от желанной беременности в полноценной гармоничной семье при качественном удовлетворении базовых физиологических (включая грудное вскармливание) и психических потребностей ребенка на начальном этапе жизни и воспитании ответственного родительства в последующие годы.

Список литературы

1. Gita D Mishra, Rachel Cooper, Diana Kuh. A life course approach to reproductive health: Theory and methods *Maturitas*. 2010;65(2):92-7. DOI: 10.1016/j.maturitas.2009.12.009.
2. Ann Hoskins and Justin Varney. Taking a life-course approach to sexual and reproductive health. *The European magazine for sexual and reproductive health* 2015;82:8–12.
3. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: Резюме. Обновленный повторный тираж, 2014 г. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/344495> (дата обращения – 08.11.2024).
4. Куликов А.М., Кротин П.Н. Биопсихосоциальный подход в охране репродуктивного здоровья подростков // Медицинская психология в России. 2012;5(16). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения – 08.11.2024).
5. Women's Health Investment Reaps High Return, Report Suggests – Medscape – October 22, 2024. Available at: <https://www.medscape.com/s/viewarticle/womens-health-investment-reaps-high-return-report-suggests-2024a1000jbd> (accessed 08.11.2024).
6. A life-course approach to women's health. *Nat Med* 2024;30(1). Available at: <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02777-8> (accessed 08.11.2024).
7. Ипполитова М.Ф., Куликов А.М., Смирнова Е.В. Комплексный подход в формировании репродуктивного потенциала детей и подростков // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи: Сборник трудов VI Научно-практ. конференции. Санкт-Петербург, 02 декабря 2022 года. – Санкт-Петербург: Б. и., 2022. – С. 18–29.

8. A Life Course Approach to Women's Health. Second Edition. Edited by: Gita D Mishra, Rebecca Hardy, and Diana Kuh, Oxford University Press. 2023. 448 p. DOI: 10.1093/oso/9780192864642.003.0001.
9. Демографический ежегодник России. 2023: Стат. сб. – М.: Росстат, 2023. – 256 с.
10. Зябликова О.А., Ремпель Д.С., Россеева А.А. Причины и последствия демографического кризиса в Российской Федерации и способы его устранения // Молодежь. Образование. Наука. 2023;1(18):120–124.
11. Указ Президента РФ от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». URL: <https://www.consultant.ru/law/hotdocs/84648.html> (дата обращения – 08.11.2024).
12. Росстат, 2024. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения – 08.11.2024).
13. Здравоохранение в России. 2023: Стат. сб. – М., Росстат: 2023. – 179 с.
14. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Алексеева А.В. Основные причины отказов от грудного вскармливания. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2019;65(2). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1059/30/lang.ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-2-5. (дата обращения – 08.11.2024).
15. Зорина И.Г., Макарова В.В., Кокшаров А.В., Емельянова Л.А. Ключевые аспекты и детерминанты формирования здоровья современных детей и подростков // Вестник Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета. 2020;5(158):253–273. DOI 10.25588/CSPU.2020.158.5.018.
16. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. World Health Organization. Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104>. (accessed 08.11.2024).
17. Здравоохранение в России. 2013: Стат. сб. – М.: Росстат, 2013. – 380 с.
18. Журавлёва И.В., Лакомова Н.В. Здоровье детей и подростков в России: Социально-политические и социологические аспекты // Социологический ежегодник. 2016;2015–2016:293–307.
19. Грязнухина А.Д., Ахмедова Л.М., Ладыгина Д.В., Ненахова Е.В. Состояние здоровья детей и подростков на современном этапе // Эпомен: медицинские науки. 2023;8:35–46.
20. Чубаровский В.В., Рапопорт И.К., Соколова С.Б., Бирюкова Н.В. Состояние психического здоровья старшеклассников в условиях цифровой трансформации образования (пилотное исследование) // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2023;2:33–49.
21. Адилова Г.Р. Современные способы контроля репродуктивного здоровья девочек-подростков // Экономика и социум. 2024;1(116):715–718.
22. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Лазарева С.И. [и др.]. Репродуктивное здоровье девушек и девочек Московской области. Данные Центра охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области // Эффективная фармакотерапия. 2023;19(7):93.
23. О демографической ситуации в России: проблемы, анализ ситуации, перспективы развития // Инвалиды и общество. 2018;2(28):62–73.
24. Фомина А.В., Дзидзария Ф.Г., Бивол Е.В. Анализ гинекологической заболеваемости и тенденции развития стационарной

гинекологической помощи в Российской Федерации // Российский медицинский журнал. 2020;26(4):211–216. DOI: 10.17816/0869-2106-2020-26-4-211-216.

25. Аполихин О.И., Москалёва Н.Г., Комарова В.А. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России // Экспериментальная и клиническая урология. 2015;4:4–14.

26. Соколовская Т.А., Ступак В.С. Заболеваемость беременных женщин в Российской Федерации: тенденции и прогнозы // Российский вестник акушера-гинеколога. 2022;22(5):7–14. DOI: 10.17116/rosakush2022220517.

27. Можейко Л.Ф. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья подростков // Педиатрия. Восточная Европа. 2021;9(2):224–232. DOI: 10.34883/PI.2021.9.2.007.

28. Рогова А.М., Давыдов С.А. Социальные факторы распространения чайлдфри в России // Российский научный журнал «Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований». 2023;1(9):76–81.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ «ЮВЕНТА» (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)
ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЧИСЛА ПРОЛЕЧЕННЫХ ПОДРОСТКОВ
И ПАЦИЕНТО-ДНЕЙ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НОЗОЛОГИЯМ
ЗА 2021–2023 ГОДЫ И ПЕРВЫЕ 9 МЕСЯЦЕВ 2024 ГОДА

Шаповалова А.И., Ипполитова М.Ф.

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

Резюме. В статье представлены результаты ретроспективного анализа работы дневного стационара СПб ГБУЗ «ГЦОРЗП "Ювента"» (далее – Центр «Ювента») по показателям числа пролеченных подростков и проведенных пациенто-дней по отдельным нозологиям за 2021–2023 годы и первые 9 месяцев 2024 года. Стабильные показатели в работе дневного стационара свидетельствуют о рациональном использовании коечного фонда, применении современных методов лечения и соблюдении принципов этапного лечения.

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

Цель. Анализ работы стационара кратковременного пребывания Центра «Ювента» за четырехлетний период.

Актуальность. Здоровье будущего поколения страны во многом зависит от здоровья женщины, в том числе репродуктивного, и связано с гинекологической заболеваемостью. Охрана здоровья женщин остается одной из важных задач здравоохранения,

что обусловлено как численным снижением демографического резерва, так и качественным снижением репродуктивного потенциала страны [17]. Современные ученые как в России, так и в зарубежных странах отмечают, что организация медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями с использованием стационарзамещающих технологий значительно повышает объем и качество специализированной медицинской помощи, а также способствует приближению данного вида специализированной помощи к пациентам [10–12].

Организация деятельности стационара кратковременного пребывания регламентирована Федеральным законом РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6], приказами Минздрава РФ от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» [7], от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» [8], Приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», а также правилами организации деятельности стационаров кратковременного пребывания в сфере охраны репродуктивного здоровья по 16 профилям [9]. Совершенствование организационных форм стационарзамещающих технологий медицинской помощи пациенткам хирургического профиля приобрело за последние годы особую актуальность [7]. Амбулаторная хирургическая служба направлена, прежде всего, на раннюю диагностику заболеваний, проведение полноценного лечения по принципу «одного окна» пациенткам, которым не требуется госпитализация в круглосуточные стационары. Известно, что около 80% больных хирургического профиля нуждаются в амбулаторном лечении в условиях дневного стационара [8].

Организация работы дневных стационаров в акушерско-гинекологической практике является одним из наиболее востребованных направлений наряду с такими профилями, как терапия, педиатрия, неврология и хирургия [13–16]. В настоящее время благодаря внедрению высокотехнологичных методов оперативного лечения многих женских болезней (лапароскопия, гистерорезектоскопия, реконструктивно-пластические операции на тазовом дне, промежности и др.) стало возможным не только выполнение органосберегающих операций, но и в значительной степени улучшение качества жизни пациенток, сохранение их репродуктивной функции. Применение стационарзамещающих технологий в амбулаторной гинекологической практике имеет ряд преимуществ: постановка диагноза на раннем этапе заболевания, органосберегающий принцип хирургического лечения, малоинвазивное вмешательство, что в итоге улучшает качество жизни и продлевает репродуктивный период.

В настоящее время развитие системы дневных стационаров и специальных центров амбулаторной хирургии в РФ способствует активизации хирургической службы, расширению объема оперативных вмешательств в амбулаторных условиях в режиме краткосрочного пребывания в стационарах, что, несомненно, будет означать снижение экономических затрат на здравоохранение.

Планирование объемов гинекологической помощи и поиск путей развития стационарзамещающих технологий в гинекологии в современных условиях должны основываться на ретроспективном анализе, включающем оценку в динамике гинекологической заболеваемости и ресурсов медицинских организаций [1–5].

Из зарубежного опыта следует, что в настоящее время до 40–50% плановых хирургических операций можно выполнить амбулаторно, в том числе целый ряд гинекологических

и ортопедических вмешательств. По данным некоторых авторов, более 65% операций по поводу наружных грыж живота можно выполнять в амбулаторно-поликлинических условиях [9, 17]. Основная задача центров амбулаторной хирургии – повысить оперативную активность в амбулаторных условиях, «снять» с госпитального звена пациентов, помочь которым может быть оказана на амбулаторном этапе при существующем уровне лечебно-диагностической работы [18, 19]. В европейских странах разработан и действует «Протокол оценки обоснованности использования стационарной помощи», в котором отражены клинические критерии, применяемые в странах Европейского союза. Протокол дает возможность сравнивать результаты исследований в различных странах и оценивать необходимость использования стационарных и поликлинических ресурсов. Стационарзамещающая медицинская помощь дает не только экономический, но и, в первую очередь, медицинский и социальный эффекты, поскольку появляется возможность преодоления негативных последствий госпитализации – эмоциональной изолированности, ограниченности социальных контактов, ослабления семейных и родственных связей [20, 21].

Таким образом, различные вопросы организации современных структур центров с дневными стационарами, особенностей проведения оперативных вмешательств в этих условиях, ведения больных в послеоперационном периоде, а также медицинская и социальная значимость совершенствования стационарзамещающей помощи в целом являются актуальными для отечественной медицины и практического здравоохранения. Внедрение в клиническую практику современных малоинвазивных методов лечения способствует раннему восстановлению и сокращению сроков нетрудоспособности пациенток. Использование современного высокотехнологичного оборудования позволяет минимизировать число осложнений

в послеоперационном периоде, снизить нагрузку на врачей круглосуточного стационара и высвободить койки для более тяжелой категории больных.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинских карт подростков, которые были направлены в Центр «Ювента» в 2021–2024 годах.

В соответствии с целью, поставленной в данном исследовании, использовались статистический и аналитический методы.

Материалами исследования послужили статистические, отчетные и учетные формы:

- Форма № 003 – 3/у «Карта больного дневного стационара»;
- Форма № 001 – 1/у «Журнал учета больных дневного стационара»;
- Статистические данные, отчет о деятельности дневного стационара Центра «Ювента».

Результаты и обсуждение. Проведен сравнительный анализ работы дневного стационара Центра «Ювента» по показателям числа пролеченных подростков и пациенто-дней по отдельным нозологиям за период 2021–2023 годов и первые 9 месяцев 2024 года.

На рис. 1 представлены данные по числу пролеченных пациентов. Как видно, этот показатель достаточно стабилен и остается на уровне 600–630 пациентов за год. Это отражает доступность и объем необходимой амбулаторной помощи подросткам на уровне дневного стационара городского центра. С другой стороны, данный показатель обусловлен возможностями учреждения, наличием профильных специалистов и объемом оказываемой помощи. За первые 9 месяцев 2024 года был пролечен 481 подросток. Судя по тенденции, тренд сохраняется и за 2024 год динамика останется на уровне предыдущих лет.

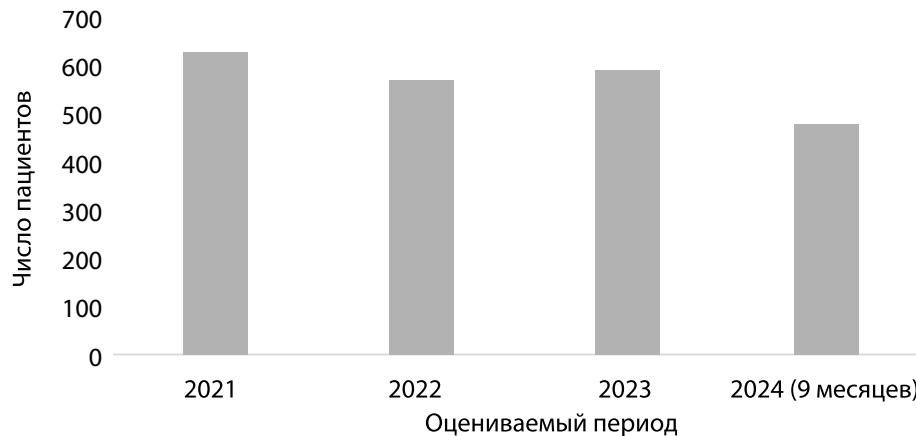


Рис. 1. Число пролеченных в дневном стационаре подростков за оцениваемый период

Из рис. 2 видно, что показатель пациенто-дней за оцениваемый период удерживается на одном и том же уровне, средняя длительность амбулаторного лечения из расчета на 1 пациента составляет 9,3–10,0 дня.

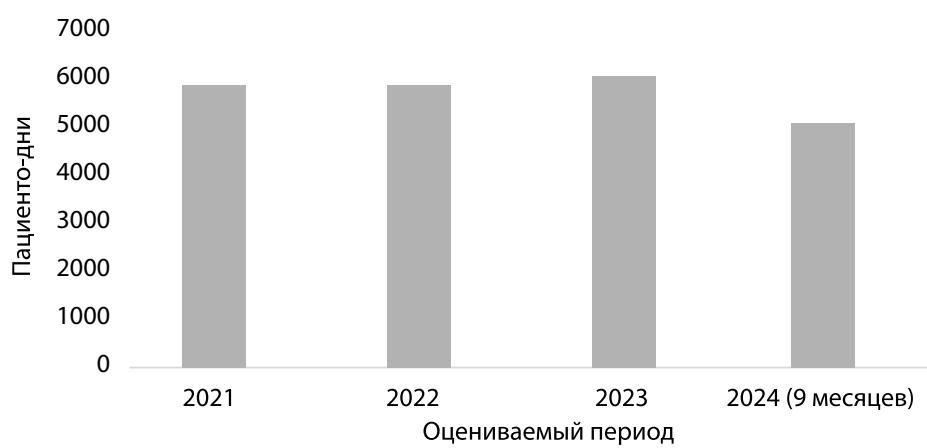


Рис. 2. Число подростковых пациенто-дней в дневном стационаре за оцениваемый период

По числу пациентов с новообразованиями отмечена тенденция к снижению за оцениваемые периоды (рис. 3). Значительная часть выявленных новообразований – доброкачественные. Снижение обусловлено развитием кожно-венерологической консультационно-диагностической службы в Северо-Западном регионе.

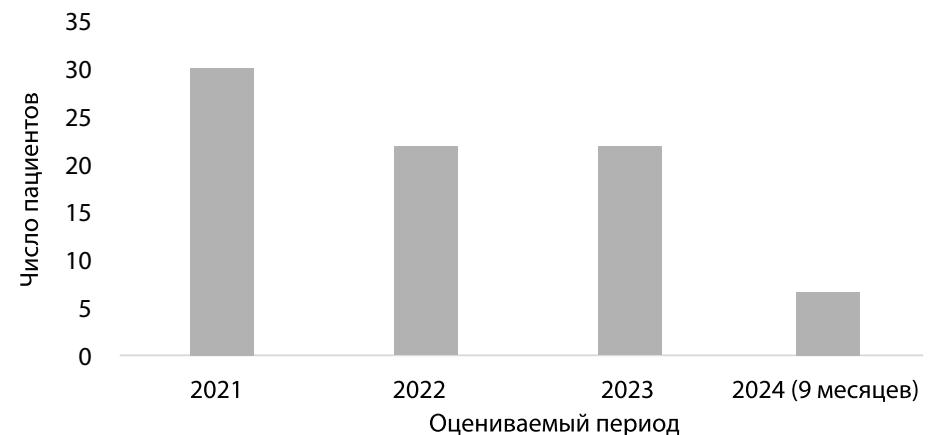


Рис. 3. Число пролеченных подростков с новообразованиями за оцениваемый период

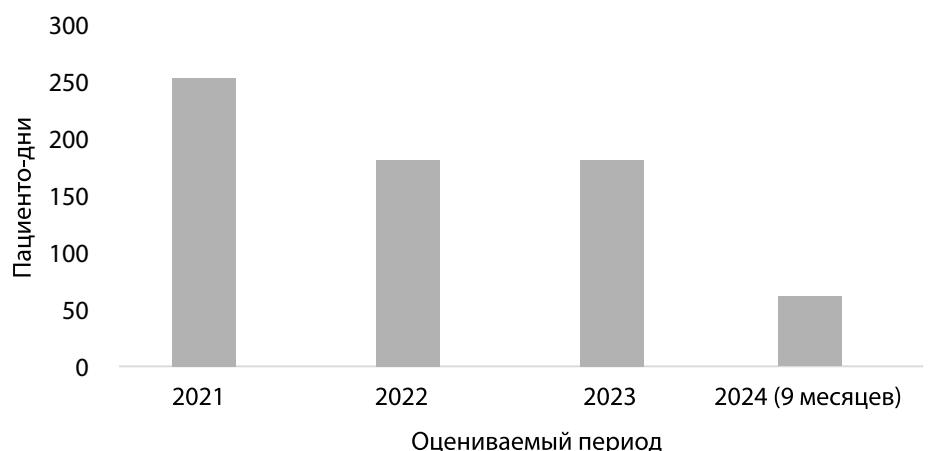


Рис. 4. Число подростковых пациенто-дней в связи с новообразованиями в дневном стационаре за оцениваемый период

В этой группе пациентов средний койко-день остается на протяжении последних 4 лет стабильным, на уровне 8,3 (рис. 4).

Число пролеченных подростков с болезнями системы кровообращения с 2021 по 2024 год имеет тенденцию к снижению (рис. 5). Максимальный показатель зарегистрирован в 2021 году, что, возможно, связано с постковидным синдромом.

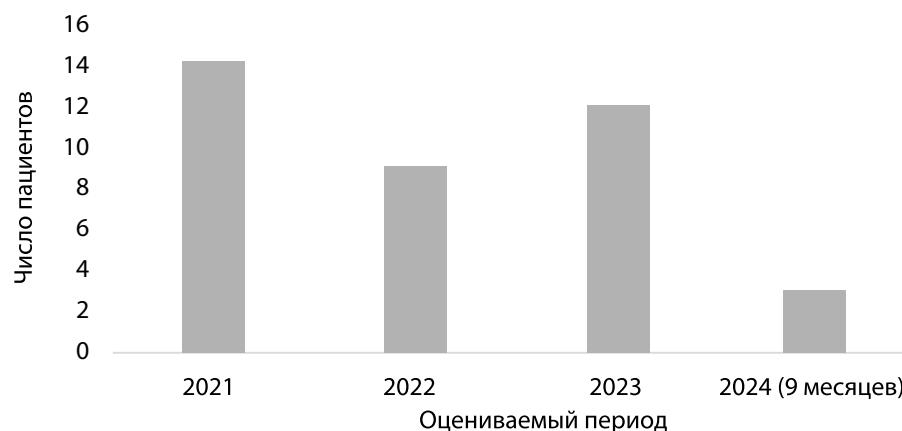


Рис. 5. Число пролеченных подростков с болезнями системы кровообращения за оцениваемый период

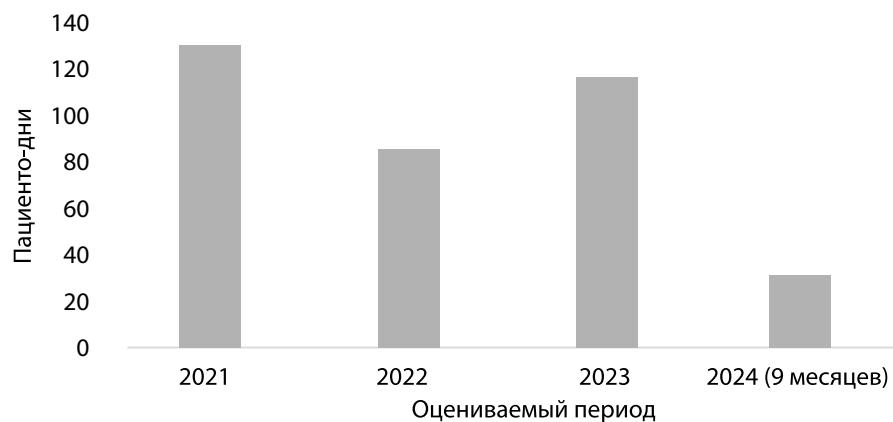


Рис. 6. Число пациенто-дней в связи с болезнями системы кровообращения в дневном стационаре за оцениваемый период

Средний койко-день в этой группе пациентов остается на протяжении последних 4 лет стабильным, на уровне 9,5 (рис. 6).

Число пролеченных пациентов с болезнями мочеполовой системы в дневном стационаре за оцениваемые периоды остается на высоком уровне и в среднем составляет 430 пациентов в год (рис. 7). Метаболические изменения, возникающие в активную фазу воспаления, не исчезают с ликвидацией клинических признаков инфекции мочеполовой системы. К тому же изменение гормонального фона вносят свой вклад в клинику заболевания, когда организм становится особо уязвим к неблагоприятным внешним воздействиям. Это отражается в высоком уровне заболеваемости у подростков.

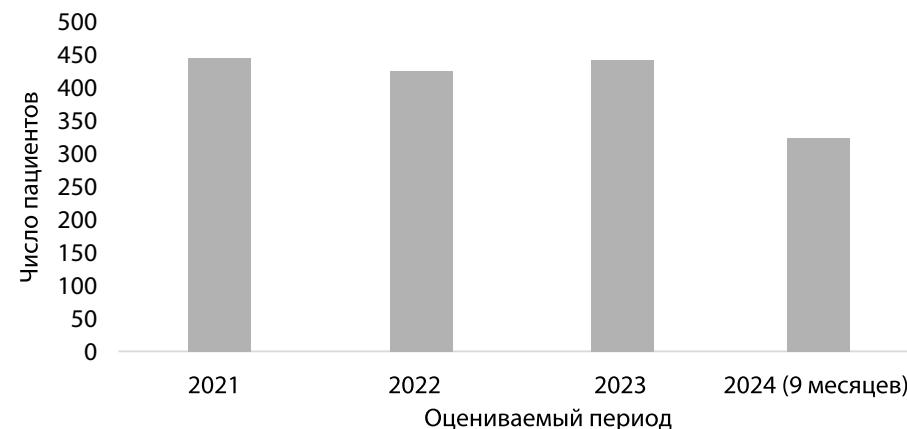


Рис. 7. Число пролеченных пациентов с болезнями мочеполовой системы в дневном стационаре за оцениваемый период

Средний койко-день в этой группе составляет 12 на протяжении оцениваемого периода с 2021 по 2024 год (рис. 8).

Число пролеченных пациенток в связи с беременностью, послеродовым периодом в дневном стационаре за оцениваемые периоды представлено на рис. 9. В последние 2 года отмечается тенденция к снижению этого показателя.

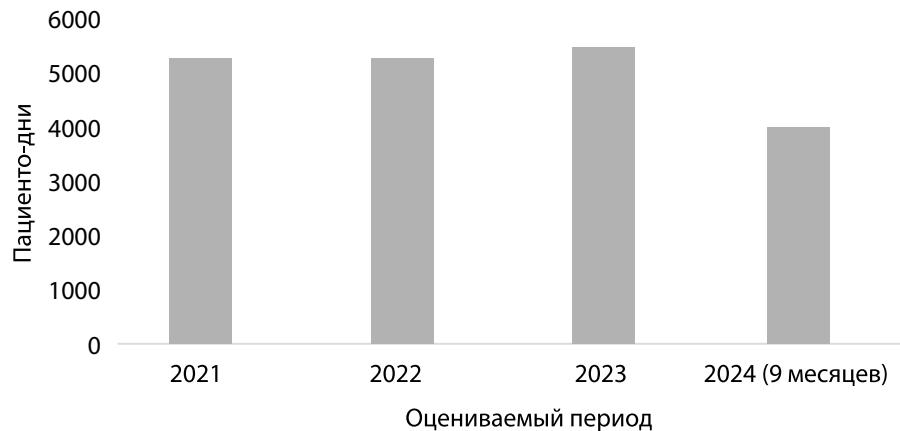


Рис. 8. Число пациенто-дней в связи с болезнями мочеполовой системы в дневном стационаре за оцениваемый период

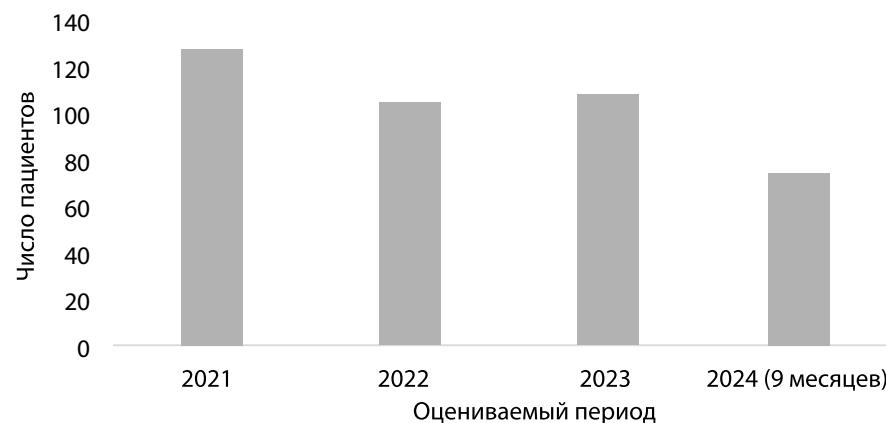


Рис. 9. Число пролеченных пациенток в связи с беременностью, послеродовым периодом в дневном стационаре за оцениваемый период

Заключение. Проведенный анализ (рис. 10) показал, что в 2021, 2023 годах имеется средний показатель пациенто-дней, равный 1,9, тогда как в 2022 году он составил 2,3 дня, что в 1,2 раза выше по сравнению с 2021 и 2023 годами. Имеющиеся цифры за 9 месяцев 2024 года позволяют предполагать, что показатель 2024 года будет иметь цифры, схожие с 2021 и 2023 годами.

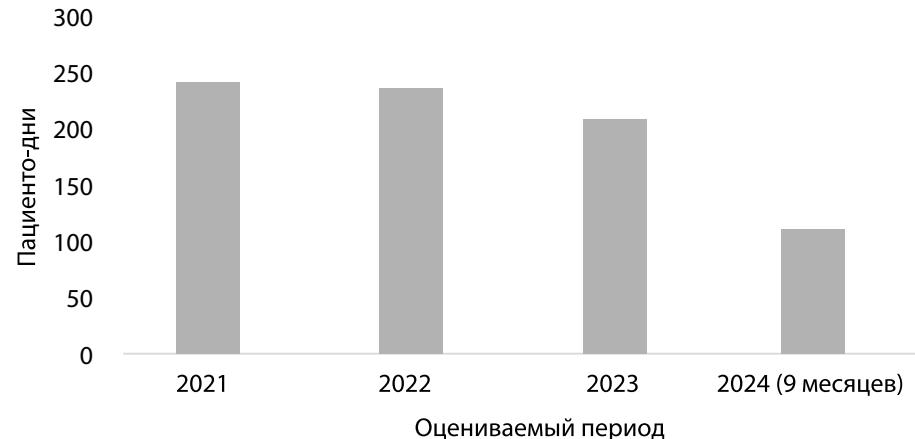


Рис. 10. Число пациенто-дней в связи с беременностью, послеродовым периодом в дневном стационаре за оцениваемый период

Полученные аналитические данные говорят о стабильных показателях в работе дневного стационара, что свидетельствует о рациональном использовании коечного фонда, применении современных методов лечения и соблюдении принципов этапного лечения.

Список литературы

1. Чхеидзе Н.С. Основные тенденции развития стационаров гинекологического профиля на современном этапе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург., 2003. – 19 с.
2. Шаповалова М.А., Корецкая Л.Р. Моделирование и экономическое обоснование организации стационарной медицинской помощи посредством частичной госпитализации // Главный врач: Хозяйство и право. 2014;3:22–25.
3. Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г. Состояние и перспективы развития акушерско-гинекологической помощи в сфере здравоохранения // Акушерство и гинекология. 2005;3:17–24.

4. Шипова В.М., Гриднев О.В., Вартанян Э.А. Актуальные проблемы планирования объема акушерско-гинекологической помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):163–166.
5. Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурно-функциональный анализ деятельности дневных стационаров в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012;2:20–23.
6. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 гг.
7. Молдалиев И.С. Деятельность амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений по обеспечению хирургической помощи населению РК // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. 2006;38:44–49.
8. Гаврилов С.С., Абеуова Ж.С., Идрисов Б.К., Кайназарова М.А. Состояние и перспективы развития амбулаторной хирургии // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. 2006;40(3):49–53.
9. Раннев И.Б., Наумов С.С., Магомадов Р.Х., Башанкаев Б.Н. Анализ работы амбулаторных хирургических отделений и перспективы их развития // Здравоохранение. 2005;11:36–40.
10. Коротовских Л.И., Обоскалова Т.А., Прохоров В.Н. Собственный опыт амбулаторной хирургии в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. 2009;58(5):M6–M7.
11. Куприенко Н.Б., Смирнова Н.Н. Инфекция мочевой системы у подростков: современные подходы к диагностике, лечению и диспансерному наблюдению // Нефрология. 2018;22(4):108–115.
12. Попова С.С. Перспективы дневных стационаров в лечении гинекологических заболеваний // Аспирант и соискатель. 2011;2:167–169.
13. Дмитриев В.А. Внедомственный экспертный контроль качества лечения пациентов на стационарзамещающих койках // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011; 7(1):18–21.
14. Кочорова Л.В., Цивьян Б.Л. К вопросу о преемственности в лечении гинекологических пациентов в условиях обязательного медицинского страхования // Современные проблемы науки и образования. 2017;3. URL: <http://www.scienceeducation.ru/article/view?id=26400> (дата обращения – 21.03.2018).
15. Островский Д.А., Ишутин С.В., Субботин А.Ю., Бабенко П.В. Социальная значимость работы учреждений стационарзамещающей медицинской помощи // Здоровье населения – основа процветания России. Материалы X Юбилейной всероссийской научно-практ. конференции с междунар. участием. Филиал РГСУ в г. Анапе. Издательский Дом – Юг, 2016. С. 233–237.
16. Федоткина С.А., Карайланов М.Г., Русев И.Т. Рациональное использование стационарзамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2017;12(2):179–189.
17. Адамян А.А., Магомадов Р.Х., Кутин А.А., Наумов С.С. Особенности хирургического лечения в центре амбулаторной хирургии // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2007;1:80–83.
18. Кутин А.А., Цека О.С., Магомадов Р.Х. Центр амбулаторной хирургии: стационарзамещающая технология (общие позиции организации и развития). Учебно-метод. пособие. – Москва, 2005.
19. Винник Л.Ф. Амбулаторная хирургическая лечебная койка стационара на дому // Материалы I съезда амбулаторных хирургов РФ. – Санкт-Петербург, 2004. – С. 31–32.

20. Даненков А.С. О проблемах Центра амбулаторной хирургии // Амбулаторная хирургия. 2005;4(8):20–22.
21. Мальчиков А.Я. Медицинская, социальная и экономическая эффективность оперативного лечения в стационарно замещающих условиях. Дисс. ... д-ра мед. наук. – Рязань, 2003.
22. Лебедев Н.Н., Решетников С.В., Шихметов А.Н., Решетников В.Н. Стационарно замещающие технологии в много-профильном клинико-диагностическом центре // Стационарно замещающие технологии. Амбулаторная хирургия. 2017;1–2(65–66):9–14.
23. Гильманов А.А., Марапов Д.И., Файзуллина Р.Н. Показатели деятельности и проблемы работы дневных стационаров // Современные проблемы науки и образования. 2017;4. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26704> (дата обращения – 12.09.2024).
24. Ипполитова М.Ф., Стадымов Ф.И. Возможности и перспективы дневного стационара в Центре охраны репродуктивного здоровья подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021;17(1):6–15.
25. Burgess C.K., Henning P.A., Norman W.V., Manze M.G., Jones H.E. A systematic review of the effect of reproductive intention screening in primary care settings on reproductive health outcomes // Fam Pract. 2018;35(2):122–31.
26. Hall Kelli Stidham, Patton W. Elizabeth, Crissman P. Halley, Zochowski K. Melissa, Dalton K. Vanessa. A population-based study of US women's preferred versus usual sources of reproductive health care // Am J Obstet Gynecol. 2015;213(3):352.e1–14.
27. Marsh F., Bekker H., Duffy S. A survey of women's views of Thermachoice endometrial ablation in the outpatient versus day case setting. BJOG. 2008;115(1):31–7.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК

Соломкина Н.Ю.

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

Резюме. В работе представлены оптимальные возможности этапного использования физических факторов для лечения и реабилитации девочек с воспалительными заболеваниями репродуктивной системы – с учетом стадии патологического процесса, морбидности, метаболических и иных особенностей пациенток.

Ключевые слова: воспалительные заболевания; репродуктивная система; девочки; физиотерапия

Воспалительный процесс (лат. – *inflammatio*) – патологический процесс, для которого характерна комплексная местная и общая защитно-приспособительная реакция тканей, возникающая в ответ на повреждение/травму (*alteratio*) или действие микробного, вирусного агента или простейших. Воспаление проявляется в реакциях, направленных на устранение продуктов и, по возможности, агентов повреждения (*exudatio* и др.), что способствует максимальному восстановлению тканей в зоне повреждения (*prolifiratio*). Воспалительная реакция свойственна человеку и животным и характеризуется общностью течения для всех организмов, независимо от его локализации, раздражителя и индивидуальных особенностей.

Воспалительные заболевания репродуктивной системы занимают лидирующую (60–65%) позицию среди всех гинекологических

заболеваний. В течение последних 10–12 лет при хроническом течении воспалительных процессов генитальной сферы (вульвовагиниты/кольпиты, сальпингиты, сальпингоофориты неспецифической и специфической этиологии) у 25–55% наших пациенток в возрасте 14–18 лет выявляются сопутствующие воспалительные заболевания различных систем и органов, склонность к частым и длительным простудным заболеваниям, нередко аллергические заболевания и перенесенные травмы разной локализации в анамнезе.

Физиотерапевтическая помощь оказывается на всех этапах развития воспалительного процесса, от стабилизации острых явлений, после исключения необходимости оперативного лечения, в подостром периоде, в периоде остаточных явлений, неполной и полной ремиссии, с учетом морбидности, конституциональных и метаболических особенностей, возраста пациентки.

Имеют значение причины воспалительного процесса (наличие и особенности возбудителя или его отсутствие); предшествовавшая травма, иммунодепрессивное состояние; полипрограммия; давность и стадия воспалительного процесса на момент обращения; сезон обращения пациентки за физиотерапевтической помощью; особенности образа жизни пациентки (режим сна и бодрствования, режим и качество питания, двигательный режим, подверженность стрессу); успешность предшествовавшего физиотерапевтического лечения или его отсутствие.

Это лечение назначается с учетом представленных направлений, согласно стадии воспалительного процесса и превалирующим синдромам.

Посиндромная физиотерапия предполагает использование физических факторов для купирования синдромальных нарушений преимущественно функционального характера.

К основным синдромам и состояниям, усугубляющим состояние пациентки, относятся: болевой, отечный, спастические/дискинетические расстройства, вегетативная дисфункция – дистонические (гипотонические/атонические) и дискинетические (гипер- и гипокинетические) расстройства, секреторные нарушения, дегенеративно-дистрофический процесс, травма, аллергия.

Выбор физического фактора проводится с учетом основных клинических проявлений у пациента и соответствия механизму действия, клиническим эффектам физического фактора (факторов) и возможной реакции тканей на физический фактор в определенном объеме (на определенной глубине).

В качестве основных клинических проявлений рассматриваем представленность определенного синдрома (синдромов), степень генерализации и стадию патологического процесса.

Примеры факторов ургентной физиотерапии: купирование отека, боли, спазма, ограничение воспалительного очага, повышение фагоцитарной активности (электрического поля ультравысокой частоты – УВЧ, ультратонтерапия, криотерапия с умеренно низкими температурами, фотохромотерапия – синяя и фиолетовая области видимого диапазона); бактерицидное и бактериостатическое действие (коротковолновое ультрафиолетовое излучение), противовирусное действие (лазерное излучение); аэрозольтерапия с локальным распылением препарата в зоне воспалительного очага. Методики проведения процедур преимущественно локальные, возможны рефлекторные; предпочтительны наружные.

Примеры физических факторов, показанных для обеспечения анальгетических и противоотечных мероприятий: криотерапия (умеренно низкие температуры); коротко- и средневолновое ультрафиолетовое излучение в среднеэритемных дозах; синяя

полоса оптического диапазона; лазерное излучение и магнитолазерная терапия; низкочастотная электроимпульсная терапия, например диадинамические токи (диодинамотераапия КП, ДВ, ДП); синусоидальные модулированные токи (ПН III и ПЧ IV РР); флюктуирующие токи (монополярный выпрямленный или биполярный асимметричный ток); дарсонвализация; токи надтональной частоты; магнитотерапия. Методики проведения процедур – локальные или рефлекторные; предпочтительны наружные.

Примеры физических факторов, назначаемых в посттравматических / послеоперационных клинических ситуациях

В раннем периоде: э.п. УВЧ в осцилляторной дозе; токи надтональной частоты; коротко- и средневолновое ультрафиолетовое излучение (среднеэритемные дозы); фотохромотерапия (синяя, фиолетовая полосы оптического диапазона); лекарственный электрофорез, флюктуофорез (III форма тока), диадинамофорез антибактериальных или нестероидных противовоспалительных препаратов; магнитоинфракрасная лазерная терапия. Методики проведения процедур предпочтительны локальные, возможны рефлекторные; предпочтительны наружные.

В позднем периоде: низкочастотная электроимпульсная терапия (ДДТ, СМТ, интерференционные токи, флюктуирующие токи – биполярный симметричный или биполярный асимметричный (I и II форма тока) ток; лекарственный электрофорез вазоактивных, протеолитических, трофиостимулирующих препаратов; ультразвуковая терапия / лекарственный фенофорез нестероидных противовоспалительных препаратов, гепарина; теплолечение (например, торфяная лечебная грязь, сестрорецкая лечебная грязь, биофит); гидробальнеотерапия; гидрокинезотерапия; санаторно-курортное лечение (талассотерапия, терренкур). Методики проведения процедур возможны локальные, рефлекторные или общие; предпочтительны наружные.

Иммунопротективные и метаболические эффекты достигаются при воздействии физических факторов на иммунокомпетентные и вегетозависимые зоны: область эпигастрита, печени и селезенки, проекция толстой кишки, пояснично-крестцовый отдел позвоночника; продольная методика на шейный и пояснично-крестцовый отделы позвоночника. *Физические факторы, используемые для достижения представленных клинических эффектов:* постоянный гальванический ток – гальванизация и лекарственный электрофорез, низкочастотная электроимпульсная терапия, магнитотерапия, лазеротерапия, магнитолазерная терапия, фотохромотерапия (зеленая полоса видимого диапазона), ультрафиолетовое излучение от субэритемных до слабоэритемных доз (средневолновое ультрафиолетовое излучение – СУФ, длинноволновое ультрафиолетовое излучение – ДУФ); гидробальнеотерапия, климатотерапия. Методики проведения процедур рефлекторные, возможны общие; предпочтительны наружные.

Примеры физических факторов, показанных для достижения седации, поддержания ритмологической активности «сон-бодрствование», «активность-релаксация», «аппетит-насыщение», оптимизации эмоционального фона и когнитивных функций: электросон, транскраниальная электростимуляция (ТЭС), биоакустическая коррекция (БАК); электрофорез брома, сернокислой магнезии, препаратов ноотропного ряда по глазнично-затылочной методике Бургиньона, воротниковой методике Щербака; талассотерапия, ароматерапия, седатирующие фитованны (с мяты, лавандой, розмарином, шишками хмеля, валерианой и пр.); бальнеотерапия (биофитные, магнезиальные ванны); питьевое лечение минеральными водами; фотохромотерапия – синяя или зеленая полоса оптического диапазона с облучением шейно-воротниковой зоны, области лба и орбит

при закрытых глазах. Методики проведения процедур рефлекторные или общие; предпочтительны наружные.

В реабилитационном процессе оптимальная очередность проведения процедур представлена стартовыми процедурами утренней гигиенической гимнастики, затем массажем с последующим переходом к физиотерапевтическим процедурам и затем – к лечебной физкультуре. Фитотерапия успешно сочетается с физиотерапевтическими процедурами (фито- или ароматические ванны, фитоингаляции, форез фитопрепаратов). Применение гомеопатического лечения и средств биорегуляционной системной медицины возможно в успешной комбинации с физиотерапевтическими мероприятиями.

В результате этапных физиотерапевтических мероприятий у более чем 200 девочек 14–18 лет с воспалительной патологией репродуктивной системы при их регулярном выполнении и динамическом контроле отмечалась длительная ремиссия, редкие нетяжелые обострения воспалительного процесса и отсутствие осложнений более чем в 40–60% наблюдений. У 12 из 15 пациенток той же возрастной и нозологической группы без этапного физиотерапевтического сопровождения отмечены более частые рецидивы воспалительного процесса, нарушения менструального цикла, аномальные маточные кровотечения пубертатного периода.

Таким образом, этапное физиотерапевтическое лечение и реабилитация девочек с воспалительными заболеваниями репродуктивной системы позволяют существенно улучшить состояние их репродуктивного здоровья наряду с соматической и эмоционально-волевой сферой и качеством жизни.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ ЯИЧКА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ

Гарова Д.Ю.^{1,2,3}, Шорманов И.С.¹, Щедров Д.Н.^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ярославль, Россия;

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области «Областная детская клиническая больница», г. Ярославль, Россия;

³ Государственное бюджетное клиническое учреждение здравоохранения Ярославской области «Центральная городская больница», г. Ярославль, Россия

Цель. Оценить отдаленные результаты лечения пациентов с перекрутом гидатиды яичка, перенесенном в детском возрасте, и выявить его влияние на репродуктивную функцию.

Актуальность. Перекрут гидатиды яичка лидирует по частоте встречаемости среди форм острой андрологической патологии в детском возрасте. При этом оценка отдаленных результатов лечения мало представлена в литературе.

Материалы и методы. Проанализированы нарушения репродуктивной функции после перенесенного перекрута гидатиды в детском возрасте у 100 пациентов. Срок наблюдения после острого эпизода составил 12–155 месяцев. Оценивался уровень гормонов (общий тестостерон, фолликулостимулирующий, лютеинизирующий гормон), спермограмма, MAR-тест. Оценка спермограммы выполнена в соответствии с критериями ВОЗ 2010 года. Оценка проведена в 4 группах:

- 1-я – 40 пациентов, получавших консервативное лечение;
- 2-я – 40 пациентов, оперированных первично;
- 3-я – 20 пациентов, оперированных вследствие конверсии тактики ведения при неэффективности консервативной терапии;
- 4-я (контрольная) группа – 50 здоровых мужчин в возрасте 18–35 лет.

Результаты. Ни в одной группе показатели эндокринной функции значительно не отличаются от контрольной. В группе конверсии методов лечения отмечается снижение показателей спермограммы к нижним границам нормы, но без достоверных отличий с другими группами ($p > 0,05$). Наиболее благоприятные отдаленные результаты отмечены при консервативном лечении перекрута гидатиды яичка.

Заключение. При оценке отдаленных результатов лечения не было выявлено достоверных различий между исследуемыми группами, что говорит об отсутствии негативных репродуктивных последствий заболевания, перенесенного в детском возрасте.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Ласачко С.А., Бабенко-Сорокопуд И.В.,
Алматар М.Г., Демишиева С.Г.**

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Россия

Цель. Поиск информативных неинвазивных клинических и лабораторных маркеров пролиферативных изменений молочных желез (МЖ) у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 286 женщин репродуктивного возраста с доброкачественной дисплазией молочных желез (ДДМЖ). Сравнение проводили с данными 147 условно здоровых женщин, у которых отсутствуют жалобы и не выявлено патологии МЖ. Критерии исключения из исследования: органическая патология гипофиза; ятrogenная (медикаментозная) гиперпролактинемия; злокачественные опухоли любой локализации в настоящем и в анамнезе; гистерэктомия и/или овариоэктомия в анамнезе; использование гормональной или внутриматочной контрацепции в настоящем (минимальный интервал после отмены для включения в исследование – 3 месяца); наличие тяжелой (инвалидизирующей) соматической патологии. В сыворотке крови определяли факторы роста: ИПФР-1 (инсулиноподобный) и ИПФР-2, ТРФ (трансформирующий) $\beta 1$ и 2 при помощи иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов реактивов фирмы DAKO.

Результаты и выводы. Дисгормональные заболевания МЖ являются чрезвычайно распространенными. Некоторые их формы

несут в себе повышенный риск злокачественной трансформации. В структуре онкопатологии у женщин в течение последних десятилетий рак МЖ прочно занимает первое место. Распространенность ДДМЖ среди женщин репродуктивного возраста составляет 30–40%. В связи с наличием тесной патогенетической взаимосвязи между ДДМЖ и состоянием репродуктивного здоровья эта цифра среди гинекологических пациенток возрастает до 80–90%. Тем не менее в диагностике ДДМЖ, оценке степени выраженности и прогнозировании течения заболевания остается много нерешенных вопросов.

Средний возраст обследованных в основной группе составил $34,01 \pm 0,37$ года, в контрольной – $32,86 \pm 0,51$ года ($p > 0,05$). В основной группе достоверно чаще зарегистрированы такие расстройства менструации, как нерегулярный, укороченный или удлиненный цикл, наличие мажущих кровянистых выделений накануне менструации, дисменорея, обильные или длительные менструации. Среднее значение ИПФР-1 в сыворотке крови женщин основной группы ($260,7 \pm 5,9$ нг/мл) было достоверно ($p < 0,05$) выше такого в контрольной группе ($121,9 \pm 2,2$ нг/мл), превышение более чем в два раза. Доказано также достоверное превышение среднего показателя ТФР- $\beta 1$ у пациенток основной группы по отношению к показателю контрольной группы (более чем в три раза): $6055,3 \pm 247,5$ пг/мл и $1959,8 \pm 21,5$ пг/мл соответственно ($p < 0,05$).

Таким образом, расстройства менструации и уровень некоторых биохимических факторов роста в сыворотке крови могут выступать в качестве информативных клинических и лабораторных маркеров пролиферативных нарушений у пациенток с ДДМЖ. В нашем исследовании продемонстрировано статистически значимое повышение показателей ТФР- $\beta 1$ и ИПФР-1 у этой категории пациенток в сравнении со здоровыми женщинами. Дальнейшие исследования данного вопроса являются перспективными.

ВОЗРАСТНАЯ ОЦЕНКА НАЧАЛА СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ «ЮВЕНТА» (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ) В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 2024 ГОДА

Лисицына И.Н., Старцева С.И., Маслова А.А.

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

Ключевые слова: сексуальный дебют; девочки-подростки; рискованное поведение; время начала половых отношений; Центр «Ювента»

Резюме. Проведен когортный проспективный анализ данных анамнеза и физикального осмотра, представленных в медицинских картах амбулаторного приема первичных пациенток, обратившихся в Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» (далее – Центр «Ювента») за январь–апрель 2024 года.

Принято полагать, что подавляющее большинство обращающихся за помощью – это девушки и женщины, ведущие активную сексуальную жизнь. Однако полученные данные за указанный период свидетельствуют о том, что 58,2% обратившихся в Центр «Ювента» за любым видом помощи пациенток половых отношений ранее момента обращения не имели.

Обоснование. В настоящее время нет актуальной информации о времени начала половых отношений девочек-подростков в Санкт-Петербурге, корреляции с индексом массы тела (ИМТ).

Цель. Изучить данные Центра «Ювента» за указанный период, оценить возраст сексуального дебюта девочек-подростков, количество сексуально активных и девственниц, определить наличие зависимости от ИМТ.

Материалы и методы. В исследование включены данные 2459 пациентов в возрасте от 10 до 30 лет, обратившихся в Центр «Ювента» в период с января по апрель 2024 года за консультацией, профилактическим осмотром, обследованием, лечением. Критериями исключения из группы были пациенты с тяжелой соматической патологией, патологией центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, которые приводят к невозможности вести половую жизнь.

Проведены опрос, сбор анамнеза, физикальный осмотр всех обратившихся в Центр «Ювента» за помощью.

Сформированы две группы. Возраст основной группы пациенток составил 10–17 лет включительно; группы сравнения – 18–30 лет.

