ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО	**РЕКОМЕНДОВАНО**
Главный внештатный специалист гинеколог детского и подросткового возраста Департамента здравоохранения города Москвы д.м.н., профессор	Экспертный совет по науке Департамент здравоохранения города Москвы 7
_____ Е.В.Сибирская	
«___» _____ 2019г.	«___» _____ 2019г.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Методические рекомендации № 35

Москва 2019

УДК _____
ББК _____
С_____

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ, Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Составители: доктор медицинских наук, профессор Е.Е.Петряйкина, доктор медицинских наук, профессор Е.В.Сибирская, кандидат медицинских наук Г.М. Тургунова, заместитель главного врача по ОМР ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» и заведующий организационно-методического отдела по педиатрии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» И.П.Витковская

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии л/ф МГМСУ им.А.И.Евдокимова **И.Б.Манухин**;

доктор медицинских наук, профессор, кафедры акушерства и гинекологии л/ф МГМСУ им.А.И.Евдокимова **А.З.Хашукоева.**

Предназначение. Данные методические рекомендации предназначены для главных специалистов органов здравоохранения; руководителей и медицинских работников детских амбулаторно-поликлинических учреждений; врачей акушеров-гинекологов, обслуживающих детей и подростков; врачей– педиатров; врачей – детских эндокринологов; специалистов по социальной работе; медицинских психологов; студентов медицинских вузов старших курсов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN _____

© Коллектив авторов, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

1	**Нормативные ссылки**	4
2	**Введение**	5
3	**Данные статистики, современные медико-социальные проблемы**	7
4	**Основные организационные аспекты**	24
5	**Медико-социальные факторы риска гинекологических заболеваний у девочек**	28

Нормативные документы

Федеральный закон от 21.11.2011 №3323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)""

Приказ Минздрава РФ №186 от 15.09.1991 «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РФ»

Приказ Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154 "О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста"

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.05.2012 № 494 "О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городе Москве"

ВВЕДЕНИЕ

Современная демографическая ситуация в России характеризуется высокой частотой мужского и женского бесплодия, высокой детской заболеваемостью, повышением частоты рождения детей с генетическими заболеваниями, наследственными и врожденными пороками развития – все это объясняет необходимость охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения [5, 6, 16, 21, 35]. Но, начиная с 2016 года, отмечены и явные положительные сдвиги, впервые за последние 20 лет, показатели рождаемости превысили показатели смертности на всей территорий РФ.

Охрана репродуктивного здоровья подростков объявлена руководством страны важнейшей государственной задачей и является одной из приоритетных составляющих Национального проекта «Здоровье».

Репродуктивное здоровье, согласно определению ВОЗ, есть состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов, относящихся к репродуктивной системе, ее функциям и процессам. Являясь важным ингредиентом общего состояния здоровья человека, понятие репродуктивного здоровья выходит за рамки детородного возраста и охватывает периоды как более раннего этапа развития, так и после репродуктивные годы [47].

Под данным термином подразумевается:

- возможность вести безопасную, доставляющую удовлетворение половую жизнь;
- способность воспроизводить потомство;
- наличие у индивида права принимать собственные решения по проблеме.

Обеспечение условий для полноценного репродуктивного здоровья позволяет женщинам благополучно пройти этап беременности и родов, дает супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца.

Компонент репродуктивного здоровья приобретает особенно большое значение в подростковом возрасте: к нему, по рекомендациям

Исследовательской группы ВОЗ, относятся молодые люди с 10 до 20 лет.

Подростковый период и следующие за ним репродуктивные годы являются важными периодами жизни, в течение которых следует надлежащим образом удовлетворять потребности в плане сексуальности и репродуктивного здоровья, поощрять здоровый образ жизни, ответственное поведение, предупреждать возможные проблемы, в частности, непланируемую беременность, обеспечивать своевременную помощь и лечение [1, 11, 16, 26, 27, 40, 41, 51, 53, 64].

В нашей стране в общественном сознании отношение к данной проблеме сформировалось как к чисто женской. Мужское население при этом оказалось забытым, до недавнего времени оно игнорировалось и при проведении научных исследований, посвященных проблеме планирования семьи. Проблему несколько исправило информационное письмо Минздрава РФ "Организация медико-социальной помощи по планированию семьи мальчикам-подросткам" (М., 1997).

Постановлением Правительства Российской Федерации утверждена федеральная целевая программа «Планирование семьи» и национальный проект «Здоровье». Их целью является охрана репродуктивного здоровья, рождение только желанных и здоровых детей, снижение абортов и материнской смертности от них.

Представленные ниже методические рекомендации посвящены актуальным вопросам организации профилактики и ранней диагностики гинекологических заболеваний в детском и подростковом возрасте, сохранению и укреплению репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

ДАННЫЕ СТАТИСТИКИ, СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Незащищенные сексуальные отношения, начинающиеся обычно с подросткового возраста, повышают факторы риска для здоровья и жизни в той же мере, что и беременность, деторождение до достижения биологической и социальной зрелости, небезопасные аборты, болезни, передаваемые половым путем.

Многочисленные исследования подтверждают: значительное число органических и функциональных заболеваний женских половых органов берут начало с периода детства. В свою очередь, гинекологическая заболеваемость девочек и девушек-подростков оказывает существенное влияние на течение будущих беременностей, родов, а также на плодовитость, здоровье потомства в целом [1, 9, 10, 14, 15, 29, 31,32, 36, 46, 49, 73, 74, 78, 93].