В России, как и в мире в целом, массовые социологические опросы начали использоваться для изучения сексуальности человека еще в начале XX века. Первый такой опрос был проведён в 1902 году В. Фавром в Харькове: было опрошено около 2000 студентов училищ и трех высших учебных заведений. С этого времени и до начала 1930-х годов российские и советские ученые занимали лидирующие позиции по количеству и содержанию массовых социологических опросов в области изучения сексуальности [1].

Подростки сталкиваются с множественными физическими, эмоциональными и социальными изменениями, связанными с процессом взросления, что может создавать проблемы. Среди этих переживаний ранний половой акт в подростковом

возрасте связан с проблемами в области здоровья и социального развития (например, с большей вероятностью инфекций, передающихся половым путем, употреблением психоактивных веществ и нежелательной беременностью, что приводит к огромным издержкам как для отдельных людей, так и для общества). Несмотря на отсутствие единого мнения о возрасте, в котором половой акт считается ранним, многие полагают, что до 15 лет это преждевременно [2]. Согласно ст. 134 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (в ред. Федерального закона от 28.12.2013 № 380-ФЗ) «половые сношения и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, совершенное лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, наказываются» [3].

На рис. 1 все исследуемые распределены по возрасту сексуального дебюта и отдельно представлены не живущие половой жизнью.

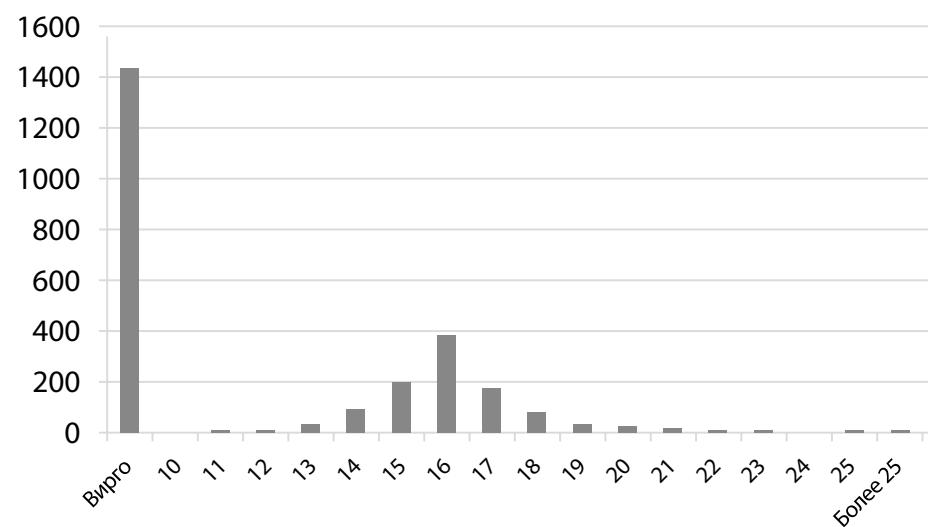


Рис. 1. Характеристика возраста сексуального дебюта

Из обратившихся в Центр «Ювента» за любым видом помощи пациенток 58,19% половых отношений ранее момента обращения не имели. Средний возраст сексуального дебюта для подростков до 18 лет составил 15,65 года. Средний возраст сексуального дебюта в группе 18–30 лет включительно – 17,4 года.

Распределение пациенток по возрастам их сексуального дебюта представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациенток по возрасту

Возраст	Количество, абс.	Удельный вес, %
Вирго	1431	58,19
10 лет	0	0
11 лет	1	0,04
12 лет	4	0,16
13 лет	26	1,06
14 лет	90	3,66
15 лет	201	8,17
16 лет	379	15,41
17 лет	172	6,99
18 лет	81	3,29
19 лет	31	1,29
20 лет	20	0,81
21 лет	10	0,41
22 года	4	0,16
23 года	5	0,20
24 года	0	0
25 лет и более	4	0,16

Таким образом, основной возраст сексуального дебюта – 15–17 лет, что составляет 30,56%.

Особый интерес представляют пациентки группы сравнения 18–30 лет. В исследуемый период в Центр «Ювента» обратилось 340 пациенток этого возраста: 11,47% (39 человек) составляют женщины старше 18 лет, не имевшие сексуального опыта на момент обращения, и 88,53% – ведущие половую жизнь. Распределение их сексуального дебюта по возрастам ($n = 340$) представлено в таблице 2.

Таблица 2. Возраст сексуального дебюта пациенток 18–30 лет, обратившихся в Центр «Ювента»

Возраст дебюта	Количество, абс.	Удельный вес, %
13 лет	1	0,3
14 лет	7	2,1
15 лет	19	5,6
16 лет	56	16,5
17 лет	60	17,6
18 лет	80	23,5
19 лет	30	8,8
20 лет	20	5,9
21 год	10	2,9
22 года	4	1,2
23 года	5	1,5
Старше 23 лет	4	1,2
Вирго	39	11,5

Таким образом, 66,4% женщин из группы сравнения имели сексуальный дебют в возрасте 16–19 лет с максимальным количеством в 18-летнем возрасте. Девушек-девственниц в возрасте 18 лет было 15 (4,4% от общего числа пациенток контрольной группы), в возрасте 19 лет – 13 (3,8%), в возрасте 20 лет – 4 (1,2%) и в возрасте 22 и старше – 7 (2,1%).

Мы проанализировали и представляем данные по возрастам о количестве девственниц и имеющих сексуальный опыт на момент обращения в Центр «Ювента» пациенток в возрасте 10–17 лет включительно (основная группа), а также возраст их сексуального дебюта.

Из 257 обратившихся в Центр «Ювента» 14-летних подростков 244 (95%) не имели сексуального опыта и 13 (5%) вели половую жизнь. Возраст их дебюта представлен в таблице 3.

Таблица 3. Возраст дебюта половых отношений девочек 14 лет, обратившихся в Центр «Ювента» и заявивших о наличии половой жизни

Возраст	Общее количество, абс.	Удельный вес, %
13 лет	5	1,9
14 лет	8	3,1

Из 294 15-летних подростков 80,3% (236 человека) половых отношений не имели. В таблице 4 представлен возраст их дебюта.

Таблица 4. Возраст дебюта половых отношений девочек 15 лет, обратившихся в Центр «Ювента» и заявивших о наличии половой жизни

Возраст	Общее количество, абс.	Удельный вес, %
13 лет	7	2,4
14 лет	14	4,8
15 лет	37	12,5

В указанные сроки в Центр «Ювента» обратилось 467 подростков 16 лет. Из них вирго – 255 (54,6%), ведущих половую отношения – 212 (45,4%). Возраст сексуального дебюта 16-летних пациенток представлен в таблице 5.

Таблица 5. Возраст дебюта половых отношений девочек 16 лет, обратившихся в Центр «Ювента» и заявивших о наличии половой жизни

Возраст секс-дебюта	Общее количество, абс.	Удельный вес, %
12	1	0,2
13	4	0,8
14	31	6,6
15	62	13,2
16	115	24,6

Из 731 обратившихся в Центр «Ювента» 17-летних подростков 292 человека, что составляет 40%, не имели опыта сексуальных отношений до момента обращения. 439 подростков (60%) имели сексуальный опыт на момент обращения. Распределение 17-летних пациенток по возрасту их дебюта половых отношений представлено в таблице 6.

Таблица 6. Возраст дебюта половых отношений девочек 17 лет, обратившихся в Центр «Ювента» и заявивших о наличии половой жизни

Возраст	Общее количество, абс.	Удельный вес, %
12 лет	1	0,14
13 лет	9	1,23
14 лет	32	4,38
15 лет	82	11,22
16 лет	205	28,04
17 лет	110	15,04

На рис. 2 представлено распределение пациенток по возрастам и наличию/отсутствию сексуальных отношений в исследуемой группе 10–17 лет включительно.

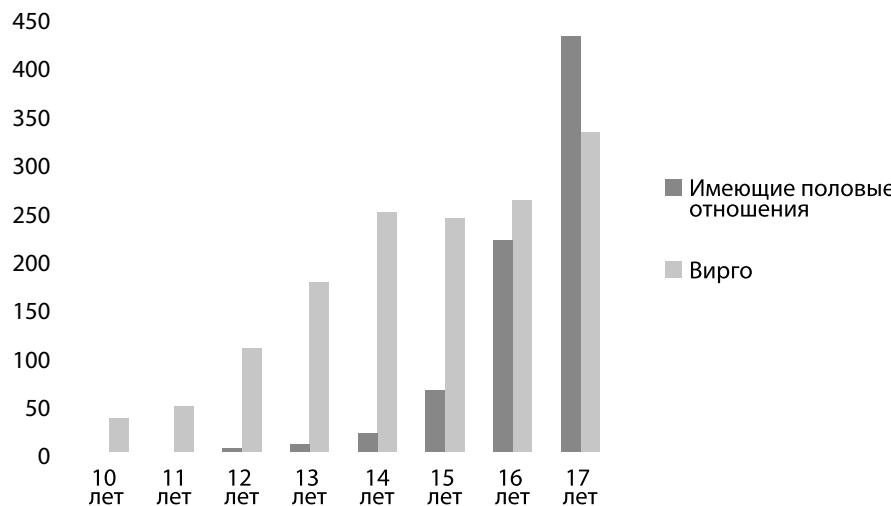


Рис. 2. Распределение пациенток по возрастам и наличию/отсутствию сексуальных отношений в исследуемой группе 10–17 лет включительно

Исследуемая группа подростков 10–17 лет включительно составила 2119 человек. 35 обратившихся – дети 10 лет, 48 – 11 лет, 106 – 12 лет, 181 – 13 лет, 257 – 14 лет, 294 – 15 лет, 467 шестнадцатилетних и 731 семнадцатилетний подросток.

Исходя из представленных данных и учитывая приоритеты государственной программы по увеличению рождаемости [4], Центр «Ювента» проводит мероприятия, направленные на профилактику рискованного поведения, заболеваний, передаваемых половым путем, возникновение нежелательной беременности; подростков ориентируют на замену беспорядочных половых отношений семейными, приводящими в дальнейшем к желанной беременности и рождению детей. Формируется репродуктивная установка: начало сексуальных отношений – начало семейных отношений – рождение первого ребенка. Центр «Ювента» проводит молодежные форумы и организует программы, нацеленные на сохранение и приумножение семейных ценностей,

культивирование понятия «девственность» и других моральных принципов [5, 6].

Согласно данным, продуцируемый в адипоцитах «тканевой гормон» лептин является эндогенным регулятором и модулятором женской репродуктивной системы. В настоящее время лептин рассматривается как один из факторов, лежащий в основе инициирования пубертата у девочек при достижении «критической массы» [10]. Как у мужчин, так и у женщин лептин влияет на функциональную активность всех звеньев гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси, опосредованно приводя к повышению уровня стероидных гормонов [11]. Эстрогены и андрогены обеспечивают возможность протекания женских сексуальных реакций, либидо и его мотивационные аспекты, сексуальные фантазии [9]. Исходя из вышеперечисленного, можно утверждать, что сексуальность девочек-подростков зависит, в том числе, от количества жировой ткани – адипоцитов, ИМТ.

Была проведена оценка физикального осмотра. Мы представляем данные по ИМТ, соответствующие по возрастам, опираясь на центильные таблицы, принятые ВОЗ и актуальные на 2024 год. Центильные таблицы – это международный стандарт физиологических показателей детей по возрастно-половому принципу, по которому легко определить, гармонично ли развивается ребенок [7, 8]. Имея большую базу данных наших пациенток, мы имели возможность оценить ИМТ на момент их сексуального дебюта. Интересно, что одна девушка, имевшая первый сексуальный опыт в 11 лет, попала в средний коридор; подростки, имевшие первый сексуальный опыт в 12 лет (их 4), в 50% попали в средний коридор; 25% – выше среднего; 25% имели ожирение; подростки, имевшие первый сексуальный опыт в 13 лет (их 26), в 46,2% попали в средний коридор; 23,1% – выше среднего; 26,9% имели ожирение, и только 3,8% имели ИМТ ниже

среднего; подростки, имевшие первый сексуальный опыт в 14 лет (их 90), в 60,0% попали в средний коридор; 11,1% – выше среднего; 11,1% имели ожирение; 11,1% имели ИМТ ниже среднего; 6,7% девочек этой возрастной категории отказались от антропометрии.

Подростки, имевшие первый сексуальный опыт в 15 лет (их 201), в 74,1% попали в средний коридор, 4,9% – выше среднего, 4,5% имели ожирение, 15,4% имели ИМТ ниже среднего, 1,1% девочек этой возрастной категории отказались от антропометрии. Подростки, имевшие первый сексуальный опыт в 16 лет (их 379), в 59,6% попали в средний коридор, 6,6% – выше среднего, 2,6% имели ожирение, 29,8% имели ИМТ ниже среднего, 1,4% девочек этой возрастной категории отказались от антропометрии. Подростки, имевшие первый сексуальный опыт в 17 лет (их 172), в 60,5% попали в средний коридор, 8,7% – выше среднего, 1,7% имели ожирение, 25,0% имели ИМТ ниже среднего, а 4,1% девочек этой возрастной категории отказались от антропометрии.

Остальные 153 человека (все из контрольной группы 18–30 лет) распределились так: 54,2% – средний ИМТ; 17% – ниже нормального уровня; 15,7% – имели выше средних значений ИМТ; 9,8% – имели ожирение, 3,3% отказались провести измерения.

Были изучены данные девушек старше 18 лет, не имеющих сексуального опыта. 87,2% из них имели нормальный ИМТ и 12,8% – ИМТ 14–17.

Выводы. 1. Большинство (66%) обратившихся в Центр «Ювената» за любым видом помощи несовершеннолетних пациенток половых отношений ранее момента обращения не имели. Этот факт развенчивает устойчивый миф о том, что современное поколение начинает половую жизнь в раннем подростковом возрасте.

2. Средний возраст сексуального дебюта в группе 10–17 лет включительно составил 15,6 года, средний возраст сексуального дебюта в группе 18–30 лет включительно – 17,4 года.

3. ИМТ пациенток, имевших сексуальный дебют в 12–14 лет, средний и выше среднего, а пациенток, начавших половую жизнь в 15–17-летнем возрасте, – средний и ниже среднего.

Список литературы

1. Denisenko M.B., Zuanna G.P.D. The Sexual Behavior of Young People in Russia. Russian Education & Society. 2003;45(3):6–15. <https://doi.org/10.2753/RES1060-939345036>
2. Maviso M., Kalembo F.W. Prevalence and determinants of not testing for HIV among young adult women in Papua New Guinea: findings from the Demographic and Health Survey, 2016–2018. BMJ. 2024;14(3):075424.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 02.10.2024), ст. 134.
4. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 5 мая 2023 № 436 «Об утверждении Методических рекомендаций по оценке демографического потенциала субъекта Российской Федерации и разработке региональных программ по повышению рождаемости».
5. Методические рекомендации по оценке демографического потенциала субъекта Российской Федерации и разработке региональных программ по повышению рождаемости. 2023.
6. Типовая региональная программа по повышению рождаемости. 2023.
7. Пономаренко И.В., Чурносов М.И. Менархе как этап пубертатного развития и его генетические детерминанты //

8. Фёдорова А.И. Эндокринологические аспекты сексуального здоровья женщин // Журнал акушерства и женских болезней. 2013;5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/endokrinologicheskie-aspeky-seksualnogo-zdorovya-zhenschin> (дата обращения – 10.10.2024).

9. Хуссейн Ю.Х.Х. Лептин и половые особенности метаболических нарушений при ожирении. *Juvenis scientia*. 2022;1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/leptin-i-polovye-osobennosti-metabolicheskikh-narusheniy-pri-ozhirenii> (дата обращения – 10.10.2024).

10. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2017 № 15-2/10/2-8090 «О направлении методических рекомендаций “Оценка физического развития детей и подростков”. Нормативно-методические и справочные материалы (Официальное издание). Ежемесячное приложение к журналу «Информационный вестник здравоохранения Самарской области». 2018;1(194). URL: http://medlan.samara.ru/sites/default/files/upload_files/upload_files/NMSM_1_2018.pdf

11. Петеркова В.А., Витебская А.В., Геппе Н.А. и др. Справочник педиатра по детской эндокринологии: Методическое пособие. М.: Верди, 2016. – 140 с.

АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ И СПЕЦИАЛИСТ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПОИСКАХ КРИТЕРИЕВ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА У ПОДРОСТКОВ

Рубан М.Ю., Павленко Е.О., Перковская Е.М.

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

Резюме. По данным отечественной и зарубежной научной литературы, эндометриоз диагностируется примерно у 10–15% женщин репродуктивного возраста. Заболевание часто ассоциировано с развитием выраженной хронической тазовой боли, обильными менструальными кровотечениями, влияющими на качество жизни и повседневную активность, и бесплодием. Несмотря на то что в современных клинических рекомендациях отмечается тенденция по снижению хирургической активности при эндометриозе, хирургическое лечение зачастую является единственным возможным методом лечения при распространенном глубоком эндометриозе с вовлечением параметральной клетчатки малого таза, мочеточников, нервных волокон. Заболевание, а также возможные неблагоприятные эффекты от оперативного вмешательства оказывают негативное влияние на овариальный резерв и наступление беременности. В связи с этим крайне важным является обнаружение раннего эндометриоза. Перед врачами акушерами-гинекологами, которые работают с несовершеннолетними, стоит нелегкая задача: как не пропустить эндометриоз, выявить группу риска по развитию заболевания и своевременно назначить адекватную терапию.

Ключевые слова: подросток; эндометриоз; дисменорея; ультразвуковое исследование органов малого таза; циклическая тазовая боль

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

Актуальность. Возраст обнаружения раннего эндометриоза, по данным ВОЗ, может составлять 10–19 лет [1]. По данным Всемирной ассоциации эндометриоза, у 38% (2/3 взрослых) женщин с эндометриозом симптомы заболевания появляются в возрасте до 20 лет; у 21% – до 15 лет; у 17% – между 15 и 19 годами [2]. Первым и самым значимым симптомом заболевания у подростков являются дисменорея. По данным разных исследователей, частота дисменореи у подростков колеблется от 8 до 90% [3]. Причинами дисменореи могут служить нарушение обмена арахидоновой кислоты с патологическим накоплением в эндометрии накануне или во время менструации эйкозаноидов (простагландиновая теория), дисморфизм соединительной ткани, ассоциированный с врожденным или приобретенным дефицитом внутриклеточного магния, повышение уровня вазопрессина, что приводит к нарушению соотношения окситоцин/вазопрессин, и т. д. [3].

Но данные научной литературы свидетельствуют о том, что у 35–50% подростков с дисменореей при лапароскопии выявляется эндометриоз [1]. Трудности постановки диагноза «эндометриоз» в подростковом возрасте связаны с тем, что жалобы больных не являются специфичными, эндоскопические методы диагностики, которые применяются при бесплодии, не показаны, врачи акушеры-гинекологи, работающие с подростками, не имеют настороженности по заболеванию. Несвоевременно поставленный диагноз «эндометриоз», задержка назначения медикаментозного лечения могут способствовать прогрессированию заболевания, что ставит под угрозу fertильность женщины. Большинство авторов сходятся во мнении, что диагностика эндометриоза должна быть активной и направленной на раннее выявление заболевания.

Критерии отбора: возраст пациенток от 12 до 17 лет, жалобы на циклическую тазовую боль, принадлежность к I–IV группам здоровья, заполнение ИДС на определенные виды медицинских вмешательств несовершеннолетним и/или одного из родителей или иных законных представителей в соответствии с законодательством Российской Федерации [4].

Критерии исключения: наличие пороков развития половой системы, связанных с нарушением оттока менструальной крови, инфекционные заболевания, эндокринопатии.

Материалы и методы. В СПб ГБУЗ «ГЦОРЗП "Ювента"» (далее – Центр «Ювента») у группы подростков, имеющих циклическую тазовую боль, было проведено исследование, включающее в себя анализ жалоб, данных анкетирования, изучение данных акушерско-гинекологического, соматического и семейного анамнезов, данных физикального осмотра и ультразвукового исследования органов малого таза (УЗИ ОМТ). Работа проводилась в течение 18 месяцев (с апреля 2023 по сентябрь 2024 года).

Исследуемая группа составила 303 человека, которые обратились к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на циклическую боль. На диаграмме 1 представлена характеристика группы по возрасту.

Из диаграммы видно, что 227 пациенток (74,91% от всего количества исследуемых) находились в возрасте 15–17 лет. Это отображает общую возрастную тенденцию пациентов Центра «Ювента». По данным научной литературы, в России дисменорея встречается в 43–90% случаев в возрасте от 10 до 20 лет, повышаясь с увеличением гинекологического возраста [6], что подтверждает результаты нашего исследования.

На первом этапе исследования была выполнена оценка анамнестических параметров пациентов, на основании которой была

выделена группа риска по эндометриозу. Все пациентки исследуемой группы самостоятельно на приеме врача акушера-гинеколога заполняли анкету, представленную в таблице 1.

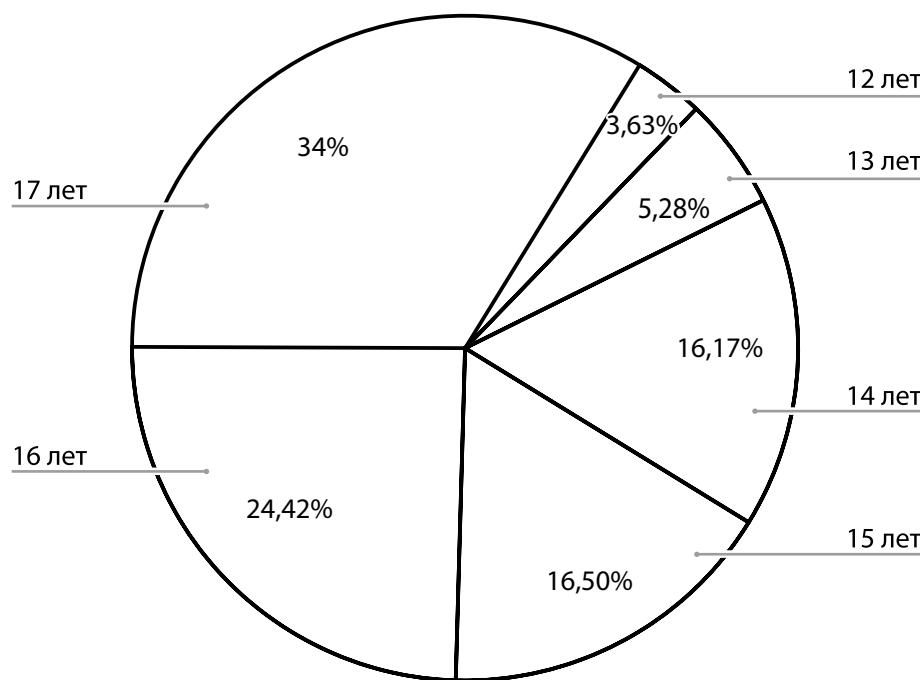


Диаграмма 1. Характеристика исследуемой группы по возрасту

Анкета для пациентов, обращающихся с жалобами на циклическую боль, была разработана на основании клинических рекомендаций «Эндометриоз» и дополнена графической диаграммой оценки кровопотери (PVAС) [5].

По итогам проведенного анкетирования была выделена группа из пациенток, которые оценивали степень циклической боли в 7 и более баллов, что соответствует: 7–8 баллов – выраженная боль (тяжелые нарушения); 9–10 баллов – невыносимая боль (абсолютные нарушения) [7]. Данная группа составила

150 человек. На диаграмме 2 представлена характеристика по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) для этой группы.

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

Ф.И.О._____
 Дата рождения_____
 Полных лет_____
 Возраст первой менструации_____

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

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

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

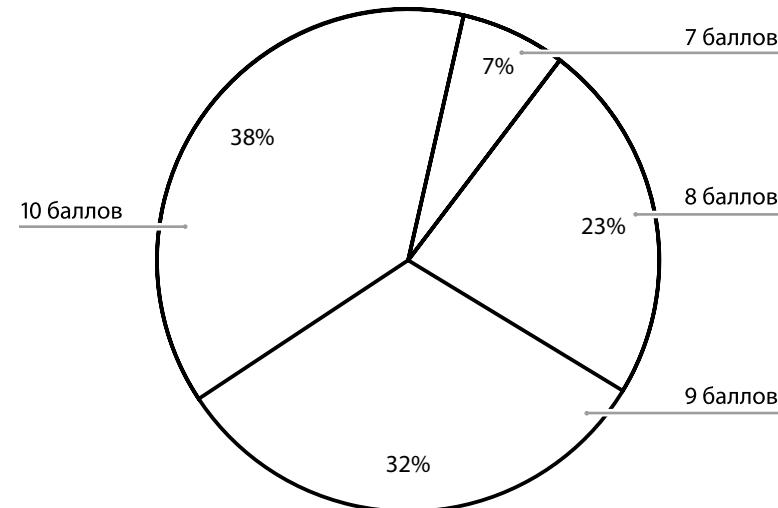


Диаграмма 2. Характеристика группы по оценке ВАШ

По данным, представленным в диаграмме, видно, что выраженная боль, оценивающаяся в 7 баллов по ВАШ, отмечалась у 10 человек (7%), 8 баллов – у 35 человек (23%). Невыносимая боль в 9 баллов зафиксирована у 48 человек (32%), 10 баллов – у 57 человек (38%). Проведенное анкетирование показало, что 105 пациенток (70%) оценивали степень циклической боли в 9–10 баллов, что соответствует максимальной оценке по ВАШ.

В последнее время в литературе все чаще встречается выражение «качество жизни человека». В широком смысле слова это понятие включает в себя не только физическое и психологическое благополучие, но и экономические, социальные и прочие факторы. По мнению многих авторов, дисменорея существенно изменяет качество жизни пациенток и является основной причиной ограничения физических нагрузок и повседневной активности, пропуска работы женщинами и занятий в школе девочками [8]. Популяционные исследования распространенности хронической тазовой боли среди подростков единичны, однако

Прокладка	Тип	Объём	Тампон	Тип	Объём
	Обычный	1 мл		Мини	0,25 мл
	Ночной	1 мл		Обычный	0,5 мл
	Обычный	2 мл		Супер	1 мл
	Ночной	3 мл		Супер+	1 мл
	Обычный	3 мл		Мини	0,5 мл
	Ночной	6 мл		Обычный	1,0 мл
	Обычный	4 мл		Супер	1,5 мл
	Ночной	10 мл		Супер+	2,0 мл
	Обычный	4 мл		Мини	1,0 мл
	Ночной	10 мл		Обычный	1,5 мл
				Супер	3,0 мл
				Супер+	4,0 мл
				Мини	3,0 мл
				Обычный	4,0 мл
				Супер	8,0 мл
				Супер+	12,0 мл

показано, что эндометриоз является частой причиной дисменореи и хронической тазовой боли у подростков [11]. Ряд исследований демонстрирует, что из-за боли ухудшение качества жизни при эндометриозе можно сравнить с таковым при раке [9].

Завершив первый этап исследования, мы выделили 150 пациенток, которые входят в группу риска по эндометриозу.

Второй этап исследования заключался в тщательном отборе из 150 человек тех, у кого риск эндометриоза является высоким. В клинических рекомендациях «Эндометриоз» 2024 года указано, что заболевание следует заподозрить у пациенток, включая молодых женщин до 17 лет, при наличии следующих симптомов:

- хроническая тазовая боль;
- дисменорея, негативно влияющая на качество жизни и повседневную активность;
- боль, появляющаяся во время и/или после полового акта, – диспареуния;
- гастроинтестинальные симптомы, связанные с менструацией, – боль в кишечнике, запоры или поносы, тенезмы;
- симптомы со стороны мочевой системы, связанные с менструацией (например, боль при мочеиспускании, появление крови в моче) [10].

В таблице 2 представлена характеристика группы исследуемых пациентов по клинической картине заболевания.

Дополнительным критерием, который позволяет заподозрить эндометриоз, является боль, появляющаяся во время и/или после полового акта [8]. В исследуемой группе было 43 пациентки, живущих половой жизнью, из них диспареунию отмечали 24, что составило 55,8%.

Из анализа данных, представленных в таблице 2, были сделаны выводы: 130 пациенток (86,6%) имели сочетание двух и более

жалоб. 79,3% исследуемых отмечали наличие хронической тазовой боли в течение 6 месяцев и более, 42,9% из них (51 пациентка) ранее неоднократно обращались в медицинские учреждения соматического профиля по поводу наличия длительного болевого синдрома. Именно в этой группе девушек до этапа инструментальной диагностики на приеме врач акушер-гинеколог может поставить предварительный диагноз: эндометриоз.

Таблица 2. Характеристика группы по клинической картине заболевания

Жалобы	Количество	%
Дисменорея, негативно влияющая на качество жизни и повседневную активность	150	100
Хроническая тазовая боль	119	79,3
Гастроинтестинальные симптомы	102	68
Симптомы со стороны мочевой системы	17	11,3
Сочетание жалоб	130	86,6

В клинических рекомендациях «Эндометриоз» указано, что у пациенток с подозрением на это заболевание в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания является назначение УЗИ ОМТ [10].

Третим этапом исследования являлось УЗИ ОМТ у 130 пациенток. Оно проводилось на аппарате *Samsung Medison HS40-RUS*. Чувствительность трансвагинального УЗИ матки и придатков в диагностике эндометриоза составляет в среднем 91% [10]. Учитывая, что в исследуемой группе пациенток проведение ультразвуковой диагностики с использованием трансвагинального датчика было возможно только у 33 человек (25,4%), у 97 пациенток (74,6%) использовался трансабдоминальный или трансректальный датчик.

Задача ультразвуковой диагностики в ювенильной гинекологии заключается в том, чтобы в деталях визуализировать и описать по возможности все те изменения, которые могут быть признаком раннего эндометриоза. В обновленном руководстве по эндометриозу Европейского общества репродукции человека (ESHRE) отмечается, что улучшение качества и повышение доступности методов визуализации для некоторых форм эндометриоза позволяет исключить диагностическую лапароскопию как рекомендуемый «золотой стандарт» диагностики эндометриоза [12].

В таблице 3 представлены те ультразвуковые признаки эндометриоза, которые были выявлены при исследовании у 130 пациенток, выделенных в группу с предварительным диагнозом «эндометриоз».

Таблица 3. Характеристика ультразвуковых признаков эндометриоза

УЗИ признак	Количество	%
Шаровидная форма матки	85	80,2
Различная толщина стенок матки	46	43,4
Нечеткая переходная зона	6	4,6
Неравномерность толщины базального слоя, зазубренность или изрезанность	3	2,85
Наличие гипоэхогенной зоны вокруг эндометрия	5	4,7
Наличие эхопозитивных включений – гетеротопий с участками локального фиброза и округлые включения неправильной формы в миометрии без акустической тени позади	31	29,2
Линейная исчерченность вне эндометрия	7	6,6
Присутствие анэхогенных включений в эндометрии размером до 5 мм, иногда со взвесью	15	14,1
Кисты яичников	3	2,8

Результатом третьего этапа проведенного исследования было выявление в 81,5% случаев (106 пациентов) ультразвуковых признаков внутреннего эндометриоза. Но следует иметь в виду, что отрицательный результат не исключает эндометриоза, особенно поверхностного перитонеального эндометриоза [12]. По данным, приведенным в таблице 3, у 80% пациентов была выявлена шаровидная форма матки (рис. 1), которая характеризуется округлым увеличением без дискретного (четко определяемого) образования. Округлую форму матка приобретает за счет того, что увеличивается ее переднезадний размер. А.Н. Стрижаков и А.И. Давыдов предложили вычислять отношение длины тела матки к ее толщине. Для того чтобы заподозрить внутренний эндометриоз при проведении УЗИ, следует удостовериться, что этот показатель равен 1,00–1,18 [13].

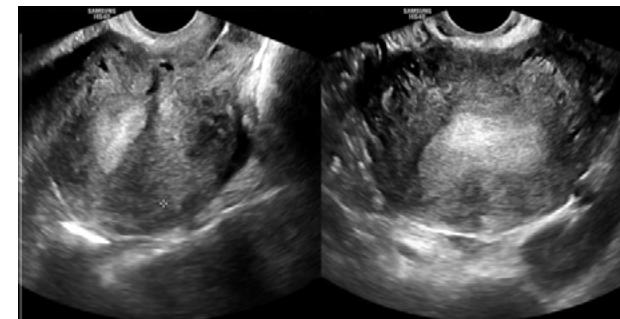


Рис. 1. Шаровидная форма матки.
Отношение длины тела матки к ее толщине 1,1.
Пациентка 17 лет

У 43,4% (46 пациенток) при УЗИ ОМТ была выявлена разница в толщине стенок матки во вторую фазу менструального цикла более чем в 1,5 раза (рис. 2). Асимметричное утолщение передней или задней стенок матки используется в качестве критерия для повышения специфичности УЗИ при диагностике

аденомиоза. Отдельно следует отметить, что в подавляющем большинстве асимметрия была за счет увеличения задней стенки матки.



Рис. 2. Различная толщина стенок матки за счет утолщения передней стенки во вторую фазу менструального цикла.
Пациентка 16 лет

Незначительная асимметрия толщины стенок матки бывает за счет неравномерного тонуса миометрия, однако в норме соотношение не превышает 1:1,5 [13].

Нечеткая переходная зона (нарушение эндометриально-миометриальной дифференцировки) выявлена у 4,6% пациенток (рис. 3). Это нарушение является одним из эхографических диагностических критериев, используемых при диагностике аденомиоза, однако критерий не является высокоспецифичным. Утолщение срединного комплекса, нечеткий и неровный его контур связывают с гиперплазированным базальным слоем эндометрия, а также нарушениями микроциркуляции и наличием периваскулярного отека [13].

Наличие эхопозитивных включений (рис. 4) – гетеротопий с участками локального фиброза и округлыми включениями неправильной формы в миометрии без акустической тени позади,

как признак нарушения архитектоники ткани, характерный для аденомиоза, отмечено у 32 пациенток (29,2%).

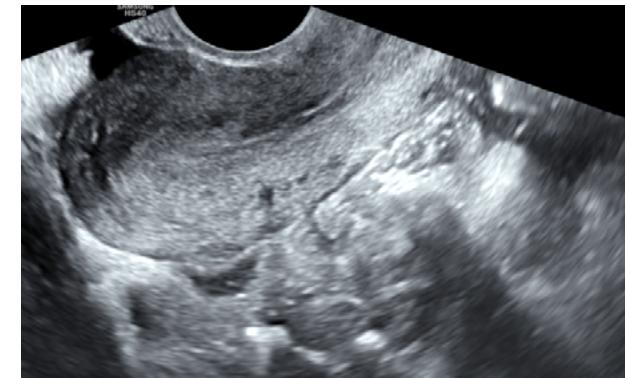


Рис. 3. Нечеткая переходная зона у пациентки в первую фазу менструального цикла.
Пациентка 17 лет

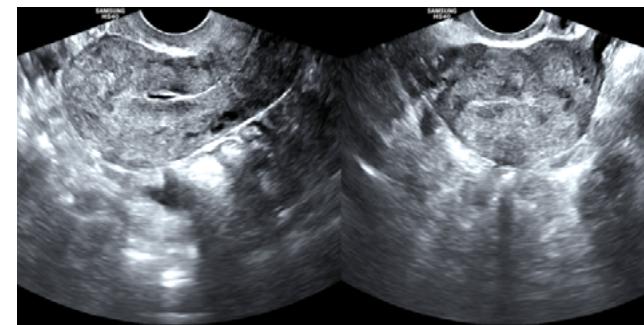


Рис. 4. Наличие гиперэхогенных включений диффузно в миометрии в первую фазу менструального цикла.
Пациентка 17 лет

7 (6,6%) пациенток исследуемой группы имели линейную исчерченность вне эндометрия (рис. 5). Во всех случаях в области патологического образования определялись множественные близко расположенные полосы средней и низкой эхогенности,

ориентированные перпендикулярно к плоскости сканирования. Отсутствие четкого края и масс-эффекта, непропорционально-го размеру аномальной области, – диагностический признак аденомиоза. Длительная гипоксия миометрия при аденомио-зе приводит к распаду эритроцитов и образованию гемосиде-рина, который обладает выраженным склерогенным действием, это способствует развитию фиброзной ткани [12].



Рис. 5. Веерообразная линейная исчерченность
в первую фазу менструального цикла.
Пациентка 17 лет

Присутствие анэхогенных включений в миометрии размером до 5 мм, иногда со взвесью, наблюдалось у 14,1% – 15 пациенток (рис. 6). В области эхогенной зоны в таком случае определяются анэхогенные включения диаметром 2–6 мм или жидкостных полостей разной формы и размеров, содержащих мелкодисперсную взвесь. Это так называемые кисты миометрия, которые выглядят как крошечные круглые анэхогенные области, которые коррелируют с жидкостью в расширенных эктопических железах эндометрия в миометрий. Размеры кист миометрия варьируют

от 1,0 до 5,0 мм. Миометриальные кисты рассматриваются как очаги высокой интенсивности сигнала на Т2-взвешенных МР-изображениях. Кисты миометрия являются высокочувстви-тельным и специфичным критерием аденомиоза. По данным М.Н. Буланова, кисты миометрия определяются примерно у полу-вины всех больных [14].

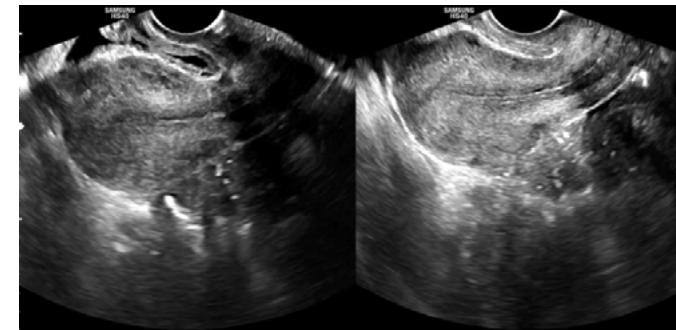


Рис. 6. Анэхогенные включения в миометрии
в первую фазу менструального цикла.
Пациентка 16 лет

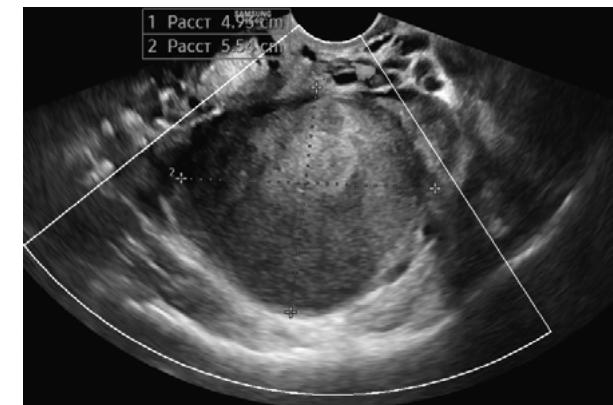


Рис. 7. Эндометриодная киста левого яичника.
Пациентка 17 лет

Кисты яичников диагностированы у 2,8% пациентов из исследуемой группы (рис. 7). Эндометриоидные кисты яичников на УЗИ ОМТ определялись в виде округлого или овального образования, расположенного сбоку или сзади матки, с двойным контуром, утолщенной капсулой и содержимым в виде однородной мелкодисперсной взвеси, возможно с плотными пристеночными гиперэхогенными включениями. У одной пациентки выявлены двусторонние кисты, характерное определение для них – «целующиеся кисты».

Выводы

1. Заполнение анкеты по выявлению косвенных признаков эндометриоза помогает объективизировать жалобы и дает пациентам возможность обозначить свои симптомы, что позволяет специалисту выявить группу риска по заболеванию.
2. Поэтапная диагностика, нацеленная на выявление признаков эндометриоза, требует команды высококвалифицированных специалистов: врача акушера-гинеколога и врача ультразвуковой диагностики.
3. Раннее выявление клинических и ультразвуковых признаков эндометриоза позволяет своевременно начать лечение, улучшить качество жизни и сохранить fertильность пациентки.

Список литературы

1. Данилушкина Е.О., Батырова З.К., Буралкина Н.А., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д. Эндометриоз у подростков. Новые гипотезы и практические наблюдения // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015;6:25.
2. Чечулина О.В., Уварова Е.В., Матвеева Е.Ф. Сложность диагностики – эндометриоз под маской дисменореи // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2024;20:2.
3. Гуменюк О., Черненков Ю. Дисменорея у девочек в пубертатном периоде: распространенность, причины и принципы терапии. Врач. 2015;3.
4. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».
5. Графические методы оценки обильных менструальных кровотечений в исследованиях и клинической практике: систематический обзор литературы. BMC Women's Health. 2020;24.
6. Буралкина Н.А., Каткова А.С., Киселёва И.А. Дисменорея: патогенетическое обоснование фармакотерапии // Медицинский совет. 2018;7.
7. Gélinas C., Puntillo K.A., Levin P., et al. The Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults: A validation study in 28 countries. Pain. 2017;158:811–21.
8. Олина А.А., Метелева Т.А. Дисменорея. Как улучшить качество жизни? // РМЖ. Мать и дитя. 2021;4(1).
9. Nnoaham K.E., Hummelshøj L., Webster P., d'Hooghe T., de Cicco Nardone F., de Cicco Nardone C., et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertil Steril. 2011;96(2):366–73.e8. URL: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090>.
10. Клинические рекомендации «Эндометриоз». 2024.
11. Хащенко Е.П., Пустынникова М.Ю., Кюрдзиди С.О. и др. Особенности клинической картины и выраженности болевого синдрома у девочек с генитальным эндометриозом на фоне консервативной терапии заболевания в подростковом возрасте. Медицинский совет. 2022;16(23):236–46. DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-23-236-246. – EDN VPOISY.

12. Becker C.M., Bokor A., Heikinheimo O., et al. ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Hum. Reprod. Open. 2022;(2):hoac009. URL: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>.

13. Озерская И.А. Эхография в гинекологии.– Москва: Видар-М, 2020.– С. 224.

14. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология: Курс лекций в 3 томах.– Т. 1.– Москва: Видар-М, 2010.– 259 с.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО АНОМАЛЬНЫМ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Шаповалова А.И.

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

Аннотация. В статье рассматриваются понятие аномального маточного кровотечения (АМК) в пубертатном периоде, клинические формы, этиология, а также важность диагностики для выявления сопутствующих заболеваний и состояний, таких как нарушения свертываемости крови и гормональные расстройства. Описываются основные критерии, позволяющие классифицировать маточные кровотечения у подростков, а также диагностический алгоритм, включающий лабораторные и инструментальные методы исследования, которые подчеркивают важность комплексного подхода к пониманию и лечению АМК у девушек-подростков, чтобы минимизировать негативные последствия для их физического и эмоционального здоровья.

Ключевые слова: аномальные маточные кровотечения; пубертатный период; подростки; негормональная терапия; гормональная терапия; менструальный цикл

Введение. АМК в пубертатном периоде – распространенное явление среди девочек в возрасте от 10 до 18 лет, оказывающее значительное влияние на их физическое и эмоциональное здоровье. Эти нарушения могут быть вызваны различными факторами, включая гормональные изменения, стресс и системные

заболевания. Важно провести тщательный анализ существующей литературы для понимания механизмов возникновения АМК, их классификации, клинических проявлений и подходов к диагностике и лечению. Данный обзор направлен на обобщение современных исследований, позволяющих выявить ключевые аспекты этой проблемы и разработать эффективные стратегии для ее решения.

Понятие аномальных маточных кровотечений пубертатного периода

АМК, согласно определению Американского колледжа акушерства и гинекологии (2012), – это нарушение менструации, характеризующееся отклонениями по объему, продолжительности и регулярности кровопотери [1].

В пубертатном периоде такое кровотечение проявляется чрезмерной длительностью (больше 8 дней), увеличенным объемом (более 80 мл) или частотой (меньше 24 дней), что негативно сказывается на физическом, эмоциональном и социальном благополучии подростков. Это, в свою очередь, оказывает непосредственное влияние на их способность к обучению и память. Термин заменяет ранее использовавшиеся определения «ювенильное маточное кровотечение» и «дисфункциональное маточное кровотечение» [2].

Международная федерация акушеров и гинекологов (FIGO) ввела классификацию АМК, которая делит их на острые и хронические. Острые кровотечения требуют немедленной помощи из-за риска массивной потери крови, а хронические повторяются на протяжении более чем трех месяцев и превышают норму по длительности, объему или частоте [3–5]. В зависимости от уровня эстрадиола в крови АМК делят на гипоэстрогенные (52%), нормоэстрогенные (12,6%) и гиперэстрогенные (35,4%).

Классификация FIGO основывается на этиологии и включает девять категорий: четыре из них (группа PALM) связаны со структурными изменениями, а четыре (группа COEIN) – с функциональными нарушениями, не обусловленными органическими причинами, включая неклассифицированные нарушения [3].

Маточные кровотечения у подростков – это многофакторное состояние, вызванное воздействием различных внешних и внутренних причин, влияющих как на центральные механизмы, управляющие репродуктивной системой, так и непосредственно на половые железы. Истинными маточными кровотечениями считаются те, которые происходят на фоне становления менструальной функции и не связаны с анатомическими нарушениями половой системы или системными заболеваниями, такими как болезни крови. Наиболее частой причиной кровотечений в пубертатном периоде является незрелость репродуктивной системы с менархе. АМК, вызванные гормональными сбоями, обычно проявляются через 6–18 месяцев после менархе [4].

Клинические формы маточных кровотечений в пубертатном периоде

Клинические формы маточных кровотечений в пубертатном периоде можно разделить на три категории [4]:

1) **неосложненная форма** АМК, основной симптом которой заключается в кровотечении из матки, при этом отсутствуют такие осложнения, как постгеморрагическая анемия, патологии системы гемостаза или половой системы;

2) **осложненная форма** АМК, которая включает наличие анемии, развившейся после кровопотери, а также возможные осложнения в виде бактериального эндометрита и нарушений в системе свертывания крови;

3) **сочетанная форма** АМК, которая проявляется у девочек, имеющих заболевания системы гемостаза или воспалительные процессы в половой системе.

Критерии АМК:

- кровотечение длится дольше 7 дней, при этом менструальный цикл либо сокращается до 21–24 дней, либо удлиняется более чем на 35 дней;
- объем кровопотери превышает 80 мл или субъективно оценивается как значительно больше, чем при обычных менструациях;
- наличие кровянистых выделений между менструациями или после полового акта;
- отсутствие структурных патологий эндометрия;
- подтвержденный ановуляторный цикл, что подтверждается низким уровнем прогестерона (менее 9,5 нмоль/л на 21–25 день цикла), однофазной базальной температурой и отсутствием преовуляторного фолликула (по данным ультразвукового исследования).

Варианты течения АМК:

- обильные кровянистые выделения, но короткие по продолжительности (5–7 дней), что может привести к анемизации;
- скудные выделения, которые продолжаются неопределенно долго (до 1–1,5 месяцев), что может вызывать хроническую форму анемии;
- нерегулярные кровотечения, характеризующиеся скудными выделениями, с периодическими усилениями до кровотечения.

Этиология

Основной причиной АМК в пубертатном периоде считается незрелость репродуктивной системы, особенно в первые три

года после начала менструаций. У подростков с такими кровотечениями наблюдается нарушение регуляции между яичниками и центральной нервной системой (гипоталамусом и гипофизом). При этом, несмотря на повышенный уровень эстрогенов, не происходит снижения секреции фолликулостимулирующего гормона, что приводит к одновременному росту нескольких фолликулов. Это препятствует выбору и созреванию доминантного фолликула и вызывает отсутствие овуляции. В результате не вырабатывается прогестерон, что приводит к хроническому воздействию эстрогенов на эндометрий и его избыточному разрастанию. Нарушение питания эндометрия вызывает его частичное отторжение и кровотечения, поддерживаемые повышенным уровнем простагландинов. Также могут возникать проблемы с восстановлением эндометрия и свертыванием крови, что приводит к длительным и обильным кровотечениям [5].

Этиология АМК включает следующие категории [6].

Патологии матки:

- кровотечения, связанные с беременностью (например, выкидыши, плацентарный полип, трофобластическая болезнь, внематочная беременность);
- заболевания шейки матки (эндометриоз, полипы, злокачественные образования, миомы);
- заболевания тела матки (лейомиомы, полипы эндометрия, рак эндометрия, саркомы, эндометрит, туберкулез половых органов, артериовенозные аномалии);
- дисфункции эндометрия (овуляторные кровотечения, хронический эндометрит, нарушения секреции вазоконстрикторов и вазодилататоров).

Непатологические причины:

- заболевания придатков (после операций на яичниках, при кистах или поликистозе яичников, гормонально активных опухолях);

- геморрагические заболевания (гемофилия, болезнь Виллебранда, нарушения тромбоцитарной функции, лечение антикоагулянтами или фибринолитиками);
- ановуляторные кровотечения, связанные с заболеваниями щитовидной железы, печени, синдромом Кушинга, сахарным диабетом, стрессом, нарушениями пищевого поведения.

Ятрогенные факторы:

- кровотечения, вызванные медицинскими вмешательствами (после деструкции эндометрия, биопсии, применения гормональных препаратов, антикоагулянтов и других лекарственных препаратов).

Неясной этиологии:

- кровотечения, вызванные артериовенозными мальформациями, гипертрофией миометрия или связанные с генетическими заболеваниями.

Большинство менструальных циклов у девочек-подростков в первые годы после менархе оказываются ановуляторными из-за несформированных связей между гипофизом, гипоталамусом и яичниками. Это приводит к избыточной выработке эстрогенов и недостатку прогестерона, что, в свою очередь, вызывает нарушения в развитии эндометрия и приводит к АМК.

Согласно современным исследованиям, соматические причины АМК у подростков классифицируются по системе *PALM-COEIN*. Ранее был описан клинический случай [7] выявления субмукозной миомы матки у 16-летней девушки, которая жаловалась на обильные менструации и дисменорею. При дополнительном обследовании была обнаружена патология матки, объясняющая ее симптомы. В другом исследовании 2021 года описан случай доброкачественного новообразования шейки матки у 17-летней девочки, сопровождающегося частыми обильными

кровотечениями. В свою очередь, Ю. Ванг и его соавторы привели пример 15-летней девочки с лейомиосаркомой шейки матки, которая также жаловалась на аномальные кровотечения [8].

Помимо гинекологических причин существуют случаи, когда нарушения свертывающей системы крови приводят к АМК у подростков. Поскольку это состояние может вызывать не только кровотечения, но и другие осложнения, важно, чтобы девочки и их родители были своевременно консультированы гематологом и знали о наличии патологии гемостаза.

Гормональные нарушения также могут влиять на менструальный цикл подростков. Так, исследование Н. Тейби [9], охватившее 2000 девочек в возрасте от 9 до 18 лет, установило связь между нарушениями функций щитовидной железы, повышением уровня пролактина и нерегулярными циклами у подростков. Также в исследовании Е.П. Хашенко и ее коллег [10] сравнивались жалобы на менструальный цикл у девочек с эндометриозом, подтвержденным лапароскопически, и тех, кто не имел этой патологии. Было выявлено, что девочки с подтвержденным аденомиозом не жаловались на кровяные выделения до и после менструации, в отличие от взрослых женщин, для которых такие симптомы являются типичными признаками заболевания.

Диагностика аденомиоза в подростковом возрасте может быть сложной по нескольким причинам: симптомы могут быть неспецифическими и напоминать естественное становление менструального цикла, а также могут отсутствовать классические признаки, которые обычно наблюдаются у взрослых женщин.

Диагностика

Алгоритм диагностики АМК (рис. 1, 2) включает следующие этапы [11].

1. Сбор анамнеза: изучение истории болезни, включая информацию о течении беременности и родов у матери, оценка предыдущего лечения, жалоб, а также проведение первичного осмотра.

2. Проведение полного клинико-лабораторного обследования, включающего в себя общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением общего белка, ферритина, сывороточного железа, глюкозы, мочевины, креатинина, билирубина, АсАТ, АлАТ, определение группы крови и резус-фактора, оценку показателей свертываемости (активированное частичное тромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновое время, активность факторов протромбинового комплекса и международное нормализованное отношение – МНО). Также исследуются уровень фибриногена, тромбоциты, активность фактора Виллебранда и агрегационная активность тромбоцитов.

3. Определение уровня гормонов: прогестерон, тестостерон, фолликулостимулирующий, лутеинизирующий, тиреотропный гормоны, эстрадиол, кортизол и пролактин. Лабораторные исследования проводятся в первые дни менструального цикла (3–5-й день) или при обострении геморрагического синдрома независимо от фазы цикла. За неделю до обследования пациентка не должна принимать препараты, влияющие на показатели свертываемости крови.

4. Ультразвуковое исследование органов малого таза проводится в начале (5–7-й день) и в середине менструального цикла (19–21-й день) либо во время кровотечения.

Если уровень активности фактора Виллебранда ниже 35% у пациенток с первой группой крови или ниже 39% у пациенток с другими группами, рекомендуется расширенное обследование для исключения болезни Виллебранда. Это включает определение содержания фактора Виллебранда, активности фактора VIII и агрегации тромбоцитов.

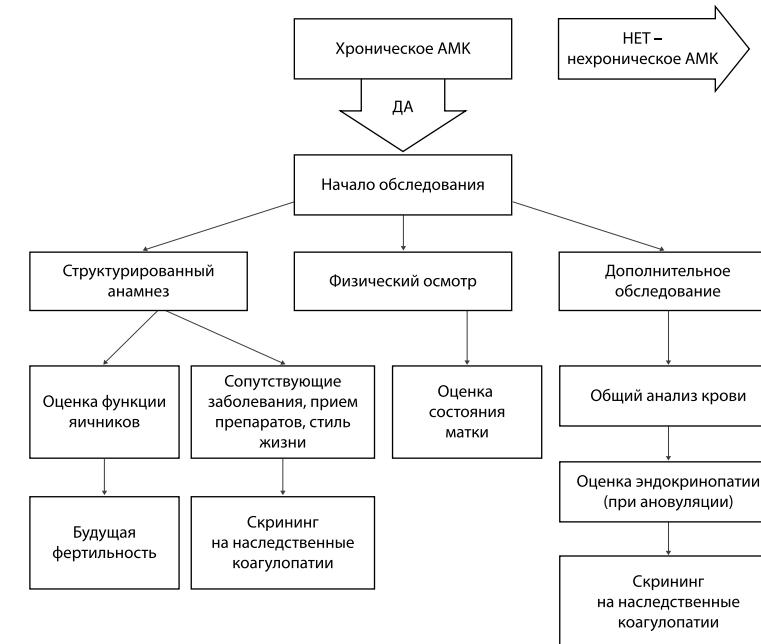


Рис. 1. Алгоритм начального обследования пациентов репродуктивного периода (включая пубертатный) с АМК [12]



Рис. 2. Алгоритм обследования больных с АМК пубертатного периода при выявлении ультразвуковых признаков патологии матки [12]

Причину кровотечения уточняют с учетом фазы менструального цикла.

В первой фазе: если прогестерон выше 1,75 нг/мл, гиперполименорея маловероятна. Если прогестерон ниже 1,75 нг/мл и активность фактора Виллебранда в пределах 30–39%, возможны нарушения свертывания на фоне гормональной дисфункции.

Во второй фазе: при активности фактора Виллебранда ниже 30% кровотечение может указывать на болезнь Виллебранда. Если активность превышает 30%, кровотечения возможны при низком уровне прогестерона и тестостерона, что свидетельствует о дисфункциональном характере кровотечения.

Пониженные значения фактора Виллебранда и другие нарушения свертывания крови (например, снижение уровней фибриногена и факторов V, VII, X, XI, XIII) встречаются редко, но также могут способствовать возникновению кровотечений.

Методы обследования

Диагностические процедуры необходимы для уточнения источника, характера и типа кровотечения [12]. С этой целью проводят физикальное обследование и оценивают степень физического и полового созревания по шкале Таннера, сравнивая результаты с возрастными нормами. Также изучают менструальный календарь и оценивают обильность кровянистых выделений. Хотя и субъективными, но удобными критериями являются данные о пропитывании средств менструальной гигиены [13].

Объем кровотечения оценивается по шкале Мэнсфилда-Водэ-Йоргенсена:

– скучное (мажущее) кровотечение – несколько капель или мазок на прокладке или тампоне;

– очень легкое – слабое пропитывание гигиенического средства (впитываемость *light/normal*), замена каждые 6 часов гарантирует защиту от протекания;

– легкое – неполное пропитывание средства *light/normal*, замена каждые 6 часов;

– умеренное – полное пропитывание средства *normal* каждые 3–4 часа;

– обильное – требуется смена полностью пропитанного средства высокой впитываемости каждые 3–4 часа;

– интенсивное (тяжелое) – супервпитывающее средство необходимо менять каждые 2 часа или чаще.

Также проводится оценка психологического состояния пациентки. Девочки, склонные к перфекционизму, часто имеют хрупкое телосложение с гипоэстрогенным типом и отстают в половом развитии от сверстников. При нормоэстрогенном типе физическое и половое развитие гармоничное, но возможна склонность к тревожно-депрессивным расстройствам. Гиперэстрогенный тип характеризуется ускоренным физическим развитием молочных желез и половых органов на фоне замедленного психосоматического развития.

Лечение аномальных маточных кровотечений

Лечение АМК зависит от их проявлений и причин, таких как гормональные нарушения, внутриматочные патологии, проблемы с гемостазом и другие факторы. В соответствии с клиническими рекомендациями АМК у подростков имеют код по МКБ-10 N92.2 (обильные менструации в пубертатном периоде).

При длительных и обильных менструациях, вызванных ановуляцией, на первом этапе рекомендовано применение транексамовой кислоты в дозе до 3 г в сутки либо 15–25 мг на килограмм массы тела, а в тяжелых случаях – до 4 г в сутки в течение 4 дней для остановки кровотечения. Также

рекомендуется прием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), которые снижают уровень простагландинов и способствуют сужению сосудов [14].

Кроме того, клинические рекомендации допускают установку внутриматочной системы (ВМС) с левоноргестрелом. Этот метод помогает предотвратить повторные кровотечения и является надежным способом контрацепции. Исследования показали, что у большинства подростков, использующих ВМС, уменьшается объем кровопотери, снижаются менструальные боли, при этом побочные эффекты минимальны [15].

Гормональный гемостаз используется, если транексамовая кислота неэффективна. Применяются низкодозированные монофазные гормональные средства (30 мкг этинилэстрадиола) по 1 таблетке каждые 8 часов до остановки кровотечения, с последующим снижением дозы. Этот метод доказал свою эффективность в снижении кровопотери и болей, а также является долгосрочным решением для контрацепции [16].

В некоторых случаях вместо комбинированных оральных контрацептивов могут быть использованы прогестины с целью секреторной трансформации эндометрия, которая нарушена у большинства девочек с АМК из-за ановуляции. Хирургические методы остановки кровотечения применяются в исключительно редких случаях и только тогда, когда другие методы неэффективны.

Заключение. АМК в период полового созревания – распространенная патология, связанная с нарушением регулярности и обильности менструаций у подростков. Основными причинами АМК являются гормональные нарушения, проблемы с развитием эндометрия, нарушения гемостаза и ановуляция. Поскольку организм подростков находится в процессе формирования, часто наблюдаются нестабильные гормональные циклы, что приводит к дисбалансу в функционировании репродуктивной системы.

Диагностика АМК включает в себя физикальный осмотр, оценку менструального цикла и применение критериев для определения объема кровопотери. Также важно учитывать психологический профиль подростка, поскольку эмоциональные и психосоматические факторы могут усугубить проблему.

Лечение АМК у подростков варьируется в зависимости от тяжести кровотечения и его причин. На первом этапе используются медикаментозные методы, такие как транексамовая кислота для остановки кровотечения и нестероидные противовоспалительные препараты для уменьшения кровопотери. В некоторых случаях эффективно применение гормональной терапии, которая не только уменьшает кровопотерю, но и предотвращает повторные кровотечения, а также обеспечивает контрацепцию.

Список литературы

1. Раздрогина К.А., Баранов А.Н., Нестеренко О.С., Дьячков С.К. Аномальные маточные кровотечения у подростков: современные данные (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2023;19(2):61–67.
2. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Карабенцова И.В., Пивазян Л.Г., Лошкарева М.А., Кириллова Ю.А., Мурватова С.К., Мурватова К.К. Описание клинического случая аномального маточного кровотечения пубертатного периода, осложнившегося анемией тяжелой степени. Вопросы современной педиатрии. 2023;22(4):319–323.
3. Доброхотова Ю.Э., Карапашева А.Х. Аномальные маточные кровотечения репродуктивного и пременопаузального периода: современные алгоритмы обследования и лечения // Актуальные вопросы женского здоровья. 2022;1:8–12.
4. Можейко Л.Ф., Рунец У.Ф. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода // Охрана материнства и детства. 2020;2(36):64–68.

5. Мишина А.И., Казакова А.В., Уварова Е.В. Факторы риска аномальных маточных кровотечений у девочек пубертатного периода, прогнозирование и профилактика // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2022;18(1):47–55.
6. Уварова Е.В. Клинические рекомендации (проект). Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021;17(3):5–30.
7. Лисицына О.И., Хащенко Е.П., Кюрдзиди С.О., Уварова Е.В., Асатурова А.В., Зурабиани З.Р. и др. Лейомиома матки больших размеров: обзор литературы и клиническое наблюдение у девочек 16 лет // Акушерство и гинекология. 2021;9:180–188.
8. Ванг Ю. и др. Аденосаркома матки у подростка // J. Coll. Врачи-хирурги. Пак. (JCPSP). 2022;32(4):18–20.
9. Тайеби Н. и др. Гормональные изменения менструального цикла, связанные с интервалом менструального цикла у девочек в возрасте 9–18 лет // Акушерство и гинекология. Здоровье. 2022;10(4):3366–3373.
10. Хащенко Е.П., Лобанова А.Д., Кулабухова Е.А., Лужина И.А., Мамедова Ф.Ш., Уварова Е.В. и др. Особенности клинической картины и диагностики разных форм генитального эндометриоза (аденомиоз, наружный генитальный эндометриоз, эндометриоидные кисты) у девочек подросткового возраста // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2020;16(4):117–130.
11. Адамян Л.В., Петряйкина Е.Е., Сибирская Е.В. и др. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода у девочек-подростков: ведение, диагностика и лечение // Проблемы репродукции. 2019;25(3):99–103.
12. Баряева О.Е., Флоренсов В.В., Чертовских М.М., Ахметова М.Ю. Аномальные маточные кровотечения: учебное пособие. ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков. – Иркутск: ИГМУ, 2020. – 61 с.
13. Айкан З. и др. Оценка патологических маточных кровотечений у подростков: опыт единого центра. J. Clin. Res. Pediatr. Эндокринол. 2023.
14. Селихова М.С., Зверева Е.С. Аномальные маточные кровотечения у девочек. Что делать? // РМЖ. Мать и дитя. 2019;2(4): 351–354.
15. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 4-е изд., перераб. и доп. / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1008 с.
16. Гинекология: национальное руководство. Краткое издание / Гл. ред. Г.М. Савельева, Т.Г. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский, И.Б. Манухин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1056 с.

СТРУКТУРНЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
У ДЕВОЧЕК В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ:
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Казанцева Е.В., Кириленко О.В.

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

Резюме. Врожденные аномалии женской половой системы представляют собой отклонения от нормальной анатомии половых органов. В последние годы наблюдается увеличение частоты пороков развития органов и систем, в том числе пороков развития половой системы. Частота встречаемости аномалий развития женских половых органов достигает 14% от всех врожденных пороков развития. Причины, ведущие к возникновению врожденных аномалий развития женских половых органов, до настоящего времени изучены недостаточно. В статье представлены данные литературы об аномалиях развития влагалища, которые могут приводить к нарушениям оттока менструальной крови. Анализируются частота встречаемости, симптомы, клиническая картина и различные методы хирургической коррекции пороков женских половых органов. Особое внимание уделяется ранней диагностике и своевременному оказанию медицинской помощи, направленной на коррекцию порока, с целью сохранения репродуктивного и психологического здоровья девочек.

Ключевые слова: аномалии развития женских половых органов; атрезия гимена; частичная аплазия влагалища; поперечная перегородка влагалища; нарушение оттока менструальной крови; репродуктивное здоровье

Актуальность. Аномалии развития половых органов у девочек – это различные нарушения, которые возникают в процессе эмбрионального развития и оказывают влияние на формирование внешних и внутренних половых органов. В последнее время отмечается увеличение частоты пороков развития органов и систем, в том числе пороков развития половой системы [1]. Частота встречаемости аномалий развития женских половых органов достигает 14% от всех врожденных пороков развития [2, 3], а в структуре гинекологических заболеваний у детей и подростков этот показатель достигает 3–7% [4]. Истинную распространенность аномалий развития половых органов установить трудно, так как многие врожденные дефекты могут протекать бессимптомно.

Врожденные пороки развития женских половых органов имеют большую значимость, оказывая негативное влияние на менструальную и репродуктивную функции, сексуальное здоровье, а также психологическое состояние девочек [5].

Раннее выявление и своевременное оказание медицинской помощи, направленной на коррекцию порока, позволяет сохранить их репродуктивное здоровье [6, 7].

Этиология и патогенез аномалий развития женских половых органов

Развитие мочеполовой системы ассоциировано с трансформацией четырех эмбриональных источников: промежуточной мезодермы, целомического эпителия, выстилающего брюшную полость, энтодермы мочеполовой пазухи и первичных половых клеток [8, 9].

Сроки антенатального формирования половых органов приходятся на период с 6-й по 18-ю недели развития. Так, на 6-й неделе гестации появляются две пары протоков: мезонефральные и парамезонефральные, которые первоначально

закладываются в виде тяжей, после чего происходит их удлинение, слияние и канализация [10]. В результате трансформации мезонефральных (мюллеровых) протоков формируются матка, маточные трубы, шейка матки и верхние две трети влагалища [11–13]. Ввиду того, что эмбриологическое развитие женской половой системы тесно связано с развитием мочевой системы, аномалии в обеих системах могут встречаться у 25% данных пациенток [14].

На 8–9-й неделе эмбрионального развития из открытых средних частей мюллеровых протоков происходит формирование фаллопиевых труб. Из каудальных отделов мюллеровых протоков образуется маточно-вагинальный канал, состоящий из двух отделов: маточного, из которого формируется матка, и влагалищного, из которого формируется верхняя часть влагалища. На первоначальном этапе эмбрионального развития матка содержит внутриматочную перегородку и имеет двурогую форму. Однако с 12–13-й недели эмбриогенеза происходит канализация внутриматочной перегородки, и к 20 неделям гестации матка приобретает форму, типичную для зрелого органа [9, 15].

Процесс эмбрионального развития женских половых органов может быть нарушен на любом этапе развития, что определяет тип аномалии развития [10]. Причины, ведущие к возникновению врожденных аномалий развития женских половых органов, до настоящего времени изучены недостаточно. Предполагается роль молекулярно-генетических, тератогенных, наследственных и других факторов в развитии данных аномалий [6]. Некоторые исследования отражают связь пороков развития женских половых органов с генными мутациями, и наиболее известными из них являются HOXA13 (ладонно-подошвенный генитальный синдром) [16] и HOXA10, экспрессируемые в эмбриональных парамезонефральных протоках [17]. На сегодняшний день

выявлена причинно-следственная связь с врожденными пороками развития для еще нескольких генов – *HNF1B*, *WNT4*, *WNT7A*, однако подтверждения такой связи для большинства предполагаемых генов все еще нет [18]. По мнению некоторых авторов, этиологическим фактором, приводящим к нарушению эмбриогенеза, является воздействие антропогенных химических веществ на материнский организм, которые приводят к структурной аномальности, изменению роста и функциональным порокам у плода. Воздействие химических веществ вносит изменения в женскую и мужскую репродуктивные системы, отрицательно воздействует на начало процесса полового созревания, производство и перенос половых клеток [19]. Однако в 65% случаев эти факторы остаются неясными.

Частота и значимость структурных аномалий половых органов

Наиболее часто структурные аномалии половых органов диагностируются у девочек в пубертатном периоде, когда они впервые обращаются к акушеру-гинекологу с различными проблемами, связанными с менструальной функцией, физическим развитием или болевым синдромом [20]. В период полового созревания у девочек чаще выявляются аномалии развития влагалища, связанные с нарушением оттока менструальной крови [21]. К таким аномалиям относятся атрезия девственной плевы, частичная аплазия влагалища, поперечная перегородка влагалища.

Атрезия девственной плевы представляет собой врожденное патологическое состояние, связанное с отсутствием нормально-го отверстия в гимене. По различным источникам, атрезия девственной плевы встречается примерно у одной из 2000 девочек [22, 23]. Известно, что клиническими проявлениями данного заболевания являются аменорея, циклическая тазовая боль, затруднения при акте дефекации и мочеиспускании,

обусловленные скоплением менструальной крови во влагалище, матке, маточных трубах, малом тазу [24]. Лечение атрезии гимена только хирургическое, направленное на создание естественного отверстия в аномальной девственной плеве с целью восстановления оттока менструальной крови из влагалища. Существует несколько методик: циркулярное иссечение девственной плевы и рассечение девственной плевы в виде крестообразного разреза [25]. Хотя различия между этими видами хирургического вмешательства не являются значительными, исследования, проведенные *Lee et al.*, показали, что гименэктомия сопровождается более частыми послеоперационными осложнениями по сравнению с гименотомией [26].

Частичная аплазия влагалища при функционирующей матке является редким врожденным заболеванием и встречается примерно у одной из 4–10 тысяч новорожденных девочек [27], однако данная патология преобладает в структуре пороков развития влагалища с нарушением оттока менструальной крови и встречается у 39,5% девочек [28]. В зависимости от уровня, на котором произошла аплазия влагалища, клиническая картина может значительно варьироваться. Чем выше расположен уровень аплазии, тем более выраженным становится болевой синдром за счет заброса менструальной крови в брюшную полость [29]. Оптимальным способом коррекции данного порока развития влагалища является вагинопластика с использованием техники скользящих лоскутов [30]. В свою очередь, Л.В. Адамян предложила уникальную методику создания неовлагалища методом перитонеального кольцопоэза, благодаря которой значительно уменьшается частота возникновения послеоперационных осложнений [30]. Сроки выполнения операции являются предметом обсуждения. Если диагноз поставлен в неонатальном или препубертатном периоде, то целесообразно отложить лечебное хирургическое вмешательство до момента развития

гематокольпоса во время менархе. Это связано с тем, что расширенные верхние сегменты влагалища создают более удобные условия для определения оптимального пути хирургического разреза, а также уменьшают длину трансплантата [31].

Поперечная перегородка влагалища представляет собой аномалию развития, при которой во влагалище имеется дополнительная перегородка, разделяющая его на 2 части. Эта аномалия может быть полной или частичной и встречается довольно редко, примерно у одной из 30–84 тысяч девочек [32]. Известно, что перегородка может быть расположена на любом уровне влагалища, однако наиболее распространенным местом поперечной перегородки является верхняя часть влагалища (46%), за которой следуют средняя часть влагалища (35%) и нижняя часть влагалища (14%) [33]. Клиническими проявлениями данного заболевания являются первичная аменорея и циклическая тазовая боль, которые также обусловлены скоплением менструальной крови во влагалище, матке, маточных трубах, малом тазу. Тем не менее, диагностика данного варианта аномалии развития влагалища является сложной задачей до наступления менархе. Хирургическое лечение включает в себя иссечение перегородки влагалища с последующим формированием анастомоза слизистых оболочек [27]. Однако данная процедура является технически сложной при высоком расположении влагалищной перегородки и всегда сопровождается инструментальной дефлорацией.

З.К. Батырковой с соавторами предложен способ хирургического лечения при полной асимметричной и поперечной перегородке влагалища с нарушением оттока менструальной крови с помощью резектоскопии [34]. Данная методика позволяет осуществить оперативное вмешательство с использованием эндоскопических технологий, что способствует минимизации интраоперационной кровопотери и ускорению процесса

послеоперационной реабилитации. Кроме того, современное хирургическое решение обеспечивает сохранение девственной пlevы, что имеет важное значение для пациенток с точки зрения как физического, так и психоэмоционального благополучия [34].

Заключение. Регулярные обследования и консультации акушера-гинеколога могут помочь выявить аномалии развития половых органов девочек на ранних стадиях, что, в свою очередь, позволит предотвратить ряд осложнений. Следовательно, ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение данных патологических состояний имеют ключевое значение для предотвращения серьезных осложнений, таких как эндометриоз и спаечный процесс органов малого таза. Эти состояния могут оказывать негативное влияние на репродуктивный потенциал женщин в будущем.

Обеспечение оперативной хирургической помощи позволяет сохранить не только репродуктивное, но и психологическое здоровье пациенток [27]. Таким образом, основная цель своевременного лечения – это не только устранение физического проявления аномалий развития женских половых органов, но и обеспечение психологического комфорта и улучшение качества жизни пациенток.

Список литературы

1. Макиян З.Н. Аномалии женских половых органов: систематизация и тактика оперативного лечения: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – 14.01.01. – Москва, 2010. – 50 с.
2. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Арсланян К.Н. и др. Патология развития матки и влагалища у девочек и девушек с нарушением оттока менструальной крови // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучение. 2015;10(4):36–40.
3. Rackow B.W., Arici A. Reproductive performance of women with müllerian anomalies. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2007;19(3):229–37. DOI: 10.1097/GCO.0b013e32814b0649.
4. Клинические рекомендации (проект). Врожденные пороки развития влагалища и/или матки у детей и подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021;17(3):31–56. DOI: 10.33029/1816-2134-2021-17-3-31-56.
5. Бобкова М.В., Пучко Т.К., Адамян Л.В. Репродуктивная функция у женщин с пороками развития матки и влагалища // Проблемы репродукции. 2018;24(2):42–53. DOI: 10.17116/gergo201824242-53.
6. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А., Колтунов И.Е., Смаль Т.А. Репродуктивное здоровье девочек и девушек г. Москвы. Предложения по сохранению репродуктивного потенциала // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016;2:13–14.
7. Баран Н.М., Богданова Е.А. Трудности диагностики пороков развития внутренних половых органов у девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2018;1:35–42.
8. Lankford J.C., Mancuso P., Appel R. Congenital Reproductive Abnormalities. J Midwifery Womens Health. 2013;58(5):546–51. DOI: 10.1111/jmwh.12020.
9. Lin P.C., Bhatnagar K.P., Nettleton G.S., Nakajima S.T. Female genital anomalies affecting reproduction. Fertil Steril. 2002;78(5):899–915. DOI: 10.1016/s0015-0282(02)03368-x.
10. Robbins J.B., Broadwell C., Chow L.C., Parry J.P., Sadowski E.A. Müllerian duct anomalies: embryological development, classification, and MRI assessment. J MagnReson Imaging. 2015;41(1):1–12. DOI: 10.1002/jmri.24771.

11. Mullen R.D., Behringer R.R. Molecular genetics of Müllerian duct formation, regression and differentiation. *Sex Dev.* 2014;8(5):281–96. DOI: 10.1159/000364935.
12. Makiyan Z. New theory of uterovaginal embryogenesis. *Organogenesis.* 2016;12(1):33–41. DOI: 10.1080/15476278.2016.1145317.
13. Rackow B.W., Arici A. Reproductive performance of women with müllerian anomalies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.* 2007;19(3):229–237. DOI: 10.1097/GCO.0b013e32814b0649.
14. Golan A., Langer R., Bukovsky I. Caspi Congenital anomalies of the müllerian system. *FertilSteril.* 1989;51(5):747–55. DOI: 10.1016/s0015-0282(16)60660-x.
15. Troiano R.N., McCarthy S.M. Mullerian duct anomalies: imaging and clinical issues. *Radiology.* 2004;233(1):19–34. DOI: 10.1148/radiol.2331020777.
16. Roux M., Bouchard M., Kmita M. Multifaceted Hoxa13 function in urogenital development underlies the Hand-Foot-Genital Syndrome. *Hum Mol Genet.* 2019;28(10):1671–81. DOI: 10.1093/hmg/ddz013.
17. Lalwani S., Wu H.H., Reindollar R.H., Gray M.R. HOXA10 mutations in congenital absence of uterus and vagina. *Fertil Steril.* 2008;89(2):325–30. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2007.03.033.
18. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Пивазян Л.Г. и др. Пороки развития половых органов у девочек от классификаций до диагностики: современное состояние вопроса // РМЖ. Медицинское обозрение. 2024;8(8).
19. Оценка и классификация опасности репродуктивных токсикантов. Методические рекомендации. МР 1.2.0321-23. – Москва, 2023.
20. Edmonds D.K. Congenital malformations of the genital tract. *Obstet Gynecol.* 2000;27(1):49–62. DOI: 10.1016/s0889-8545(00)80006-6.
21. Баран Н.М., Адамян Л.В., Богданова Е.А., Глыбина Т.М. Клиника, диагностика и лечение атрезии девственной плавы у девочек //Акушерство и гинекология. 2014;2:86–90.
22. Chubanova N., Chmel R., Kelcik R., Novakova J., Novakova M. Hymenal atresia – a rare congenital anomaly with the risk of late diagnosis. *Ceska Gynecol.* 2022;87(2):118–23. DOI: 10.48095/cccg2022118.
23. Детская и подростковая гинекология / Под ред. А.С. Гарден. – Москва: Медицина, 2001. – 440 с.
24. Батырова З.К., Уварова Е.В., Кумыкова З.Х., Чупрынин В.Д., Кругляк Д.А. Аномалии развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови: диагностика, лечение и профилактика осложнений. Обзор литературы // Педиатрическая фармакология. 2019;16(6):349–352.
25. Creatsas G., Deligeorgoglou E. Vaginal aplasia and reconstruction. *Best Pract Res Clin ObstetGynaecol.* 2010 Apr; 24(2):185–91. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2009.11.002.
26. Lee K.H., Hong J.S., Jung H.J., Jeong H.K., Moon S.J., Park W.H., et al. Imperforate hymen: a comprehensive systematic review. *J Clin Med.* 2019;8(56). DOI: 10.3390/jcm8010056.
27. Tanitame K., Tanitame N., Urayama S., Ohtsu K. Congenital anomalies causing hemato/hydrocolpos: imaging findings, treatments, and outcomes. *Jpn J Radiol.* 2021;39(8):733–40. DOI: 10.1007/s11604-021-01115-7.
28. Passos I.M.P.E., Britto R.L. Diagnosis and treatment of müllerian malformations. *J. Obstet Gynecol.* 2020 Mar;59(2):183–8. DOI: 10.1016/j.tjog.2020.01.003.

29. Адамян Л.В., Панов В.О., Макиян З.Н., Кулабухова Е.А. и др. Магнитно-резонансная томография в дифференциальной диагностике аномалий развития матки и влагалища: алгоритм исследования и МРТ-семиотика // Медицинская визуализация. 2009;6:100–113.

30. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Торубаров С.Ф., Сысоева И.В. и др. Абдоминальный болевой синдром у девочек с пороками развития половых органов // Эффективная фармакотерапия. 2023;19(7):106.

31. Dural O., Ugurlucan F.G., Yasa C., Bastu E., Eren H., Yuksel B., et al. A case of distal vaginal agenesis presenting with recurrent urinary tract infection and pyuria in a prepubertal girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017;30:e7–e10. DOI: 10.1016/j.jpag.2016.08.007.

32. Caloia D.V., Morris H., Rahmani M.R. Congenital transverse vaginal septum: vaginal hydrosonographic diagnosis. *J Ultrasound Med.* 1998;17:261–4. DOI: 10.7863/jum.1998.17.4.261.

33. Rock J.A., Zacur H.A., Dlugi A.M., Jones H.W., TeLinde R.W. Pregnancy success following surgical correction of imperforate hymen and complete transverse vaginal septum. *Obstet Gynecol.* 1982;59:448–51.

34. Батыркова З.Н., Чупрынин В.Д., Уварова Е.В., Кумыкова З.Х., Мамедова Ф.Ш. Способ хирургического лечения полной асимметричной и поперечной перегородки влагалища с нарушением оттока менструальной крови с помощью резектоскопии. Патент на изобретение. 2022.

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Демина Т.Н., Сметанина С.Р., Сорокопуд Е.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Россия

Цель. Изучить представленность факта самоповреждающего репродуктивного поведения среди девушек-подростков с расстройством менструации и рискованной сексуальной активностью.

Материалы и методы. Выборку составили девушки-подростки в возрасте от 16 до 18 лет, которые имели расстройства менструации и рискованную сексуальную активность (незащищенные сексуальные контакты, в т. ч. негетеросексуальные, промискуитет) в течение последних 6 месяцев («О», $n = 257$). Условно соматически здоровые сексуально-интактные сверстницы первой группы здоровья с регулярными менструациями составили контрольную группу («К», $n = 168$). Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2».

Результаты. Выявлено «социальное заражение» через интернет с вовлечением в сферу эротики в $84,82 \pm 2,24\%$ случаев пациенток и сверстниц контрольной группы – $10,12 \pm 2,33\%$ ($p < 0,05$). Самоповреждение было у каждой второй девушки группы «О» исследования – $65,37 \pm 2,97\%$ против $5,95 \pm 11,83\%$ в группе «К» ($p < 0,05$), что можно рассматривать как парасуицидальный фактор, связанный с нанесением намеренных, несмертельных

увечий и рассчитанный на определенный социальный эффект: татуировки на коже лица и на половых органах – $4,67 \pm 1,32\%$ и $8,95 \pm 1,78\%$ (ро-к $< 0,05$), на коже туловища и конечностей – $65,37 \pm 2,97\%$ и $5,95 \pm 11,83\%$ (ро-к $< 0,05$); «тоннели» – $13,23 \pm 2,11\%$ (ро-к $< 0,05$); «шрамирование» – $2,33 \pm 0,94\%$ (ро-к $< 0,05$); аддикция алкогольная и наркотическая – $22,57 \pm 2,61\%$ и $3,11 \pm 1,08\%$ (ро-к $< 0,05$), а также пищевая (диагноз «нервная анорексия» клинически верифицирован) в $4,67 \pm 1,32\%$ случаев. У пациенток выявлены факты самоповреждающего репродуктивного поведения: низкая контрацептивная активность в 100%, прерывание нежелательной беременности до 14 лет (из анамнеза) – 3,1%, старше 14 лет – 5,8%, что является грозным негативным фактором для репродуктивного здоровья.

Выводы. Среди пациенток с расстройством менструации и рискованной сексуальной активностью выявлена неравнозначная представленность фактов самоповреждающего репродуктивного поведения с преобладанием низкой контрацептивной активности и прерывания нежелательной беременности, что является грозным негативным фактором для репродуктивного здоровья. Самоповреждающее репродуктивное поведение у несовершеннолетних – это междисциплинарная проблема.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ СРЕДИ СОВРЕМЕННЫХ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Яценко Н.О., Шикова И.В., Латт Е.В., Романовский М.Л.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Ломоносовская межрайонная больница им. И.Н. Юдченко»

Цель. Анализ актуальных репродуктивных установок у современных девушек-подростков, проживающих в сельской местности.

Актуальность. Среди основных причин снижения рождаемости в нашей стране называют отсутствие желания молодых людей жить в законном браке, планировать рождение детей до достижения возраста «успешного социального статуса». Данная тенденция – результат изменения ценностных ориентиров в обществе с начала 1990-х, длительного отсутствия профилактической работы с подростками. Поэтому в современных условиях формирование у подростка ответственного отношения к собственному репродуктивному здоровью особенно важно.

Материалы и методы. В исследовании приняла участие 131 девушка общеобразовательных школ Ломоносовского района в возрасте 15–17 лет. Проведено анонимное анкетирование по вопросам репродуктивного здоровья.

Результаты. Репродуктивное здоровье – это: способность к рождению детей – 29%, безопасная сексуальная жизнь – 24%, состояние полного благополучия – 39%.

Причины нарушений репродуктивного здоровья: раннее начало половой жизни – 19%, ИППП – 22%, несоблюдение правил личной гигиены – 57%, половое воздержание – 2%.

Обследуются акушером-гинекологом регулярно только 29% подростков, вообще не посещают врача (беспокоиться не о чем) 46%, проходят осмотр врача-специалиста изредка 25%.

Возраст вступления в интимные отношения: 16–18 лет – 53%, 19–21 год – 38%.

Причины начала отношений: любовь – 63%, сексуальное влечение – 19%, алкогольное/наркотическое опьянение – 21%, любопытство – 24%, приобретение сексуального опыта – 3%, боязнь потерять любимого человека – 13%.

Оптимальный возраст вступления в брак: 18–20 лет (32%), 21–25 лет (26%).

Критерии вступления в брак: по расчету – 10%, по любви – 88%, по выбору родителей – 2%.

По мнению большинства девушек, семья должна быть полной, главой должен быть мужчина (29%).

Желаемое количество детей в будущем: один ребенок – 23%, двое детей – 31%, трое детей – 3%, детей не будет – 16%.

Жизненные приоритеты: семья – 34%, здоровье – 31%, любовь – 18%, карьера, работа – 11%, друзья – 3%, хобби – 3%.

Заключение. Формирование положительных репродуктивных установок среди подростков является важной составляющей одного из этапов решения демографической проблемы, требует изучения и системной работы.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Ульянова С.А., Мягких И.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Донецк, Россия

Цель. Анализ перинатальных исходов у пациенток с многоплодием.

Материалы и методы. Исследовались данные течения и исходов беременности у пациенток с многоплодной беременностью. Проведен клинико-статистический анализ архивных данных 36 амбулаторных карт пациенток 30–35 лет с бесплодием в анамнезе, у которых беременность наступила или спонтанно (I группа, $n = 15$), или благодаря вспомогательным технологиям (II группа, $n = 21$). Анализ данных проводился с применением общепринятых методов математической статистики.

Результаты и выводы. Негативные факторы, воздействуя на репродуктивное здоровье с подросткового возраста (инфекции, которые передаются половым путем, прерывание непланируемой беременности), влекут за собой массу репродуктивных осложнений, связанных в будущем с бесплодием. Суммарные потери в рождаемости из-за бесплодия в России оцениваются в 17–21%, и многие женщины прибегают к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), современным методам лечения бесплодия.

В результате применения ВРТ, в первую очередь экстракорпорального оплодотворения, многоплодие регистрировалось

в 16 раз чаще ($p < 0,001$), чем без использования помощи. У пациенток со спонтанной многоплодной беременностью, по сравнению с беременными с многоплодной беременностью, наступившей в результате ВРТ (II группа), отмечается меньшая частота гестационных осложнений ($p < 0,05$). Пациентки с многоплодной беременностью II группы характеризовались такими осложнениями в сравнении с I группой, как железодефицитная анемия в I триместре (29,3–19,1%), поздний выкидыш (3,4–0,5%), истмико-цервикальная недостаточность (17,1%/5,2%), преждевременные роды (59,5–40,9%), в том числе экстремально ранние преждевременные роды (4,6–10,6%), задержки развития плода/плодов (46,2–38,4%), маловодие (6,6–2,7%), гестационный сахарный диабет (13,6–8,5%), перинатальные потери (6,6–2,4%).

Главная мера профилактики женского бесплодия – пропаганда здорового образа жизни и отслеживание расстройств менструальной функции в подростковом возрасте, что позволяет на раннем этапе выявить отклонения. Аспект охраны здоровья подростков – часть стратегии сохранения репродуктивного потенциала. Выявлена высокая частота гестационных осложнений и неблагоприятных перинатальных исходов индуцированной многоплодной беременности с использованием программ ВРТ.

БЕРЕМЕННЫЕ ПОДРОСТКИ. РИСКИ И СТРАТЕГИИ ПОДДЕРЖКИ

**Бабенко-Сорокопуд И.В., Копачов Б.А.,
Савченко А.А., Демишиева С.Г.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Донецк, Россия

Цель. Раскрыть специфику рисков беременности в подростковом возрасте и стратегии поддержки.

Материалы и методы. Анализ историй беременности и родов, экспериментального опроса несовершеннолетних беременных, которые получили профильную помощь в Центре охраны репродуктивного здоровья подростков Государственного бюджетного учреждения Донецкой Народной Республики «Донецкий республиканский перинатальный центр им. проф. В.К. Чайки», проводился с применением общепринятых методов математической статистики.

Результаты и выводы. Мировые данные о случаях родов у девочек-подростков 10–14 лет становятся все более доступными. Согласно оценкам, в 2023 году глобальный коэффициент рождаемости у них составил 1,5 рождения на 1000 девочек. В военное время многие социальные запреты утрачивают свою сдерживающую силу. Стремление «извлечь все, что возможно» из настоящего, не размышляя о будущем, нередко приводит к непланируемой беременности.

Анализ историй беременности девушек подросткового возраста позволил выделить несколько групп факторов риска для их здоровья. Беременность в юном возрасте сопряжена

с повышенным риском как для матери, так и для ребенка. Выявлен низкий социально-экономический статус девушек в 54%, беременность была непланируемая в 46%, в 57% отсутствовала поддержка со стороны семьи и друзей. Особое внимание следует обратить на риски для юной матери: анемия – в 75% случаев, депрессивное состояние с выраженным чувством одиночества, тревогой за будущее – в 67% случаев. Риски для здоровья новорождённого: низкий вес при рождении – 15%, последствия внутриутробного инфицирования – 32%, проблемы с дыханием – 17% случаев.

Необходимо применять комплексный подход к профилактике и поддержке несовершеннолетних беременных в виде единой стратегии профилактической направленности с включением просвещения о сексуальном и репродуктивном здоровье, привлечения к поддержке членов семьи, отца ребенка. Профильная медицинская служба по охране репродуктивного здоровья подростков играет важную роль в этом направлении. Стратегии поддержки подростков, которые оказались в такой сложной жизненной ситуации, как непланируемая беременность в юном возрасте, должны включать медицинское обслуживание, психосоциальную и духовную поддержку, способствовать получению навыков воспитания детей, продолжению среднего либо профессионального образования, подготовке во время беременности и после рождения ребенка. Принимая эти меры, мы можем улучшить качество жизни беременных подростков.

АМЕНОРЕЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ?

Яковец А.М., Яковец М.О., Железная А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Донецк, Россия

Цель. Выяснить влияние психотравмирующего фактора военного времени на менструальную функцию подростков и женщин, участвовавших в исследовании.

Материалы и методы. Были использованы данные отчета за 2021–2023 годы о работе гинекологического отделения для несовершеннолетних Государственного бюджетного учреждения Донецкой Народной Республики «Донецкий республиканский перинатальный центр им. проф. В.К. Чайки» и медицинского центра «Семь+Я». Статистическая обработка всех данных проведена методами вариационной статистики с использованием стандартного пакета программы *Excel* 2010.

Результаты и выводы. Аменорею военного времени впервые описали акушеры-гинекологи блокадного Ленинграда в период Великой Отечественной войны: профессора К.Н. Рабинович, К.К. Скробанский и др.

Анализ этиологии расстройств менструаций (РМ) с психотравмирующим фактором в анамнезе у подростков 15–17 лет, которые поступили в профильное отделение в период военного времени, выявило следующие закономерности. Если воздействие стрессового фактора приходилось на возраст начала становления менструальной функции, РМ протекало в виде аномальных маточных кровотечений с риском для здоровья и жизни (66%);

если в более старшем подростковом возрасте – РМ проявлялось в виде блока репродуктивной функции, эндогенной гипоталамической контрацепции по типу вторичной аменореи (34%).

В свою очередь, у 29 пациенток от 32 до 43 лет (средний возраст – 36 лет), которые обратились с жалобами на длительное отсутствие месячных/наличие климактерического синдрома с психотравмирующим фактором в анамнезе, проанализированы результаты ультразвуковой картины и уровень гормонов. Средняя длительность аменореи на момент обращения за медицинской помощью составила 15 месяцев (от 6 до 31). Ультразвуковое исследование во всех случаях выявило резкое уменьшение объема яичников, в среднем до 2,5–2,7 см³ (от 1,8 до 3,5 см³), с отсутствием в них антравальных фолликулов, а также уменьшение высоты эндометрия в среднем до 3,4 мм (от 2 до 5 мм). Все пациентки демонстрировали гипергонадотропный гипогонадизм при отсутствии данных об экстрагенитальной патологии. Предпосылок для раннего истощения яичников (наследственных, хирургических, эндокринных) не было выявлено ни у одной из пациенток.

Известно, что средний возраст наступления менопаузы много веков не меняется (несмотря на увеличение продолжительности жизни): 49–51 год. Единственный фактор, объединяющий исследуемых пациенток, – острая стрессовая ситуация, так или иначе связанная с боевыми действиями: обстрел, разрушение жилья, потеря близкого человека, жизнь в укрытии, вынужденный переезд.

Таким образом, анализ результатов исследования взрослых пациенток обнаружил резкое снижение объема яичников и повышение уровня тропных гормонов, позволяя предположить катастрофически быстрое истощение овариального резерва, что возможно при резком ускорении апоптоза ооцитов

вследствие пережитого острого стресса, на фоне которого ускорен естественный природный апоптоз, приводящий к необратимой гипергонадотропной аменорее.

Количество наблюдений недостаточно для окончательных выводов. Вопросы аменореи военного времени требуют дополнительного изучения и внимания акушеров-гинекологов, в том числе – работающих с подростками.

СЛУЧАЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕЙ

**Цвяшко Т.И., Хвесик А.А.,
Рыков А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Донецк, Россия

Цель. Анализ клинической ситуации трофобластической болезни у несовершеннолетней с целью медицинского образования.

Материалы и методы. Анализ истории болезни пациентки А., 16 лет, которая госпитализирована в гинекологическое отделение Донецкого республиканского перинатального центра им. проф. В.К. Чайки, проводился с применением общепринятых методов математической статистики.

Результаты и выводы. Основным контингентом, страдающим трофобластической болезнью, являются молодые женщины, девушки-подростки в период наибольшей социальной активности, что говорит об актуальности проблемы.

Пациентка поступила с жалобами на скучные кровянистые выделения из половых путей. Произведено ультразвуковое исследование (УЗИ) с определением признаков пузырного заноса: полость матки расширена до 6 см, содержит образование повышенной эхогенности размером 6,6x5,0x7,3 см объемом 125 см³ неоднородной ячеистой структуры с множественными анэхогенными округлыми включениями 0,2–0,4 см, в проекции образования определяется кровоток. Уровень хорионического

гонадотропина человека (ХГЧ) при поступлении – 225 000 mIU/ml. Под контролем УЗИ, в условиях операционной произведена мануальная вакуум-аспирация полости матки. Результат патолого-анатомического исследования соскоба из полости матки: пузырный занос. Через 7 дней в динамике УЗИ: матка 6,5x5,4x6,7 см, объем 125 см³, увеличена до 5 недель, как при беременности, форма шаровидная, контуры ровные. Определяется расширение вен миометрия и параметрия. Структура миометрия диффузно-неоднородная за счет участков сниженной эхогенности по передней и задней стенкам без четких контуров с мелкими гиперэхогенными включениями, в полости матки определяется неоднородное жидкостное содержимое в виде образования повышенной эхогенности размером 3,2x2,0 см неоднородной структуры за счет множественных округлых анэхогенных включений 0,3–0,5 см с выраженной вакуляризацией по всему объему. Яичники с двух сторон представлены многокамерными образованиями до 9,5x8,0x8,5 см объемом 340 см³ с гомогенным жидкостным содержимым. ХГЧ – 23 636,73 mIU/ml.

Проведено 3 курса монохимиотерапии метотрексатом.

После первого курса монохимиотерапии уровень ХГЧ вырос в 2 раза и составил 30 839,12 mIU/ml.

После второго курса монохимиотерапии уровень ХГЧ снизился в 12,5 раза, размеры яичников по данным УЗИ уменьшились в два раза, однако полость матки расширена до 0,5–0,6 см, определяется неоднородное жидкостное содержимое, в полости матки по задней стенке ближе к правой боковой определяется образование повышенной эхогенности размером 2,9x2,2 см неоднородной структуры за счет множественных округлых анэхогенных включений 0,2–0,4 см с выраженной вакуляризацией по всему объему.

Произведена оперативная гистероскопия, удаление образования полости матки. После третьего курса монохимиотерапии уровень ХГЧ составил 294,28 mlU/ml .

Анализ клинического случая ведения юной пациентки с трофобластической болезнью показал положительную динамику при совместной работе с гинекологом-онкологом, гинекологом для несовершеннолетних, детским онкологом. Катамнез пациентки в течение 18 мес. амбулаторного наблюдения указывал на эффективность терапии, в данном случае: уровень ХГЧ в норме для небеременных, данные УЗИ без патологии. Рекомендовано диспансерное наблюдение, контрацепция – барьерный контрацептив (презерватив).

ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ АБОРТЕ У ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ
Говоруха И.Т., Христич Е.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г.Донецк, Россия*

Цель. Определение частоты и разновидности фоновых заболеваний у беременных девушек-подростков.

Материалы и методы. Проанализированы фоновые патологические состояния и результаты обследований у 22 юных беременных при угрожающем аборте, которые получили лечение в Государственном бюджетном учреждении ДНР «Донецкий республиканский перинатальный центр им. проф. В.К. Чайки». Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «*MedStat v.5.2*».

Результаты и выводы. Наблюдается тенденция к увеличению числа беременностей среди подростков, что подчеркивает необходимость более детального изучения специфики их здоровья. Установлено, что у 19 (86,36%) подростков беременность осложнилась анемией, а в сочетании с нарушением биоценоза половых путей – у 16 (72,72%). Оценка результатов клинического анализа крови позволила диагностировать анемию у 12 (54,54%) при уровне Hb 105–90 г/л, у 6 (27,27%) – с количеством Hb от 89 до 70 г/л, у 1 (4,54%) – при концентрации Hb 120 г/л, но на фоне латентного дефицита железа. Выявлены фоновые состояния среди пациенток, в том числе гипоплазия щитовидной железы с эутиреозом – 2 случая (9,76%) и по одному случаю –

с хронической ранее существовавшей гипертензией (4,54%) и ожирением (4,54%). При оценке результатов бактериально-го посева выделений из половых путей были обнаружены грибы рода *Candida albicans* у 7 девушек (31,81%) в концентрации 10^7 , у 5 (22,7%) – в концентрации 10^6 , у 4 (18,18%) – в концен-трации 10^5 . Выявлены факторы риска развития анемии у юных беременных: ограниченный доступ к качественному питанию и несвоевременное обращение за профильной медицинской помощью; проживание в отдаленных районах; принадлежность к многодетным семьям; недостаток образовательной инфор-мации о правильном питании. Факторами риска развития кан-дидозного вагинита у пациенток являются изменения в гормо-нальном, иммунологическом балансе и неиммунологические факторы (некачественная интимная гигиена).

Анализ результатов исследования показал, что выявление фо-новых заболеваний у юных беременных, в частности нарушение биоценоза половых путей и развитие анемии, требует комплекс-ного подхода, а ранняя диагностика выявленных нарушений, адекватное лечение, своевременные профилактические меро-приятия позволяют улучшить исход беременности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Двойных П.В., Чермных С.В., Железная А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Россия

Цель. Изучить эпидемиологические аспекты недержания мочи у женщин Донецкого региона.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болез-ни, отчетов Республиканского центра организации здравохра-нения, медицинской статистики и информационных технологий, подразделений Донецкого республиканского перинатального центра им. проф. В.К. Чайки.

Результаты и выводы. Проблема сохранения репродуктивно-го здоровья молодого поколения не теряет своей актуальности, так как расстройства в этом возрасте приводят к серьезным за-болеваниям мочеполовой системы в зрелом возрасте, в част-ности к недержанию мочи, тем самым снижая качество жизни. Общемировые показатели заболеваемости, связанной с недер-жанием мочи, составляет 30–77%, в РФ – 38,5%. Обращаемость в РФ по поводу недержания мочи составляет 2,0%, в Европе – 40,0%. Отмечается увеличение в 1,3–1,6 раза показателя рас-пространенности болезней мочеполовой системы среди взрос-лого населения Донбасса на 10 тысяч населения (в 1997 году – 715,8, в 2013 году – 1153,9, в 2023 году – 965,5) и отсутствие положительной динамики заболеваемости (в 1997 году – 350,9, в 2012 году – 573,4, в 2017 году – 404,3, в 2023 году – 386,4). Частота этой патологии увеличивается среди молодых женщин

25–35 лет и составляет 8,7%. Чаще всего она наблюдалась среди пациенток более старшего возраста: 36–55 лет – 58,6%, 55–77 лет – 12,3%. Согласно данным статистики, недержание мочи у женщин репродуктивного возраста 18–35 лет (29,1%) выявляется в 4,3% случаев на приеме у терапевта, в 16,7% – у невролога, в 14,3% – у уролога, в 52,2% – у акушера-гинеколога. Среди акушерских факторов риска недержания мочи наиболее часто встречаются: многоплодная беременность (24,2%), два и более искусственных (74,9%), три и более самопроизвольных абортов (22,1%), три и более родов (12,1%), патологические роды (33,6%), операции на придатках (12,1%), операции на матке (22,1%). Наиболее частые сопутствующие соматические заболевания: патология щитовидной железы (70,1%), варикозная болезнь нижних конечностей (40,4%), аллергические реакции (15,8%), заболевания нервной системы (10,5%), грыжи (11,9%). Распределение форм недержания мочи: постстрессовое – 31,7%, императивное – 8,9%, смешанное – 59,4%.

Показатели распространенности и заболеваемости болезней мочеполовой системы женщин в Донецком регионе не имеют тенденции к снижению; проблема недержания мочи заслуживает пристального внимания акушеров-гинекологов, поскольку женщины страдают от этой патологии в различные периоды жизни, в том числе в раннем репродуктивном возрасте.

МИКРОБИОТА ПОЛОСТИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

**Бухарова Н.И., Морозова Н.А.,
Бабенко-Сорокопуд И.В., Цвяшко Т.И., Трубникова И.О.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г.Донецк, Россия*

Цель. Установить возможную взаимосвязь между титром микробиоты из полости матки родильниц и развитием патологических состояний.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 124 родильницы в послеродовом периоде с физиологическим течением и субинволюцией матки. Материал для бактериологического исследования забирался путем аспирации содержимого полости матки в послеродовом периоде. Данный метод позволял исключить контакт с внешней средой, цервикальным каналом, а также со стенками влагалища.

Результаты и выводы. Несмотря на широкое внедрение в акушерскую практику современных методов диагностики, профилактики и лечения послеродовых септических заболеваний, частота этой патологии остается на высоком уровне (5–26%) и тенденции к ее снижению не наблюдается. Микробиота – это термин, который используется для характеристики микробиоценоза отдельных органов и систем. Медицинские и клинические аспекты изучения микробиоты затрагивают прежде всего уточнения связи вариативности микроорганизмов с риском развития заболеваний. Поэтому идентификация микробиоты матки

в послеродовом периоде позволяет своевременно выявить воспалительные осложнения при патологическом послеродовом периоде у родильниц.

Проведенные исследования показали, что чаще всего из мкроаспираата определялись грамположительные анаэробные палочки и аэробные кокки на фоне преобладания лактобактерий и стафилококков. Для родильниц с нормальным послеродовым периодом были характерны: «стерильные» посевы и посевы с низкой степенью обсемененности – $60,3 \pm 9,3\%$, со средней степенью обсемененности – $25,1 \pm 7,23\%$; у 6 родильниц уровень бактериальной обсемененности составил 10^6 – 10^7 КОЕ/мл (*Staphylococcus epidermidis*) и у 7 достигал 10^9 КОЕ/мл (*Lactobacillus spp.*). При этом ни в одном из этих случаев не наблюдалось развития эндометрита.

С целью профилактики гноино-септических осложнений в послеродовом периоде имеет значение идентификация микробиоты полости матки у родильниц. Исследования показали, что большой титр микробиоты полости матки – состояние, не идентичное патологическому, и целесообразно проводить подобное исследование избирательно, ориентируясь на женщин с отягощенным акушерским анамнезом.

ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МАТКИ У РОДИЛЬНИЦ

Морозова Н.А., Бухарова Н.И., Цвяшко Т.И., Трубникова И.О.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Донецк, Россия

Резюме. Результаты проведенного исследования показали, что основными факторами риска развития нарушений сократительных процессов матки в послеродовом периоде являются: анемия – 41,4%, многоводие – 35,5%, преждевременное отхождение околоплодных вод – 26,7%, аномалии родовой деятельности – 26,3%, крупный плод – 22,8%, ручное отделение плаценты и выделение последа – 18,7%, гипотонические кровотечения – 9,5%. Выявленные факторы риска, лежащие в основе развития патогенетических механизмов послеродовых осложнений, позволили своевременно предотвращать нарушения сократительной активности матки путем применения ультразвуковой биометрии в послеродовом периоде с исследованием нарушения сократительной активности матки, проводить своевременную терапию.

Ключевые слова: послеродовый период; эндометрит; субинволюция матки; гематометра

Одной из важных проблем в послеродовом периоде у женщин, в том числе юных, являются нарушения сократительной активности матки, которые лежат в основе развития воспалительных осложнений и приводят к материнской заболеваемости и летальности [1–3, 5–6]. По данным литературы, частота септических

осложнений в послеродовом периоде вариабельна и составляет 3–8% после нормальных родов, 10–28% после патологических родов. В то же время у родильниц, которые имеют высокий инфекционный риск, частота послеродовых осложнений наблюдается в 54,3% случаев [4, 7–9].

Цель. Определить факторы риска нарушения сократительной активности матки у молодых женщин в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 223 родильницы в послеродовом периоде. Диагноз осложненного течения послеродового периода был выставлен на трети сутки после родов родильницам, которые составили основную группу (О, $n = 167$). Контрольную группу составили родильницы с физиологическим послеродовым периодом (К, $n = 56$). Ультразвуковое исследование (УЗИ) послеродовой матки осуществляли на трети и пятые сутки после родов на аппарате *MEDISON-R7* с трансабдоминальным датчиком. УЗИ выполняли при нарушении сократительной активности матки и проводили до и после вакуумной аспирации. Основные параметры эхографии: размеры матки и ее полости, содержимое полости матки (сгустки крови, тканевый компонент). Проводили биометрию матки: продольное и поперечное сканирования. Объем матки (V) определяли по формуле вытянутого эллипсоида: $V = 0,5236 \times A \times B \times P_3$, где A – длина тела матки, B – ширина и P_3 – переднезадний размер.

Результаты и обсуждение. По возрасту родильницы исследования распределились так: $24,93 \pm 0,75$ года при физиологическом послеродовом периоде; $25,79 \pm 0,54$ – при послеродовом эндометrite; $22,72 \pm 0,52$ – при гематохииометре и $25,40 \pm 0,51$ года – при субинволюции матки. Следует отметить, что послеродовой эндометрит наблюдался статистически чаще у более молодых женщин ($p < 0,05$), которые в анамнезе имели расстройства менструаций в подростковом возрасте.

Междуродильницами с субинволюцией и с нормальным течением послеродового периода по возрасту отличий не наблюдалось ($p > 0,05$). Анализ проведенных исследований показал, что срок родоразрешения при эндометrite ($n = 22$) составлял $39,52 \pm 0,18$ недели, при субинволюции матки ($n = 78$) – $39,46 \pm 0,12$, при гематометре ($n = 67$) – $39,7 \pm 0,11$, при физиологическом течении послеродового периода ($n = 56$) – $39,45 \pm 0,12$ ($p > 0,05$). По срокам родоразрешения группы были статистически сопоставимы.

Среднее количество предыдущих беременностей у родильниц с эндометритом – $0,42 \pm 0,11$, с физиологическим течением – $2,03 \pm 0,22$, с субинволюцией – $1,52 \pm 0,24$. Соответственно, распределение среднего числа предыдущих родов у женщин исследуемых групп – $0,18 \pm 0,05$; $0,88 \pm 0,11$; $0,65 \pm 0,13$ ($p < 0,05$).

У родильниц с эндометритом среднее число абортов – $0,24 \pm 0,01$ ($p < 0,05$); это ниже, чем у родильниц с физиологическим послеродовым периодом – $1,26 \pm 0,14$ и субинволюцией – $0,89 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). Таким образом, ранний возраст родильницы и малое количество предыдущих беременностей, родов и абортов (первобеременные женщины) следует рассматривать как один из факторов риска развивающегося эндометрита после родов.

По месту проживания женщины распределились следующим образом: в сельской местности – 58,9% родильниц с послеродовым эндометритом (при субинволюции – 35,2% и неосложненном послеродовом периоде – 29,0%, $p < 0,05$). При эндометrite наблюдалась поздняя первая явка по беременности ($19,14 \pm 1,73$ недели, $p < 0,05$). Можно предположить, что данные параметры связаны с социальным статусом женщин, проживающих в сельской местности. Поэтому их следует рассматривать как группу риска по развитию воспалительно-септических заболеваний после родов.

Длительность пребывания в родильном отделении перед родоразрешением у родильниц с физиологическим послеродовым периодом составила $1,02 \pm 0,21$ суток ($p < 0,05$), при эндометrite – $2,38 \pm 0,68$, при субинволюции – $2,37 \pm 0,34$; при гематометре – $2,22 \pm 0,25$ суток.

Кроме того, при субинволюции матки и эндометrite наблюдалась низкая прибавка в весе у беременных ($p < 0,05$). При послеродовом эндометrite средний вес женщины к наступлению беременности составил $61,3 \pm 1,4$ кг, что статистически достоверно ниже, чем при физиологическом течении послеродового периода ($p < 0,05$). При беременности эклампсия легкой степени наблюдалась статистически чаще у родильниц с субинволюцией матки в послеродовом периоде, что в два раза больше, чем у женщин при физиологическом течении послеродового периода ($p < 0,05$), и незначительно больше, чем при эндометrite ($p > 0,05$). Почти у каждой пятой женщины с послеродовой субинволюцией наблюдалось ожирение, что практически в два раза больше, чем при нормальном течении, – 8,2% ($p < 0,05$). Уровень фетоплацентарной недостаточности: при послеродовом эндометrite – 29,2%, при субинволюции – 12,8% ($p < 0,05$).

Анемия при беременности составила 23,5%, по сравнению с субинволюцией и физиологическим течением послеродового периода – 8,6 и 14,7% соответственно ($p < 0,05$), многоводие – 24,6; 6,5 и 4,7% по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Следует рассматривать анемию как фактор риска по развитию эндометрита. При эндометrite и субинволюции матки чаще отмечался неспецифический вагинит перед родоразрешением, чем при физиологическом послеродовом периоде: соответственно в 50,0 и 34,4% случаев ($p < 0,05$). Продолжительность родов составила около 7,8 часа и не отличалась от физиологического характера послеродового периода. Продолжительность I, II и III

периодов родов не имела статистической разницы ($p > 0,05$). Длительность безводного промежутка в родах при субинволюции составила $5,51 \pm 21$ часа; при гематометре – $3,26 \pm 11$; при эндометrite – $5,43 \pm 27,11$, в контрольной группе – $311,98 \pm 21,11$ часа ($p < 0,05$).

Объем кровопотери при физиологическом течении послеродового периода составил $255,33 \pm 18,21$ мл; при эндометrite – $236,78 \pm 11,21$ мл; при субинволюции – $260,77 \pm 12,45$ мл ($p > 0,05$). При субинволюции масса тела новорожденного составила в среднем $4469,72 \pm 50,51$ г, при гематометре – $3904,43 \pm 56,19$ г, при эндометrite – $3704,62 \pm 82,82$ г, тогда как масса новорожденных от женщин с физиологическим послеродовым периодом составила $3298,32 \pm 54,71$ г ($p < 0,05$). Пациентки статистически чаще ($p < 0,05$) нуждались в гинекологическом осмотре, который был проведен для оценки конкретной проблемы: в группе у родильниц с субинволюцией матки – $4,47 \pm 0,11$ раза; при гематометре – $3,62 \pm 0,11$ раза, при эндометrite – $3,52 \pm 0,31$ раза. При физиологическом течении послеродового периода – соответственно $2,91 \pm 0,22$ раза.

Нарушения сократительной родовой деятельности при субинволюции матки наблюдались в 9,8% случаев; при гематометре – 8,7%; при эндометrite – 7,2% ($p > 0,05$); дефект дольки плаценты при субинволюции матки – 9,6%, при гематометре – 8,2%, при эндометrite – 7,1% ($p < 0,05$).

При физиологическом течении послеродового периода у родильниц в родах количество эпизиотомий с субинволюцией матки составило 42% по сравнению с группой, где регистрировался послеродовый эндометрит (у 2/3 пациенток в родах была выполнена эпизиотомия ($p < 0,05$). Ручное обследование полости матки проводилось при субинволюции – 28,8% ($p < 0,05$); при гематометре – 19,7% ($p < 0,05$); при эндометrite –

14,9% ($p < 0,05$) случаев. В контрольной группе этих вмешательств не наблюдалось. Травмы чаще были при субинволюции матки – 24,9% ($p < 0,05$), при эндометrite – 16,8% ($p < 0,05$) и отсутствовали в контрольной группе.

По данным УЗИ, в послеродовом периоде у родильниц с субинволюцией матки и гематометрой на третью сутки после родов матка приобретала шарообразную форму, при этом происходило увеличение всех ее размеров в отличие от контрольной группы ($p < 0,05$). При патологическом послеродовом периоде отмечалось достоверное увеличение всех параметров матки в отличие от контрольной группы ($p < 0,05$).

Как показал анализ проведенных УЗИ, значительное увеличение объема матки определялось при субинволюции матки (42,2%), менее значимым оно было при гематометре (25,6%) и эндометrite (29,7%).

Выводы. Использование УЗИ в послеродовом периоде способствовало раннему выявлению нарушений сократительной активности матки. Основными факторами риска развития нарушений сократительных процессов матки в послеродовом периоде являются: анемия, многоводие, преждевременное отхождение околоплодных вод, крупный плод, ручное отделение плаценты и выделение последа, гипотонические кровотечения.

Таким образом, нарушения сократительной активности матки в послеродовом периоде и связанные с ними затяжные роды приводят к внутриутробному страданию плода и нарушению адаптации новорожденных в раннем неонатальном периоде, что дает основание рекомендовать проведение программированных родов.

Список литературы

1. Абрамченко Б.В. Концепция энергетического дефицита и нарушенной функции митохондрий в патогенезе аномалий родовой деятельности // Проблемы репродукции. 2008;4:39–43.
2. Абрамченко В.В., Маевская Н.Ф. Диагностика и лечение послеродовой субинволюции матки // Критические состояния в акушерстве и гинекологии. – Петрозаводск, 2009. – С. 28–31.
3. Басиладзе Е.Н. Анализ инфекционно-воспалительных осложнений у родильниц // Мать и дитя: Материалы VII Российского форума. – М., 2011. – С. 27.
4. Горин В.С., Серов В.Н., Семеньков Н.Н. Диагностика и лечение послеродового эндометрита // Акушерство и гинекология. 2006;6:10–14.
5. Маевская Н.Ф., Абрамченко В.В. Антибиотикотерапия у больных с воспалительными процессами гениталий // Критические состояния в акушерстве и гинекологии. – Петрозаводск, 2007. – С. 126–129.
6. Анохова Л.И., Загородняя Э.Д., Дашкевич О.Ю. Профилактика эндометрита после кесарева сечения методом эндоваскулярного лазерного облучения // Мать и дитя: Материалы VII Российского форума. – М., 2007. – С. 17–18.
7. Савельева Г. М., Шалина Р. И., Сичинава Л. Г. и др. Акушерство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 576 с.
8. Кутеко А.Н., Гавриленко А.С., Стрижкова Н.В. Сходство и различие клинико-лабораторных показателей субинволюции матки и послеродового эндометрита // Мать и дитя: Материалы V Российского форума. – М., 2008. – С. 366–368.
9. Faro S. Postpartum endometritis. Clin. Perinatol. 2008; 32(3):803–14.

ОЦЕНКА АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ НА ПРИЕМЕ У ГИНЕКОЛОГА
ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Савченко А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Донецкий государственный
медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г.Донецк, Россия

Цель. Провести анализ результатов анонимного анкетирования девочек-подростков, которые обратились к гинекологу для несовершеннолетних на профилактический осмотр, для определения информированности по вопросам репродуктивного здоровья.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование пациенток в возрасте 12–17 лет, обратившихся на консультативный прием с целью профосмотра к врачу-гинекологу для несовершеннолетних Донецкого республиканского перинатального центра им. проф. В.К. Чайки. Анализ данных проводился с применением общепринятых методов математической статистики с использованием универсального пакета для статистического анализа «*Statistica 6.0*».

Результаты анонимного анкетирования оценивали в двух группах: 12–14 лет и 15–17 лет. Регулярный менструальный цикл отметили 31,7% опрошенных в младшей возрастной группе и 49,2% в старшей группе. Кровопотеря свыше 7 дней либо обильные менструальные кровотечения были выявлены в 68,1% случаев в 1-й и 37,0% во 2-й группе. Наличие дисменореи отмечалось чаще в старшей группе (42,9% против 16,3%).

Боль в животе сочеталась в 18,3% случаев с тошнотой, рвотой, вздутием живота. Для купирования боли никакие препараты не применяли 59,4% опрошенных, использовал нестероидные противовоспалительные средства 31%, спазмолитики – 9,6%. Стоит отметить, что 78,1% респонденток не считали наличие имеющихся у них расстройств менструаций патологией и не видели необходимости обращения за медицинской помощью.

Таким образом, анализ частоты расстройства менструаций у девочек-подростков путем анализа результатов анонимного анкетирования на приеме у гинеколога для несовершеннолетних показал, что в возрастной группе 12–14 лет отмечалось преобладание расстройств менструаций по типу олигоменореи и по типу аномальных маточных кровотечений пубертатного периода. В старшей возрастной группе чаще регистрировались случаи дисменореи. Среди большинства пациенток выявлена поздняя обращаемость к врачу-гинекологу. Знания по физиологии и патологии менструальной функции, сведения о последствиях расстройств менструаций для репродуктивного потенциала и понимание важности своевременного обращения к гинекологу среди девочек-подростков поверхностны и недостаточны. Существует потребность в распространении актуальной информации среди подростков.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА
КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ И ОБСЛУЖИВАНИЯ
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОГО ОБЛАСТНОГО
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

*Трефилова Л.Л., Краснятова Ю.А.,
Цивилёва И.Е., Богатырёва К.П.*

*Областное государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Томский областной
наркологический диспансер», г. Томск, Россия*

Обеспечение демографического развития страны, согласно Указу Президента РФ от 31.12.2015 № 683, – один из национальных интересов. Употребление психоактивных веществ (ПАВ) оказывает негативное влияние на репродуктивный потенциал: приводит к инфертности, повышает риск прерывания и патологии беременности. По данным проекта «Трезвая Россия», в 2023 году число зависимых составляло около 6 млн, Росстат сообщает, что 20% из них – несовершеннолетние. Таким образом, важную роль в сохранении репродуктивного потенциала имеет профилактика зависимостей и употребления ПАВ. В Томской области реализовано межведомственное взаимодействие учреждений системы профилактики по выявлению несовершеннолетних, склонных к употреблению ПАВ, для проведения профилактической работы. По данным Томского областного наркологического диспансера, число несовершеннолетних, состоящих на диспансерном наблюдении в связи с употреблением алкоголя, снижается: 2023 год – 39 человек, 2022 год – 66, 2021 год – 57, 2020 год – 50, 2019 год – 68. Между тем статистика по употреблению наркотических веществ растет: 2021 год – 8 человек, 2022 год – 12, 2023 год – 15. Для борьбы с ростом числа употребляющих ПАВ на территории Томской области реализуется двухэтапная

система профилактики (ФЗ от 08.01.1998 № 3-ФЗ): в учебных заведениях проводится социально-психологическое тестирование, по итогам которого определяются дети группы риска с высоким риском развития зависимостей. Эти дети посещают наркологический диспансер, где они проходят химико-токсикологическое исследование на ПАВ, слушают лекции о вреде ПАВ и о преимуществах здорового образа жизни. В случае выявления употребления ПАВ несовершеннолетний приглашается на клиническую и психологическую диагностику. За 2019–2023 годы обследовано 4147 несовершеннолетних, 9084 человека прошли медицинские профилактические осмотры. Ведется работа по пропаганде здорового образа жизни, информированию о вреде ПАВ: за 9 месяцев 2024 года прочитано 460 лекций (ожванено 14 тысяч учащихся).

II. Прочие

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ *OFF-LABEL* ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: ОТВЕТЫ НА АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛИСТОВ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Скоробогатова Д.Д.

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

Резюме. Применение лекарственных препаратов не в соответствии с инструкцией (*off-label*) при лечении несовершеннолетних – одна из актуальных проблем здравоохранения. За последние несколько лет Российской Федерации максимально приблизилась к ее решению путем внесения изменений в законодательство и принятия новых нормативных правовых актов. Однако медицинские организации при оказании помощи несовершеннолетним по-прежнему сталкиваются с проблемами применения лекарственных препаратов *off-label*. В статье рассмотрены популярные вопросы специалистов службы охраны репродуктивного здоровья подростков.

Ключевые слова: лекарственные препараты; *off-label*; несовершеннолетние; алгоритм применения *off-label*

На практике и в литературе применение лекарственных препаратов не в соответствии с общей характеристикой или инструкцией по медицинскому применению называют *off-label*. Российское законодательство в области здравоохранения

избегает данного термина, и долгое время *off-label* и порядок его применения в принципе отсутствовали в правовом поле.

Понятие *off-label* мы можем встретить в Решении Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 № 87 «Об утверждении Правил надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза», которое определяет, что применение не в соответствии с общей характеристикой лекарственного препарата или инструкцией по медицинскому применению (*off-label*) – это намеренное применение лекарственного препарата с медицинской целью не в соответствии с условиями, определяемыми общей характеристикой лекарственного препарата или инструкцией по медицинскому применению [1].

Как правило, *off-label* применяется к особым категориям пациентов: беременные женщины и кормящие матери, новорождённые и пожилые люди, люди с орфанными заболеваниями и др. Это объясняется тем, что невозможно провести клинические испытания на достаточном количестве пациентов определенной группы в связи с высоким риском неблагоприятных лекарственных реакций, то есть по факту невозможно определить, безопасен ли для них препарат [2].

У детей *off-label* встречается в 90% назначений, что вызывает серьезную озабоченность в связи с вероятным воздействием возможно вредных для детского организма вспомогательных веществ [3].

Центры охраны репродуктивного здоровья подростков и другие амбулаторные учреждения, оказывающие помощь несовершеннолетним, тоже сталкиваются с необходимостью назначения (применения) лекарственных препаратов не в соответствии с инструкцией. Рассмотрим актуальные вопросы специалистов.

Какие изменения появились в законодательстве в отношении *off-label*?

Российское законодательство в области здравоохранения ранее не предусматривало назначение лекарственных средств не в соответствии с инструкцией. Изменения появились в 2022 году.

Во-первых, согласно ч. 14.1 ст. 37 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) [4] разрешено включать в стандарты медицинской помощи детям и клинические рекомендации зарегистрированный на территории Российской Федерации лекарственный препарат, применяемый в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению, в случае соответствия такого лекарственного препарата требованиям, установленным Правительством Российской Федерации. Требования были утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 27.10.2023 № 1799 и вступили в силу с 1 сентября 2024 года [5]. На сегодняшний день таких клинических рекомендаций, которые бы применялись в детском амбулаторном звене, крайне мало (например, Клинические рекомендации «Предменструальный синдром», «Аменорея и олигоменорея», «Воспалительные болезни женских тазовых органов» [6–8]). Также ч. 14.1 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает, что *off-label* применяется при определенных заболеваниях и состояниях, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации. Перечень утвержден распоряжением от 16.05.2022 № 1180-р [9].

Во-вторых, ч. 4 ст. 54 Федерального закона № 323-ФЗ допускает назначение *off-label* несовершеннолетним при оказании им медицинской помощи, если лекарственные препараты

включены в стандарты медицинской помощи детям и клинические рекомендации.

В-третьих, ч. 12 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает обязательное информирование несовершеннолетнего пациента, достигшего возраста 15 лет (16 лет – в случае наркомании), или его законного представителя (в случае, если несовершеннолетний этого возраста не достиг) о применении лекарственного препарата *off-label*. Информировать необходимо о безопасности лекарственного препарата, ожидаемой эффективности, степени риска для пациента, а также о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние здоровья.

Вышеизложенное, по сути, представляет собой **алгоритм применения лекарственного препарата *off-label***, о чем также нередко спрашивают специалисты медицинских организаций.

Итоговый алгоритм применения лекарственного препарата *off-label* согласно действующему законодательству следующий.

1. Наличие такого заболевания или состояния у несовершеннолетнего, которое входит в утвержденный Правительством Российской Федерации Перечень [9].
2. Включение лекарственного препарата в стандарт и/или клинические рекомендации по этому заболеванию/состоянию.
3. Информирование пациента (законного представителя) о применении лекарственного препарата *off-label*.

Необходимо ли оформлять информированное добровольное согласие на применение лекарственного препарата вне инструкции?

Иногда этот вопрос задают иначе: достаточно ли отразить устное информирование пациента (законного представителя) о применении лекарственного средства *off-label* в медицинской карте?

Действительно, в ранее упомянутой ч. 12 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ имеется формулировка, где говорится

именно об информировании, но сама ст. 20 называется «Информированное добровольное согласие». Таким образом, большинство юристов склоняются к тому, что все-таки необходимо письменное оформление бланка информированного добровольного согласия (ИДС).

Кроме того, абсолютным доказательством информирования пациента (законного представителя) для контролирующих организаций или суда является не только запись врача, но и подпись пациента. Учитывая, что сегодня большинство медицинских организаций работают с электронными картами, получить в них подпись пациента практически невозможно.

Можно также отметить, что в некоторых клинических рекомендациях, которые были утверждены до обсуждаемых нововведений, указывалось, что применить лекарственный препарат не в соответствии с инструкцией можно (помимо прочего) только при наличии ИДС [13].

Есть ли утвержденная форма информированного добровольного согласия на применение лекарственного препарата вне инструкции?

Утвержденной законодательством формы не существует. Соответственно, медицинские организации должны такую форму ИДС разработать самостоятельно. За основу можно взять форму ИДС, которая была предложена в письме Минздрава России от 04.12.2018 № 15-4/10/2-7839 «О направлении клинических рекомендаций “Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показателям при наличии аномалий развития плода”» [10]. Необходимо обратить внимание, что указанное письмо на сегодняшний день не применяется, однако воспользоваться формой ИДС в качестве примера можно. В ИДС обязательно должны быть отражены сведения о применении лекарственного препарата не в соответствии с инструкцией,

о его безопасности, ожидаемой эффективности, степени риска для пациента, а также о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного препарата на состояние здоровья (ч. 12 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ).

Что делать, если актуальные стандарты и клинические рекомендации не включают применение лекарственного препарата off-label несовершеннолетним или такой стандарт и клинические рекомендации отсутствуют по соответствующему заболеванию?

По сути, данный вопрос – риторический. Он возвращает нас ко времени, когда законодательством вопрос не регулировался. К слову, клинические рекомендации, которые были приняты после января 2024 года? обязательны к применению только с 1 января 2025 года (согласно Постановлению Правительства от 17.11.2021 № 1968 [11]), в том числе те, которые ранее были указаны в статье [6–8]. Таким образом, применить алгоритм, который основывается на нововведениях законодательства, невозможно и по факту: сегодня в детской амбулаторной сети необходим иной порядок применения лекарственного препарата вне инструкции.

Сказать, что есть порядок действий, который бы безоговорочно защитил врача от наступления ответственности за применение лекарственного препарата *off-label*, нельзя.

Вместе с тем, если врач понимает, что для эффективности лечения пациента необходимо назначить лекарственный препарат не в соответствии с инструкцией по его применению и *off-label* отсутствует в стандарте и клинических рекомендациях, рекомендуется:

- получить устное согласие несовершеннолетнего (законного представителя) на применение лекарственного препарата *off-label*;

- провести врачебную комиссию (консилиум);
- в случае положительного решения врачебной комиссии (консилиума) получить письменное информированное добровольное согласие у пациента (законного представителя) на применение лекарственного препарата *off-label*.

На любом этапе пациент (законный представитель) имеет право отказаться от применения лекарственного препарата вне инструкции. В таком случае необходимо оформить отказ от медицинского вмешательства.

Данный порядок действий основывается на нескольких положениях нормативных и правовых актов в области здравоохранения. Например, согласно ч. 15 ст. 37 назначение и применение лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются при наличии медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии. Формулировка дублируется и в п. 5 Приказа Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов» [12]. Кроме того, некоторые клинические рекомендации, допускающие назначение лекарственных препаратов *off-label*, предусматривают аналогичный алгоритм (например, Клинические рекомендации «Инфекция мочевыводящих путей у детей» [13]).

Важно понимать, что соблюдение указанного порядка не может однозначно защитить врача от наступления ответственности.

Так, например, если здоровью пациента будет причинен вред или же наступит его смерть – для врача может наступить уголовная ответственность [14]. Для медицинской организации может наступить гражданско-правовая ответственность в случае необходимости возмещения вреда пациенту (ст. 1079, ст. 1095 Гражданского кодекса Российской Федерации [15]).

Безусловно, каждый случай рассматривается судом индивидуально, и если будет доказана необходимость назначения лекарственного препарата *off-label*, невозможность иного лечения, в медицинской документации будет ИДС пациента на применение лекарственного средства, суд может принять сторону врача и медицинской организации [16].

Директор юридической компании «Правовой медконтроль» Марина Агапочкина отмечала, что в ее практике не встречались случаи уголовного преследования врачей после назначения препарата *off-label* в результате решения врачебной комиссии. Дела возбуждали только в том случае, когда врач принимал такое решение единолично. Нельзя не согласиться также с мнением М. Агапочкиной о том, что в итоге новеллы законодательства в области *off-label* на практике не освободили медицинские организации от обязанности собирать врачебные комиссии по этому поводу [17].

Таким образом, рекомендуемый порядок действий полностью не защищает врача, но максимально поможет отстоять принятное решение по поводу лечения в случае предъявления претензий.

Является ли назначение БАДов назначением *off-label*?

Биологически активные добавки к пище (БАД) – композиции натуральных (природных) или идентичных натуральным биологически активных веществ, а также пробиотические микрорганизмы, предназначенные для употребления одновременно

с пищей или введения в состав пищевой продукции с целью обогащения рациона отдельными пищевыми или биологически активными веществами и их комплексами [18, 19].

То есть очевидно, что БАД – не лекарственный препарат. Соответственно, положения об *off-label* к БАДам не относятся. Порядки, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации не предусматривают назначение БАДов.

В первую очередь, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи (ч. 1 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ). Поэтому при лечении пациента прежде всего соблюдаются указанные документы. БАД можно рекомендовать в качестве *дополнения* к лечению, в рамках лечебной диеты и обогащения организма пациента необходимыми витаминами.

Так как БАД – не лекарственный препарат, законодательство не предусматривает взятие на его применение ИДС. Однако, учитывая, что БАДы не входят в стандарты, порядки и клинические рекомендации и, как правило, имеют большой перечень побочных действий, рекомендуется ИДС оформлять, в особенности при оказании медицинской помощи несовершеннолетним. Оформление ИДС на применение БАДа не будет нарушением законодательства.

Заключение. Новеллы законодательства в части применения лекарственного препарата *off-label* несовершеннолетним – огромный шаг к лечению множества детских заболеваний. Однако поскольку для большинства принятых нормативных правовых актов установлены конкретные даты вступления их в силу, образуются «правовые ножницы»: документ есть, а применить его нельзя. Таким образом, на сегодняшний день воспользоваться алгоритмом применения

лекарственного препарата *off-label* детям практически невозможно, особенно в практике детских амбулаторных учреждений. Сегодня рекомендации применения лекарственного препарата вне инструкции в большинстве случаев остаются прежними: информирование пациента (законного представителя) об отсутствии иного эффективного лечения; проведение врачебной комиссии; оформление информированного добровольного согласия на применение лекарственного препарата *off-label*.

Список литературы

1. Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 № 87 «Об утверждении Правил надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).
2. Shoulders B..R., Smithburger P.L., Tchen S., Buckley M., Lat I., Kane-Gill S.L. Characterization of Guideline Evidence for Off-label Medication Use in the Intensive Care Unit. *Ann Pharmacother.* 2017 Jul;51(7):529–42. DOI: 10.1177/1060028017699635.
3. Радаева К.С., Мишинова С.А. Современные проблемы *off-label* применения лекарственных средств и пути их решения // Реальная клиническая практика: данные и доказательства. 2024;4(1):24–31.
4. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 27.10.2023 № 1799 «Об утверждении требований

к зарегистрированному на территории Российской Федерации лекарственному препарату, применяемому в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению, включение которого допускается в стандарты медицинской помощи детям и клинические рекомендации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2023. № 45. Ст. 8046.

6. Клинические рекомендации «Предменструальный синдром» (одобрены Минздравом России) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

7. Клинические рекомендации «Аменорея и олигомено-рея» (одобрены Минздравом России) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

8. Клинические рекомендации «Воспалительные болезни женских тазовых органов» (одобрены Минздравом России) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

9. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16.05.2022 № 1180-р «Об утверждении перечня заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

10. Письмо Минздрава России от 04.12.2018 № 15-4/10/2-7839 «О направлении клинических рекомендаций “Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показателям при наличии аномалий развития плода”» //

Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

11. Постановление Правительства РФ от 17.11.2021 № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”».

12. Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

13. Клинические рекомендации «Инфекция мочевыводящих путей у детей» (одобрены Минздравом России) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

14. Русских С.В., Тарасенко Е.А., Москвичева Л.И., Орлов С.А., Трякин А.А., Воробьева А.В., Бенеславская О.А., Макарова В.И. и др. Лекарственные препараты «off-label»: правовые проблемы и социально-экономические аспекты практики применения // Фармация и фармакология. 2023;2:149–160.

15. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

16. Габай П.Г., Багмет Н.А. Использование лекарственных средств офф-лейбл: ответственность медицинского работника и медицинской организации // Российский следователь. 2017;17:19–24.

17. Грошева М. Какие изменения были приняты в сфере применения препаратов офф-лейбл. Исключения по правилам // Фармацевтический вестник. 2022;19.

18. Решение Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 880 «О принятии технического регламента Таможенного союза «О безопасности пищевой продукции» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

19. МУК 2.3.2.721-98. 2.3.2. Пищевые продукты и пищевые добавки. Определение безопасности и эффективности биологически активных добавок к пище. Методические указания (утверждены Главным государственным санитарным врачом РФ 15.10.1998) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс» (дата обращения – 30.10.2024).

ОЦЕНКА ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ С ПОМОЩЬЮ АНКЕТИРОВАНИЯ В ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ «ЮВЕНТА» (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)

Городкова Н.А., Смирнова Е.В., Ермолаева М.С.

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

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Ожирение является серьезной медико-социальной проблемой. Особую значимость приобретают вопросы ожирения у детей и подростков. В результате проведенного в Центре «Ювента» анкетирования подростков от 10 до 17 лет включительно проанализировано влияние пищевого поведения, времени приема пищи и физических нагрузок на формирование избыточной массы тела и ожирения в детском возрасте.

Ключевые слова: ожирение; избыточная масса тела; дети; подростки; Центр «Ювента»; питание; физическая активность; анкетирование

Детское ожирение – это не какая-то простая дискретная проблема. Нет ни одной причины, которую мы можем точно определить. Нет ни одной программы, которую мы могли бы профинансировать, чтобы она исчезла. Скорее, это проблема, затрагивающая все аспекты того, как мы живем и как мы работаем.

Мишель Обама

Цель. Проанализировать первичную и общую заболеваемость ожирением у детей и подростков в Российской Федерации (РФ) с 1995 по 2023 год. Изучить с помощью анкетирования подростков от 10 до 17 лет включительно, обратившихся в СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков "Ювента"» (далее – Центр «Ювента»), влияние образа жизни, физической активности, режима питания и употребления отдельных продуктов питания на формирование избыточной массы тела и ожирения.

Актуальность. На сегодняшний день ожирение и избыточная масса тела, их прогрессирующее распространение являются актуальной проблемой для многих стран. Детское ожирение признано важнейшей медико-социальной проблемой глобального масштаба. Как показывают эпидемиологические исследования, распространенность ожирения у детей и подростков растет и в Российской Федерации. Актуальность проблемы избыточной массы тела и ожирения у детей обусловлена также тем, что оба состояния являются основой для снижения показателей здоровья как непосредственно в детском возрасте, так и в долгосрочной перспективе [1].

Детство и юношество – время, когда у человека формируются пищевые и поведенческие привычки, от которых в зрелом возрасте может зависеть риск развития целого ряда заболеваний [2]. На сегодняшний день более двух миллиардов человек страдают ожирением – около четверти населения планеты. Еще в 2017 году ЮНИСЕФ сообщил, что последние 15 лет прогресс в снижении количества детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением отсутствовал. Если такая тенденция сохранится, то вероятность достичь цели по снижению в два раза к 2025 году общего числа людей с ожирением близка к нулю. Можно с уверенностью заявить, что на текущий момент человечество проигрывает войну с ожирением [3].

Избыточный вес в детстве – значимый предиктор ожирения во взрослом возрасте: 50% детей в возрасте 6 лет и 80% подростков с избыточной массой тела остаются тучными во взрослом возрасте [4].

Ожирение – колоссальная социальная проблема. Большинство этих лиц страдают не только от болезней и ограничения подвижности; у них развивается низкая самооценка, депрессия, эмоциональный дистресс и другие психологические проблемы, обусловленные предубеждением, дискриминацией и изоляцией, существующими по отношению к ним в обществе [5].

Избыточная масса тела и ожирение определяются как «патологическое или избыточное накопление жира, представляющее риск для здоровья». ВОЗ были разработаны и в 2006 году утверждены «Стандартные показатели в области развития ребенка, рекомендуемые для оценки физического развития», в частности весовых показателей [6, 7].

Европейское региональное бюро ВОЗ в 2007 году предложило программу исследований по эпиднадзору за детским ожирением (*Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI*), которая актуальна и в наше время. Целью этой программы является определение причин развития избыточной массы тела, а также разработка и внедрение норм питания и физической активности у детей школьного возраста. *COSI* – одно из крупнейших популяционных исследований избыточной массы тела и ожирения среди детей школьного возраста, охватившее 38 стран Европейского региона ВОЗ с включением более чем 300 тысяч детей [8].

Быстрый рост эпидемии ожирения связан с увеличением доступности продуктов питания и уменьшением физической активности населения. Кроме того, продукты с высоким содержанием жиров и сахара относятся к категории самых дешевых [9].

Быстрые темпы роста распространенности избыточной массы тела и ожирения в последние десятилетия обусловлены сочетанием неадекватного питания детей со значительным ограничением физических нагрузок, начиная с первых лет жизни [10]. С увеличением распространенности ожирения у детей и подростков связано раннее проявление сахарного диабета 2-го типа – заболевания, которое практически не встречалось у детей до 16-летнего возраста. Кроме того, дети с избыточной массой тела склонны к развитию дислипидемии, артериальной гипертензии, заболеваний опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта и центральной нервной системы [11].

Широкая распространность избыточной массы тела и ожирения в детском возрасте и недостаточные знания врачей и родителей о рациональном питании обусловливают актуальность данной работы и диктуют необходимость проведения оценки физического развития детей и всестороннего анализа причин, приводящих к развитию ожирения.

Материалы и методы. В работе использованы статистические сборники Минздрава РФ «Заболеваемость детского населения Российской Федерации в возрасте 0–14 лет», «Заболеваемость детского населения РФ в возрасте 15–17 лет» за 1995–2023 годы. Применены методы описательной статистики и ретроспективного сравнительного анализа интенсивных показателей общей и первичной заболеваемости ожирением в двух возрастных группах: 0–14 лет (дети); 15–17 лет включительно (подростки). Статистическая оценка полученных данных проводилась с помощью *Microsoft Excel* 2010. Использованы данные результатов анкет, разработанных сотрудниками Центра «Ювента» и СПб ГБУЗ МИАЦ. Подростки 15–17 лет с избыточной массой тела или ожирением ответили на вопросы анкеты

о режиме и характере питания, физической активности; при анкетировании подростков в возрасте до 15 лет в опросе принимал участие один из родителей или иной законный представитель пациента.

По данным официальной статистики (форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»), общая и первичная заболеваемость ожирением детского населения Российской Федерации постоянно растет, особенно в подростковом возрасте (рис. 1–2). Так, за 1995–2023 годы уровень общей заболеваемости у детей до 14 лет увеличился в 4,6 раза (с 363,3 до 1653,3 на 100 тысяч населения соответствующего возраста), первичной – в 4,1 раза (с 105,1 до 435,0). У подростков 15–17 лет рост показателей заболеваемости проходил более высокими темпами – в 6,1 раза (с 605,0 до 3683,0 на 100 тысяч населения соответствующего возраста) и в 6,5 раза (с 139,4 до 908,0) соответственно. В структуре болезней эндокринной системы ожирение в 2023 году у детей до 14 лет составляло 33,5%, у подростков 15–17 лет – 32,9%. Число несовершеннолетних с избыточной массой тела и ожирением неуклонно растет. По данным Росстата, средний индекс массы тела у подростков прибавляет 1–2% каждый год.

Заболеваемость ожирением в РФ имеет региональные особенности. В 2023 году ее уровень у детей и подростков был выше показателя по РФ в Южном, Сибирском, Приволжском, Уральском, Северо-Западном федеральных округах.

Санкт-Петербург является лидером среди регионов России по уровню детского ожирения. Показатели заболеваемости ожирением у детей до 14 лет в Санкт-Петербурге составили: общая заболеваемость – 2046,2, первичная заболеваемость –

665,3 на 100 тысяч соответствующего населения. Показатели заболеваемости у подростков от 15 до 17 лет включительно следующие: общая заболеваемость – 5260,2, первичная заболеваемость – 1135,7 на 100 тысяч соответствующего населения, что выше общероссийских показателей почти в 2 раза.

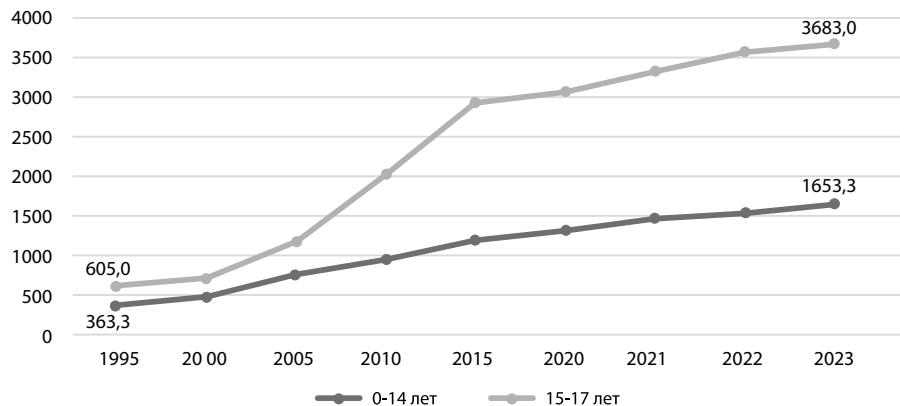


Рис. 1. Общая заболеваемость ожирением у детей РФ (на 100 тысяч соответствующего населения)

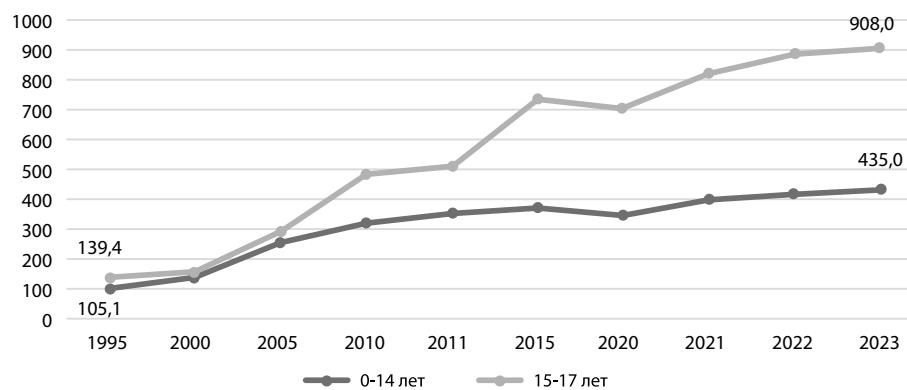


Рис. 2. Впервые выявленная заболеваемость ожирением у детей РФ (на 100 тысяч соответствующего населения)

Чтобы эффективно бороться с возрастающим количеством детей и подростков, имеющих избыточную массу тела или ожирение, необходимо определить реперные точки, на которые можно воздействовать для достижения конечной цели. Для изучения особенностей образа жизни и поведения пациента, его пищевых пристрастий, времени приема пищи возможно применение анкет-опросников.

Результаты анкетирования. Всем детям и подросткам с избыточным весом, обратившимся в Центр «Ювента» и участвующим в анкетировании, проводилось измерение роста, стандартного отклонения (SDS) роста, веса с расчетом стандартного отклонения (SDS) индекса массы тела (ИМТ). ВОЗ пользуется SDS ИМТ от 0 до 3.

Согласно рекомендациям ВОЗ, ожирение у детей 5 лет и старше следует определять как +2,0 SDS ИМТ, а избыточную массу тела – от +1,0 до +2,0 SDS ИМТ. По степени ожирения выделяют [12, 13]: SDS ИМТ 2,0–2,5 ¾ – I степень; SDS ИМТ 2,6–3,0 ¾ – II степень; SDS ИМТ 3,1–3,9 ¾ – III степень; SDS ИМТ > или = 4,0 – морбидное.

На сайте ВОЗ представлены нормативные значения роста и веса для детей в виде таблиц и кривых как для возрастной группы от 0 до 5 лет (<http://who.int/childgrowth/standards/ru>), так и для 5–19 лет (http://who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html).

На сайте ВОЗ также доступны для скачивания компьютерные программы по оценке физического развития – *Anthro* (для детей в возрасте 2–5 лет) и *AnthroPlus* (для возраста 5–18 лет).

Всего в анкетировании приняли участие 103 пациента ($N = 103$) от 10 до 17 лет включительно (86,4% девочек и 13,6% мальчиков), обратившихся в Центр «Ювента».

Все респонденты были распределены по возрастам на 4 группы: 10–11 лет – 4 человека, 12–13 лет – 9 человек, 14–15 лет – 37 человек, 16–17 лет – 53 человека. Средний возраст респондентов составил 15,39 года ($\pm 1,65$ года).

Вопросы в анкете были распределены на 4 раздела. Общая часть включала указание возраста, роста, массы тела с определением стандартных отклонений ИМТ. Кроме того, учитывалось мнение респондентов по двум основным вопросам: в каком возрасте и из-за чего появился избыточный вес. Второй раздел вопросов отражал мнение по режиму питания, третий – по характеру питания, четвертый – по физической активности.

С учетом *SDS ИМТ* пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – избыточная масса тела *SDS ИМТ* от +1,0 до +2,0; 2-я группа – *SDS ИМТ* более +2,0 (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов в соответствии с *SDS ИМТ*

<i>SDS ИМТ</i>	Возраст (лет)				Всего (N = 103)
	10–11 (n = 4)	12–13 (n = 9)	14–15 (n = 37)	16–17 (n = 53)	
1-я группа	1 (25%)	4 (44,44%)	16 (43,24%)	34 (64,15%)	55 (53,40%)
2-я группа	3 (75%)	5 (55,56%)	21 (56,76%)	19 (35,85%)	48 (46,60%)

Таким образом, у пациентов с лишним весом, обратившихся в Центр «Ювента», чаще фиксировалась избыточная масса тела, чем ожирение (53,40% и 46,60% соответственно). При оценке *SDS ИМТ* ожирение у пациентов, участвующих в опросе, распределилось следующим образом: в возрасте с 10 до 15 лет – 60,42%, в возрасте старше 15 лет – 39,58% (таблица 2).

Таблица 2. Распределение пациентов в соответствии с *SDS ИМТ*

<i>SDS ИМТ</i>	Возраст (лет)		
	10–14	15–17	Всего
1-я группа	21 (38,18%)	34 (61,82%)	55 (100%)
2-я группа	29 (60,42%)	19 (39,58%)	48 (100%)

Деление на периоды в переходном возрасте – это западная практика. Согласно терминологии Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), подростки – лица в возрасте 10–19 лет (ранний подростковый возраст – 10–14 лет; поздний подростковый возраст – 15–19 лет) [14]. Другие авторы выделяют три этапа: 10–14 лет – ранний подростковый возраст, 15–17 лет – средний, старше 18 лет – поздний. Таким образом, у пациентов раннего подросткового возраста, обратившихся в Центр «Ювента», в период начала полового созревания ожирение отмечено в большем проценте случаев, чем избыточная масса тела. В процессе взросления подростки более критично начинают относиться к своей внешности и здоровью в целом.

Появление лишнего веса в дошкольном возрасте (от 3 до 6 лет) отметил 31 респондент (30,1%), в младшем школьном возрасте (от 7 до 9 лет) – 11 человек (10,68%), в среднем школьном возрасте, т.е. в раннем подростковом возрасте (от 10 до 15 лет), – 59 человек (57,28%), причем из них 23 пациента (22,3%) отметили появление лишнего веса в 10 лет (начало пубертатного периода). В возрастной группе старше 15 лет появление лишнего веса отметили всего 2 человека (1,9%) (таблица 3).

Таблица 3. Возраст появления лишнего веса

Возраст появления лишнего веса (лет)	Количество респондентов	% к общему количеству респондентов (N = 103)	Возрастной период
3	1	1,0	Дошкольный возраст
4	9	8,7	
5	11	10,7	
6	10	9,7	
7	5	4,9	Младший школьный возраст
8	2	1,9	
9	4	3,9	
10	23	22,3	
11	2	1,9	Младший и средний школьный возраст (ранний подростковый возраст)
12	13	12,6	
13	2	1,9	
14	6	5,8	
15	13	12,6	Старший школьный возраст (средний подростковый возраст)
16	2	1,9	

Таким образом, чаще появление избыточного веса респонденты отмечали в школьные годы, особенно в средний школьный возраст, что связано с началом пубертатного периода.

Интересно мнение подростков о причинах лишнего веса. Многие указывали несколько причин. Почти половина респондентов считает, что лишний вес у них из-за плохой наследственности (49,5%), каждый второй пациент отметил низкую физическую активность (49,5%). Неправильное питание как причину избыточного веса указали 37,9% пациентов, 10,7% подростков не смогли указать возможную причину лишнего веса, 8,7% респондентов

говорили о других причинах (эндокринные и соматические заболевания, стрессы и др.) (таблица 4).

Таблица 4. Причины избыточной массы тела/ожирения по результатам опроса

Из-за чего у вас лишний вес	Количество	%
Наследственность	51	49,5
Неправильное питание	39	37,9
Низкая физическая активность	51	49,5
Не знаю	11	10,7
Другое	9	8,7

Причем чем в более раннем возрасте появлялся избыток веса, тем чаще респонденты называли его причиной наследственность. Эту же причину чаще отмечали подростки, у которых SDS ИМТ 3,1–3,9 ¾, т.е. III степень ожирения (7 пациентов из 12). Для снижения и контроля массы тела диету соблюдают только 16,5% пациентов, 23,3% никогда не соблюдали диету, большая часть респондентов – 61,2% – соблюдает диету только иногда.

Низкую физическую активность отметил каждый второй респондент. Степень физической активности определялась подростками субъективно. Уроки физкультуры в школе посещают 46,6%, только 16,5% респондентов считают свою физическую активность достаточной. Недостаточной ее назвали 45,6% пациентов, 37,9% респондентов и физическую активность считают не очень высокой, и уроки физкультуры посещают не всегда. Дополнительно ходит в спортивные секции только 27,2% опрошенных (таблица 5).

Таблица 5. Оценка физической активности по результатам опроса

Вопрос	Да	Нет	Частично/иногда
Ваша физическая нагрузка достаточна?	17 (16,5%)	47 (45,6%)	39 (37,9%)
Посещаете ли вы уроки физической культуры в школе?	48 (46,6%)	16 (15,5%)	39 (37,9%)
Посещаете ли вы спортивные секции?	28 (27,2%)	75 (72,8%)	

Среди опрошенных подростков 45,6% проводят за компьютером до 2 часов в день, до 6 часов – 44,6%, более 6 часов – 9,7%.

Основная часть опроса была посвящена режиму и характеру питания. 57% респондентов в возрасте 10–11 лет, 23,1% – в возрасте 12–13 лет, 11,4% – в возрасте 14–15 лет считают, что частота приема пищи должна быть 5 и более раз в день. Респонденты в возрасте 16–17 лет не считают, что имеется необходимость употреблять пищу 5 и более раз в день. Большинство подростков считает, что надо принимать пищу 3–4 раза в день: в возрасте 10–11 лет – 43%, в возрасте 12–13 лет – 69,2%, в возрасте 14–15 лет – 85,7%, в возрасте 16–17 лет – 68,3%.

Фактически питаться 3–4 раза в день получается в среднем у половины пациентов в возрасте от 10 до 15 лет включительно (48,6–59,8%), в возрасте 16–17 лет этот процент снижается до 33,4. Частота приема пищи сокращается до 1–2 раз в день по мере взросления. Если рассматривать тенденцию пищевых привычек, то в возрасте 10–11 лет никто из опрошенных не питается 1–2 раза в день. В возрасте 12–13 лет уже 1,7% респондентов отметили, что принимают пищу всего 2 раза в день, в возрасте 14–15 лет процент таких подростков увеличивается до 32,8, а в возрасте 16–17 лет – в 2 раза – до 64,4% (таблица 6).

Таблица 6. Частота приема пищи в разных возрастных группах

Вопрос	Сколько раз в день надо питаться?		Сколько раз в день питаетесь вы?
	1–2	3–4	
10–11 лет	1–2	-	-
	3–4	43%	57,1%
	5 и более раз	57%	42,9%
12–13 лет	1–2	7,7%	1,7%
	3–4	69,2%	59,8%
	5 и более раз	23,1%	38,5%
14–15 лет	1–2	7,9%	32,8%
	3–4	85,7%	48,6%
	5 и более раз	11,4%	8,6%
16–17 лет	1–2	31,7%	64,4%
	3–4	68,3%	33,4%
	5 и более раз	-	2,2%

Таким образом, большинство опрошенных подростков считает, что надо соблюдать режим питания и частота приема пищи должна быть 3–4 раза в день, но в старшем школьном возрасте удается питаться регулярно только трети респондентов.

Практически половина пациентов завтракает и обедает дома (50,5% и 47,6% соответственно), в школе завтракает 19,4% опрошенных, обедает – 26,2%. Есть группа пациентов, которые завтракают и обедают и дома, и в школе

(17,5% и 15,5% соответственно); 12,6% респондентов вообще не завтракают, 10,7% – не обедают (таблица 7).

Таблица 7. Место и частота приема пищи

Вопрос	Прием пищи			
	Дома	В школе	Дома и в школе	Нет
Где завтракаете?	52 (50,5%)	20 (19,4%)	18 (17,5%)	13 (12,6%)
Где обедаете?	49 (47,6%)	27 (26,2%)	16 (15,5%)	11 (10,7%)

Итак, более 70% респондентов завтракают и обедают или дома, или в школе. Крайние варианты частоты питания, неблагоприятные для подростков с лишним весом, – дважды завтракают (17,5% пациентов) и/или дважды обедают (15,5% пациентов) или совсем не завтракают и/или не обедают (12,6% и 10,7% пациентов соответственно).

Для 51,5% пациентов традиционен ужин за 2–3 часа до сна, 18,4% ужинают не позже шести часов вечера, прием пищи сдвигается в сторону позднего ужина у 30,1% респондентов (таблица 8).

Таблица 8. Режим питания в вечернее время

В какое время вы ужинаете?	%	всего
Не позже 18:00	18,4%	19
За 2–3 часа до сна	51,5%	53
Перед сном	30,1%	31

Проведен также анализ частоты употребления отдельных продуктов. Предлагалось выбрать из перечня продукты, употребляемые на завтрак, обед и ужин. На завтрак едят молочные продукты и бутерброды 35,9% опрошенных, кашу – 28,2%, яйца – 19,4% респондентов, другие продукты (овощи, сосиски, мясо

и т.д.) – 26,2%, т.е. горячий завтрак в среднем в рационе присутствует у 73,8% подростков. На обед 53,4% подростков едят суп, 34% опрошенных на обед едят мясо или рыбу, 21,4% – сосиски. На гарнир чаще используют макароны или картофель 34%, овощи – 25,2%, другие продукты – 18%. На ужин 35% подростков едят молочные продукты, овощи – 30,1%, мясо или рыбу – 28,2%, другие продукты – 22,3%. Предлагалось также ответить на вопрос, как часто в рационе присутствуют крупы, молочные продукты, овощи (таблица 9).

Таблица 9. Характер питания подростков по результатам опроса

Продукты	Как часто в рационе присутствуют		
	Никогда или 1 раз в несколько месяцев	1–3 раза в неделю	Более 1 раза в день
Молочные продукты	31 (30,1%)	48 (46,6%)	24 (23,3%)
Крупы	34 (33,0%)	50 (48,5%)	19 (18,5%)
Овощи	32 (31,1%)	46 (44,6%)	25 (24,3%)

В среднем каждый второй подросток 1–3 раза в неделю в рационе имеет молочные продукты (источник белков, жиров, кальция), различные крупы (источник микроэлементов, комплексных углеводов), овощи (источник витаминов, микроэлементов, пищевых волокон). Треть пациентов очень редко едят вышеперечисленные продукты. Чуть больше 20% опрошенных едят данные продукты более 1 раза в день.

В группе пациентов с лишним весом более половины опрошенных (55,4%) никогда или 1 раз в несколько месяцев употребляют холодные чаи, сладкие газированные и энергетические напитки, но 38,8% подростков пьют эти напитки до 3 раз в неделю, 5,8% – несколько раз в день. Фастфуд до 3 раз в неделю

ест 40,8% опрошенных, 1,9% – картошку фри, гамбургеры – более 1 раза в день. Никогда или очень редко едят фастфуд 57,3% подростков (таблица 10).

Таблица 10. «Вредные» продукты в рационе подростков по результатам опроса

Продукты	Как часто в рационе присутствуют		
	Никогда или 1 раз в несколько месяцев	1-3 раза в неделю	Более 1 раза в день
Сладкие газированные напитки, энергетики	57 (55,4%)	40 (38,8%)	6 (5,8%)
Фастфуд	59 (57,3%)	42 (40,8%)	2 (1,9%)

Заключение. Пищевые привычки во многом формируются в семье. До 12 лет режим питания и пищевой рацион определяют родители, 57% детей питаются 5 и более раз в день. Респонденты в возрасте 16–17 лет не считают, что имеется необходимость употреблять пищу 5 и более раз в день. У всех подростков есть понимание, что необходимо соблюдать режим питания, а принимать пищу следует 3–4 раза в день. Однако к 14–15 годам они получают большую свободу в выборе продуктов, сами устанавливают режим питания. Многие начинают отказываться от завтрака дома, мотивируя это нехваткой времени. У детей до 14–15 лет превалируют горячие завтраки – молочная каша, яичница; затем на завтрак подростки начинают использовать хлопья, бутерброды. Основной прием пищи сокращается до 1–2 раза в день в возрасте 16–17 лет у 31,7% респондентов. Но, несмотря на избыточный вес, в среднем 15% пациентов в течение дня завтракают и/или обедают 2 раза. Треть пациентов (30,1% опрошенных) не отрицают избыточного питания перед сном. Ежедневно едят

фастфуд 1,9% респондентов, а сладкие газированные и энергетические напитки пьют 5,8%. Кроме того, каждый второй респондент отметил свою низкую физическую активность.

Для снижения и контроля массы тела диету соблюдают 16,5% пациентов, 23,3% никогда не соблюдали диету, а большая часть респондентов – 61,2% – соблюдает диету только иногда. Контролировать свое питание, т. е. вести дневник питания, начинают только с 16–17 лет и старше.

Таким образом, две возрастные группы, на которые надо обратить особое внимание с точки зрения формирования и развития ожирения, – это младший (ранний подростковый) и старший школьный возраст. У 10–11-летних избыток веса связан с началом гормональных перестроек, а в 15–17 лет ярко проявляются нарушения характера питания и его режима. Организация питания школьников должна учитывать особенности их возрастного развития: интенсивность и неравномерность роста с видимыми структурно-скелетными изменениями, кардинальную перестройку костно-мышечной, кровеносной, эндокринной и гормональной систем, значительное умственное и физическое напряжение, связанное с увеличением потока информации [15, 16].

Необходимо придерживаться строгого режима питания, который учитывает распорядок дня, нагрузки, особенности обучения, занятия физкультурой. Все школьники, независимо от возраста, должны получать пищу 4 раза в день: три приема основных, а четвертый – дополнительный, в виде второго завтрака или полдника.

Наиболее калорийную пищу – блюда, богатые белком, в первую очередь мясные и рыбные, – надо включать в меню первого завтрака и обеда. Животные белки тонизируют нервную систему и в сочетании с углеводами обеспечивают высокую умственную и физическую работоспособность. На ужин мясные и жирные

блюда давать не следует в связи с их возбуждающим действием на нервную систему [16].

При организации питания школьников необходимо следить за потреблением мяса, рыбы, яиц, молока и молочных продуктов. Они должны входить в рацион подростков ежедневно и в достаточных количествах.

Адекватная и регулярная физическая нагрузка детей служит важным фактором контроля энергозатрат и массы тела, способствует формированию и поддержанию здоровой костной и мышечной ткани, ограничению избыточного веса (отложений жировой ткани), правильному функционированию сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, положительно влияет на общее состояние организма (артериальное давление, дислипидемия, уровень глюкозы и инсулинорезистентность). Этим создается резерв здоровья для взрослой жизни. Было доказано, что регулярная физическая активность снижает риск сердечных заболеваний и инсульта, диабета 2-го типа, артериальной гипертензии, рака толстой кишки, рака молочной железы, остеопороза и депрессии.

Уровень двигательной активности в школе, включая уроки физкультуры, обеспечивает ее суточную норму, по разным данным, только на 20–40% [17]. Поэтому внеурочное время для детей и подростков не должно проходить физически пассивно. Эксперты ВОЗ дают общие рекомендации для достижения оптимального уровня физической активности [18]:

– детям младшего школьного возраста – ходьба пешком в школу и домой; физкультурные занятия и подвижные игры в школе (на переменах, на уроках физкультуры и в секциях); подвижные игры после школы 3–4 раза в неделю; в выходные дни – более длительные пешие прогулки, посещение парка или бассейна, прогулки на велосипеде;

– подросткам – ходьба пешком (или езда на велосипеде) в школу и домой; по будним дням 3–4 организованных или самостоятельных занятия физкультурой или другими формами физической активности; в выходные дни – пешие и велосипедные прогулки, плавание, другие спортивные занятия.

Именно в эти возрастные периоды необходимо усилить контроль соблюдения режима дня и питания, характера питания, физической активности со стороны семьи, социальных структур и медицинских работников.

Формирование пищевых привычек и ориентированность на здоровый образ жизни закладывается в раннем детстве в семье, недостаток или отсутствие родительского внимания может стать причиной переедания, и лишние калории, полученные с пищей, приведут к избыточному весу. Поэтому пропагандировать правильное питание и физическую активность надо начинать как можно раньше, причем дома, в семье, что послужит дополнительным ресурсом предотвращения избыточной массы тела и ожирения в будущем.

Со стороны медицинских работников необходимо понимание того, что ожирение – это серьезное заболевание и его профилактика и лечение должны входить в их задачи.

Список литературы

1. Фисенко А.П., Петеркова В.А., Макарова С.Г. Профилактика ожирения у детей. – Москва: Полиграфист и изатель, 2020. – 140 с.
2. Витебская А.В., Писарева Е.А., Попович А.В. Образ жизни детей и подростков с ожирением. Результаты анкетирования пациентов и их родителей. Ожирение и метаболизм. 2016;13(2):33–40.

3. Бондарева Э.А., Трошина Е.А. Ожирение. Причины, типы и перспективы // Ожирение и метаболизм. 2024;21(2):174–187.
4. Мкртумян А.М. Актуальные проблемы консервативного лечения ожирения. – Москва: МГМСУ, 2011.
5. Родионова Т.И., Тепаева А.И. Ожирение – глобальная проблема современного общества // Фундаментальные исследования. 2012;12 (1):132–136.
6. ВОЗ. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Избыточный вес и ожирение среди детей // Мир медицины. – Питер, 2001. – № 3–4. – С. 28.
7. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. – ВОЗ, 2009. – 408 с.
8. Всемирная организация здравоохранения. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень № 311. Январь 2015 г. Электронный ресурс: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/> (дата обращения – 10.10.2024).
9. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ожирения у детей и подростков. – Москва: Практика, 2015. – 136 с.
10. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей. – Москва: Педиатръ, 2015. – 744 с.
11. Tailor A.M., Peeters P.H.M., Norat T., Vineis P., Romaguera D. An Update on the Prevalence of the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. Int J Pediatr Obes. 2010;5(3):202–13.
12. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями / Под ред. И.И. Дедова и В.А. Петерковой. – Москва: Практика, 2014. – 442 с.
13. Петеркова В.А., Васюкова О.В. К вопросу о новой классификации ожирения у детей и подростков // Проблемы эндокринологии. 2015;61(2):39–44.
14. Patton G.C., Viner R. Pubertal transitions in health. The Lancet. March 2007;369(9567).
15. Тель Л.З. Нутрициология. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 544 с.
16. Приложение к национальному руководству «Нутрициология и клиническая диетология» / Под ред. В.А. Тутельяна, Д.Б. Никитюка. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
17. WHO Recommendations on Adolescent Health Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee, August 2017. WHO/MCA/17.09. – World Health Organization, 2017.
18. Рекомендации ВОЗ по вопросам физической активности и малоподвижного образа жизни: краткий обзор [WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
У ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 15–17 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО
С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ
(ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ «ЮВЕНТА»,
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)

Родионова Л.В., Городкова Н.А.

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

Актуальность. Патологические процессы, возникающие в организме человека, оказывают влияние на все его органы и системы, в том числе и полость рта. В основе развития стоматологических заболеваний лежит действие многочисленных экзогенных и эндогенных факторов, а нередко и их сочетанное влияние. Вопросы сочетанности заболеваний полости рта и соматической патологии занимают важное место в стоматологии и позволяют определить эффективные меры профилактических мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов.

Цель работы: исследовать взаимосвязь между заболеваниями полости рта, патологией внутренних органов и репродуктивным здоровьем подростков, обратившихся в СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента» (далее – Центр «Ювента»).

Задачи

1. Оценить наличие/отсутствие взаимосвязи состояния слизистой оболочки полости рта (СОПР) и кариеса зубов (КЗ) с нарушением репродуктивной функции у подростков.

2. Проанализировать сочетание различной патологии и состояния СОПР с нарушением менструального цикла (НМЦ) у подростков.

3. Показать необходимость комплексного ведения пациентов подросткового возраста с нарушением стоматологического статуса.

Материалы и методы. Дизайн: ретроспективное и проспективное обсервационное исследование. Ретроспективный и проспективный анализ данных историй болезни, результатов клинического обследования 53 пациентов женского пола в возрасте от 15 до 17 лет включительно, направленных специалистами (акушер-гинеколог, эндокринолог детский, педиатр и т. д.) Центра «Ювента» и/или пришедших на консультацию к детскому стоматологу самостоятельно.

В исследуемой группе проведен анализ причин направлений на консультацию к детскому стоматологу смежными специалистами (эндокринные заболевания, заболевания крови, гинекологическая патология, заболевания внутренних органов и т. д.).

По результатам объективного осмотра детскими стоматологом определена группа пациентов, нуждающихся в консультации смежных специалистов с дальнейшим дообследованием. Проведен анализ выявленной патологии СОПР и КЗ.

Результаты. Сформирована исследовательская группа – 53 человека, из них 44 (83%) обратились к детскому стоматологу самостоятельно. Все пациенты распределены по группам: 1-я группа ($N_1 = 27$) имела НМЦ, 2-я группа ($N_2 = 26$) – без НМЦ, что составило 51% и 49% соответственно (таблица 1).

Большую часть пациентов, обратившихся на прием к детскому стоматологу, составили девушки, самостоятельно пришедшие на консультацию. Из них у 45,45% при сборе анамнеза

выявлено нарушение характера и цикличности менструаций. Пациентки, направленные специалистами Центра «Ювента», в 77,78% случаев имели НМЦ. Все пациенты нуждались в санации полости рта (таблица 2).

Таблица 1. Группы пациентов, обратившихся к детскому стоматологу

Всего пациентов	С НМЦ (1-я группа)	БЕЗ НМЦ (2-я группа)
53 (100%)	27 (51%)	26 (49%)

Таблица 2. Характеристика обращаемости к детскому стоматологу в Центре «Ювента»

Обращаемость	Кол-во	Из них с НМЦ	Из них нуждались в санации и/или в профнаблюдении	Не нуждались в санации
Самостоятельно	44 (83%)	20 (45,5%)	44 (100%)	0
По направлению	9 (17%)	7 (77,8%)	9 (100%)	0

Таким образом, у пациентов, которые были направлены другими специалистами Центра «Ювента», НМЦ наблюдалось чаще, что соответствует основной направленности работы медицинского учреждения. Но и в группе пациентов, обратившихся к детскому стоматологу самостоятельно, нарушение характера и цикличности менструаций выявлено (при опросе) в 45,5% случаев.

Проведена оценка стоматологического статуса пациентов [1] (таблица 3). Распространенность кариеса, выраженная в процентах, т. е. отношение количества лиц, имеющих хотя бы один из признаков проявления кариеса зубов (кариозные, пломбированные или удаленные зубы), к общему числу обследованных,

у всех пациентов составила 100%. Сумма клинических признаков кариозного поражения (кариозных, пломбированных и удаленных зубов), рассчитанная для группы обследованных, т. е. интенсивность кариеса зубов у пациентов из 1-й группы составила 11,1 и 10,6 у пациентов из 2-й группы. Таким образом, интенсивность кариеса зубов выше у пациентов с нарушением характера и цикличности менструаций.

Проведена оценка индекса гигиены по Фёдорову–Володкиной [1]. Индекс гигиены по Фёдорову–Володкиной предусматривает определение уровня загрязненности зубов налетом. Диагностика предполагает высушивание эмали и нанесение раствора с калием и йодом на внешнюю поверхность нижних фронтальных зубов. Индекс определяется интенсивностью окрашивания в баллах:

- 1 балл – окрашивание отсутствует;
- 2 балла – окрашена четверть поверхности коронки;
- 3 балла – окрашивание половины поверхности;
- 4 балла – окрашивается $\frac{3}{4}$ поверхности;
- 5 баллов – окрашивание всей поверхности коронки.

Индекс считают путем деления суммы индексов каждого окрашенного зуба на 6. Итоговый результат определяет качество гигиены:

- 1,1–1,5 – высокое;
- 2,1–2 – удовлетворительное;
- 2,1–2,5 – неудовлетворительное;
- 2,6–3,4 – низкое;
- менее 3,5 – очень низкое.

Удовлетворительный индекс гигиены у пациентов с НМЦ был у 7 человек, что составило 26%, а среди пациентов, не имеющих нарушения характера и цикличности менструаций, – у 3 человек, что составило 11%. Неудовлетворительный индекс гигиены

зубов чаще был у пациентов без НМЦ – 89%, пациенты с НМЦ имели индекс гигиены от 2,1 до 2,5 балла в 74% случаев.

Таблица 3. Оценка стоматологического статуса подростков, обратившихся к детскому стоматологу в Центре «Ювента»

Группы	Распространенность кариеса	Интенсивность кариеса	Индекс гигиены удовлетворительный	Индекс гигиены неудовлетворительный
1-я группа ($N_1 = 27$)	100%	11,1	26%	74%
2-я группа ($N_2 = 26$)	100%	10,6	11%	89%

Таким образом, у пациенток с НМЦ при удовлетворительном индексе гигиены зубов (26%) интенсивность кариеса высокая (11,1), в то время как у пациенток без НМЦ данные показатели стоматологического статуса составили 11% и 10,6 соответственно. В то же время при неудовлетворительном индексе гигиены (89%) у пациентов без НМЦ интенсивность кариеса была ниже – 10,6. По результатам нашего исследования не выявлено прямой корреляции уровня загрязненности зубов налетом и интенсивности кариеса при 100% распространенности кариеса у подростков 15–17 лет включительно, что позволяет говорить о необходимости профилактических осмотров пациентов этого возраста.

По результатам ретроспективного и проспективного анализа амбулаторных карт оценивалась соматическая заболеваемость пациентов, обратившихся к детскому стоматологу (таблица 4).

В течение многих лет в медицине доминировало представление о локальном характере стоматологической патологии. Сегодня нарастающий объем фактических данных ведет к смене парадигмы и переходу на иную концепцию, согласно которой существует очевидное взаимовлияние здоровья полости рта

и общего здоровья [2]. Это подтверждают результаты нашего исследования. Заболеваемость пациентов в 1-й группе составила 129,6%, у пациентов без НМЦ данный показатель составил 107,7%.

Таблица 4. Распространенность соматических заболеваний у подростков с патологией СОПР и/или КЗ, обратившихся в Центр «Ювента» к детскому стоматологу

Группа	Эндокринопатии	Заболевания ЖКТ	Заболевания крови	Другие заболевания
С НМЦ ($N_1 = 27$)	7 (25,9%)	14 (51,8%)	2 (7,4%)	12 (44,4%)
Без НМЦ ($N_2 = 26$)	6 (23%)	8 (30,7%)	3 (11,5%)	11 (42,3%)

Пациенты с НМЦ в 51,8% случаев отмечали наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ) против 30,7% во 2-й группе. У 25,9% пациентов с НМЦ были выявлены различные эндокринопатии (заболевания щитовидной железы, гиперанддрогения, инсулинерезистентность, ожирение и т. д.). У пациентов без НМЦ данная патология составила 23%. Различные заболевания дыхательной, костно-мышечной, мочевыделительной систем, органов зрения, которые вошли в группу «другие заболевания», также чаще зарегистрированы у пациентов с НМЦ – в 44,4% случаев против 42,3% в группе без НМЦ. Заболевания крови (чаще железодефицитная анемия и латентный дефицит железа) в 11,5% случаев встречались у пациентов 2-й группы и в 7,4% случаев у пациентов 1-й группы.

Таким образом, у пациентов с нарушением характера и цикличности менструаций заболеваемость выше, чем в группе пациентов без НМЦ. Существует достоверная зависимость между состоянием соматического и репродуктивного здоровья

подростков. У соматически здоровых девушек частота гинекологических расстройств в 1,5 раза ниже, чем у лиц, имеющих экстрагенитальную патологию. Наиболее типичное для подростков сочетание соматических заболеваний и нарушения менструального цикла (НМЦ) имеют единые причины и механизмы их формирования [3].

При осмотре пациентов детский стоматолог оценивал состояние СОПР. Учитывались следующие характеристики: налет на языке, сухость и окраска СОПР, признаки воспаления (РМА-индекс гингивита, определяется в процентах), кровоточивость десен (таблица 5).

Таблица 5. Особенности состояния СОПР у подростков, обратившихся в Центр «Ювента» к детскому стоматологу

Группа	Налет на языке	Бледность СОПР	Сухость СОПР	Воспаление десен	Кровоточивость десен
С НМЦ ($N_1 = 27$)	17 (63%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)	9 (33,3%)	7 (25,9%)
Без НМЦ ($N_2 = 26$)	12 (46,2%)	1 (3,9%)	1 (3,9%)	7 (26,9%)	6 (23%)

По данным нашего исследования, состояние СОПР по всем характеристикам хуже у пациентов с нарушением характера и цикличности менструаций. Так, значительно чаще (в 63,96% случаев) налет на языке был отмечен у пациентов 1-й группы, во 2-й группе этот показатель был 46,2%. Цвет налета, его обилие и локализация могут служить важным диагностическим признаком определенных заболеваний [4, 5]. Чтобы правильно определить причину налета, необходим был тщательный визуальный осмотр полости рта для выявления цвета и плотности налета, состояния слизистой оболочки языка под налетом, внешнего вида сосочеков, отечности или сухости языка, наличия

эрозий или трещин на языке. Врач оценивал также жалобы пациента на сухость во рту, чувство жжения после снятия налета, невозможность принимать пищу.

При осмотре полости рта врач визуально оценивал уровень саливации: количество слюны, ее вязкость, блеск и сухость слизистой, возможные поверхностные дефекты эпителия. У пациентов с НМЦ данный показатель составил 7,4% случаев, а в группе пациентов без НМЦ – 3,9%. Слюна обладает трофическими и защитными свойствами для зубной эмали, поэтому при ксеростомии зубы поражаются кариесом. Отсутствие лизоцима и нуклеазы обуславливает снижение первичной иммунной защиты, что может приводить к кандидозу, сухости и трещинам губ, ангулярному хейлиту [5].

Кровоточивость десен у пациентов 1-й группы была выявлена в 25,9% случаев, у 2-й группы – в 23%. Как правило, кровоточивость десен сопровождается воспалением (покраснение либо синюшность десен, их отек). Воспалительные проявления СОПР у пациентов с НМЦ были выявлены в 33,3% случаев, а у пациентов без НМЦ – в 26,9%. Вызывать воспаление и кровоточивость СОПР может наличие зубного налета. Зубные отложения (зубной налет) приводят к образованию зубной бляшки (биопленка), которая представляет собой конгломерат бактерий и продуктов их метаболизма в виде органических кислот [6]. Кислотное растворение в наименее устойчивых участках эмали с последующим проникновением кислот в подповерхностный слой эмали и ее деминерализацией приводит к развитию кариеса зубов. Ферментативная активность микроорганизмов способна повышать проницаемость капилляров, вызывать нарушение проницаемости эпителиальной мембранны, проникать в подэпителиальную соединительнотканную основу слизистой оболочки десны и способствовать развитию воспаления пародонта.

Своевременная диагностика патологии слизистой оболочки рта в целом способствует разработке эффективных патогенетически обоснованных комплексных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, которые снижают риск их развития и прогрессирования и улучшают качество жизни [7, 8]. Важно учитывать данные характеристики СОПР для выбора тактики ведения пациента с привлечением многопрофессиональной команды врачей (эндокринолог, акушер-гинеколог, педиатр, гастроэнтеролог и т.д.).

Выводы

- Нарушение характера и цикличности менструаций в исследуемой группе пациентов в возрасте 15–17 лет включительно отмечено в 51% случаев; у пациентов, самостоятельно обратившихся к детскому стоматологу, НМЦ выявлено в 45,5% случаев. Интенсивность кариеса зубов выше у пациентов с НМЦ – 11,1, против 10,6 в группе пациентов без НМЦ. Полученные результаты позволяют транслировать наш опыт комплексного ведения пациентов с неблагоприятным стоматологическим статусом.
- По результатам нашего исследования не выявлено прямой корреляции уровня загрязненности зубов налетом и интенсивности кариеса при 100% распространенности кариеса у подростков 15–17 лет включительно, что позволяет говорить о необходимости профилактических осмотров пациентов этого возраста.
- У пациентов с нарушением характера и цикличности менструаций, обратившихся к детскому стоматологу в Центр «Ювента», заболеваемость выше, чем в группе пациентов без НМЦ, что говорит о необходимости комплексного ведения подростков.

Таким образом, проблема профилактики основных стоматологических заболеваний у подростков остается одной из самых актуальных в стоматологии. Во многом решение данной проблемы зависит от совместной работы врачей – участковых педиатров, акушеров-гинекологов, детских эндокринологов и детских стоматологов. Полученные результаты обусловливают необходимость улучшения стоматологического здоровья у данного контингента посредством стоматологического просвещения и повышения качества гигиенических процедур [9].

Список литературы

1. Бабина К.С., Боровский Е.В., Макеева И.М. Выбор метода индексной оценки гигиенического состояния полости рта // Сеченовский вестник. 2013;1(11). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vybor-metoda-indeksnoy-otsenki-gigienicheskogo-sostoyaniya-polosti-rta> (дата обращения – 10.10.2024).
2. Атежанов Д.О., Суриев Т.К., Бакиев Б.А. Взаимосвязь соматической патологии и стоматологических заболеваний у детей, меры профилактики и лечения // Бюллетень науки и практики. 2019;8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-somaticeskoy-patologii-i-stomatologicheskikh-zabolevaniy-u-detey-mery-profilaktiki-i-lecheniya> (дата обращения – 10.10.2024).
3. Куликов А.М., Кротин П.Н. Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты. – Санкт-Петербург, 2001. – 59 с.
4. Нагорная Н.В., Дудчак А.П., Четверик Н.А., Усенко Н.А. Язык как зеркало здоровья // ЗР. 2012;2(37). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/yazyk-kak-zerkalo-zdorovya> (дата обращения – 10.10.2024).
5. Турлак И.В. Слюна – основные направления исследования ее свойств // Современные проблемы науки и образования. 2020;4.

6. Червинец В.М., Червинец Ю.В., Леонтьева А.В., Козлова Е.А., Стулов Н.М., Беляев В.С., Григорьянц Э.О., Миронов А.Ю. Микробиом полости рта у больных пародонтитом, адгезивные и биопленкообразующие свойства // Клиническая лабораторная диагностика. 2021;1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mikrobiom-polosti-rta-u-bolnyh-parodontitom-adgezivnye-i-bioplyonkoobrazuyushie-svoystva> (дата обращения – 10.10.2024).

7. Галимова И.А., Усманова И.Н., Герасимова Л.П. и др. Оценка состояния слизистой оболочки рта у лиц с патологией желудочно-кишечного тракта // Уральский медицинский журнал. 2019;177(9):15–19.

8. Кабирова М.Ф., Герасимова Л.П., Усманова И.Н., Каримова С.Р. Стоматологический статус лиц молодого возраста с хроническим гастродуоденитом // Современные проблемы науки и образования. 2015;5:301.

9. Янушевич О.О., Кисельникова Л.П., Зуева Т.Е., Золотницкий И.В., Огарёва А.А. Особенности оказания стоматологической помощи детскому населению среди субъектов Российской Федерации в 2020 и 2021 годах // Стоматология детского возраста и профилактика. 2023;23(2):105–131. DOI: 10.33925/1683-3031-2023-607.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЮНОШЕЙ С ДИАГНОЗОМ «ВАРИКОЦЕЛЕ»

Цимбалова О.В., Мельник Е.В., Упатов В.В.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская городская детская поликлиника № 2», Красноярск, Россия

Ключевые слова: юноши; уроки репродуктивного здоровья; профилактические осмотры; варикоцеле; диспансерное наблюдение

Цель. Оценить эффективность системы мероприятий Центра здоровья для детей и отделения оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях (далее – ООМПД) КГБУЗ КГДП № 2 по формированию личной ответственности и активной позиции юношей 15–17 лет в сохранении и улучшении репродуктивного здоровья и качества жизни, повышению охвата профилактическими осмотрами, своевременной постановке на диспансерный учет с последующим диспансерным наблюдением детей данной возрастной категории, уменьшению количества отказов от профилактических осмотров.

Актуальность. В России количество бесплодных пар репродуктивного возраста превысило 15%-й уровень на 2%, что по критериям ВОЗ считается угрозой национальной безопасности страны. Удельный вес мужского бесплодия составляет 20–40%. Подростки как будущие отцы в социальном плане представляют собой демографический потенциал. По данным ВОЗ, этиология мужского бесплодия в настоящем

время представлена почти 30 причинами. Варикоцеле вызывает бесплодие у 12–30% пациентов.

Материалы и методы. Юноши 15–17 лет, прошедшие профилактические осмотры в 2021–2023 годах.

Оценка удельного веса охвата вторым этапом по диагнозу «варикоцеле», своевременности взятия на учет и наблюдения данной диспансерной группы.

Оценка удельного веса охвата уроками здоровья с целью повышения уровня знаний школьников о репродуктивном здоровье.

Анализ причин и обстоятельств отказов от профилактических осмотров.

Результаты. До 2022 года среди подростков 15–17 лет отказы от профилактических осмотров в КГДП № 2 ежегодно составляли 5–6%. Явка юношей с впервые выявленной патологией к специалистам для проведения дополнительного обследования, направления на оперативное лечение, диспансерного наблюдения составляла 25–30%.

С сентября 2022 года введена практика проведения медицинскими работниками Центра здоровья для детей и ООМПД в школах уроков репродуктивного здоровья, ориентированных на повышение уровня ответственности подростков по данному вопросу. Содержание уроков включает в себя сведения по анатомии и физиологии репродуктивной системы, особенностям полового созревания, гигиеническим навыкам, по влиянию внешней среды, вредных привычек, режима дня на развитие и становление репродуктивной системы, информирование о важности профилактических осмотров и диспансерного наблюдения.

С 2022 года отработана маршрутизация второго этапа профилактических осмотров. Дети с впервые выявленной патологией, минуя этап приглашения их в медицинское учреждение через

сотрудников ООМПД и врача-педиатра участкового, в течение 5 дней приглашаются врачами-специалистами на прием в отведенное для этого время.

За период 2021–2023 годов профилактическими осмотрами охвачено 6804 юноши, выявлено 112 случаев первичной патологии мужских половых органов (1,6%), включающих и варикоцеле, доля которого в общей структуре выявленных заболеваний составила 63%. Ежегодно регистрируется от 20 до 30 первичных случаев патологии.

Отказов от профилактических осмотров среди юношей в 2023 году не зарегистрировано. Второй этап профилактического осмотра в 2023 году прошли 93% подростков с установленным впервые диагнозом «варикоцеле». Это привело к повышению показателя своевременного взятия на диспансерный учет. Остальные 7% составили иностранные юноши, которые обучаются в техникумах, расположенных в зоне обслуживания КГДП № 2.

Диспансерная группа пациентов с данной патологией за три года увеличилась на 55%. Причем рост показателя обусловлен не повышением количества случаев заболевания, выявленных на профилактическом осмотре, а активным проведением его второго этапа и своевременным взятием на диспансерный учет.

Из общего числа состоящих на диспансерном учете в 2021 году прооперировано 42% юношей, в 2022 году – 52%, в 2023-м – 55%. Число прооперированных подростков в сравнении с 2021 годом выросло на 13,4%.

Заключение. В основе полноценного развития подростка лежат своевременные профилактика, выявление, диагностика заболеваний, их лечение, диспансерное наблюдение.

Достигнута высокая эффективность выездных обучающих мероприятий, повышающих осведомленность подростков

по вопросам репродуктивного здоровья. Отработанная маршрутизация и система проведения второго этапа профилактических осмотров показала эффективную обратную связь, что позволило повысить уровень охвата пациентов вторым этапом наблюдения до 93%, обеспечило своевременную постановку подростков на диспансерный учет и проведение лечения в необходимом объеме.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧКИ У ДЕВОЧЕК ГОРОДА ГОМЕЛЯ И МАЛЬДИВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Корбут И.А.¹, Асия Наим¹, Суворова Н.В.², Курашевич Е.В.²

¹ Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь;

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

Актуальность. Личная гигиена определяется как практика поддержания чистоты для укрепления и сохранения здоровья. Поддержание высокого уровня гигиены особенно важно для благополучия и расширения прав и возможностей женщин и девочек-подростков. Отсутствие надлежащих ресурсов и знаний о гигиене женщин, в частности о гигиене менструального цикла, влияет на физическое здоровье и создает другие неблагоприятные условия для женщин и девочек.

Материалы и методы. Анкетирование 30 матерей девочек до 8 лет Гомельской центральной городской клинической поликлиники, филиал № 3 (группа А) и Мальдивской Республики (группа Б). Статистическая обработка велась методами вариационной статистики Фишера–Стьюдента с определением доли ($p\%$) изучаемого признака и стандартной ошибки доли ($S_p\%$).

Результаты и обсуждение. Образование матерей играет важную роль в обучении их детей навыкам личной гигиены. В нашем исследовании в группе А высшее образование было у 61% матерей, в группе Б – у 78%, у остальных было среднее образование.

Кормили своего ребенка грудью от 2 до 3 лет 30% женщин г. Гомеля, в то время как среди жительниц Мальдивской Республики таких было около 70%.

90% женщин группы Б использовали подгузники как днем, так и ночью, из них 29% перестали их применять, когда ребенку исполнилось 1–2 года, 61% – после 3–4 лет, остальные продолжали их использовать.

Женщины группы А (61%) отмечали, что закончили использование подгузников, когда детям исполнилось 1–2 года, причем большинство оставляли подгузники только на ночь. При этом наличие воспалительных заболеваний наружных половых органов у своих дочерей отметили 5% белорусских и 12% мальдивских женщин.

Подавляющее большинство респондентов в обеих группах использовали для подмывания детей только воду, отдельное полотенце, смена белья осуществлялась ежедневно, причем белье было из хлопка.

Выводы. Несмотря на значительную географическую удаленность, общие гигиенические привычки были сходными у обеих обследованных групп. Однако настораживающей является тенденция длительного использования одноразовых подгузников среди респондентов Мальдивской Республики.

III. Психология

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Ачик Н.Д.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков "Ювента"», Санкт-Петербург, Россия;
кафедра психологии развития и образования Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Россия

Резюме. В статье описана тактика ведения пациентов с суицидальным и самоповреждающим поведением, представлены алгоритмы действий медицинских сотрудников центра охраны репродуктивного здоровья подростков при ведении пациентов с несуицидальным самоповреждающим поведением и суицидальным поведением. Рассмотрены феноменология, этиопатогенез, маршрутизация и стратегии психологического сопровождения пациентов. Отдельное внимание уделяется коммуникации медицинского персонала с вышеуказанной категорией пациентов.

Ключевые слова: несуицидальное самоповреждающее поведение; суицидальное поведение

Актуальность разработки алгоритмов сопровождения и определения единой тактики ведения пациентов с несуицидальным самоповреждающим поведением и суицидальным поведением обусловлена тем, что подростковый возраст сам по себе

является фактором риска, а во время физикального осмотра медицинскими сотрудниками центра охраны репродуктивного здоровья подростков (ЦОРЗП) могут быть впервые выявлены как следы самоповреждений, так и суицидальные намерения у подростка. Обнаруженные факты должны стать объектом внимания специалистов с целью максимально эффективного комплексного сопровождения. Разработанные алгоритмы позволяют им наиболее продуктивно организовать маршрутизацию пациентов и минимизировать возможные трудности коммуникации. Несомненно важным представляется формирование у всех специалистов, участвующих в комплексном сопровождении подростка, единого актуального понимания феноменологии и этиопатогенеза суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения.

В первую очередь нами были рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики с целью формирования необходимых компетенций у специалистов ЦОРЗП. При рассмотрении проблемы дифференциальной диагностики были проанализированы критерии Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) и *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition* (далее – *DSM-5*), данные современных исследований (в том числе рандомизированные клинические исследования) и теоретические основы суицидологии.

Отдельно нами были рассмотрены **расстройства циклических действий, сфокусированных на теле** (*Body-focused repetitive behavior*, далее – *BFRB*), так как такое поведение может быть ошибочно отнесено к несуицидальному самоповреждающему поведению. Принципиально отличает данные расстройства тот факт, что совершаемые действия носят частично автоматизированный характер, а отношение пациента к подобному поведению – негативное. Нередко становится известно, что пациент

предпринимал многократные безуспешные попытки прекращения или снижения частоты/интенсивности нежелательных действий. Пациенты сообщают о том, что в результате такого поведения они испытывают значительный дискомфорт или же это приводит к нарушению деятельности и снижению качества жизни. Такие пациенты могут выдавливать прыщи, обкусывать ногти, кутикулы, губы или внутреннюю поверхность щек, при этом вырывание волос и расчесывание кожи в *DSM-5* относят к отдельным расстройствам в главе об обсессивно-компульсивных и сопутствующих расстройствах. Несмотря на то, что данному поведению может предшествовать состояние напряжения, скуки или тревоги, эмоциональная саморегуляция не является осознаваемой для пациента непосредственной целью совершаемых действий [1]. При выявлении признаков расстройства циклических действий, сфокусированных на теле, рекомендовано направление на консультацию медицинского психолога в плановом порядке.

Лечение *BFRB* включает фармакотерапию и когнитивно-поведенческую терапию (в большей степени коррекция нежелательного поведения основана на поведенческих методах, таких как управление стимулами, обучение пациентов замене нежелательного поведения другими действиями, несовместимыми с нежелательными).

Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков. Под несуицидальным самоповреждающим поведением (*non-suicidal self-injury*, далее – НССП) принято понимать повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым и реализуется с целью уменьшить психологический дискомфорт.

К диагностическим критериям НССП по *DSM-5* относят такие, при которых:

- не менее чем 5 дней в прошедшем году отмечались эпизоды самоповреждения без суицидальных намерений;
- самоповреждения осуществляются с целью эмоциональной саморегуляции или разрешения внутриличностного конфликта;
- нанесению самоповреждений предшествуют негативные когниции или эмоции, межличностные конфликты, нежелательное поведение, не поддающееся контролю, навязчивые мысли о самоповреждении;
- совершаемые действия являются социально неприемлемыми;
- НССП или его последствия вызывают клинически значимый дистресс;
- нанесение самоповреждений не связано с психотическим эпизодом, делирием, опьянением или абстинентным синдромом.

Также были выделены 2 подтипа неуточненного НССП:

- 1 тип (*sub-threshold / «подпороговые»*) – менее 5 эпизодов самоповреждающего поведения за последний год;
- тип 2 (*intent uncertain / «неясные намерения»*) – случаи, когда при нанесении самоповреждений наравне с потребностью в эмоциональной саморегуляции или решении проблем в межличностном взаимодействии имели место суицидальные намерения [2].

При рассмотрении НССП как оперантного поведения *M.K. Nock* и *M.J. Prinstein* (2004) ввели четырехфакторную модель развития и поддержки НССП (*The Four Factor Model, FFM*). По мнению авторов, можно условно разделить факторы, подкрепляющие нанесение самоповреждений, на:

- 1) автоматическое отрицательное подкрепление, когда НССП служит для редукции негативных эмоций;
- 2) автоматическое положительное подкрепление, когда НССП способствует генерированию положительных эмоций;

- 3) социальное отрицательное подкрепление, когда НССП позволяет избежать трудностей в межличностных взаимоотношениях;
- 4) социальное положительное подкрепление, когда НССП является непрямой коммуникацией, способом получения поддержки.

Чувство вины, стыда как причина нанесения себе повреждений с целью самонаказания отмечается чаще среди клинических выборок у пациентов как подросткового, так и взрослого возраста. Для взрослых функция НССП в большей степени состоит в эмоциональной саморегуляции (редукции интенсивных негативных эмоций), значительно реже самоповреждения являются способом непрямой коммуникации. Таким образом, можно рассматривать самоповреждающее поведение как патологический способ эмоциональной саморегуляции.

Нейробиологическая модель НССП описывает повышенный уровень восприимчивости к стрессогенным факторам в связи с имеющими место аномалиями в серотонинергической, допаминергической и опиоидной системах, а также в гипоталамо-гипофизарнонадпочечниковой оси. Таким образом, НССП можно рассматривать как способ восстановления опиоидного гомеостаза в стрессогенных ситуациях.

Также по результатам МРТ у пациентов снижается активация лимбических структур как в ответ на болевые раздражители, так и вследствие представления в воображении действий, ассоциированных с НССП; таким образом, НССП может являться фактором саморегуляции в стрессовых ситуациях у пациентов при гипервозбуждении лимбических структур (таких как миндалина).

Данные ряда исследований свидетельствуют об изменении уровня эндогенных опиоидов у пациентов с НССП, что позволяет

рассматривать НССП как своего рода аддикцию, а также это может объяснять явления гипоалгезии или анальгезии у пациентов с повторяющимися эпизодами самоповреждающего поведения [3].

На основании вышеизложенной информации нами был разработан алгоритм действий для медицинских сотрудников, включающий в себя рекомендации по маршрутизации и выстраиванию эффективной коммуникации с пациентами с НССП.

Алгоритм действий медицинских сотрудников при выявлении несуицидального самоповреждающего поведения или предположении о наличии расстройства циклических действий, сфокусированных на теле

1. Сообщите подростку о необходимости получения консультации медицинского психолога. Говорите спокойным, будничным тоном. Будьте доброжелательны и в то же время достаточно директивны. Будьте честны и прямо сообщите о причинах направления (например: «Я вижу, что у тебя на руках и бедрах много глубоких шрамов, в таких случаях необходимо получить консультацию медицинского психолога»).

2. Избегайте излишних вопросов и оценочных суждений. Также помните, что эмоциональная реакция специалиста может послужить подкреплением поведения пациента, поэтому важно сохранять спокойствие.

3. Обращайте внимание на локализацию, расположение, тяжесть нанесенных повреждений, а также на появление новых повреждений (недавние ожоги, гематомы, порезы), опишите их подробно (насколько это возможно) в медицинской карте.

4. Экстренно направляются на консультацию медицинского психолога пациенты при наличии недавних эпизодов НССП и/или сообщении пациента о наличии у него навязчивых мыслей

о НССП и трудностях эмоциональной саморегуляции. В остальных случаях рекомендована консультация медицинского психолога в плановом порядке.

Несуицидальное самоповреждающее поведение необходимо рассматривать как неспецифический предшественник психопатологического развития в целом и суицида в частности [4]; следовательно, такие пациенты получают направление на консультацию к врачу-психиатру. При отсутствии показаний к госпитализации предполагается сопровождение в амбулаторной форме.

Суицидальное поведение у подростков. Под суицидальным поведением понимают любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни, а под суицидальной попыткой – нефатальные направленные на себя потенциально травматичные действия с намерением умереть в результате совершенных действий. Суицид – смерть, вызванная преднамеренными направленными на себя потенциально травматичными действиями с намерением умереть в результате совершенных действий.

В концепции Э.Шнейдмана как основная причина суицида рассматривается психическая боль, связанная с фрустрированными психологическими потребностями, такими как принадлежность, любовь, безопасность, признание. Также Э. Шнейдман сформулировал 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 [5].

Б.С. Положий описывает концептуальную модель суицидального поведения, разработанную на основании теоретических

и клинических исследований. Данная модель развивает уже существующую модель «Диатеза-стресса». Выделяют 2 блока концептуальной модели: этиопатогенетический (механизмы возникновения суицидального поведения) и клинико-динамический (динамика суицидального поведения). Первый компонент этиопатогенетического блока – факторы суицидального диатеза, разделенные на 3 ранга детерминант.

Детерминанты I ранга являются необходимым условием для возникновения суицидального поведения, т. е. суицидальное поведение не возникает в тех случаях, когда не наблюдается хотя бы одна из детерминант I ранга. К детерминантам I ранга относятся биологические, клинические, личностно-психологические.

Детерминанты II ранга включают в себя другие, не вошедшие в I ранг, факторы. Например, отсутствие социальной поддержки, собственной семьи, религиозных убеждений; злоупотребление алкоголем и прием других психоактивных веществ; соматические заболевания, психические последствия травм головного мозга или тяжелых инфекций; пережитое насилие и др. Детерминанты II ранга повышают риск суицидального поведения, но не являются обязательным условием его возникновения.

Детерминанты I и II ранга совместно со стрессовым фактором определяют возможность возникновения суицидального поведения у индивида, а детерминанты III ранга определяют популяционную частоту суицидов. К ним относятся факторы социального неблагополучия, этнокультуральные факторы.

Второй компонент этиопатогенетического блока – стресс, «являющийся важной и неотъемлемой составляющей суицидального поведения, запускающей суицидальный процесс, а на его поздних этапах приводящий к реализации суицидально-го намерения» [6].

Среди причин и мотивов суицидального поведения у подростков, по мнению А.Г. Амбрумовой, можно выделить:

- лично-семейные конфликты;
- состояние психического здоровья;
- состояние физического здоровья: соматические заболевания, физические страдания; мнимые или реально существующие дефекты внешности;

- конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента: опасения судебной ответственности; боязнь иного наказания или позора; самоосуждение за неблаговидный поступок;
- конфликты в профессиональной или учебной сфере;
- материально-бытовые трудности;
- другие мотивы и поводы.

К особенностям суицидального поведения подростков А.Г. Амбрумова относит неспособность к адекватной оценке последствий аутоагрессивных действий, несформированность понимания безвозвратности смерти; нередко кажущиеся несерьезными для взрослых причины суицида; наличие взаимосвязи с девиантным поведением [7]. Так, например, по результатам ряда исследований выявлена взаимосвязь суицидального поведения с такими формами девиантного поведения, как буллинг (Brunstein-Klomek, et al., 2007), рискованное сексуальное поведение (Houck, et al., 2008), делинквентное поведение (Brent, Bridge, 2007), химические аддикции (Dearden, et al., 2007), НССП (Brunner, et al., 2007), нарушения пищевого поведения (Ahren-Moonga, et al., 2008).

Для подростков характерны выраженные аффективные реакции, субклинические проявления депрессии (снижение настроения, тревога, грусть, тоска), что объясняется гормональной перестройкой, выяснением пределов своих возможностей, поиском своего места в мире взрослых, отстаиванием позиций

в группе сверстников, первыми серьезными опытами конфликтов и потерь, разрывов отношений. Важно учитывать особенности подросткового возраста, связанные с эмоциональным состоянием, заостренными личностными чертами, копинг-стратегиями, экзистенциальными реакциями [8].

Об этом пишет детский психиатр Е.М. Вроно: «Особенности характера, психологического строя, свойственные периоду отрочества, по одному только факту своего существования предрасполагают к самоубийству... Таков подросток с его безудержностью, неустойчивостью, жаждой впечатлений, тягой к самостоятельности, эгоцентризмом и максимализмом, крайней ранимостью и изменчивостью настроения, скрытностью, сменяемой навязчивой откровенностью. Беззаботный, радостный ребенок неожиданно превращается в непредсказуемое существо, настоятельно требующее своего места в семейной иерархии и вступающее в отчаянную борьбу за свои права по любому поводу. Он зачастую совершенно невыносим, в сущности же беззащитен и болезненно уязвим» [9].

Также помимо факторов риска суицида необходимо оценивать антисуицидальные факторы:

- наличие установок и переживаний, препятствующих реализации суицидальных интенций;
- наличие привязанности;
- семейные обязанности;
- выраженное чувство долга;
- высокую заинтересованность в поддержании соматического здоровья;
- социальную нормативность, значимость общественного мнения;
- рассуждения о позоре суицида;
- представление о неиспользованных возможностях;
- наличие планов на будущее;

- эстетические ценности (нежелание иметь нехороший вид даже после смерти);
- религиозные убеждения о недопустимости суицида.

Важным представляется и понимание динамики суицидального поведения для принятия эффективных решений о маршрутизации пациента. Выделяют следующие этапы суицидального поведения.

1. Пресуицид – это период от первого возникновения суицидальных мыслей до попытки их реализации. Длительность пресуицида может варьироваться от нескольких минут (острый пресуицид) до нескольких месяцев (хронический пресуицид). На данном этапе характерно сужение аффективной сферы с ограничением межличностных контактов, усиление агрессивности, направленной против себя, наличие суицидальных фантазий. К клиническим признакам пресуицидального состояния также относят сочетание депрессии, тревоги с агрессивными тенденциями (повышенная раздражительность, иногда гневливость). На данном этапе можно выделить следующие внутренние формы суицидального поведения: пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы и суицидальные намерения. Выделяют также этапы психических процессов в пресуициде: латентно-абортивный (снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам, аффективная неустойчивость), инициальный (аффективные расстройства, неадекватная самооценка, своеобразие мышления, сензитивная реакция, преобладание мыслей о суициде, формирование суицидального замысла), манифестирующий (депрессивная реакция, нарушение самосознания, деперсонализация, дереализация, психалгия, полярность мышления, тревожное возбуждение или, наоборот, напряженное спокойствие, девальвация ценности собственной жизни, сверхценная идея о суициде с отчетливым намерением).

К признакам высокого суицидального риска относят наличие конкретного плана суицида и всего необходимого для его реализации, осуществленные мероприятия по подготовке к суициду, высокую летальность выбранного способа суицида.

2. Суицидальный акт характеризуется избранным способом самоубийства, местом и временем совершения, а также степенью вероятности получения медицинской или иной помощи. Вышеперечисленные характеристики позволяют выдвигать предположения относительно задач суицидального поведения, также важно их учитывать при оценке риска повторных попыток самоубийства.

3. Постсуицид включает в себя следующие последствия суицидальных действий: соматические (нарушения здоровья), психологические (личное отношение к совершенной суицидальной попытке), социальные (отношение к суициду социального окружения). Постсуицид представляет собой «результатирующую» таких составляющих, как конфликтная ситуация, сам суицидальный акт (с его психологическим и соматическим компонентами), особенности его прерывания и реанимации.

После совершения попытки суицида выделяются 3 основных компонента: актуальность конфликта, степень фиксированности суицидальных тенденций, особенности отношения к совершенной попытке. На основании вышеуказанных компонентов принято выделять следующие типы постсуицидальных состояний: критический (конфликт утратил значимость, суицидальный мотив отсутствует, отношение к попытке – стыд, страх, вероятность повторения попытки низкая), манипулятивный (актуальность конфликта снижена за счет благоприятного воздействия социального окружения, суицидальные тенденции отсутствуют, отношение к попытке – легкое чувство стыда и страх смерти, поведение закрепляется для достижения собственных целей, высокая

вероятность повторения попытки), аналитический (конфликт актуален, суицидальных тенденций нет, отношение к попытке – раскаяние, ориентация на поиск альтернативных способов разрешения ситуации; в случае, если способы не найдены, существует вероятность повторения суицидальной попытки), суицидально фиксированный (конфликт актуален, суицидальные тенденции сохранены, отношение к суициду положительное) [8].

Таким образом, нами был разработан алгоритм действий для медицинских сотрудников, включающий в себя рекомендации по маршрутизации и выстраиванию эффективной коммуникации с пациентами с суицидальным поведением.

Алгоритм действий медицинских сотрудников при непосредственной угрозе суицида (острый пресуицид, суицидальный акт)

1. Не оставляйте ни на минуту пациента одного в ситуации высокого суицидального риска. Убедитесь в отсутствии у пациента доступа к средствам для совершения суицида.

2. НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО привлекайте медицинского психолога для оценки риска суицида и проведения необходимых интервенций, направленных на предотвращение суицида.

3. Поставьте в известность о поведении и состоянии пациента заведующего отделением.

4. Окажите содействие при необходимости госпитализации (вызвать и встретить бригаду СМП для госпитализации в психиатрический стационар (при непосредственной угрозе суицида) и другую помочь до приезда бригады СМП.

Состоянию высокого суицидального риска соответствуют:

- устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве;

- состояние депрессии;
- проявления чувства вины / тяжелого стыда / обиды / сильного страха;
- высокий уровень безнадежности в высказываниях;
- заметная импульсивность в поведении;
- факт недавнего/текущего кризиса/утраты;
- эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты;
- выраженное физическое или психическое страдание (болевой синдром, «душевная боль»);
- отсутствие социально-психологической поддержки / не принимающее окружение;
- нежелание подростка принимать помочь / недоступность терапевтическим интервенциям / сожаления о том, что «еще жив».

Важно при общении с подростком в суициальном кризисе следовать следующим рекомендациям:

- 1) относиться к нему искренне, серьезно и уважительно вне зависимости от того, как себя ведет и что говорит подросток;
- 2) верить, когда подростки говорят о самоубийстве, даже если это выражается в демонстративно-шантажном суициальном поведении;
- 3) позволять выражать чувства (плач, гнев, отвращение);
- 4) внимательно и постоянно отслеживать свои переживания (страх, растерянность, раздражительность);
- 5) стремиться понять подростка, проявлять заботу о нем, принимать его чувства и мысли;

- 6) избегать конфронтации, морализаторства, обесценивания чувств подростка или значимости ситуации;
- 7) избегать необоснованных обещаний, неоправданных утешений;
- 8) направить усилия на поиск конструктивного выхода, альтернативных решений.

Психологическое сопровождение пациентов с суициальным и/или самоповреждающим поведением включает в себя достижение коммитмента о работе, направленной на редукцию суициального/самоповреждающего поведения; оценку риска суицида; составление и, при необходимости, коррекцию плана безопасности; формирование у пациента навыков эмоциональной регуляции, а также навыков, необходимых для решения актуальных проблем и улучшения качества жизни. За основу тактики психологического сопровождения нами была взята методология диалектико-поведенческой терапии как современного и эффективного метода, разработанного для пациентов с суициальным и самоповреждающим поведением.

Существует множество клинических шкал для оценки риска суицида (например, методика выявления склонности к суициальным реакциям П.И. Юнацкевич (СР-45), шкала суициальных интенций Пирса; в диалектико-поведенческой терапии – протокол *L-RAMP*; дополнительно могут быть использованы шкала депрессии А. Бека для подростков, шкала безнадежности А. Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии (*HADS*) и др. [10]), однако опираться исключительно на полученные при использовании психодиагностических методик результаты нам представляется крайне неэффективным решением. Важно при оценке риска также учитывать данные анамнеза, актуальную жизненную ситуацию, предшествующий опыт суициального поведения, антисуициальные факторы и результаты наблюдения.

Составление плана безопасности по результатам масштабных рандомизированных клинических исследований представляет более эффективным инструментом, чем антисуицидальный контракт, так как предполагает не только обязательство о несовершении суицида со стороны пациента, но и разработку конкретных индивидуальных эффективных стратегий снижения суицидального риска.

План безопасности включает в себя следующие списки:

1. Признаки приближающегося кризиса
2. Собственные стратегии совладания
3. Люди, которые могут способствовать отвлечению, переключению внимания
4. Близкие, которые могут поддержать и оказать помощь
5. Специалисты, к которым можно обратиться за помощью
6. Действия, направленные на создание безопасной среды

Также нами была интегрирована стратегия управления рисками при суициальном кризисе (см. рис.) путем возможности обращения в службу «Телефон доверия» (работает круглосуточно), а также во время очных консультаций.

Пациентам с несуицидальным самоповреждающим поведением и/или суицидальным поведением показано амбулаторное наблюдение врачом-психиатром (с целью уточнения диагноза, оценки необходимости назначения фармакотерапии, оценки динамики состояния, оценки необходимости госпитализации в психиатрический стационар). Одной из задач медицинского психолога ЦОРЗП является формирование мотивации у подростка для обращения к врачу-психиатру (в том числе психообразование, поддержка, валидация чувств подростка, работа с ожиданиями и опасениями).

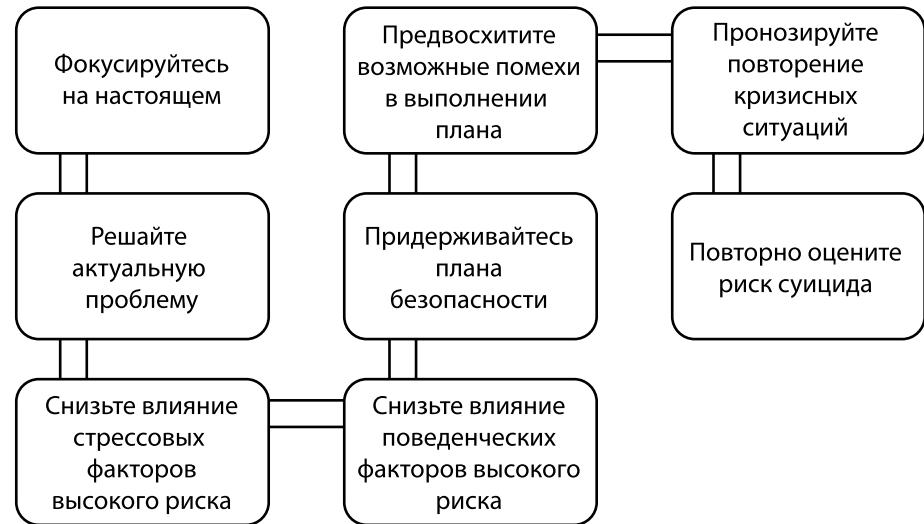


Рис. Управление рисками при суициальном кризисе

В то же время результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что суицидальные пациенты должны получать помощь в наименее ограничивающем сеттинге.

При принятии решения о необходимости госпитализации в психиатрический стационар учитываются следующие факторы:

- уровень суицидального риска (актуальный);
- способность пациента следовать плану безопасности;
- доступность системы поддержки (социальное окружение, специалисты);
- возможность ограничения пациенту доступа к летальным средствам [11].

Также важно осуществлять анализ потенциальной пользы и вреда от госпитализации в психиатрический стационар с учетом данных анамнеза, личностных особенностей пациента, его ресурсов и уровня комплаенса.

Госпитализация в психиатрический стационар будет полезна в ситуациях острого риска, так как позволит снизить риск суицида на время госпитализации; также это дает возможность провести тщательную оценку психоэмоционального состояния пациента и назначить/скорректировать фармакотерапию. Есть вероятность снижения суицидального риска в долгосрочной перспективе в том случае, если факт госпитализации воспринимается пациентом как аверсивный стимул.

Среди негативных долгосрочных последствий госпитализации в психиатрический стационар отмечают стигматизацию и чувство одиночества, снижение самооценки и утрату надежды на будущее, негативное влияние на терапевтический альянс и комплаенс, социальные и материальные последствия, связанные с вынужденными пропусками учебных занятий и/или работы. Для некоторых пациентов госпитализация может стать подкреплением суицидального поведения. Также в рамках комплексного сопровождения пациентов с суицидальным и самоповреждающим поведением нередко могут возникать вопросы взаимодействия с социальными службами или же юридическая проблематика, поэтому нам представляется эффективным включение в полипрофессиональную бригаду специалиста по социальной работе и юриста.

Для всех специалистов, участвующих в сопровождении пациентов с несуицидальным самоповреждающим поведением и суицидальным поведением, важными являются знание и понимание правовых аспектов, в частности законодательства в области здравоохранения, психиатрической помощи, прав детей [10], что также учтено при определении тактики ведения таких пациентов.

Необходимым представляется и сопровождение специалистов, работающих с данной категорией пациентов, так как работа

с указанной проблематикой является в том числе и фактором риска профессионального выгорания. Тактика ведения пациентов с суицидальным и самоповреждающим поведением включает в себя такие виды профессиональной деятельности, как участие в супервизионных и баллинтовских группах, клинических разборах и подобных мероприятиях (например, в рамках комплексной диалектико-поведенческой психотерапии специалисты участвуют в еженедельных встречах команды, где помимо консультаций также осуществляется терапия для терапевтов).

В заключение важно отметить, что эффективное сопровождение пациентов с суицидальным и самоповреждающим поведением должно носить комплексный характер, необходимо четкое и отлаженное взаимодействие между специалистами, готовность к диалогу и поиску наиболее эффективных стратегий.

Список литературы

1. Mathew A.S., Davine T.P., Snorrason I., Houghton D.C., Woods D.W., Lee H.J. Body-focused repetitive behaviors and non-suicidal self-injury: A comparison of clinical characteristics and symptom features. *J Psychiatr Res.* 2020 May;124:115–122. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.02.020. Epub 2020 Feb 27. PMID: 32135390.
2. Давидовский С.В., Игумнов С.А. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021;21(1):90–101.
3. Давидовский С.В., Игумнов С.А. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения // Суицидология. 2020;11.3(40).
4. Дарьин Е.В., Зайцева О.Г. Феномен несуицидального самоповреждающего поведения в классификациях МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5 // Российский психиатрический журнал. 2022(4):73–82.

5. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Пер. с англ. – Москва: Смысл, 2001. – 315 с.

6. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015;1.6(18).

7. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – Москва, 1980. – 53 с.

8. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2019. – 600 с.

9. Визель Т.Г., Сенкевич Л.В., Янышева В.А., Железнova А.К. Девиантное поведение подростков. Теории и эксперименты. – Тула, 2007. – 341 с.

10. Мақдугалл Т., Армстронг М., Трейнор Д. Оказание помощи детям и подросткам, склонным к самоповреждениям / Пер. с англ. – Санкт-Петербург: ООО «Диалектика», 2024. – 400 с.

11. Линехан Марша М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / Пер. с англ. – Санкт-Петербург: ООО «Диалектика», 2020. – 592 с.

ВЛИЯНИЕ СТИЛЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ

Гризан М.А., Щепелина К.А.

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

Резюме. Взаимоотношения родителей и детей имеют важнейшее значение в процессе формирования личности ребенка (помимо генетических, биологических и физиологических факторов). Именно в семье ребенок осваивает моральные ценности, нормы поведения, нарабатывает жизненный опыт. Поддерживающий, доверительный стиль внутрисемейных отношений способствует формированию адекватной самооценки у ребенка и исключает риск социальной дезадаптации в будущем.

В статье проанализированы результаты исследования картины детско-родительских взаимоотношений глазами подростка и влияние этих отношений на формирование акцентуаций характера личности.

Ключевые слова: детско-родительские отношения; акцентуации характера; социальная дезадаптация

Актуальность. Актуальность проблемы влияния стилей семейного воспитания на формирование акцентуаций характера у подростков обусловлена несколькими ключевыми факторами. Они порождены современными вызовами, с которыми сталкиваются дети и подростки в условиях быстро меняющегося

общества. Новые технологии, модели общения и взаимодействия влияют на эмоциональное и психологическое развитие молодежи. Исследования показывают, что адаптация к новым условиям жизни требует от подростков гибкости и устойчивости; эти черты характера формируются в семье [1]. Растущая тревожность, депрессия и другие психические расстройства среди подростков стали актуальной темой для обсуждения в последние годы. Понимание того, как стиль семейного воспитания влияет на формирование акцентуаций характера, помогает выявить риски и предотвратить возникновение психологических проблем, выработать у подростков здоровую самооценку и навыки саморегуляции [2]. Формирование акцентуаций характера, особенно негативных, может приводить к затруднениям в социальной адаптации подростков, их конфликтам с окружающими, трудностям в обучении и будущей профессиональной деятельности. Это требует поиска эффективных методов содействия и поддержки для семьи и ребенка [3]. В последние годы возрастает внимание к вопросам психологии и педагогики как в образовательных учреждениях, так и в обществе. Понимание влияния стилей воспитания на акцентуации характера подчеркивает важность консультирования родителей, подготовки педагогов, а также создания программ поддержки семей [4]. Существует растущий интерес со стороны научного сообщества к изучению воздействия стилей воспитания на личностное развитие. Анализ данных и результатов научных исследований в этой области может помочь выделить ключевые закономерности и разработать рекомендации для родителей и специалистов. Таким образом, актуальность проблемы влияния стилей семейного воспитания на формирование акцентуаций характера у подростков заключается в необходимости создания здоровой и поддерживающей среды для их психологического и социального развития. Это требует комплексного подхода, вовлечения родителей, педагогов и психологов в процесс

воспитания подростков, а также разработки стратегий, направленных на предотвращение негативных последствий, связанных с недостаточным вниманием к стилям воспитания в семьях.

Детско-родительские отношения

Взаимодействие родителей с детьми – это особая форма взаимоотношений, основными целями которой являются выстраивание эмоциональной близости, защиты ребенка и обучение его навыкам конструктивного и самостоятельного поведения. Чтобы детско-родительские взаимоотношения были продуктивными, их составляющими должны стать социальная адаптация ребенка, формирование ответственности за собственную жизнь и здоровье, развитие навыков эффективных способов разрешения конфликтных ситуаций – как меж-, так и внутриличностных. Детско-родительские отношения могут принимать различные формы, от доверительных и поддерживающих до конфликтных и дистантных. Важнейшими компонентами этих отношений являются эмоциональная поддержка, открытость общения и взаимопонимание. Эти факторы не только влияют на психосоциальное развитие ребенка, но и имеют долгосрочные последствия для его адаптивных стратегий и личностных черт [5].

Определение акцентуаций характера

Акцентуации характера, согласно работам Личко и других ученых, представляют собой выраженные, заостренные черты личности, которые могут проявляться в различных контекстах и ситуациях. Они не являются болезнью, но могут приводить к трудностям в социальном взаимодействии и адаптации, особенно в подростковом возрасте.

Важно отметить, что акцентуации характеризуются устойчивостью и склонностью к определенному поведению, но могут изменяться под влиянием внешних факторов, таких как стиль воспитания и окружение.

Каждая из акцентуаций может вести к специфическим поведенческим реакциям и затруднениям в общении с окружающими. Например, подростки с гипертимными чертами могут быть высокоактивными и социально адаптивными, но могут также быть импульсивными и недостаточно критичными к себе.

Связь стиля семейного воспитания и акцентуаций характера

Связь между стилями семейного воспитания и формированием акцентуаций характера у подростков является сложной и многофакторной. Исследования [6, 7] показывают, что различные стили воспитания влияют на формирование акцентуаций и поведенческих реакций у детей. Нарушение детско-родительских взаимоотношений в юношеском возрасте влечет за собой риски формирования антисоциального, аддиктивного поведения в подростковом возрасте (непринятие норм и ценностей общества, отсутствие навыков асертивности, высокая подверженность стрессам). Сталкиваясь с отвержением и непониманием со стороны родителей, подросток стремится доказать собственную значимость путем прибегания к изменению поведения (конfrontация, манипулятивность, избегание).

Семья для ребенка в любом возрасте является начальной точкой для социализации и влияет на формирование личности с его индивидуальными особенностями, которые и определяют будущее поведение ребенка, его поведенческие и эмоциональные реакции.

Исследование влияния детско-родительских отношений на формирование акцентуаций характера у подростков

На базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков "Ювента"» (далее – Центр «Ювента») проведено исследование взаимосвязи стиля

детско-родительских отношений и наличия заостренных черт характера (акцентуаций характера) у пациентов, обратившихся в Центр «Ювента».

Описание выборки

Объект исследования – девушки и юноши в возрасте от 14 до 17 лет, имеющие акцентуации характера личности, 54 человека.

Предмет исследования – детско-родительские взаимоотношения подростков, описывающие особенности эмоциональных внутрисемейных отношений с точки зрения подростка, акцентуации характера личности.

Гипотеза исследования: существуют взаимосвязи между характером внутрисемейных взаимоотношений и формированием акцентуаций характера у подростков.

Методы исследования

1. Биографический метод, который предполагает сбор информации посредством изучения медицинской документации и клиническое интервьюирование.
2. Метод патохарактерологического исследования подростков, А.Е. Личко [8].
3. Методика «Детско-родительские отношения подростков» (ДРОП), О.А. Карабанова, П.В. Трояновская [9].
4. Метод корреляционного анализа. Для изучения взаимосвязи между стилем родительского воспитания и типом акцентуации характера использовался метод корреляционного анализа. Для оценки взаимосвязи между переменными был рассчитан коэффициент корреляции Пирсона. Всю статистическую значимость определяли на уровне $p < 0,05$.

Результаты. Биографический метод использовался при психодиагностическом исследовании и предполагал сбор

информации по 4 параметрам: пол, возраст, семейный статус, характер семейного взаимодействия (субъективная оценка испытуемым).

Таблица 1. Результаты корреляционного анализа

Шкалы	Эмоциональная дистанция	Контроль	Непоследовательность	Уровень значимости
Гипертимный тип	0,189519	0,176227	0,220527	
Циклоидный тип	0,332471	0,219217	0,373972	
Лабильный тип	0,674292	0,184014	0,265909	Заметная тенденция к высокому
Астено-невротический тип	0,496337	0,188285	0,501776	
Сенситивный тип	-0,00808	0,222278	-0,20463	
Психастенический тип	0,089956	0,26664	0,127112	
Шизоидный тип	-0,02799	0,661375	0,064524	Заметная тенденция к высокому
Эпилептоидный тип	0,189355	0,480568	0,45456	
Истероидный тип	0,246129	0,497474	0,679426	Заметная тенденция к высокому
Неустойчивый тип	0,387665	0,295219	0,446396	
Конформный тип	0,1986	0,446589	0,086622	

Выявлено, что в полных семьях воспитывается 39 исследуемых, в неполных – 15. По характеру семейного взаимодействия исследуемых взаимоотношения разделились на конфликтные у 12 испытуемых, дистантные – у 14, непоследовательные – у 8, доверительные – у 20.

Основная задача исследования состояла в том, чтобы определить зависимости между количественными и качественными показателями психодиагностических методик и выявить тенденции к изменению полученных данных об акцентуированности личности подростков при изменении стиля внутрисемейного взаимодействия.

По результатам корреляционного анализа были получены следующие данные.

Как показано в таблице 1, выявлена заметная корреляция между эмоциональной дистанцией и лабильным типом акцентуации характера, чрезмерным контролем и наличием шизоидного типа акцентуации характера, непоследовательностью в воспитании и истероидным типом акцентуации характера у исследуемых подростков.

Выводы

1. Качество эмоциональной связи между родителем и подростком (эмоциональное дистанцирование). Эмоциональное дистанцирование со стороны родителей может способствовать развитию лабильной акцентуации характера у подростков по следующим направлениям.

1. Недостаток эмоциональной поддержки: проблемы с выражением эмоций со стороны родителей приводят к недостатку поддержки, что делает подростков более уязвимыми к стрессу и негативным эмоциям. Это может проявляться в эмоциональной неустойчивости и колебаниях настроения.

2. *Проблемы с саморегуляцией*: подростки, испытывающие эмоциональное дистанцирование от родителей, могут не развивать навыков регуляции своих эмоций, поскольку они не получают необходимых примеров и поддерживающих стратегий от значимых взрослых. Это затрудняет их способность управлять своими эмоциями.

3. *Сложности в межличностных отношениях*: эмоциональное дистанцирование может привести к трудностям в установлении доверительных отношений с другими людьми, что усиливает чувства одиночества и изоляции. В результате подросток может развить неадекватные механизмы компенсации, включая резкие эмоциональные реакции [10].

Главная черта лабильного типа – крайняя изменчивость настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно круто из-за ничтожных и даже незаметных для окружающих поводов. От настроения момента зависят и сон, и аппетит, и работоспособность, и общительность. Чувства и привязанности искренни и глубоки, особенно к тем лицам, кто сам проявляет к подростку любовь, внимание и заботу. Велика потребность в сопереживании. Подросток тонко чувствует отношение к себе окружающих даже при поверхностном контакте, избегает всякого рода эксцессов. К лидерству не стремится. Тяжело переносит утрату или отвержение со стороны значимых лиц. Самооценка отличается искренностью и умением правильно подметить черты своего характера. Чрезмерная эмоциональность обычно сочетается с вегетативной лабильностью: подросток легко краснеет и бледнеет, у него меняется частота пульса, артериальное давление. Нередко наблюдается довольно выраженная инфантильность: выглядит моложе своих лет. Лгать и скрывать свои чувства не умеет: настроение всегда написано на лице [8].

II. Родительский контроль (проявление авторитарности или демократичности в отношениях с ребенком). Родители, использующие авторитарный контролирующий стиль воспитания, могут непреднамеренно способствовать развитию шизоидной акцентуации у детей. Это происходит по следующим причинам.

1. *Ограничение свободы*: избыточный контроль может привести к недостатку свободы для самовыражения. Дети, растущие в таких условиях, могут избегать социальных взаимодействий, так как не чувствуют уверенности в своих силах.

2. *Эмоциональное подавление*: большинство авторитарных родителей требуют от детей послушания и соответствия определенным нормам, что может привести к подавлению эмоциональных потребностей ребенка. Он начинает изолировать свои чувства и накапливать внутренний стресс, что может способствовать развитию шизоидного типа акцентуации.

3. *Невозможность развивать социальные навыки*: дети, находящиеся под строгим контролем, могут не иметь возможности взаимодействовать с ровесниками и развивать необходимые навыки для построения здоровых отношений. Избегание общения и социального взаимодействия может привести к формированию шизоидной структуры личности [11].

Главными чертами подростков с шизоидным типом акцентуации характера является замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Им трудно устанавливать неформальные, эмоциональные контакты; эта неспособность нередко тяжело переживается. Быстрая истощаемость при контактах побуждает к еще большему уходу в себя. Недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие переживания, угадать желания других, догадаться о невысказанном вслух. К этому примыкает недостаток сопереживания. Внутренний мир почти всегда закрыт

для других и заполнен увлечениями и фантазиями, последние предназначены только для усаждения самого себя, служат утешению честолюбия или носят эротический характер. Увлечения отличаются силой, постоянством и нередко необычностью, изысканностью [8].

III. Изменчивость и непостоянство воспитательных приемов родителя (непоследовательность). Непоследовательность в воспитательных приемах может сформировать у ребенка несколько важных проблем, способствующих развитию истероидной акцентуации.

1. *Недостаток уверенности в себе*: когда родители меняют свои методы, это приводит к тому, что ребенок не знает, чего ожидать от них. Это может порождать чувство неуверенности и желание постоянно искать одобрение от других.

2. *Эмоциональная нестабильность*: непоследовательность родителей может привести к тому, что ребенок учится проявлять чрезмерные эмоции как способ привлечения внимания. Это, в свою очередь, может способствовать развитию истероидных черт.

3. *Методы решения проблемы*: дети, воспитываемые в условиях непоследовательности, могут не развивать здоровых методов адаптации и управления своими эмоциями. Они могут воспринимать драматизацию и эмоциональные всплески как эффективные способы получения необходимого внимания и поддержки [12].

Главными чертами истероидного типа акцентуации характера являются беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Все остальные особенности питаются этим. Лживость и фантазирование подросток использует для приукрашивания себя. Внешние проявления эмоциональности на деле оборачиваются отсутствием глубоких чувств при большой выразительности,

театральности переживаний, склонности к рисовке и позерству. Неспособность к упорному труду сочетается с высокими притязаниями в отношении будущей профессии. Выдумывая, подросток легко вживается в роль, искусственной игрой вводит в заблуждение доверчивых людей. Неудовлетворенный эгоцентризм часто подталкивает к яростной оппозиционности [8].

Рекомендации для родителей по выстраиванию гармоничных внутрисемейных взаимоотношений

Гармоничный тип взаимоотношений предполагает построение стиля общения на основе доверия, понимания и взаимного уважения. Важным принципом воспитания является принятие ребенка как личности со своими чувствами, желаниями, потребностями. Для благополучного выстраивания отношений с ребенком необходимо руководствоваться пониманием его душевного состояния, особенностей характера, что предполагает наличие у родителя гибкости в поведении. Помехой для принятия изменений потребностей ребенка могут служить установки родителей, которые не учитывают его возраст, способности, перемену условий жизни и окружающей среды.

1. *Будьте последовательными в воспитательных методах.* Определите и обсуждайте вместе с партнером единые подходы к воспитанию, чтобы избежать противоречий и непоследовательности. Это поможет детям чувствовать себя более уверенно и безопасно.

2. *Обеспечивайте эмоциональную поддержку.* Развивайте и поддерживайте открытость в общении. Спрашивайте детей об их чувствах и переживаниях, слушая их без осуждения. Это поможет создать доверительные отношения.

3. *Применяйте демократический стиль воспитания.* Поощряйте участие детей в принятии решений, связанных с их жизнью.

Демократический подход способствует развитию у детей самостоятельности и уверенности в себе.

4. *Снимайте напряжение и стресс.* Уделяйте внимание семейным традициям и совместным мероприятиям, таким как игры, прогулки или семейные вечера. Это помогает укреплять связи и снижает уровень стресса в семье.

5. *Признавайте успехи и достижения.* Регулярно отмечайте успехи и положительные усилия детей, что поможет воспитать у них уверенность и позитивное отношение к себе и своим способностям.

6. *Создавайте атмосферу безопасности и принятия.* Обеспечьте понимание, что в вашей семье можно делать ошибки и учиться на них. Это способствует развитию здоровой самооценки и отсутствию страха перед неудачами.

7. *Развивайте навыки эмоциональной регуляции.* Учите детей распознавать и правильно выражать свои эмоции. Это можно делать, обсуждая эмоции в разных ситуациях и моделируя позитивные способы их выражения.

8. *Изучайте и развивайтесь вместе.* Участвуйте в образовательных семинарах или чтении книг по психологии и воспитанию. Это поможет вам расширить свои знания, улучшить понимание и качество взаимодействия с детьми.

9. *Обращайтесь за помощью при необходимости.* Если возникают трудности в воспитании или коммуникации, не стесняйтесь просить поддержки у специалистов (психологов, семейных консультантов). Это может дать вам новые инструменты и подходы к решению проблем.

10. *Поддерживайте баланс между свободой и контролем.* Стремитесь найти баланс между предоставлением ребенку свободы и установлением необходимых границ и правил. Это поможет

развить у детей чувство ответственности и умение принимать обоснованные решения.

Следуя этим рекомендациям, родители могут создать гармоничную и поддерживающую семейную атмосферу, минимизируя риски формирования эмоциональных и поведенческих нарушений у своих детей.

Заключение. В ходе исследования был осуществлен комплексный анализ влияния стиля детско-родительских отношений на формирование акцентуаций характера у подростков. Полученные результаты подтверждают гипотезу о том, что определенные стили воспитания, в частности авторитарный и непоследовательный, значительно способствуют развитию истероидной и лабильной акцентуаций. Наши выводы подчеркивают необходимость формирования эффективных стратегий взаимодействия между родителями и детьми, что, в свою очередь, может помочь в предотвращении негативных поведенческих и эмоциональных последствий в подростковом возрасте. Важно, чтобы родители осознавали влияние своих воспитательных методов на психоэмоциональное развитие детей и стремились к созданию среды, способствующей их здоровому и сбалансированному развитию.

Таким образом, данное исследование не только расширяет существующие знания о влиянии стилей детско-родительских отношений на подростков, но также служит основой для дальнейших исследований и практических рекомендаций, направленных на улучшение семейной динамики и минимизацию рисков формирования акцентуаций характера у молодого поколения. Рекомендуется проведение дополнительных исследований, которые позволят более глубоко изучить механизмы влияния различных стилей воспитания на психическое здоровье подростков и разработать программы поддержки семей, ориентированные на улучшение качества взаимодействия.

Список литературы

1. Лактионова А.И. Жизнеспособность и социальная адаптация подростков. – М.: Институт психологии РАН, 2017. – 236 с.
2. Костенко Д.А. Влияние семьи на эмоциональное состояние подростка // Международный педагогический портал, 2022. URL: <https://solncesvet.ru/opublikovannye-materialyi/vliyanie-semi-na-emotionalnoe-sostoyanie.8579141/> (дата обращения – 20.10.2024).
3. Белорусова А.В. Изучение влияния акцентуаций характера на социальную адаптацию в юношеском возрасте // Научно-методический электронный журнал «Концепт», 2015;18:16–20. URL: <https://e-koncept.ru/2015/95155.htm> (дата обращения – 20.10.2024).
4. Lanjekar P.D., Joshi S.H., Lanjekar P.D., Wagh V. The Effect of Parenting and the Parent-Child Relationship on a Child's Cognitive Development: A Literature Review. Cureus, 2022 Oct 22;14(10):e30574. DOI: 10.7759/cureus.30574. PMID: 36420245; PMCID: PMC9678477.
5. Еремкина И.А. Влияние стиля семейного воспитания на развитие личности ребенка // I Региональная научно-практическая студенческая конференция «Проблемы теории и практики психологии развития». URL: <http://econf.rae.ru/article/8004> (дата обращения – 23.10.2024).
6. Эльконин Д.Б. Детская психология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – Москва: Издательский центр «Академия», 2007. – 384 с.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Санкт-Петербург: Питер, 2020. – 304 с.
8. Патохарактерологический диагностический опросник // Psylab.info – энциклопедия психодиагностики. URL: https://psylab.info/Патохарактерологический_диагностический_опросник (дата обращения – 21.02.2024).
9. Трояновская П. Детско-родительские отношения подростков // Психологическое обследование семьи: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и спец. психологии / А.Г. Лидерс. – Москва, 2006, 2007, 2008. – Гл. 3. – С. 114–121.
10. Berger L.M., Sheridan A., Panico L., Thevenon O. Parental Emotional Support and Adolescent Well-Being: A Cross-National Examination of Socio-economic and Gender Gaps based on PISA 2018 Surveys, January 2024. DOI: 10.13140/RG.2.2.20150.68167.
11. Sarzała D., Piestrzyński W. The role of family environment in the emotional development of children and youth // Евразийский союз ученых. 2016;1–4(22). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/the-role-of-family-environment-in-the-emotional-development-of-children-and-youth> (дата обращения – 01.10.2024).
12. Pérez-Fuentes M.D.C., Molero Jurado M.D.M., Gázquez Linares JJ., Oropesa Ruiz N.F., Simón Márquez M.D.M., Saracosti M. Parenting Practices, Life Satisfaction, and the Role of Self-Esteem in Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 2019 Oct 22;16(20):4045. DOI: 10.3390/ijerph16204045.

СЕКСУАЛЬНАЯ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ И ОПЫТ БЛИЗКИХ ОТНОШЕНИЙ

Лабес А.И.

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

Резюме. В статье представлены результаты исследования связи сексуальной неудовлетворенности и опыта близких отношений. Установлено, что сексуальная неудовлетворенность соответствует более высоким значениям показателей тревожности и избегания в отношениях. Полученные результаты также свидетельствуют о том, что удовлетворенность сексуальными отношениями у людей с надежным типом привязанности значимо выше по сравнению с людьми, имеющими тревожный, избегающий или дезорганизованный тип привязанности.

Ключевые слова: сексуальная неудовлетворенность; опыт близких отношений; тревожность в близких отношениях; избегание в близких отношениях; тип привязанности

Актуальность. Сексуальное благополучие является значимой составляющей общего психологического благополучия для многих людей. Однако сексуальная неудовлетворенность – малоизученный феномен. Недостаточно исследованы также предпосылки нарушений в сексуальной сфере, то есть факторы риска сексуальной неудовлетворенности. Между тем изучение возможных психологических предикторов нарушений сексуальной удовлетворенности и накопление эмпирических данных в этой области позволит сделать более эффективным психокоррекционное и терапевтическое вмешательство.

Мы предположили, что в качестве предиктора сексуальной неудовлетворенности может выступать ненадежная привязанность, и поставили целью изучить связь между сексуальной неудовлетворенностью и опытом близких отношений. Важность феномена сексуальной неудовлетворенности и его недостаточная разработанность обусловливают актуальность и значимость нашей работы.

Обзор литературы

В теории привязанности основным понятием является качество привязанности. В ее основе лежит безопасность (или небезопасность), которая обеспечена (или не обеспечена) объектом привязанности [7]. В зависимости от качества привязанности и ее специфики выделяют по меньшей мере 4 разных типа привязанности [5]. Изначально тип привязанности характеризует связь между матерью и ребенком, однако в дальнейшем сформировавшийся тип привязанности распространяется на сверстников, учителей и других людей в окружении ребенка (а затем подростка и взрослого человека) и определяет качество общения с ними. Другими словами, то, какая привязанность будет у человека во взрослом возрасте, зависит от типа его привязанности, сформировавшегося к концу первого года жизни.

Рассмотрим основные типы привязанности: надежный, избегающий, тревожный, а также дезорганизованный.

Надежный тип привязанности предполагает установление позитивно окрашенных взаимоотношений, где объект привязанности воспринимается как отзывчивый и доступный, а субъект привязанности – как значимый, достойный любви и заботы. На этой основе формируется установка, что близкие отношения обеспечивают защиту и поддержку, помогают справиться с тревогой и напряжением. Поэтому в эмоциональном плане людям с надежной привязанностью свойственна способность к большему самораскрытию и свободному проявлению чувств. Они

не склонны к накоплению негативных эмоций и преувеличению трудностей. В ситуациях стресса такие люди с большей вероятностью сохранят веру как в собственные силы, так и в то, что окружающие окажут им помочь [3, 4, 8].

Избегающий тип привязанности связан с чувством дискомфорта в близких отношениях, ощущением уязвимости и зависимости. В результате формируются защитные механизмы в виде эмоциональной гипоактивации. Снижается восприимчивость к негативной информации, обедняется аффективная сфера, возникает эмоциональная замкнутость. Проявляется тенденция к дистанцированию в межличностных отношениях, стремление рассчитывать только на себя [3, 4]. В различных источниках данный тип привязанности называют также ненадежно-избегающим, избегающе-отвергающим, отстраненным или тревожно-тормозимым.

Тревожный тип привязанности отражает повышенную потребность в принятии, поддержке и подтверждении своей значимости со стороны партнеров и других близких. Для людей с тревожным типом привязанности характерна эмоциональная гиперактивация, сфера близких отношений полна неуверенности и тревоги, прошлые обиды и гнев легко актуализируются в памяти. В поведении таких личностей преобладает излишнее внимание и подозрительность к объекту привязанности, стремление сократить дистанцию и любыми способами добиться принятия; это в некотором смысле позиция зависимости, своего рода «цепляния» [5]. Данный тип привязанности называют также зависимым, ненадежно-тревожным, тревожно-забоченным, тревожно-агрессивным или тревожно-амбивалентным.

Дезорганизованный тип привязанности совмещает черты тревожного и избегающего типов и нередко встречается у людей, переживших насилие. Люди с дезорганизованным типом привязанности ощущают сильную потребность в любви, близости

и заботе, однако они также испытывают страх и тревогу при вступлении в отношения. Такие люди боятся быть отвергнутыми объектом привязанности и испытывают внутреннее противоречие в отношении близости. Данный тип привязанности называют также боязливым или избегающе-опасающимся.

Первые три перечисленных типа – надежный, избегающий и тревожный – рассматриваются в современной психологии привязанности как специфические адаптационные модели, которые формируются в нормативных отношениях между матерью и ребенком. Они представляют собой стратегии поведения, которые ребенок развивает для удовлетворения своих потребностей в близости, поддержке и безопасности. Однако дезорганизованная привязанность отличается от остальных типов. Она указывает на отсутствие адекватной модели поведения у ребенка в стрессовых ситуациях разлуки и воссоединения с матерью [1].

В англоязычных статьях встречаются исследования, посвященные влиянию различных типов привязанности на сексуальную удовлетворенность. Существуют эмпирические данные, свидетельствующие о том, что избегающий и тревожный типы привязанности связаны с негативными ощущениями во время секса [15], более низкой сексуальной удовлетворенностью [9], сниженной оценкой своей сексуальности [13]. Однако для данных типов привязанности описаны различные проявления и механизмы нарушения сексуального благополучия.

Для людей с избегающим типом привязанности характерно физическое и эмоциональное дистанцирование от партнеров, поэтому такие люди могут ограничивать себя в сексуальной активности, воздерживаясь от сексуальных контактов [18], или стараться вступать только в те сексуальные связи, в которых возможно избежать близости, то есть заниматься «безэмоциональным сексом» [10, 17]. Было обнаружено, что подростки

с избегающим типом привязанности имеют заниженную оценку своей сексуальности, испытывают низкое сексуальное влечение и реже получают удовольствие от сексуальных отношений [18]. Взрослые люди с избегающим типом привязанности получают меньше удовольствия как от объятий и поцелуев, так и от более интимных действий сексуального характера [11].

Тревожный тип привязанности может оказывать неблагоприятное влияние на сексуальную сферу по иным причинам. В сексуальных контактах люди с тревожным типом привязанности часто пытаются удовлетворить устойчивую потребность в подтверждении любви со стороны партнера. В подростковом возрасте они более склонны заниматься сексом, чтобы избежать ощущения отвергнутости и покинутости, что, в свою очередь, мешает переживанию страстных эмоций во время секса [18]. Во взрослом возрасте такие люди могут использовать секс в качестве средства для достижения эмоциональной близости и одобрения со стороны партнера [12, 14, 16]. С помощью секса они также пытаются вызвать заботливое поведение со стороны партнера или смягчить его недовольство [16]. В итоге невозможность реализовать потребность в близости никак иначе, кроме как попытаться удовлетворить ее в сфере сексуальных отношений, а также беспокойство по поводу реакции партнера делают лиц с тревожным типом привязанности менее удовлетворенными сексуальными отношениями [11].

Таким образом, опыт близких отношений в детском возрасте и соответствующий ему тип привязанности взрослого человека могут оказывать влияние на сферу сексуальных отношений – в частности, на степень сексуальной удовлетворенности.

Материалы и методы. Для исследования приглашались респонденты старше 18 лет, имеющие опыт сексуальных отношений и не имеющие диагностированных психических расстройств.

В исследовании приняли участие 193 человека в возрасте от 18 до 54 лет, средний возраст – $26,64 \pm 8,1$. В основном респонденты имели высшее или неоконченное высшее образование. 82% выборки (158 человек) составили женщины, 18% (35 человек) – мужчины.

В исследовании были использованы следующие методы:

1) авторская анкета, состоящая из семи вопросов, целью которых был сбор базовой информации о респондентах. Первые три вопроса анкеты направлены на проверку соответствия респондента критериям включения в выборку, остальные вопросы касаются социально-демографических данных;

2) «Опросник установок к сексу Айзенка» (*Eysenk Anventory of dispositions to Sex, EIAS*) в переводе А. Белопольского [2]. Из данного опросника мы использовали шкалу «Сексуальная удовлетворенность», позволяющую оценить уровень сексуального благополучия;

3) модифицированный опросник «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли. Русскоязычный вариант опросника валиден, надежен и может использоваться в исследованиях межличностных отношений [6, с. 139]. Адаптированный вариант методики состоит из двух шкал – «Тревожность» и «Избегание», каждая из них оценивается от 0 до 12 баллов, чем больше балл, тем сильнее выраженность параметра. Таким образом, методика позволяет измерять уровень тревожности и избегания в близких отношениях. Также с помощью данного опросника можно определить тип привязанности респондента, поскольку качество привязанности определяется сочетанием степени выраженности тревожности и избегания. Для надежной привязанности характерны низкие показатели по обоим параметрам, для тревожной – высокие показатели по параметру тревожности и низкие по параметру избегания. Для избегающего типа

привязанности, наоборот, характерны низкие показатели по параметру тревожности и высокие по параметру избегания. Дезорганизованный тип соответствует высоким показателям по обоим параметрам.

Для статистического анализа были использованы методы описательной и сравнительной статистики: Коэффициент корреляции Спирмена, Н-критерий Краскела-Уоллиса (непараметрический критерий для k независимых выборок), Тест Данна. Анализ данных проводился на языке программирования *R* версии 4.2.

Результаты. Среднее значение по шкале «Тревожность» в выборке составило 5,33 балла (стандартное отклонение – 3,09, медиана – 5), по шкале «Избегание» – 4,53 балла (стандартное отклонение – 2,78, медиана – 4). Для дальнейшего статистического анализа выборка была разделена на группы по типам привязанности по критерию отклонения значений от средней величины на $\frac{1}{4}$ стандартного отклонения по шкалам «Тревожность» и «Избегание». По сочетанию полученных баллов (высоких или низких) мы разделили респондентов на 5 групп: четыре по типам привязанности и группа «Остальные» для респондентов, чей тип привязанности однозначно не определяется. В итоге к надежному типу привязанности были отнесены 44 респондента (22,8%), к тревожному типу – 23 респондента (11,9%), к избегающему типу – 21 респондент (10,9%), к дезорганизованному типу – 28 респондентов (14,5%). Группа «Остальные» составила 77 человек (39,9%). Для наглядности представлен график распределения респондентов на группы по типам привязанности (рис. 1).

На первом этапе обработки данных проводился корреляционный анализ (таблица 1). Были выявлены статистически значимые отрицательные корреляции между показателями сексуальной удовлетворенности и показателями тревожности ($p < 0,001$) и избегания ($p < 0,001$).

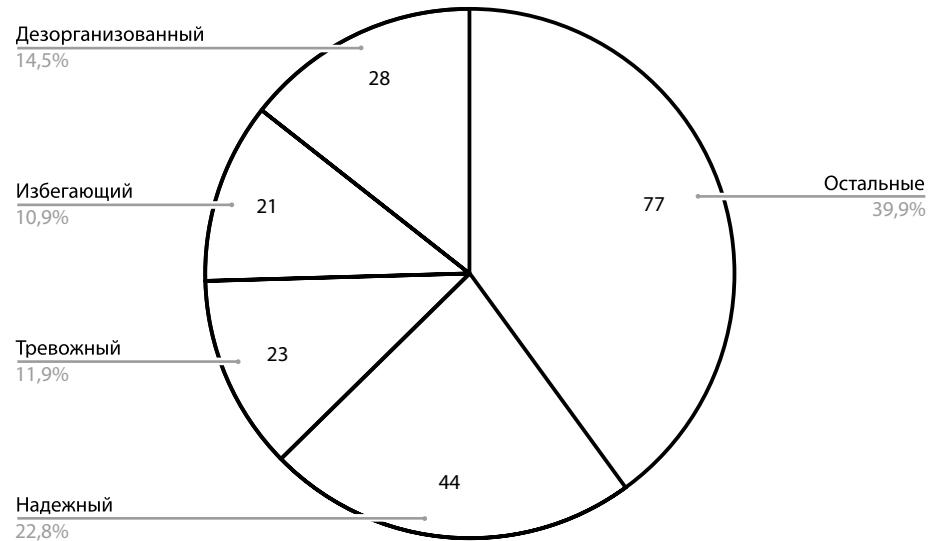


Рис. 1. Распределение респондентов на группы по типам привязанности

Таблица 1. Значения коэффициента корреляции Спирмена (вся выборка)

Тип привязанности	Сексуальная удовлетворенность
Тревожность	-0,38
Избегание	-0,34

Интересно также то, что связь показателей сексуальной удовлетворенности с показателями тревожности и избегания оказалась гендерно специфична. Так, в группе респондентов-мужчин мы не обнаружили статистически значимой корреляции между показателями сексуальной удовлетворенности и избегания, однако была выявлена отрицательная связь между сексуальной удовлетворенностью и тревожностью (таблица 2).

В группе респондентов-женщин были выявлены статистически значимые отрицательные корреляции сексуальной удовлетворенности как с тревожностью, так и с избеганием (таблица 3).

Таблица 2. Значения коэффициента корреляции Спирмена (только мужчины)

Тип привязанности	Сексуальная удовлетворенность
Тревожность	-0,54
Избегание	-0,06

Таблица 3. Значения коэффициента корреляции Спирмена (только женщины)

Тип привязанности	Сексуальная удовлетворенность
Тревожность	-0,32
Избегание	-0,4

Поскольку опыт близких отношений характеризуется значениями показателей тревоги и избегания, вышеописанные результаты свидетельствуют о наличии связи между сексуальной неудовлетворенностью и опытом близких отношений.

Второй этап обработки данных проводился для проверки основной гипотезы исследования: мы предположили, что у лиц с надежным типом привязанности удовлетворенность сексуальными отношениями будет выше, чем у людей с ненадежными типами привязанности (тревожным, избегающим, дезорганизованным).

Было выявлено (*Kruskal-Wallis, post-hoc Dunn test, Benjamini-Hochberg correction*), что среднее значение сексуальной удовлетворенности у респондентов с надежным типом привязанности статистически значимо различается со средними значениями сексуальной удовлетворенности во всех остальных группах (рис. 2):

1. Надежный тип и Тревожный тип ($p\text{-value} = 0,01$)
2. Надежный тип и Избегающий тип ($p\text{-value} < 0,01$)
3. Надежный тип и Дезорганизованный тип ($p\text{-value} < 0,0001$)
4. Надежный тип и Группа «Остальные» ($p\text{-value} < 0,05$)

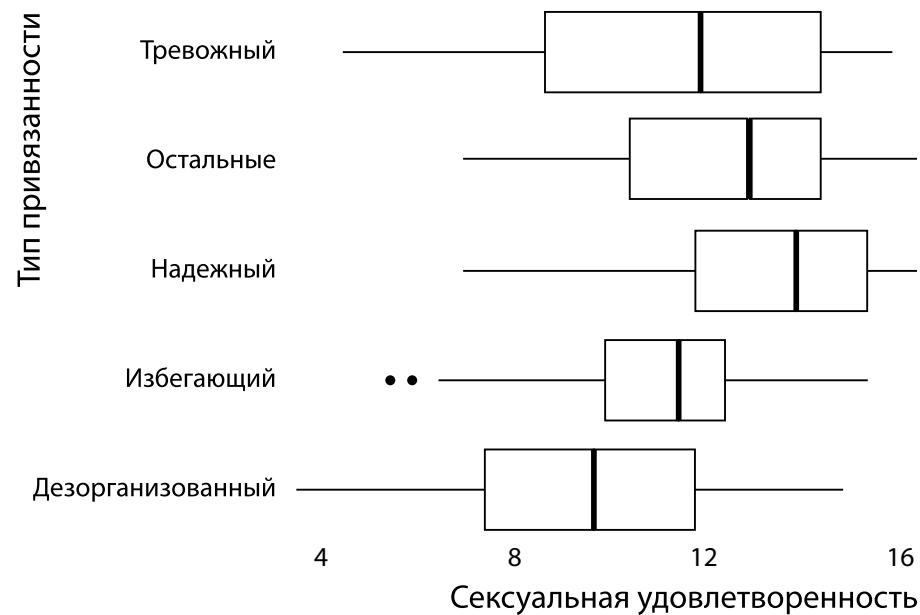


Рис. 2. Показатели сексуальной удовлетворенности в группах респондентов с различными типами привязанности

Таким образом, можно сказать, что удовлетворенность сексуальными отношениями у людей с надежным типом привязанности будет значимо выше по сравнению с людьми, имеющими тревожный, избегающий или дезорганизованный тип привязанности.

Отдельно следует отметить, что сексуальная удовлетворенность в группах с ненадежными типами привязанности (тревожный, избегающий, дезорганизованный) статистически значимо не различается (*Kruskal-Wallis, post-hoc Dunn test, Benjamini-Hochberg correction*). Сексуальная удовлетворенность в группе «Остальные» значимо различается (*Kruskal-Wallis, post-hoc Dunn test, Benjamini-Hochberg correction*) только с одним типом ненадежной привязанности – дезорганизованным ($p\text{-value} < 0,01$).

Выводы

1. Имеется положительная связь между сексуальной неудовлетворенностью и тревожностью в близких отношениях, а также между сексуальной неудовлетворенностью и избеганием в близких отношениях.
2. Удовлетворенность сексуальными отношениями у людей с надежным типом привязанности значимо выше по сравнению с людьми, имеющими тревожный, избегающий или дезорганизованный тип привязанности.

Список литературы

1. Авдеева Н.Н. и др. Теория привязанности: современные исследования и перспективы // Современная зарубежная психология. – 2017. – Т. 6. – № 2. – С. 7–14.
2. Айзенк Г., Вильсон Г. Как измерить личность / Пер. с англ. А. В. Белопольского. – Москва: Когито-центр, 2000. – 281 с.
3. Бриш К.Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. – Москва: Когито-центр, 2012. – 316 с.
4. Бурменская Г.В. Методики диагностики привязанности к матери в дошкольном и младшем школьном возрасте // Психологическая диагностика. – 2005. – № 4. – С. 5–36.
5. Жихарева Л.В. Теория привязанности, теоретические и практические аспекты // ПНиО. – 2013. – № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoriyaprivyaznosti-teoreticheskie-i-prakticheskie-aspekty> (дата обращения – 24.05.2023).
6. Казанцева Т.В. Адаптация модифицированной методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. – 2008. – № 74-2.

7. Смирнова Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вопросы психологии. – 1995. – Т. 3. – С. 139–151.
8. Ainsworth M.D.S. Attachment: Retrospect and prospect // Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. (ed.) The place of attachment in human behavior. N. Y., 1982.
9. Birnbaum G.E. Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. Journal of Social and Personal Relationships, 2007.
10. Brennan K.A., Shaver P.R. Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. Personality and Social Psychology Bulletin. 1995;21:267–83.
11. Brennan K.A., Wu S., Loev J. Adult romantic attachment and individual differences in attitudes toward physical contact in the context of adult romantic relationships. In J. A. Simpson and W. S. Rholes (Eds.), Attachment theory and close relationships. 1998:248–56.
12. Cooper M.L., Pioli M., Levitt A., Talley A., Micheas L., Collins N.L. Attachment styles, sex motives, and sexual behavior: Evidence for gender specific expressions of attachment dynamics. In M. Mikulincer & G. S. Goodman (Eds.), Dynamics of love: Attachment, caregiving, and sex. 2006:243–74.
13. Cyranowski J.M., Andersen B.L. Schemas, sexuality, and romantic attachment. Journal of Personality and Social Psychology. 1998;74:1364–79.
14. Davis D., Shaver P.R., Vernon M.L. Attachment style and subjective motivations for sex. Personality and Social Psychology Bulletin. 2004;30:1076–90.
15. Gentzler A.L., Kerns K.A. Associations between insecure attachment and sexual experiences. Personal Relationships. 2004;11:249–65.

16. Schachner D.A., Shaver P.R. Attachment dimensions and motives for sex. *Personal Relationships*. 2004;11:179–95.

17. Schachner D.A., Shaver P.R. Attachment style and human mate poaching. *New Review of Social Psychology*. 2002;1:122–9.

18. Tracy J.L., Shaver P.R., Albino A.W., Cooper M.L. Attachment styles and adolescent sexuality. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romance and sexual behavior: Theory, research, and practical implications*. 2003:137–59.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ И СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Лунева Ю.С.

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

Резюме. Статья посвящена исследованию особенностей групповой работы с подростками, страдающими нарушениями пищевого поведения (далее – НПП). В условиях групповой терапии создается поддерживающая среда, которая позволяет участникам делиться своими переживаниями и эмоциональными трудностями. Групповые занятия способствуют развитию навыков эмоциональной саморегуляции, совладанию со стрессом, повышению самооценки, развитию навыков общения и взаимодействия. В статье представлены содержательные аспекты социально-психологического тренинга, проводимого в условиях СПб ГБУЗ ГЦОРЗП «Ювента». Опыт проведения групповых занятий с подростками, у которых имеются пищевые расстройства, показывает, что совместная работа не только улучшает психоэмоциональное состояние участников, но и формирует чувство принадлежности и поддержки среди сверстников, что является ключевым аспектом для успешного преодоления расстройств. В статье обосновывается необходимость интеграции групповых методов в стандарты лечения НПП, а также необходимость дальнейшего исследования данной области с целью повышения качества жизни молодых людей, страдающих от пищевых расстройств.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения; подростки; групповая работа

Актуальность. НПП представляют собой сложную и многофакторную проблему, затрагивающую не только физическое, но и психическое здоровье подростков. В современном обществе, где идеалы внешности и стандарты стройности оказывают значительное влияние на самооценку и поведение молодых людей, необходимость эффективного вмешательства становится особенно актуальной.

В контексте сохранения репродуктивного здоровья важно учитывать, что подростковый возраст представляет собой сложный этап физического и психического развития, а нарушения репродуктивного здоровья в этом возрасте могут быть непосредственно связаны с различными стрессовыми переживаниями. Значение менструальной дисфункции у подростков с расстройствами пищевого поведения особенно актуально, когда речь идет о ее влиянии на линейный рост, половое развитие, минерализацию костей и когнитивные функции [1].

В контексте вышеназванной актуальности и междисциплинарности НПП как проблемы, затрагивающей различные аспекты здоровья, при их лечении наиболее эффективным оказывается комплексное сопровождение, включающее наблюдение у врача-психиатра, психолога, врача-гинеколога и т. д. [2]. Психологическое сопровождение, в свою очередь, также подразумевает использование как индивидуального, так и группового формата работы для увеличения эффективности лечения. Групповая работа с подростками, страдающими от расстройств пищевого поведения, позволяет не только противостоять индивидуальным трудностям, но и обеспечивать поддержку, основанную на общности переживаний и взаимопонимании. Таким образом, опираясь на знания об особенностях психологического состояния подростков с НПП [3, 4], нами была разработана программа социально-психологического тренинга для таких подростков.

Социально-психологический тренинг – форма психологического воздействия, использующая активные методы групповой работы. Это прикладная область психологии, которая объединяет различные групповые техники для развития умений и навыков самопознания, общения и взаимодействия между людьми в группе [5]. Ключевыми характеристиками данного тренинга являются наличие стабильной группы участников и определенная организация пространства, строгое соблюдение правил и принципов групповой работы, акцент на психологической поддержке участников, а также создание атмосферы доброжелательности, безопасности и открытости в общении [6].

Некоторые исследователи высказывают сомнение в эффективности групповой работы для подростков с пищевыми расстройствами, а точнее – для пациентов с нервной анорексией, поскольку существует опасность объединения подростков в группу единомышленников с намерением дальнейшего похудения [7]. Однако опыт зарубежных коллег показывает обратное [8]. Первый метаанализ группового лечения расстройств пищевого поведения был проведен *Fettes and Peters* [9], которые рассматривали эффективность групповой когнитивно-поведенческой терапии, проводимой у пациентов с нервной булимией. В ходе групповой терапии наблюдалось значительное снижение проявления симптомов булимии. *Thompson-Brenner* и коллеги [10] провели многомерный метаанализ, сравнивая групповую когнитивно-поведенческую терапию с индивидуальной психотерапией для пациентов с нервной булимией. Как групповое, так и индивидуальное лечение продемонстрировали существенное снижение проявления симптомов переедания-очищения. Однако, когда дело дошло до показателей ремиссии, индивидуальная терапия превзошла групповые вмешательства. Напротив, *Polney* и коллеги [11] провели систематический обзор и метаанализ исследований, в которых групповая терапия

применялась к пациентам с нервной булимией. Результаты показывают, что групповая когнитивно-поведенческая терапия эффективна в уменьшении проявления симптомов булимии по сравнению с контрольными группами без лечения. В более позднем метаанализе [12] было показано, что в сравнении с другими методами лечения (например, индивидуальной терапией, лекарственной терапией, самопомощью) групповая терапия показывает высокую эффективность лечения. Все формы групповой психотерапии (например, психодинамическая или когнитивно-поведенческая терапия) были эффективны в лечении НПП. К сожалению, отечественных публикаций, посвященных исследованию эффективности и групповой терапии для пациентов с расстройствами пищевого поведения, практически нет.

Особенности проведения групповой работы для подростков с пищевыми расстройствами

Групповая работа с подростками с НПП строится на общих принципах проведения социально-психологических тренингов, со строгим соблюдением правил конфиденциальности, уважения к участникам, ответственности, индивидуального подхода. Ниже представлены более подробно аспекты групповой работы, необходимые для положительной динамики лечения.

1. *Чувствительность к темам:* обсуждение вопросов, связанных с пищей, телом и внешностью, может быть триггером для многих подростков с пищевыми расстройствами. Важно соблюдать осторожность и создавать пространство, в котором участники могут делиться своими переживаниями, не чувствуя давления или осуждения.

2. *Создание безопасной атмосферы:* необходима атмосфера доверия и поддержки, где подростки могут открыто обсуждать свои чувства. Это включает в себя соблюдение строгих правил конфиденциальности и уважения к личному опыту каждого участника.

3. *Работа с установками и стереотипами:* групповая работа может помочь подросткам осознать и переосмыслить иррациональные установки, связанные с пищей и телом. Совместная работа может способствовать более здоровому восприятию пациентом себя и взаимной поддержке.

4. *Разнообразие подходов:* использование различных методов и техник (игры, арт-терапия, ролевые игры) может быть особенно эффективным в работе с подростками, так как помогает им быть более вовлеченными и открытыми к обсуждениям.

5. *Групповая динамика:* понимание групповой динамики и отношений между участниками очень важно. Взаимодействие и поддержка между подростками могут играть ключевую роль в их восстановлении.

6. *Индивидуальные потребности:* несмотря на групповую природу работы, важно учитывать индивидуальные потребности и особенности участников. Настройка групповой работы на конкретные случаи и проблематику может повысить ее эффективность.

7. *Оценка и мониторинг:* необходимо постоянно оценивать благополучие и состояние участников, чтобы обеспечить их безопасность и предотвратить ухудшение ситуации. Это может включать регулярные проверки настроения и психоэмоционального состояния.

8. *Обучение навыкам:* групповая работа может быть направлена на развитие практических навыков, таких как стратегии управления стрессом, навыки общения и механизмы преодоления трудностей, которые могут помочь подросткам вне группы.

9. *Информирование и образование:* важно включить элементы обучения о пищевых расстройствах, их последствиях и методах борьбы с ними, что может помочь участникам и их семьям лучше сориентироваться в ситуации и процессе выздоровления.

Эти особенности помогают сделать групповую работу с подростками с НПП более эффективной и полезной, способствуя их восстановлению и повышению качества жизни [13]. При этом групповые занятия для пациентов с НПП сложны с точки зрения групповой динамики, особенно если делать на занятиях акцент именно на пищевом поведении. В составленом нами социально-психологическом тренинге мы делаем акцент на навыках эмоциональной регуляции, коммуникативных компетенциях, актуализации ценностей подростка. Подростки данной нозологической группы зачастую чувствительны и ранимы в коммуникации, а также имеют достаточно ригидные установки относительно своей внешности и похудения; попытки их изменения могут привести к враждебности подростка по отношению к ведущему и группе. Таким образом, нами были выделены основные трудности при проведении групповых встреч, с которыми приходилось сталкиваться в процессе работы.

1. *Сложности построения терапевтического комплаенса с участниками группы.* Большое внимание уделяется созданию благоприятного психологического климата в группе, акцентированию внимания на принципах уважения, открытости, конфиденциальности.

2. *Высокий риск возникновения конфликтных ситуаций.* Ведущему группы необходимо обладать навыком амортизации конфликтов, а также прививать данные навыки участникам группы.

3. *Низкая мотивация к изменению дисгармоничного стиля пищевого поведения.* Необходима проработка мотивации и запроса каждого участника на индивидуальной консультации с психологом; индивидуальный запрос в дальнейшем учитывается в групповой работе.

4. *Большое количество коморбидных заболеваний.* Требуется учитывать данный факт при составлении и проведении занятий;

от ведущего необходима гибкость при взаимодействии с участниками тренинга, умение адаптировать материал в зависимости от состава группы и состояния участников.

5. *Сложность выстраивания взаимодействия в группе.* В процессе тренинга необходимо максимальное стимулирование межличностных взаимодействий в группе, отсутствие директивности, создание доверительной атмосферы.

Содержательные аспекты социально-психологического тренинга для подростков с НПП

Цель программы – формирование у подростков 12–17 лет с НПП ценностного отношения к своему психологическому и социальному здоровью.

Нами были поставлены следующие задачи:

- 1) формирование навыков эмоциональной регуляции;
- 2) формирование гармоничной структуры самоотношения;
- 3) формирование способности выбирать конструктивные методы совладающего поведения в стрессовой ситуации;
- 4) актуализация и развитие жизненных ценностей и приоритетов, способствующих гармоничному развитию личности подростка;
- 5) формирование толерантного поведения в межличностном взаимодействии.

Для включения в группу необходимо соблюдение следующих критериев:

- 1) возраст – 12–17 лет. Группы формируются также в зависимости от возраста: группа младшего подросткового возраста (12–15 лет) и старшего (15–17 лет);
- 2) предварительная индивидуальная консультация со специалистом Центра;

3) психологическая готовность, адекватное психоэмоциональное состояние. Решение о готовности принимается на основании заключения психолога и психиатра;

4) наличие мотивации к прохождению группового тренинга;

5) сохранность критического взгляда на собственное поведение и состояние.

Противопоказания к участию в групповом тренинге: ИМТ < 14, отсутствие критичности по отношению к собственному состоянию, отсутствие мотивации к изменениям, склонность к конфликтам в межличностном взаимодействии.

Структура тренинга состоит из 12 занятий по 90 минут. Частота проведения – 1 раз в неделю, в вечернее время. Такой сеттинг встреч способствует переработке полученной информации, а также дает возможность практического применения навыков с последующим обсуждением в группе. Необходимые материалы и оборудование – проектор, флипчарт, пространство с возможностью передвижения участников, бумага, карандаши.

Группа является закрытой, присоединение участников возможно до второй встречи включительно. В дальнейшем новые участники не могут быть включены в группу во избежание негативной групповой динамики. Закрытая группа позволяет выстроить более тесные межличностные отношения между участниками, а также обеспечивает появление чувства безопасности в групповом пространстве, что способствует самораскрытию подростков.

На занятиях присутствуют только подростки, родители в процессе тренинга не включаются, но у них есть возможность получать обратную связь о динамике изменений ребенка, а также индивидуальные рекомендации по взаимодействию. Обратная связь дается только с разрешения участника тренинга. Личная информация при этом не разглашается.

Оптимальное количество участников – 8–15 человек. Это обеспечивает возможность их продуктивного взаимодействия, меньшую вероятность возникновения конфликтов, большую включенность участников в процесс тренинга, возможность индивидуальной работы.

При проведении групповых занятий рекомендуется проводить оценку эффективности для отслеживания динамики состояния пациентов. Оценка эффективности проводится с помощью формы обратной связи и набора психодиагностических методик. Их набор составлен на основе поставленных задач социально-психологического тренинга. В набор для оценки динамики состояния входят: Многоуровневый личностный опросник Адаптивность (МЛО-АМ), Тест тревожности Спилбергера–Ханина, Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП/ED). Более полная оценка эффективности групповых занятий проводится психологом на индивидуальной консультации в ходе дальнейшего психологического сопровождения.

Тренинг способствует формированию у подростков позитивного образа своего тела и личности в целом. В ходе групповой работы происходит осознание основных зон неудовлетворенности собой. Участники проводят поиск положительных сторон личности, что способствует повышению собственной значимости в их глазах, уверенности в себе и в своем потенциале. В ходе обсуждения и выполнения упражнений развивается умение анализировать личностные качества и ресурсы.

Как правило, для пациентов с НПП характерна алекситимия [14], проявляющаяся в сложностях понимания и выражения эмоций, поэтому часть тренинга посвящена формированию навыка идентификации эмоций, определения направленности и силы эмоционального отклика, а также умения определять стоящую за эмоцией потребность.

После формирования способности распознавать свои эмоции, степень их выраженности и стоящую за ними потребность группы переходит к формированию способности выбирать конструктивные методы совладающего поведения в стрессовой ситуации. В ходе работы участники исследуют индивидуальные стрессовые факторы и эффективность выбранных методов борьбы с ними. В ходе упражнений и группового обсуждения подростки изучают способы устранения навязчивых или вызывающих тревогу мыслей, навыки осознанного конструктивного выхода из потенциально опасной ситуации. Постепенно происходит изменение дисфункциональных и дезадаптивных когнитивных установок в сфере межличностного взаимодействия.

Одной из главных задач тренинга является актуализация и развитие жизненных ценностей и приоритетов, способствующих гармоничному развитию личности подростка. Задачей ведущего является создание для участников ситуации активного размышления об истинных целях, желаниях и ценностях жизни, способствующей развитию умения адекватно оценивать свои потребности и жизненные ценности, актуализации возможностей в преодолении препятствий при достижении жизненных целей.

Межличностное взаимодействие подростков в ходе работы способствует повышению коммуникативной компетентности участников тренинга, развитию навыков асертивного поведения, формированию установки на продуктивное и конструктивное общение. Подростки осваивают навыки передачи информации без потерь и искажений, навыки конструктивного отстаивания своей позиции в диалоге с другими людьми, умение слушать и слышать другого человека в общении. Постепенно формируется толерантное поведение в межличностном взаимодействии, развиваются доброжелательность, эмпатия, внимательное отношение к окружающим, позитивное отношение к сверстникам,

понимание разнообразия мира, социальная восприимчивость, умение выслушивать другого человека.

Выводы. Групповая работа с подростками, страдающими от НПП, представляет собой мощный инструмент для преодоления психологических и социальных барьеров, с которыми сталкиваются молодые люди в этом уязвимом периоде жизни. Эффективность такой работы становится очевидной благодаря созданию безопасной и поддерживающей среды, где подростки могут открыто делиться своими переживаниями, находить поддержку у сверстников и развивать навыки, необходимые для изменения дисгармоничного стиля пищевого поведения и нарушенной структуры самоотношения.

Групповые занятия способствуют формированию чувства принадлежности и повышению уверенности в себе, что особенно важно для подростков, испытывающих изоляцию и стыд, связанные с их состоянием. Совместная работа не только помогает улучшить их психоэмоциональное состояние, но и развивает навыки сотрудничества и коммуникации, что способствует более здоровым и конструктивным социальным взаимодействиям в будущем.

Таким образом, групповые методы лечения НПП у подростков не только способствуют клиническому улучшению, но и вносят значительный вклад в общее развитие их личности, укрепляя социальные связи и эмоциональную устойчивость. Это подчеркивает необходимость внедрения и дальнейшего исследования групповых подходов в рамках комплексного сопровождения подростков с НПП, что может привести к повышению эффективности лечения и качества жизни молодых людей, сталкивающихся с подобными трудностями.

Список литературы

1. Пичиков А.А., Волкова Е.В. Расстройства пищевого поведения и нарушения менструального цикла у девушек-подростков // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи: Сб. трудов Всероссийской научно-практ. конференции / Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой; СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр “Ювента” (репродуктивное здоровье)». – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский общественный фонд «Поддержка медицины», 2020. – С. 120–122.
2. Скиртак И.А., Пестова А.Е. Междисциплинарный подход к проблеме исследования расстройств пищевого поведения // Актуальные проблемы науки и техники. Материалы Всероссийской (национальной) научно-практ. конференции. – Ростов-на-Дону: Донской государственный технический университет, 2021.
3. Кононова Т.А., Лунева Ю.С. Психологические факторы формирования терапевтического комплаенса у девушек-подростков с нарушением пищевого поведения // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи: Сб. трудов VII Научно-практ. конференции. Санкт-Петербург, 8 декабря 2023 года. – Санкт-Петербург, 2023. – С. 192–201.
4. Фёдорова Е.Я. Особенности структуры самоотношения девушек-подростков с нарушениями пищевого поведения // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи: Сб. трудов Всероссийской научно-практ. конференции / Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой; СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр “Ювента” (репродуктивное здоровье)». – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский общественный фонд «Поддержка медицины», 2020. – С. 123–135.
5. Ижаева М.М. Социально-психологический тренинг // Наука и инновации в современных условиях: Сб. статей Международной научно-практ. конференции 20 января 2017 г. – С. 101–103.
6. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками. – Санкт-Петербург: Питер, 2007. – 271 с.
7. Ермолович А.В. Основные подходы в психотерапии расстройств пищевого поведения у подростков // Актуальные проблемы социальных и психологических наук: теория, методология, практика. Материалы симпозиума в рамках XVI (XLVIII) Международной научно-практ. конференции. Вып. 22. – Кемерово: Кемеровский гос. ун-т, 2021. – С. 24–27.
8. Trombetta T., Bottaro D., Paradiso M.N., et al. Psychodynamic Group Therapy for Eating Disorders: A Narrative Review. *J Contemp Psychother* 54, 253–64.
9. Fettes P.A., Peters J.M. A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1992;11(2):97–110.
10. Thompson-Brenner H., Glass S., Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(3):269–87.
11. Polnay A., James V.A.W., Hodges L., Murray G.D., Munro C., Lawrie S.M. Group therapy for people with bulimia nervosa: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2014;44(11):2241–54.
12. Grenon R., Schwartze D., Hammond N., Ivanova I., Mcquaid N., Proulx G., Tasca G.A. Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2017;50(9):997–1013.

13. Koukis A. Group analysis and eating disorders: A study of the therapeutic impact of group-analytic psychotherapy on women suffering from Anorexia and bulimia nervosa. *Group Analysis*. 2013;46(2):41–56.

14. Берковская М.А. и др. Алекситимия и ее связь с расстройствами пищевого поведения и ожирением // *Проблемы эндокринологии*. 2020;66(2):42–48.

ГОД СЕМЬИ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
ФОРМИРОВАНИЯ УСТАНОВОК ПОДРОСТКОВ
К СОХРАНЕНИЮ ТРАДИЦИОННЫХ СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ
В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ОХРАНЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Уерги У.Н.

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

Резюме. В статье представлена актуальность работы с подростками по формированию у них установок к сохранению традиционных семейных ценностей, к которым отнесено ответственное отношение к репродуктивному здоровью, ориентирование на создание здоровой семьи в будущем. На примере деятельности специалистов Санкт-Петербургского городского центра охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» представлена технология группового консультирования подростков, включающая современные техники взаимодействия с целевой аудиторией. Представленная практика групповой работы с подростками реализуется полипрофессиональной командой специалистов медицинского учреждения и позволяет создавать многостороннее информационное пространство для формирования ответственного отношения к репродуктивному здоровью и ориентиров на традиционные семейные ценности.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье подростков; групповая работа с подростками; сохранение традиционных семейных ценностей; социально-психологическое сопровождение подростков; тренинги для подростков

Актуальность. Указом Президента Российской Федерации от 22.11.2023 № 875 «О проведении в Российской Федерации Года семьи» в целях популяризации государственной политики в сфере защиты семьи, сохранения традиционных семейных ценностей 2024 год объявлен Годом семьи [1]. Стоит отметить, что вектор поддержки семей и популяризации семейного образа жизни не стал для нашей страны поворотным. Так, распоряжением Правительства Российской Федерации от 25.08.2014 № 1618-р утверждена Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года (далее – Концепция), согласно которой приоритетами государственной семейной политики на современном этапе определены утверждение традиционных семейных ценностей и семейного образа жизни, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций в семейных отношениях и семейном воспитании, создание условий для обеспечения семейного благополучия, ответственного родительства.

К традиционным семейным ценностям, согласно Концепции, относятся ценности брака, понимаемого как союз мужчины и женщины, основанный на государственной регистрации в органах записи актов гражданского состояния, заключаемый в целях создания семьи, рождения и (или) совместного воспитания детей, основанный на заботе и уважении друг к другу, к детям и родителям, характеризующийся добровольностью, устойчивостью и совместным бытом, связанный взаимным стремлением супругов и всех членов семьи к его сохранению [2].

Акценты на поддержку института семьи прослеживаются во многих нормативно-правовых актах, среди которых за последние пять лет есть и фундаментальные, такие как Указ Президента Российской Федерации от 09.11.2022 № 809

«Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей». Согласно Указу крепкая семья также отнесена к традиционным ценностям. Также Указом определен перечень направлений, через которые видится решение проблем в области сохранения и укрепления традиционных ценностей, где среди прочих указано развитие и совершенствование форм и методов противодействия рискам, связанным с распространением деструктивной идеологии в информационном пространстве [3].

Поддержка семьи, сохранение традиционных семейных ценностей рассматривается через призму выполняемых ею социально значимых функций, таких как рождение и воспитание детей [2], поэтому тесно связана с аспектами демографии и здравоохранения, охраны репродуктивного здоровья.

Статистические данные по рождаемости за последние годы позволяют судить об актуальном демографическом кризисе [4]. Снижение рождаемости, в свою очередь, обращает внимание на положение дел в вопросе функционирования семьи, готовности ее к исполнению функции деторождения. В этом контексте показательны следующие тенденции. Согласно данным Росстата, граждане России все чаще предпочитают сожительство браку как приоритетную форму взаимоотношений [5]. В 2018–2022 годах по сравнению с 2010–2014 годами эти показатели выросли почти в 4 раза. Причем, согласно цифрам статистики, чаще всего сожительство практикуют молодые люди до 25 лет [6]. Тенденция отказа от легального брака в пользу сожительства, откладывание времени рождения детей (средний возраст рождения первенца увеличивается у женщин до 28 лет [5]) позволяют предположить наличие жизненных установок молодых людей, определяющих приоритет индивидуализма в ущерб семейным ценностям.

Таким образом, становится очевидно, что вопросы воспитания, создание качественной информационной среды в период взросления и становления личности, охрана здоровья (в том числе репродуктивного) подрастающего поколения – одно из актуальных направлений формирования установок, ориентироваться на которые будут молодые люди, определяя свой жизненный уклад и жизненные цели (желание и способность создавать здоровые семьи с детьми).

Пространство, позволяющее достигнуть эффективных результатов в этом направлении, является продуктом междисциплинарного влияния: систем образования, социальной поддержки, здравоохранения, сфер культуры, молодежной политики и т.д.

Говоря о ресурсах системы здравоохранения, стоит отметить уникальные возможности Центров охраны репродуктивного здоровья подростков (далее – Центры). Являясь медицинскими учреждениями, они призваны комплексно подходить к вопросу репродуктивного здоровья подростков. Согласно Приказу Министерства здравоохранения № 1130н от 20.11.2020 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»» среди прочих целевых функций для Центров предусмотрены и консультирование подростков по вопросам физиологии и психологии полового развития, формирование навыков ответственного репродуктивного поведения и здоровых взаимоотношений в семье, организация и обеспечение информационно-просветительской работы по вопросам полового развития, сохранения репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Это можно определить как функции, непосредственно влияющие на формирование репродуктивных установок и семейных ценностей адресной группы Центров.

СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» (далее – Центр «Ювента») – первый

и один из крупнейших представителей данного типа учреждений в России. На практике информационно-просветительская работа реализуется в том числе в форме групповых занятий с подростками в рамках Школы охраны репродуктивного здоровья подростков. В этом вопросе Центр «Ювента» реализует сотрудничество с образовательными учреждениями Санкт-Петербурга. В рамках договоров о сотрудничестве организованные группы учащихся школ, студентов средних специальных учебных заведений и учреждений высшего образования посещают занятия на базе Центра «Ювента». Основной целью групповой работы является формирование у подростков необходимых компетенций и навыков для безопасного репродуктивного поведения, ответственного отношения к своему здоровью. Программы занятий разработаны специалистами Центра «Ювента» в соответствии с современными требованиями по организации профилактических мероприятий, с учетом характеристик адресных групп подростков. Поэтому групповые занятия представляют собой форму группового консультирования с использованием интерактивных технологий, которые реализуются через различные обучающие формы активности: семинары, ролевые игры, обсуждение случаев и тренинги навыков [7]. Эта работа в первую очередь связана с просвещением, предоставлением достоверной и качественной информации по вопросам репродуктивного здоровья и аспектам взросления, причем не только информированием, но и созданием интерактивного пространства, предоставляющего информацию через призму морально-нравственной оценки, обозначающего актуальность семейных ценностей и здоровых репродуктивных установок.

Стоит отметить, что содержание групповых занятий успешно интегрирует медицинские, социально-психологические и правовые аспекты каждой тематики в контексте репродуктивного здоровья. Именно поэтому встречи с подростками проводятся

полипрофессиональной командой специалистов: врачами акушерами-гинекологами, урологами-андрологами (врачами других специальностей), медицинскими психологами и специалистами по социальной работе.

Современные вызовы ставят перед специалистами все новые задачи. Объявление 2024 года Годом семьи позволило специалистам акцентировать внимание целевой аудитории на аспектах репродуктивного здоровья, детерминирующих сохранение традиционных семейных ценностей. Определив проблемной и значимой тенденцию выбора молодежью сожительства без оформления официального брака как форму взаимоотношений в паре, специалисты Центра «Ювента» разработали групповое занятие – семинар-тренинг «Брак или свободные отношения: в поисках здоровых ориентиров» (далее – занятие).

Целью данного занятия является повышение информированности адресной группы по вопросам брачно-семейных отношений, содействие формированию установок на сохранение традиционных семейных ценностей (таких как взаимная ответственность и забота, доверие и верность и др.). Адресной группой были обозначены подростки и молодежь в возрасте от 16 до 23 лет, наблюдающиеся в Центре «Ювента».

Для достижения поставленной цели занятия были выделены следующие задачи:

- повышение информированности о закономерностях межличностных отношений в паре, функциях и закономерностях развития отношений в браке;
- повышение личных компетенций в вопросах формирования ресурсной семейной системы;
- развитие морально-нравственного потенциала для формирования установок на сохранение традиционных семейных ценностей.

В ходе проведения занятия предусмотрена реализация таких форм работы, как анонимный опрос, мозговой штурм, беседа с интерактивным взаимодействием, презентация, управляемая групповая дискуссия.

Первым и заключительным этапами занятия предусмотрен скрининговый опрос «Брак или незарегистрированные отношения: мой выбор», что позволяет оценить позицию группы по актуальному вопросу до и после занятия.

Основной этап занятия предполагает предоставление информации с презентацией, в ходе которой раскрываются социально-психологические, социально-правовые и медицинские аспекты межличностных отношений в паре: содержание социально-психологических стадий развития отношений, правовые аспекты семейных и несемейных взаимоотношений, медицинские аспекты репродуктивного здоровья партнеров, особенности реализации репродуктивного потенциала, социально-медицинские ресурсы для молодых семей.

Формат предоставления информации предполагает сравнительную характеристику отношений в паре в динамике их развития с этапом заключения официального брака и без такового.

Подобное сравнение позволяет наглядно продемонстрировать подмену понятия о семейной общности при отсутствии регистрации брака, минимизацию или полное исключение в такой форме взаимоотношений искреннего доверия, взаимоответственности, полноценного распределения семейных функций и т.д.

Занятие разработано командой специалистов: специалистом по социальной работе, медицинским психологом, акушером-гинекологом и урологом-андрологом, что позволяет создать многогранное и объемное представление о здоровых отношениях в паре, ценности и значимости супружеской семьи.

Интерактивная форма проведения занятия предусматривает возможность вовлечь его участников в диалог и актуализировать выработку у них собственной позиции, осознанной оценки качества отношений в паре при той или иной форме взаимоотношений.

На заключительном этапе основной части занятия участникам предлагается высказать собственную точку зрения в рамках управляемой дискуссии «Ориентиры на здоровые отношения: брак или не брак». Аргументированное осмысление подростками данной темы влияет на формирующуюся у них систему ценностей и представлений о желаемом.

8 июля 2024 года занятие «Брак или свободные отношения: в поисках здоровых ориентиров» впервые было проведено в Центре «Ювента» для студентов одного из колледжей Санкт-Петербурга и приурочено к Всероссийскому дню семьи, любви и верности.

Стоит отметить несколько значимых аспектов в ходе апробации занятия. Возраст участников варьировался от 17 до 19 лет. Проведенный скрининговый опрос показал динамику в позиции группы до и после занятия: в начале 14 – за официальный брак, 5 – позиция не определена, 6 – за отношения без регистрации брака; после занятия 16 – за официальный брак, 6 – позиция не определена, 3 – за отношения без регистрации брака. Небольшое изменение показателей в позиции участников группы все-таки позволяет предположить, что предоставление качественной информации и актуализация выработки личной позиции влияет на формирование мнения и, вероятно, отразится на личных установках.

Содержание обратной связи участников занятия позволяет сделать выводы, что поднятая тематика является актуальной для осмысления в выбранной возрастной группе,

информация – востребованной и доступной. Однако стоит отметить, что личный запрос аудитории в контексте темы связан с информацией более фундаментального характера: отношения с партнером в структуре личных потребностей, особенности межличностных взаимоотношений и выбор одного партнера для романтических отношений. Что в целом объясняется нормативными социально-психологическими задачами подросткового возраста и подтверждает актуальность данного направления работы.

По завершении занятия все участники получили брелоки с печатными основами, на которых были оформлены цитаты медийных личностей и лидеров общественного мнения, популярных среди подростков и молодежи и транслирующих семейные ценности. Следование и подражание популярным деятелям масс-медиа всегда отличало подростковую аудиторию. Обращение внимания подростков на публичные личности тех, кто транслирует социально приемлемые модели поведения и традиционные ценности, является также инструментом создания ресурсной информационной среды, формирования ориентиров и поведенческих практик самих подростков.

Список литературы

1. Указ Президента Российской Федерации от 22.11.2023 № 875 «О проведении в Российской Федерации Года семьи». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/49978> (дата обращения – 17.10.2024).
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25.08.2014 № 1618-р «Об утверждении Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года». URL: <https://docs.cntd.ru/document/>

420217344?ysclid=m2sv6uysb195096392 (дата обращения – 17.10.2024).

3. Указ Президента Российской Федерации от 09.11.2022 № 809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/48502> (дата обращения – 17.10.2024).

4. Рождаемость, смертность и естественный прирос / раздел «Демография» // сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения – 17.10.2024).

5. Итоги Всероссийской переписи населения–2020. Т. 2. Возрастно-половой состав и состояние в браке // сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: https://rosstat.gov.ru/vpn/2020/Tom2_Vozrastno_polovoj_sostav_i_sostoyanie_v_braise (дата обращения – 17.10.2024).

6. Астахов П. Без свадьбы поживут: в России резко выросла доля «гражданских» браков // Сетевое издание «Absatz». URL: <https://absatz.media/news/28834-rosstat-v-rossii-rezko-vyrosla-dolya-grazhdanskih-brakov> (дата обращения – 17.10.2024).

7. Гризан М.А., Кононова Т.А., Щепелина К.А. Интерактивные методы группового консультирования подростков как эффективный профилактический ресурс // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи: Сб. трудов Всероссийской научно-практ. конференции // Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. – Санкт-Петербург, 2023. С. 226–228.

ОСНОВЫ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ТРУДНЫМ ПАЦИЕНТОМ

Фёдорова Е.Я.

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

Резюме. Эффективная коммуникация в медицинской практике играет ключевую роль в обеспечении качественного обслуживания пациентов и достижения положительных результатов лечения. Современные исследования подчеркивают, что хорошее взаимодействие между медицинским работником и пациентом значительно повышает уровень удовлетворенности последнего, повышает приверженность к лечению и способствует более точной диагностике. В условиях быстро меняющегося медицинского ландшафта, когда пациенты становятся все более активными участниками процесса принятия решений о своем здоровье, навыки коммуникации становятся необходимым компонентом профессиональной компетентности медицинского персонала. Однако взаимодействие с трудными пациентами представляет собой значительную проблему для медицинских работников. Трудные пациенты, обладающие акцентуированными или патологическими чертами характера, могут проявлять агрессивность, недовольство или эмоциональную нестабильность, что затрудняет процесс общения и компромиссное решение вопросов, касающихся лечения. Это требует от медицинского персонала не только профессиональных знаний и умений, но и развитых навыков психологической адаптации, позволяющих справляться с эмоциональными вызовами и эффективно управлять конфликтными ситуациями. Таким образом, рассмотрение вопросов эффективной коммуникации в контексте взаимодействия

с трудными пациентами становится актуальной темой, способствующей повышению качества медицинской помощи и улучшению психологического климата в лечебных учреждениях.

Ключевые слова: акцентуации; коммуникация; комплаенс; пациентоориентированность; трудный пациент; характер

Понятие характера. Характер представляет собой структуру устойчивых, сравнительно постоянных психических свойств, которые определяют особенности взаимодействия и поведения личности [1]. Он оказывает значительное влияние на все аспекты индивидуальной проявленности, включая поведенческие реакции. С точки зрения гармоничности можно выделить следующие виды характера: нормальный, акцентуированный, патологический.

При нормальном характере все личностные качества человека находятся в пределах определенного диапазона выраженности и взаимодополняют друг друга, обеспечивая адаптивное функционирование личности. Нормальный характер не имеет отклонений, представляя собой золотую середину целого ряда качеств [2]. Акцентуированный характер – вариант нормы, отличается ярко выраженным чертами, которые не достигают уровня патологического выражения. Такие акцентуации могут усилить определенные характеристики личности без создания серьезных проблем в ее социальном функционировании [3]. Дезадаптивные черты проявляются лишь иногда в определенных условиях, при тяжелых жизненных ситуациях или психических травмах [4]. Патологически выраженный характер (дисгармоничный), часто рассматриваемый как расстройство личности или психопатия, характеризуется выраженным и стабильными отклонениями от нормы, что приводит к значительным трудностям в адаптации и взаимодействии с окружающими.

В 2008 году по результатам шести крупных научно-исследовательских работ было установлено, что примерно один из десяти человек страдает тем или иным расстройством личности (медианный показатель диагностируемых расстройств личности составил приблизительно 10,6%) [5].

Пациенты с гармоничным характером, как правило, не создают психологических трудностей в процессе взаимодействия, тогда как лица с акцентуированным или патологическим характером часто являются трудными пациентами. Способность своевременно идентифицировать такого пациента и организовать коммуникацию с учетом его эмоционально-личностных особенностей является необходимым психологическим навыком для медицинского работника.

Выбор коммуникативной стратегии при взаимодействии с пациентом. Под коммуникативной стратегией следует понимать «комплекс речевых действий, направленных на достижение коммуникативной цели» [6]. Как правило, в процессе оказания медицинской помощи главной коммуникативной целью специалиста является достижение высокой степени сотрудничества и соблюдения пациентом предписанных ему медицинских рекомендаций и лечебного плана (терапевтический комплаенс) [7]. По данным ВОЗ, приблизительно половина пациентов с хроническими заболеваниями в развитых странах не следует предписаниям врачей, а в развивающихся странах эта проблема становится еще более значительной из-за ограниченных ресурсов в области здравоохранения и неравенства в доступе к медицинской помощи. Высокий уровень терапевтического комплаенса является важным фактором для успешного лечения и достижения клинических результатов, способным оказать значительное влияние на динамику заболевания и его исход [8]. В свою очередь, высокие показатели комплаентности порой недостижимы

при наличии трудностей в коммуникации между медицинским специалистом и пациентом. Выбор коммуникативной стратегии с опорой на эмоционально-личностные особенности пациента – фундамент эффективного взаимодействия с ним.

Для пациентов астено-невротического типа характерны повышенная утомляемость (от умственных занятий или высоких физических нагрузок), выраженные аффективные реакции на незначительные раздражители, повышенная чувствительность к своим телесным ощущениям (ипохондрия, усиливающаяся на фоне негативных переживаний). При нарастании утомления наблюдаются увеличение уровня раздражительности, ворчливости и придиричивости, снижение эмоционально-поведенческого самоконтроля. При установлении доверительного контакта со специалистом такой пациент аккуратен, дисциплинирован, склонен к принятию ответственности за собственное здоровье. Медицинскому специалисту при взаимодействии с подобным пациентом необходимо придерживаться следующих правил:

- проявлять толерантность к реакциям утомления, возможным аффективным вспышкам, поскольку пациент с астено-невротическим типом личности в стрессовых ситуациях, как правило, не имеет достаточно ресурсов для эмоциональной саморегуляции и управления собственным недовольством;

- доносить информацию в структурированном и доходчивом виде, в полном объеме. Астено-невротический пациент на фоне ипохондрии склонен к мнительности, подозрительности и тревожности касательно состояния своего здоровья; соответственно, наличие каких-либо недоговоренностей может создавать условия для усиления вышеуказанных эмоциональных реакций у пациента.

Для людей гипертимного типа характерны возбужденное настроение, высокий эмоциональный тонус, завышенная

самооценка, общая активность и выраженное стремление к социальному взаимодействию. Эмоциональное состояние гипертимов мало зависит от внешних факторов, однако они имеют явную непереносимость монотонности, одиночества и безделия. Высокая активность в совокупности с постоянным поиском новых впечатлений в неблагоприятных обстоятельствах приводит к формированию склонности к рискованному поведению. Гипертимные пациенты зачастую обращаются за медицинской помощью несвоевременно, к выполнению рекомендаций врачей относятся попустительски, склонны «исчезать» из поля зрения специалистов. В ситуациях конфликта демонстрируют нецеленаправленную активность, мотивированную внутренним убеждением в своей правоте и субъективным восприятием ситуации. Стремление переложить ответственность за свои неудачи на окружающих является характерной чертой данного типа, а внешнее эмоциональное отреагирование, направленное на врача, выполняет функцию защитного механизма. Медицинскому специалисту при взаимодействии с подобным пациентом необходимо придерживаться следующих правил:

- формировать терапевтический альянс, уделяя особое внимание распределению ответственности в процессе лечения (уточнить, за что ответственен специалист, а за что – сам пациент);
- аргументировать свою позицию, ссылаясь на профессиональную компетентность;
- следить за соблюдением личностных границ, не допускать фамильярности во взаимодействии.

Истероидный тип личности характеризуется ярко выраженным эгоцентризмом и стремлением занимать центральное положение в социальной среде. Представители данного типа обладают высокой инициативностью и коммуникативностью, нередко выделяясь выраженными артистическими

способностями. Они могут демонстрировать эксцентричное поведение и внешний вид, что проявляется в необычном стиле одежды, ярком макияже, а также выразительной мимике и жестикulationи. Удары по их «я» (часть человеческой личности, которая осознается как «я») воспринимаются крайне болезненно из-за страха быть осмеянными или оставленными без внимания. В конфликтных ситуациях истероиды часто демонстрируют театрализованные эмоции, при этом поведение может быть направленным на привлечение внимания окружающих. Медицинскому специалисту при взаимодействии с подобным пациентом необходимо придерживаться следующих правил:

- убедиться в том, что пациент ощущает свою уникальность и эксклюзивность (необходимо создать атмосферу «только для вас» посредством комплиментов, похвалы и внимательного отношения);
- допустимо подчеркнуть собственный профессиональный статус (пациент получает лечение от компетентных специалистов);
- в конфликте важно ограничить число «зрителей» с целью снижения уровня театрализации и манипулирования через аудиторию.

Сенситивный тип личности характеризуется впечатлительностью и выраженным чувством собственной неполноценности. Представители данного типа обычно испытывают робость, страх перед изменениями и ответственностью. В подростковом возрасте они часто становятся объектами насмешек, что усугубляет их эмоциональную уязвимость. Внешне сенситивные индивиды демонстрируют сдержанность в мимике и жестах, избегая зрительного контакта. Их поза часто бывает скованной, а речь – тихой с минимальным интонированием. Склонность к тревожности часто проявляется в страхе перед лечением, что приводит

к избеганию ответственности за свое состояние. В конфликтных ситуациях сенситивы чаще прибегают к скрытому саботажу, нежели к активному сопротивлению. На приеме такой пациент может демонстрировать молчаливый отказ от контакта и в случае недопонимания тактики лечения может просто перестать следовать рекомендациям врача. Медицинскому специалисту при взаимодействии с подобным пациентом необходимо придерживаться следующих правил:

- демонстрировать поддержку и эмоциональное вовлечение, соблюдать последовательность в коммуникации, руководствуясь правилами, согласованными на первом приеме;
- формировать у пациента чувство ответственности за собственное здоровье, подчеркивая взаимное распределение этой ответственности, где врач выполняет свою часть, а пациент – свою.

Эпилептоидный тип личности характеризуется повышенной возбудимостью, подозрительностью и авторитарностью. Представители данного типа склонны к проявлению злобно-тоскливого настроения, раздражительности, а также к аффективным всплескам, что зачастую приводит к поиску объектов для разрядки накопленной агрессии. Эпилептоиды интуитивно делят окружающих людей на сильных и слабых, при этом занимая четко определенное место в социальной иерархии; стремятся к доминированию и строго соблюдают правила, проявляя мелочную аккуратность. Тем не менее их внимание к деталям и пунктуальность также распространяются на заботу о собственном здоровье. В конфликтных ситуациях эпилептоиды проявляют агрессивность, активно принимая инициативу в нападении, и стремятся подчинить оппонента.

Медицинскому специалисту при взаимодействии с подобным пациентом необходимо придерживаться следующих правил:

- предоставлять информацию в структурированном виде, избегающем излишней нагрузки, чтобы облегчить восприятие;
- демонстрировать контроль над ситуацией, устанавливая порядок и требуя его соблюдения, не предоставляя пациенту возможность манипулировать отношениями;
- в конфликте избегать эскалации, поскольку при наличии психопатологических нарушений подобные пациенты могут проявлять физическую агрессию.

Шизоидный тип личности характеризуется замкнутостью и отгороженностью от окружающих, а также недостатком интуиции и способности сопереживать. Представители данного типа испытывают трудности при установлении эмоциональных контактов, их внутренний мир зачастую остается закрытым и заполняется увлечениями и фантазиями. Мышление таких индивидов, как правило, оригинально, но непоследовательно. Внешне они могут проявлять чудаковатость, неаккуратность и в целом выглядеть нелепо, а их мимика и жестикуляция либо необычны, либо крайне слабо выражены. Необходимость активного взаимодействия с социумом у шизоидов вызывает чувство неловкости и смущения, что приводит к повышенному напряжению. Данные индивиды легко подвержены астеническим эмоциям, особенно если их обвиняют в неправильности их поведения (например, в несоблюдении медицинских рекомендаций). В конфликтных ситуациях замкнутость шизоидов может усугубляться и в некоторых случаях приводить к развитию бредовой настороженности. Медицинскому специалисту при взаимодействии с подобными пациентами необходимо придерживаться следующих правил:

- установить формально-доброжелательные отношения, соблюдая дистанцию и избегая вмешательства в частные дела пациента;
- акцентировать внимание пациента на важных моментах, не ожидая быстрых результатов от взаимодействия;

- убедиться, что предоставленная информация/рекомендация корректно понята.

Базовые правила успешной коммуникации. В процессе взаимодействия большую часть информации человек получает посредством неверbalных средств общения, то есть через интонацию, жесты, позы и мимику. Таким образом, важно уделять внимание не только тому, что именно специалист говорит пациенту, но и тому, как он это говорит. Доброжелательное и уважительное поведение специалиста повышает вероятность того, что пациент ответит специалисту тем же. В процессе консультирования следует обратить внимание на основные аспекты невербальной коммуникации:

- автономно-поддерживающая интонация используется для поощрения и поддержки, создает доверительную атмосферу и мотивирует пациента на выполнение рекомендаций без давления;
- демонстрация открытых (приглашающих) жестов придает уверенности специалисту, повышая уровень его убедительности, а также создает комфортный для пациента психологический микроклимат; следует избегать экспрессивной жестикуляции, частого повторения одних и тех же движений, создающих впечатление хаоса и дезорганизации общения;
- прямой зрительный контакт, сопровождаемый улыбкой, способствует более скорому установлению доверия между специалистом и пациентом; визуальный контакт является исключительно важной частью общения, информирующей о заинтересованности специалиста, а также его сосредоточенности на том, что говорит пациент.

В процессе медицинской коммуникации важно определить установки, ожидания, мотивы и потребности пациента, а также

выяснить, какие факторы обусловливают эти аспекты и как они соотносятся с терапевтическими целями врача.

В ходе взаимодействия необходимо обращать внимание на сигналы обратной связи, осознавая, насколько доступно и понятно вы излагаете информацию и какие реакции в ответ демонстрирует пациент. Необходимо проявлять снисходительность к возможным эмоциональным и поведенческим слабостям пациента. В завершение беседы желательно сделать акцент на ее положительных моментах, что способствует укреплению терапевтических взаимоотношений и позитивному восприятию взаимодействия.

Реакция на претензию пациента. Психологическая готовность врача к управлению конфликтными ситуациями является ключевым аспектом во взаимодействии с пациентами. Медицинский специалист, выступая в роли лидера в этих отношениях, должен взять на себя инициативу в процессе разрешения конфликта. На этом этапе важно четко определить свои цели, которые могут включать в себя убеждение, переубеждение, информирование, установление партнерских отношений, нахождение компромисса или переход в правовую плоскость.

Рекомендуемая тактика взаимодействия в конфликте:

- 1) в ходе общения выдерживать паузы, не спеша с ответом;
- 2) необходимо успокоить пациента и предложить ему занять комфортное положение;
- 3) говорить спокойно и неторопливо, внимательно выслушивать все замечания, не перебивая пациента, что может помочь снизить эмоциональное напряжение;
- 4) присоединиться к возражениям пациента, соглашаясь хотя бы с частью претензии или ее эмоциональной составляющей;

5) задать уточняющие вопросы, касающиеся предъявленной претензии, и согласиться с разумными и конструктивными предложениями, которые могут возникнуть в ходе обсуждения;

6) обсудить возможные варианты решения проблемы, стремясь найти такие, которые удовлетворяют интересы обеих сторон;

7) в случае утраты самообладания рекомендуется отложить разговор на более поздний срок, сообщив пациенту о том, что вопрос будет обсужден через определенный промежуток времени (например, через несколько минут, завтра или на следующем приеме);

8) в некоторых случаях целесообразно привлечь третью сторону для разрешения конфликта (медицинского психолога или заведующего отделением) с целью объективной оценки ситуации и уточнения цели обеих сторон.

Выводы. В условиях современного здравоохранения пациентоориентированность приобретает особую актуальность. Внедрение эффективных практик медицинской коммуникации и развитие необходимых навыков у медицинского персонала не только способствуют повышению качества медицинского обслуживания, но и формируют более высокую степень доверия и лояльности со стороны пациентов. Это, в свою очередь, является необходимым условием для достижения высоких результатов в области здравоохранения и обеспечения жизнеспособности медицинских учреждений.

Список литературы

1. Крысько В.Г. Психология в схемах и комментариях: учебное пособие для среднего профессионального образования. – Москва: Юрайт, 2024. – 379 с.

2. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию: [курс лекций]. – Москва: АСТ, 2021. – 352 с.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности / Пер. с нем. В. Лещинской. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 448 с.
4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – Санкт-Петербург: Речь, 2009. – 256 с.
5. Lenzenweger M.F. Epidemiology of Personality Disorders (англ.) // Psychiatric Clinics of North America. 2008;31(3):395–403.
6. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. – Москва: ЛКИ, 2008. – 288 с.
7. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – Вып. 2.
8. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WorldHealth Organization. 2003, 212 p.

ВИКТИМИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК СОВРЕМЕННАЯ УГРОЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Ганузин В.М., Мозжухина Л.И., Фаттахова А.С.

Ярославский государственный
медицинский университет,
Ярославль, Россия

Резюме. Виктимизация среди школьников представляет собой широко распространенную проблему, актуальную для образовательных учреждений во всем мире. В данной статье предлагается обзор современной отечественной и зарубежной литературы, посвященной феномену виктимизации детей и подростков в условиях образовательных учреждений. Особое внимание уделяется изучению буллинга, включая его цифровую форму – кибербуллинг, и его влиянию на формирование виктимного поведения на разных этапах детского развития. Описываются взаимосвязи виктимизации с такими явлениями, как одиночество, агрессия, дефицит социальных навыков и импульсивность, наблюдаемые у детей, подвергшихся насилию.

Ключевые слова: виктимизация; психологическое и физическое насилие; здоровье; подростки

Цель: привлечение внимания врачей различного профиля, медицинских психологов и педагогов к проблеме влияния виктимизации на состояние здоровья детей и подростков.

Актуальность. Виктимизация подростков как социально-психологический феномен продолжает оставаться недостаточно исследованной областью, несмотря на ее значительное

влияние на эмоциональное и физическое благополучие учащихся. Многочисленные исследования указывают на серьезное воздействие негативных факторов образовательной среды на психическое здоровье школьников и педагогов, что делает проблему виктимизации одной из наиболее актуальных для образовательных систем различных стран [1–11].

Виктимизация (лат. *victima* – жертва) обозначает процесс или результат превращения индивида или группы людей в жертв насильственных действий. Это явление включает в себя негативное влияние насильственных отношений, которые способствуют формированию у ребенка виктимных черт – физических, психологических или социальных. Виктимизация характеризуется как действия, направленные на причинение физического или психологического вреда, унижение или дискриминацию, выполняемые одним или несколькими лицами по отношению к другому человеку [12–14].

В исследовании А.А. Реана и А.В. Ставцева обнаружено, что подростки из неблагополучных семей чаще становятся жертвами насилия как в школе, так и за ее пределами. В рамках исследования, включающего 200 подростков из разных социальных слоев, выяснилось, что 45% подростков из неблагополучных семей подвергаются физическому или эмоциональному насилию. Более того, подростки из подобных семей на 40% более склонны к криминальному поведению по сравнению с их сверстниками из благополучных семей. Другое исследование тех же авторов, охватывающее 120 подростков с агрессивными поведенческими стратегиями, показало, что основными источниками агрессии являются семейные конфликты и насилие в семье. Более 70% агрессивных подростков демонстрировали высокий уровень виктимного поведения [15, 16].

Исследование *G. D'Urso и J. Symonds*, использующее метод структурного моделирования, показало, что для девочек социально-экономический статус является более значимым предиктором интернализованных проблем, чем для мальчиков. Буллинг у детей в возрасте 7–10 лет коррелировал с когнитивными способностями обоих полов, при этом виктимизация прогнозировалась как внешними, так и внутренними проблемами [17].

A. Kurpiel в своей работе провел тщательное сравнительное исследование последствий предвзятой и непредвзятой виктимизации, основываясь на общенациональных репрезентативных данных США ($N = 2241$). В его анализе оценивались негативные последствия для физического здоровья жертв, их самооценки, социальных взаимоотношений и академической успеваемости. Результаты исследования показали, что предвзятая виктимизация значительно чаще приводит к негативным последствиям у подростков. Автор подчеркивает необходимость уделять больше внимания предвзятым формам виктимизации в школьных профилактических программах, направленных на борьбу с насилием и издевательствами [18].

Г.Ф. Биктагирова и соавторы проанализировали механизмы виктимизации, уделяя внимание как социальным, так и психологическим аспектам. В ходе их исследования выявлено, что ежегодный рост виктимизации среди подростков составляет 15%, что говорит о росте проблемы. Подростки, вовлеченные в виктимное поведение, в два раза чаще сталкиваются с негативными социальными последствиями, такими как изоляция и дискриминация в школьной среде, что приводит к дальнейшему ухудшению их социального статуса и психологического здоровья [19].

G.A. Vergara и соавторы провели глубокое исследование, посвященное несуициdalным самоповреждениям (селфхарм) и суициdalным попыткам среди подростков с депрессией,

обусловленным воздействием буллинга и травли со стороны сверстников. Подростки сообщали о высоком уровне виктимизации, а также об участии в актах издевательств. В результате исследования авторы пришли к выводу, что преследование со стороны сверстников и совершение буллинга выделяют подростков, склонных к инициированию суицидальных действий, от тех, кто уже предпринял попытку самоубийства. Это подчеркивает необходимость адресного подхода в борьбе с буллингом и преследованиями в рамках суицидальных профилактических программ [20].

E.A. Waterman и коллеги также изучали влияние виктимизации со стороны сверстников на суицидальные наклонности и депрессивное состояние подростков. Их исследование выявило кумулятивное воздействие виктимизации, которое способствовало как углублению депрессивного настроения, так и повышению уровня суицидальности среди подростков, что подчеркивает важность раннего вмешательства для предотвращения тяжелых последствий [21].

Исследования *I. Menrath* и его соавторов проливают свет на глубокое и разрушительное воздействие школьной виктимизации на психическое и физическое состояние учеников. В результате анкетирования было выявлено, что 39% учащихся подвергались постоянным издевательствам, а 16% становились жертвами межличностного насилия. Эти ученики значительно чаще сталкивались с психосоматическими расстройствами, демонстрировали заметное снижение уровня удовлетворенности жизнью, а также ухудшение качества жизни, связанного со здоровьем (*HRQoL*), по сравнению с их сверстниками, не подвергшимися виктимизации. Авторы делают акцент на том, что укрепление чувства самоэффективности у школьников и создание поддерживающей и доброжелательной

школьной среды способны значительно снизить разрушительное влияние виктимизации на здоровье учащихся, способствуя улучшению их общего самочувствия и эмоционального состояния [22].

E. Нюкова, Е.Г. Дозорцева, Н.Ц. Бадмаева, С.О. Чибисова проанализировали распределение жертв по группам на основе способности к осознанию и сопротивлению. Среди них наиболее уязвимой оказалась группа, неспособная к осознанию и сопротивлению (46,2%). Девочки преобладали среди тех, кто не мог сопротивляться из-за возраста или социокультурных факторов. Для жертв с полной способностью к сопротивлению (17,9%) характерны случаи насилия в условиях, где возможности самозащиты были ограничены, что подтверждает необходимость учета возраста и психосоциальных факторов в оценке риска виктимизации [23].

Масштабное лонгитюдное исследование, проведенное *C. Wi, R.A. Astor, R. Benbenishty*, было направлено на изучение школьных факторов, которые выступают посредниками между депрессией, родительским контролем и виктимизацией среди учеников средних школ. В рамках данного исследования анализировалось, как личные (например, депрессия) и семейные (например, родительский контроль) аспекты влияют на виктимизацию через школьные факторы, такие как успеваемость, влияние рискованного окружения и чувство принадлежности к школьному сообществу. Согласно результатам моделирования структурных уравнений, родительский контроль не оказался значимым предиктором виктимизации. Однако депрессия была напрямую связана с виктимизацией, оказывая также косвенное влияние через снижение успеваемости и попадание в рискованное социальное окружение [24].

В статье *E.B. Борисенко* проанализировано 117 случаев сексуального насилия среди несовершеннолетних, из которых

80,3% составили девочки. Жертвы были разделены на четыре группы по способности осознавать агрессию и сопротивляться ей, что позволило выявить важные виктимные факторы. Первая группа (46,2%) не осознавала ни характера, ни значения действий, главным образом из-за возраста (9,3 года). Вторая группа (28,2%) понимала характер, но не значимость действий, сталкиваясь с такими факторами, как возрастные ограничения и социогенные влияния. Третья группа (7,7%) осознавала все, но не могла сопротивляться из-за психологического давления, включая внутрисемейное злоупотребление. Четвертая группа (17,9%) могла осознавать и сопротивляться, но не справлялась из-за внезапности и специфики обстоятельств. Эти данные подчеркивают, что несовершеннолетние часто оказываются уязвимыми перед насилием и нуждаются в дополнительной защите и поддержке [25].

V. Sheanoda, K. Bussey продемонстрировали тесную связь между кибербуллингом и ухудшением психического здоровья подростков, а также роста доступности интернета для этой возрастной группы. В исследовании приняли участие подростки 11–16 лет, обучающиеся в школах крупного города. Результаты показали, что высокий уровень кибербуллинга коррелирует с выраженной депрессией. Кроме того, более низкая самоэффективность в совладании с трудностями была связана с более высоким уровнем депрессивных симптомов. Соответственно, в исследованиях, касающихся очной виктимизации, было установлено, что навыки совладания, направленные на избегание самообвинения, а также проактивные стратегии поведения частично опосредуют связь между кибербуллингом и депрессией [26].

В.П. Шейнов изучил масштабы кибербуллинга среди подростков, установив, что ему подвергаются от 10% до 20%, а от 5% до 15% участвуют в изdevательствах. Исследования в США

показали, что 15,8% учеников сталкивались с кибербуллингом, тогда как 25,9% становились жертвами традиционной виктимизации. Влияние виктимизации проявляется в усилении депрессивных и суицидальных мыслей у пострадавших, которые возникают в 2 раза чаще, чем у подростков, не подвергшихся кибербуллингу. Около 25,6% подростков, подвергшихся изdevательствам, также сталкивались с кибербуллингом, что указывает на частые перекрещивания традиционной и цифровой виктимизации, а также на влияние предикторов, таких как рискованное поведение в интернете и низкий самоконтроль [27].

Е.В. Нуцкова и Е.Г. Дозорцева указали, что среди жертв кибергруминга преобладают дети из дисфункциональных семей (52,5%), где отмечаются сложности в общении со сверстниками (65%) и буллинг (27,5%). Проблемы со здоровьем (хронические психические расстройства у 25% и соматические проблемы у 35%) также усиливают уязвимость. Мотивы вступления в контакт варьировались от поиска романтических отношений (22%) до финансовой выгоды (5%). Наличие знакомых, пострадавших от агрессора, также повышало риск. Психологические последствия включали в себя высокий уровень травматизации (60%) и тревожно-депрессивные реакции (12,5%), подчеркивая сложность последствий [28].

О.О. Андронникова в своей работе свидетельствует о необходимости комплексного подхода в виктимологии, отмечая, что криминалистический, социально-педагогический и психологический подходы дополняют друг друга в осмыслении виктимного поведения. Данный подход, акцентирующий влияние дефицитов психических функций на адаптацию личности, показывает, что виктимность требует глубокой интерпретации и разработки профилактических мер, способных предотвратить преступные проявления виктимных паттернов [29].

Заключение. Возникновение виктимного поведения подростков обуславливается комплексным воздействием специфических и неспецифических факторов различного генеза. Подростки, в отношении которых практикуется жестокое обращение со стороны как родителей, так и сверстников, являются особой группой риска по предрасположенности к различным формам виктимного поведения и их реализации.

По нашему мнению, с целью профилактики и реабилитации участников виктимизации необходим полипрофильный подход с участием различных специалистов, в том числе врачей, педагогов, психологов, юристов, сотрудников социальной службы.

Список литературы

1. Барбина В.Д., Слепухина Г.В. Проблемы буллинга в образовательной среде // Современная наука. 2019;12(2):236–330.
2. Ганузин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков: NOTA bene! // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023;23(2):96–105. – EDN ALIRPW.
3. Ганузин В.М. Анализ психотравмирующих факторов, негативно влияющих в школьном возрасте: рядовые школьных войн (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021;21(4):99–110.
4. Ганузин В.М. Влияние психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте на их жизненную парадигму (обзор) // Практическая медицина. 2021;19(6):26–31. DOI: 10.32000/2072-1757-2021-6-26-31.
5. Ганузин В.М., Борохов Б.Д. Постдидактическое стрессовое расстройство у детей и подростков: размышления

над проблемой // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022;22(3):85–89.

6. Милушкина О.Ю., Дубровина Е.А., Григорьева З.А., Козырева Ф.У., Пивоваров Ю.П. Влияние современной образовательной среды на нервно-психическое здоровье детей школьного возраста // Российский вестник гигиены. 2023;4:47–56. DOI: 10.24075/rbh.2023.085.
7. Ahi Evran. Sınıfta İstenmeyen Öğrenci Davranışlarıyla İlgili Sınıf. Öğretmenlerinin Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD). Cilt 14, Sayı 1, Nisan 2013, Sayfa 255–269.
8. Kelmendi K., Arënliu A., Benbenishty R., Astor R.A., Hyseni Duraku Z., Konjufca J. An Exploratory Study of Secondary School Student Victimization in Kosovo and Its Correlates. Journal of School Violence. 2023;22(4):459–73. DOI: org/10.1080/15388220.2023.2214736.
9. Oldenburg B., Van Duijn M., Sentse M., Huizing G., Van der Ploeg R., Sal-mivalli C., Veenstra R. Teacher Characteristics and Peer Victimization in Elementary Schools: A Classroom-Level Perspective // Journal of Abnormal Child Psychology. 2015;43(1):33–44.
10. Ганузин В.М., Борохов Б.Д. Психотравмирующие факторы в школьном возрасте и их влияние на здоровье: постдидактическое стрессовое расстройство (обзор) // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2022;14(1). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения – 07.10.2024).
11. Ганузин В.М., Романычева Е.Н., Курчина Е.Г. Деятельность отделения медико-социальной помощи поликлиники в профилактике и реабилитации детей и подростков из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации // Вопросы школьной

и университетской медицины и здоровья. 2016;2:36–38. – EDN WIBQQL

12. Ганузин В.М., Ковалёва Е.А., Борохов Б.Д. Драма отношений «ученик–учитель» или поиск равновесия / Актуальные проблемы современной психологии образования: Материалы междунар. научно-практ. конференции, посвященной 100-летию со дня рождения И.Ф. Мягкова. – Воронеж, 2023. – С.74–77.

13. Фурманов И.А., Янчук В.А., Аладын А.А., Мицкевич Ж.И., Ананенко А.А. Виктимизация детей в школьной среде // Психология. 2010;3:22–27.

14. Boehme H.M., Burrow J.D., Jung S. An Exploratory Analysis Examining the Relationship Between Protective and Risk Factors of Bullying and Hate Crime Victimization Within Schools. *Journal of School Violence*. 2024;23(3):348–62. <https://doi.org/10.1080/15388220.2023.2299974>.

15. Реан А.А., Ставцев А.В. Ролевая виктимность в поведении подростков из социально неблагополучных семей // Психологическая наука и образование. 2021;3. URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2012_n3/55575 (дата обращения – 09.10.2024).

16. Реан А.А., Ставцев А.В. Семейные факторы агрессивного поведения детей и подростков // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2021;2. URL: https://psyjournals.ru/journals/vspu_psychology/archive/2021_n2/vspu_psychology_2021_n2_Rean_Stavtsev.pdf (дата обращения – 09.10.2024).

17. D'Urso G., Symonds J. Developmental Cascades of Internalizing and Externalizing Problems from Infancy to Middle Childhood: Longitudinal Associations with Bullying

and Victimization. *Journal of School Violence*. 2022;21(3):294–311. <https://doi.org/10.1080/15388220.2022.2081856>.

18. Kurpiel A. Biased and Nonbiased Victimization at School: Perceived Impacts Among Victimized Youth in a National Sample. *Journal of School Violence*. 2023;23(1):82–97. <https://doi.org/10.1080/15388220.2023.2272133>.

19. Биктагирова Г.Ф., Валеева Р.А., Костюнина Н.Ю., Калацкая Н.Н., Дроздикова-Зарипова А.Р. Феномен понятия «виктимизация» в современных отечественных исследований // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2020;4:56–67. DOI: 10.26907/esd15.1.09.

20. Vergara G.A., Stewart J.G., Cosby E.A., Lincoln S.H., Auerbach R.P. Non-suicidal self-injury and suicide in depressed adolescents: impact of peer victimization and bullying. *Journal of Affective Disorders*. 2019;245:744–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.084>.

21. Waterman E.A., Mitchell K.J., Edwards K.M., Banyard V.L. Impact of Peer Victimization on Adolescent Suicidality and Depressed Mood: Moderating Role of Protective Factors. *Journal of School Violence*. 2024;23(4):419–32. <https://doi.org/10.1080/15388220.2024.2309569>.

22. Menrath I., Prüssmann M., Müller-Godeffroy E., Prüssmann C., Ravens-Sieberer U., Ottova-Jordan V., Thyen U. Subjective health, school victimization, and protective factors in a high-risk school sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*. 2015 Jun;36 (5):305–12. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000168.

23. Нюкова Е., Дозорцева Е.Г., Бадмаева Н.Ц., Чибисова С.О. Показатели виктимности у несовершеннолетних, потерпевших от сексуального насилия и злоупотребления. Психология и право. 2021;2. URL: <https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/>

24. Wu C., Astor R.A., Benbenishty R. A Large-Scale Longitudinal Study of School Factors as Mediators from Depression and Parental Monitoring to Peer Victimization in Mainland Chinese Middle Schools. *Journal of School Violence*. 2023;23(1):13–29. <https://doi.org/10.1080/15388220.2023.2261365>.

25. Борисенко Е.В. Ювенальная юридическая психология: виктимизация несовершеннолетних // *Психология и право*. 2021;2(11):132–145. DOI: 10.17759/psylaw.2021110210 (дата обращения – 09.10.2024).

26. Sheanoda V., Bussey K. Victims of Cyberbullying: An Examination of Social Cognitive Processes Associated with Cyberbullying Victimization. *Journal of School Violence*. 2021;20(4):567–80. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.198493>.

27. Шейнов В.П. Кибербуллинг: предпосылки и последствия // *Психологические исследования*. 2021. URL: <https://cyberpsy.ru/articles/kiberbulling-predposylnki-posledstviya/>

28. Нуцкова Е.В., Дозорцева Е.Г. Клинико-психологические особенности несовершеннолетних, потерпевших от развратных действий в Интернете // *Психология и право*. 2022;12(3):66–76. DOI: 10.17759/psylaw.2022120306.

29. Андронникова О.О. Онтогенетическая концепция виктимности личности // *Социологические исследования*. 2020. URL: <https://www.dissercat.com/content/ontogeneticheskaya-konseptsiya-viktimnosti-lichnosti> (дата обращения – 10.10.2024).

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ
С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПЕРИОД ОНТОГЕНЕЗА

Таций В.Н., Сметанина С.Р.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»

*Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г.Донецк, Россия;*

*Донецкий республиканский перинатальный центр им. проф. В.К. Чайки,
г.Донецк, Россия*

Цель. Выявление и сопоставление ценности материнства и ребенка, сформированной в онтогенезе у разных групп юных первородящих: с экстрагенитальной патологией и относительно здоровых.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Донецком республиканском перинатальном центре им. проф. В.К. Чайки. Пациентки приходили на акушерско-гинекологический прием в отделение планирования семьи и находились на стационарном лечении отделения патологии беременности данного медицинского учреждения. Сформировано пять групп из обследованных 54 беременных 15–18 лет во втором и третьем триместрах беременности.

Результаты и выводы. Психосоматические взаимоотношения играют важную роль в акушерстве и гинекологии. Беременность, осложненная угрозой ее прерывания, юным возрастом матери, преэкламсией и экстрагенитальной патологией (как хронических, так и в стадии обострения во время беременности),

отражается на материнской сфере беременной и на формировании системы взаимоотношений «мать – дитя». Результаты исследования подтверждают, что формирование материнской сферы девочки, девушки и женщины в онтогенезе, адаптация женщины к состоянию беременности и качество будущей системы взаимоотношений «мать – дитя» связаны с физическим здоровьем, то есть текущим состоянием органов и систем будущей матери.

Качественный и количественный анализ анкетных данных выявил следующие характерные свойства у разных групп будущих матерей.

Женщины в первой группе отличаются конфликтными и в основном напряженно-тревожными отношениями со своими матерями ($H = 2,16$ при $p < 0,01$, где H – критерий Краскела–Уоллиса).

Во второй группе беременные с преэклампсией характеризуются тенденцией к напряженно-тревожным отношениям с матерью ($H = 4,03$ при $p < 0,01$), отразившимся на тревожном типе привязанности ($H = 2,78$ при $p < 0,01$). И как результат – для будущих мам этой группы характерна сниженная ценность ребенка ($H = 4,86$ при $p < 0,01$) и повышенная ценность материнства ($H = 2,10$ при $p < 0,01$). В этой группе высокий процент в сравнении с другими группами избегающего типа привязанности ($H = 1,06$ при $p < 0,01$).

Третья группа – контрольная с отсутствием экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, без каких-либо явных отрицательных тенденций по всем шкалам методики.

В четвертой группе с экстрагенитальной патологией значения шкалы конфликтных отношений с матерью приближены к нулю ($H = 0,6$ при $p < 0,01$).

В пятой группе хронические заболевания, а также приобретенная экстрагенитальная патология во время беременности

и угроза невынашивания всегда являются некоей компенсацией у будущих матерей собственной агрессии, сформированной в результате тревожного стиля отношений с матерью и избегающего типа привязанности ($H = 1,12$ и $H = 1,02$ соответственно при $p < 0,01$).

В результате нашего исследования выявлены существенные различия ценности материнства и ценности ребенка в онтогенезе у юных беременных с относительно здоровыми и у юных первородящих с экстрагенитальной патологией. Установлены различия по всем группам в наличии или отсутствии благоприятного опыта эмоционального общения женщин в раннем онтогенезе со своими матерями, что проявилось в формировании искаженной мотивационной основы материнского поведения, в субъект-объектном отношении к вынашиваемому ребенку.

В акушерско-гинекологической практике необходимо учитывать формирование психологической готовности юных первородящих к материнству в период онтогенеза на фоне экстрагенитальной патологии, влияющей на течение беременности. Результаты данного исследования помогут выстроить стратегию индивидуальной поддерживающей психотерапии для формирования психологической готовности к материнству, а также ценности материнства и ребенка.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ,
КОТОРЫЕ ОБРАТИЛИСЬ ЗА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩЬЮ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Таций В.Н., Сметанина С.Р.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г.Донецк, Россия;*

*Донецкий республиканский перинатальный центр им. проф. В.К. Чайки,
г.Донецк, Россия*

Цель. Выявить внешние и внутренние факторы, обуславливающие социально-психологическое неблагополучие юных первородящих, для выработки дальнейшей тактики и стратегии коррекционного лечения.

Материалы и методы. В рамках комплексного медико-психологического исследования были обследованы 38 молодых женщин в возрасте 16–18 лет в период беременности. Использовался блок психодиагностических методов: методика САН, тест М. Люшера, шкала НАД, тест на определение самооценки В. Волкова, диагностика доверия, враждебности, коммуникативной толерантности В. Бойко, тест «Семья в круге».

Результаты и выводы. Состояние репродуктивного здоровья и развитие любого общества во многом определяется уровнем здоровья молодых женщин, которые формируют его демографический резерв. Современная социально-экономическая нестабильность привела к распространению ряда негативных

тенденций в молодежной сфере. Сегодня наблюдаются увеличение числа ранних сексуальных дебютов и соответственно аборта, ослабление брачно-семейных отношений и низкая сексуальная культура.

Самый существенный фактор заключается в отсутствии эмоционального тепла в родительском доме. Вторую группу факторов составляют мотивы, побуждающие к сексуальному экспериментированию раньше, чем девушка может знать о нежелательных последствиях половой жизни и их предупреждении. Третья группа факторов связана с психологическими особенностями девушек – внушаемостью, податливостью, инфантильностью, неспособностью противостоять чужой инициативе. В результате исследования у 58% выявлены высокие значения гетеросексуальности, что указывает на пассивность, склонность к независимости от окружающих, повышенную чувствительность и ранимость. Высокие значения концентричности свидетельствуют об интровертированности личности: сосредоточенность подростков лишь на своих внутренних проблемах выявлена у 34,8%. Наличие противоречивости характера, неустойчивости личностных свойств констатировано у 48,4% обследуемых. Обращает на себя внимание снижение работоспособности различной степени у 43,7% молодых женщин во время беременности. Следует отметить, что 38,9% беременных находятся в состоянии хронического стресса, из них у трех молодых женщин уровень его был высоким. Молодые женщины отличаются неадекватной самооценкой, повышенной эмоциональностью, желанием привиться противоположному полу, что способствует частой смене половых партнеров.

Четко прослеживается связь между наличием вредных привычек и ранним началом сексуальных отношений. Результаты наблюдений говорят о том, что девушки, преждевременно

начавшие половую жизнь, выросли (за небольшим исключением) в неблагополучных семьях с деформированными взаимоотношениями, а также в неполных семьях, в условиях педагогической запущенности-попустительства, бесконтрольности или, наоборот, чрезмерной опеки.

Социально-психологическое неблагополучие обращающихся за помощью юных женщин является следствием влияния внешних и внутренних факторов, обуславливающих психопатологизацию личности девушки-подростка. В числе внешних факторов – военная и экономическая обстановка, низкое качество медицины и социальной помощи, материальные сложности, аномальный тип родительской семьи (наказание, отчуждение или симбиоз).

При выборе стратегии психологической коррекции ориентироваться следует на психогенные факторы внутреннего характера. При таком подходе молодая женщина получает шанс на преобразование самой себя и сможет вернуть утраченное чувство эмоционального благополучия.

Содержание

Вступительное слово	3
I. ГИНЕКОЛОГИЯ	5
Ипполитова М.Ф., Куликов А.М.	
Формирование репродуктивного потенциала подростков на основе концепции жизненного цикла	5
Шаповалова А.И., Ипполитова М.Ф.	
Анализ работы дневного стационара городского центра охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» (Санкт-Петербург) по показателям числа пролеченных подростков и пациенто-дней по отдельным нозологиям за 2021–2023 годы и первые 9 месяцев 2024 года	25
Соломкина Н.Ю.	
Физиотерапия воспалительных заболеваний репродуктивной системы у девочек	39
Гарова Д.Ю., Шорманов И.С., Щедров Д.Н.	
Влияние метода лечения перекрута гидатиды яичка на репродуктивную функцию	45
Ласачко С.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Алматар М.Г., Демишиева С.Г.	
Клинические и лабораторные маркеры пролиферативных изменений молочных желез у женщин репродуктивного возраста	47
Лисицына И.Н., Старцева С.И., Маслова А.А.	
Возрастная оценка начала сексуальной активности девочек-подростков, обратившихся в городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» (Санкт-Петербург) в первой половине 2024 года	49

Рубан М.Ю., Павленко Е.О., Перковская Е.М.	
Акушер-гинеколог и специалист ультразвуковой	
диагностики в поисках критериев раннего выявления	
эндометриоза у подростков	61
Шаповалова А.И.	
Обзор литературы по аномальным маточным	
кровотечениям в пубертатном периоде	79
Казанцева Е.В., Кириленко О.В.	
Структурные аномалии развития половых органов	
у девочек в пубертатном периоде: проблемы	
и пути решения (обзор литературы)	94
Бабенко-Сорокопуд И.В., Демина Т.Н.,	
Сметанина С.Р., Сорокопуд Е.П.	
Самоповреждающее репродуктивное	
поведение несовершеннолетних	105
Яценко Н.О., Шикова И.В., Латт Е.В., Романовский М.Л.	
Репродуктивные установки среди современных	
девушек-подростков, проживающих в сельской местности ...	107
Бабенко-Сорокопуд И.В., Ульянова С.А., Мягких И.И.	
Особенности перинатальных исходов	
многоплодной беременности	109
Бабенко-Сорокопуд И.В., Копачов Б.А.,	
Савченко А.А., Демишиева С.Г.	
Беременные подростки. Риски и стратегии поддержки	111
Яковец А.М., Яковец М.О., Железнaya A.A.	
Аменорея военного времени?	113
Цвяшко Т.И., Хвесик А.А., Рыков А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В.	
Случай трофобластической болезни	
у несовершеннолетней	116

Говоруха И.Т., Христич Е.А.	
Фоновые заболевания при угрожающем аборте	
у юных беременных	119
Двойных П.В., Чермных С.В., Железнaya A.A.	
Эпидемиология недержания мочи у женщин	121
Бухарова Н.И., Морозова Н.А.,	
Бабенко-Сорокопуд И.В., Цвяшко Т.И., Трубникова И.О.	
Микробиота полости матки в послеродовом периоде	123
Морозова Н.А., Бухарова Н.И., Цвяшко Т.И., Трубникова И.О.	
Фактор риска развития нарушений сократительной	
активности матки у родильниц	125
Савченко А.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В.	
Оценка анонимного анкетирования девочек-подростков	
на приеме у гинеколога для несовершеннолетних	132
Трефилова Л.Л., Краснярова Ю.А., Цивилёва И.Е., Богатырёва К.П.	
Профилактическая работа кабинета профилактики	
и обслуживания детского населения Томского	
областного наркологического диспансера	134
II. ПРОЧИЕ	136
Скоробогатова Д.Д.	
Применение лекарственных препаратов <i>off-label</i>	
при лечении несовершеннолетних: ответы	
на актуальные вопросы специалистов службы	
охраны репродуктивного здоровья подростков	136
Городкова Н.А., Смирнова Е.В., Ермолаева М.С.	
Оценка образа жизни детей и подростков с избыточной	
массой тела и ожирением с помощью анкетирования	
в городском центре охраны репродуктивного здоровья	
подростков «Ювента» (Санкт-Петербург)	149

<i>Родионова Л.В., Городкова Н.А.</i>	
Оценка стоматологического статуса у подростков в возрасте 15–17 лет включительно с нарушением репродуктивной функции (по данным городского центра охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента» (Санкт-Петербург)	170
<i>Цимбалова О.В., Мельник Е.В., Упатов В.В.</i>	
Повышение эффективности профилактических осмотров и диспансерного наблюдения юношей с диагнозом «варикоцеле»	181
<i>Корбут И.А., Асия Наим, Суворова Н.В., Курашевич Е.В.</i>	
Гигиенические привычки у девочек города Гомеля и Мальдивской Республики	185
III. ПСИХОЛОГИЯ	187
<i>Ачик Н.Д.</i>	
Тактика ведения пациентов с несуицидальным самоповреждающим поведением и суицидальным поведением в условиях центра охраны репродуктивного здоровья подростков	187
<i>Гризан М.А., Щепелина К.А.</i>	
Влияние стиля детско-родительских отношений на формирование акцентуаций характера у подростков	207
<i>Лабес А.И.</i>	
Сексуальная неудовлетворенность и опыт близких отношений	222
<i>Лунева Ю.С.</i>	
Особенности проведения и содержательные аспекты групповой работы с подростками с нарушениями пищевого поведения	235

<i>Уерги У.Н.</i>	
Год семьи: социально-психологические технологии формирования установок подростков к сохранению традиционных семейных ценностей в условиях центра охраны репродуктивного здоровья подростков	249
<i>Фёдорова Е.Я.</i>	
Основы эффективной медицинской коммуникации при взаимодействии с трудным пациентом	259
<i>Ганузин В.М., Мозжухина Л.И., Фаттахова А.С.</i>	
Виктимизация детей и подростков как современная угроза психологической безопасности	271
<i>Таций В.Н., Сметанина С.Р.</i>	
Формирование психологической готовности к материнству у юных первородящих с экстрагенитальной патологией в период онтогенеза	283
<i>Таций В.Н., Сметанина С.Р.</i>	
Анализ социально-психологического неблагополучия юных первородящих, которые обратились за медико-психологической помощью в период беременности	286



- ГИНЕКОЛОГИЯ
- МАММОЛОГИЯ
- КОСМЕТОЛОГИЯ
- ДЕРМАТОЛОГИЯ
- СТОМАТОЛОГИЯ
- УРОЛОГИЯ
- ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ
И ЛАБОРАТОРНАЯ
ДИАГНОСТИКА
- ПСИХОЛОГИЯ
И ПСИХОТЕРАПИЯ

Литературный редактор, корректор – Елена ВЛАДИМИРОВА
Дизайн и верстка – Ирина АКИМОВА

Оригинал-макет:
ИП Воробьева В.Е.
secrjournal@mail.ru
Тел. (812) 904-75-15

Подписано в печать 22.11.2024. Формат 60x84 1/16.
Бумага офсетная. Гарнитуры PT Sans, Times. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 17,67. Тираж 1000 экз.

С 1993 года мы формируем
у подростков ответственное
отношение к своему
здоровью

Сканируй QR, чтобы узнать
больше информации о нас





Bionorica®

ПРИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ И МАСТОДИНИИ



Bionorica®

Мастодинон®



Bionorica®

Мастодинон®

При мастопатии, предменструальном синдроме, нарушениях менструального цикла

100 мг Капли для приема внутрь



При мастопатии, предменструальном синдроме, нарушениях менструального цикла

60 таблеток



Курсовой прием
не менее 3-х месяцев

ПРИРОДА. НАУКА. ЗДОРОВЬЕ.

Добропачественная дисплазия молочной железы. 2020. <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/1027>. Доступ: 26.02.2021. 1. Бурдина Л.М. Лечение заболеваний молочных желез и сопутствующих нарушений менструальной функции Мастодиноном. Лечебный врач. 1999. №8. С. 13-16. 2. Яворская С.Д., Сычева М.А., Кореновский Ю.В. Влияние лекарственного фитопрепарата на уровень гонадотропных гормонов и метаболитов эстрогенов у пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез в сочетании с масталгиией. АиГ 2019;1:102-108. РУ: П N014026/01 ОТ 09.10.2007; П N014026/02 ОТ 09.10.2007.

РЕКЛАМА. Рекламодатель ООО «Бионорика» (ИНН 7729590470).

www.bionorica.ru www.mastopatiayforum.ru

Материал предназначен для медицинских и фармацевтических работников



www.mastodyn.com



ПРОФЕССИОНАЛЫ создают СТАБИЛЬНОСТЬ.
Мы создаем СТАБИЛЬНОСТЬ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ!

Группа компаний «ВИРИЛИС» специализируется на детской медицине с 1991 года. Компания постоянно развивается и растёт. Сегодня это 5 клиник в различных частях Санкт-Петербурга.

Компания гордится своими специалистами! В настоящее время у нас трудится более 300 медицинских сотрудников, мы представляем 48 тыс. оздоровительных услуг в год и 220 тыс. услуг по лечению.

Вирилис дорожит своей репутацией и является ответственным работодателем, имеет социально ориентированную цель:
чтобы дети росли здоровыми.

- ✓ Рейтинг нашей компании на сайте **dreamjob 4.7**
- ✓ Занимаем 1-е место среди медцентров для детей.

Мы — команда единомышленников, объединённых любовью к детской медицине и стремлением делать мир лучше.

Если ты готов внести свой вклад в общее дело и стремишься к саморазвитию, то присоединяйся к нам!



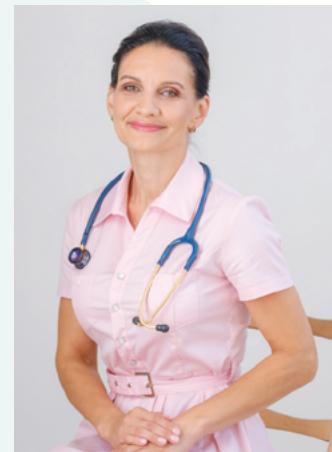
Команда профессионалов ждёт тебя!



подробности на сайте

8 (911)-885-24-91,
8 (994)-432-21-66

afanaseva_da@virilisgroup.ru





«Нанолек» – российская биофармацевтическая компания, основанная в 2011 году

«Нанолек» – один из лидеров в области производства педиатрических вакцин в РФ.

В 2023 году компания вошла в ТОП-3 крупнейших поставщиков вакцин для Национального календаря профилактических прививок. Почти 6 млн детей по всей стране привиты вакцинами «Нанолек». Помимо вакцин в портфеле «Нанолек» есть специализированные препараты для лечения онкологических, орфанных (редких) и других заболеваний. Портфель «Нанолек» включает в себя более 20 наименований. Ещё 7 препаратов находятся на различных стадиях подготовки к выпуску.

Компания имеет собственное высокотехнологичное производство полного цикла по стандартам GMP и ISO 9001 в посёлке Лёвинцы Кировской области.



**ЗДЕСЬ
РОЖДАЮТСЯ
ЛЕКАРСТВА**

www.nanolek.ru

Нарушение микробиоценоза влагалища повышает риск развития рака шейки матки и предраковых состояний вульвовагинального эпителия.

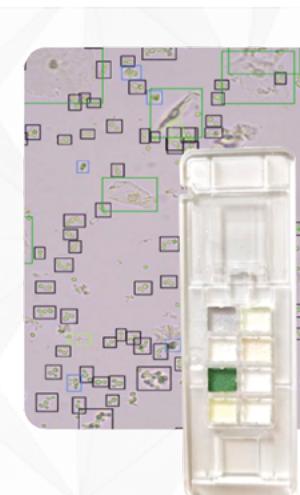
По оценке центрального НИИ эпидемиологии у 31% асимптомных пациенток выявляется бактериальный вагиноз [1].

Одним из основных методов диагностики инфекционных заболеваний влагалища является микроскопия влажных мазков с целью обнаружения «ключевых» клеток. «Ключевые» клетки – точный критерий выявления бактериального вагиноза с чувствительностью 90% и специфичностью 98% [2].

RT-F600

Автоматический анализатор вагинального секрета

- Два метода исследования:
 - микроскопия
 - «сухая» химия
- 60 образцов в час
- Подключение в ЛИС



Микроскопия

- «Ключевые» клетки
- Плоский эпителий
- Парабазальные клетки
- Эритроциты
- Лейкоциты
- Палочки
- Кокки
- Дрожжеподобные грибы
- Трихомонады

«Сухая» химия

- pH
- LE (лейкоцитарная эстераза)
- SNA (сиалидаза)
- PIP (пролин-аминопептидаза)
- NAG (β -N-ацетил-глюказаминидаза)
- H_2O_2

REETOO

[1]. Махова Т.И., Анисимова Н.С., Головешкина Е.Н. и др. Распространенность инфекций, передаваемых половым путем, и нарушений микробиоценоза влагалища у асимптомных пациенток. Клиническая дерматология и венерология 2016;6:37-41

[2]. De Castro-Sobrinho J.M., Rabelo-Santos S.H., Figueiredo-Alves R.R. et al. Bacterial vaginosis and inflammatory response showed association with severity of cervical neoplasia in HPV-positive women. Diagn Cytopathol 2016;44(2):80-6

www.2440202.ru

📞 (812) 244-02-02



Согласно Приказу МЗ РФ от 27.04.2021 №404н скрининг на рак шейки матки обязателен для женщин от 18 до 64 лет включительно и проводится методом цитологического исследования с обязательным окрашиванием по Папаниколау.

По Приказу МЗ РФ от 20.10.2020 №1130н, скрининг для выявления рака шейки матки проводится в рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации, с обязательным применением цитологии/жидкостной цитологии и считается выполненным при охвате 80% и более женского населения.

Жидкостная цитология – современный подход, который может улучшить качество диагностики и повысить эффективность выявления рака шейки матки на ранних стадиях



Традиционная цитология

Многослойный
Зависит от качества взятия материала и способа нанесения на предметное стекло

Зависит от способа нанесения на предметное стекло;
Происходит потеря части материала с цитоштеткой

Невозможно;
Требуется дополнительное взятие материала

CytoReference12

РУ РЗН 2022/18329 от 20.09.2024 г.

Автоматическое устройство для приготовления и окрашивания препаратов методом жидкостной цитологии

- Объединяет процесс подготовки и окрашивания до 12 препаратов;
- 2 режима работы:
 - с окрашиванием по Папаниколау
 - без окрашивания (фиксация клеток на стекле);
- Возможность хранения материала в консервирующей среде до 3-х месяцев

Жидкостная цитология на CytoReference 12

Качество получаемых препаратов

Многослойный Зависит от качества взятия материала и способа нанесения на предметное стекло	Монослойный Процесс более стандартизирован; Рабочее поле диаметром 13 мм с возможностью приготовления нескольких препаратов
Клеточность препарата Зависит от способа нанесения на предметное стекло; Происходит потеря части материала с цитоштеткой	Настраивается; В консервирующую среду попадает весь материал
Дополнительные исследования Невозможно; Требуется дополнительное взятие материала	-ПЦР -иммуноцитохимия -клеточный блок

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



Ювента
Городской центр охраны
репродуктивного здоровья подростков



Санкт-Петербург