Между тем, очевидное несовершенство оказания данного вида специализированной помощи девочкам, отсутствие регулярных гинекологических осмотров, несмотря на введенную по всей стране диспансеризацию населения, незнание большинством врачей-педиатров, так же как и родителями, особенностей гинекологических заболеваний у девочек и, как результат, низкая обращаемость девочек к детскому гинекологу не позволяют осуществлять должную профилактику, своевременно выявлять и лечить нарушения репродуктивной системы в детском и подростковом возрасте.

Произошедшие в последние десятилетия на территории России социально–экономические, политические и культурные преобразования изменили стандарты репродуктивного поведения подростков и молодых людей.

40-50% девушек-подростков начинают половую жизнь до наступления совершеннолетия [51, 53, 56, 57, 75, 76].

Подростки, живущие половой жизнью, должны быть отнесены к

группе риска не только по заболеваниям, передаваемым половым путем, но и по возникновению патологии репродуктивной системы. Среди девушек, имевших половые контакты, в 3 раза чаще отмечаются гинекологические заболевания (эрозия шейки матки, хронический сальпингит, кольпит), чем у сверстниц, не живущих половой жизнью [56,57, 75].

Анализ сексуального поведения подростков показал его зависимость от возраста (увеличение с возрастом девушек, имеющих опыт половой жизни) и ряда социальных условий (например, проживание в крупных городах, в асоциальных семьях, обучение в профтехучилищах и пр.), что способствует большей сексуальной свободе. Поэтому особое внимание следует уделять детям из семей группы социального риска (алкоголиков, наркоманов, конфликтных семей). Несомненны и отрицательная роль видео- и порнорекламы, влияние средств массовой информации.

Наступлению нежелательной беременности у подростков способствует и их низкая грамотность по вопросам контрацептивного поведения. До настоящего времени широко не развернута и в должной мере не ориентирована на подростков служба планирования семьи.

На фоне роста сексуальной активности подростков увеличилась частота деторождения в ювенильном возрасте [10, 14, 50, 51, 56, 59, 73, 74, 77].

Распространённость беременности у юных варьирует от 36 до 102 на 1000 в зависимости от области РФ. В Москве рожают от 850 до 1100 девочек-подростков в год. Примерно 56% подростковых беременностей заканчиваются абортами, 32% - родами и 12% – выкидышами.

Ежегодно в возрасте 15 лет рожают около 1,5 тыс. девушек РФ, 9,5 тыс. - в 16 лет и 18-20 тыс.- до достижения 18 лет. Показатели материнской смертности среди подростков РФ в 5-8 раз выше, чем в общей популяции. Внебрачная рождаемость в группе юных женщин составляет 64,6–72,8%; отказываются от своих детей от 49,2 до 63,6% несовершеннолетних. В социальной структуре юных матерей значительная доля (84%) принадлежит

неработающим и учащимся техникумов и школ. Около 18-23% матерей-подростков имеют вредные привычки (курение, употребление алкоголя).

Ранняя беременность у девушек является в 50,0-60,0% случаев незапланированной и в 30,0-40,0% нежелательной [42, 46, 47, 49, 54, 58, 74,75].

Физиологическая неготовность многих юных мам к вынашиванию ребенка сопровождается высоким числом осложнений беременности и родов.

Частота осложненных родов у юных женщин составляет от 30 до 82 % в зависимости от области РФ [51, 56, 57].

До сих пор в России одним из главных методов планирования семьи остается прерывание беременности с помощью искусственного аборта.

Частота абортов у подростков продолжает неуклонно расти. По данным Центрального округа РФ число абортов у подростков до 18 лет составило более 28 тыс. в 2009 г.

Угрожающий характер за последние годы приобретает заболеваемость венерическими и другими болезнями, передаваемыми половым путем.

Анализ по городу Москве за последние 15 лет по возрастным группам также свидетельствует, что экстенсивный показатель заболеваемости детей и подростков венерическими заболеваниями держится на высоком уровне и колеблется в возрасте от 0 до 14 лет от 0,5 до 0,6%. Количество заболевших сифилисом и гонореей подростков колеблется от 5,0 до 8,0%.

О социальном неблагополучии нашего общества свидетельствует и *рост подростковой проституции* [25].

По данным исследования проведенного в рамках проекта Детского Фонда ООН в Российской Федерации «Приглашение в будущее» при экспертной поддержке ВОЗ (2006) более 60% «уличных» девочек (детей без места регистрации) занимаются проституцией, среди ВИЧ-инфицированных подростков женского пола около 50% девушек являлись коммерческими секс-рабынями [25].

Все вышеперечисленное свидетельствует о важности профилактики и

лечения гинекологических заболеваний у детей и подростков.

До настоящего времени отсутствует единое общепринятое понятие «гинекологическая заболеваемость». В большинстве случаев под этим термином подразумевают совокупность заболеваний и патологических состояний с преимущественным поражением органов женской половой системы. При этом к заболеваниям женской половой системы относят не только состояния, предусмотренные X классом МКБ-10, но и травмы гениталий (XIV класс), новообразования (II класс), аномалии развития (XIV класс) и другие заболевания, требующие лечения или наблюдения преимущественно у гинеколога детского и подросткового возраста [47].

Распространенность гинекологических заболеваний среди девочек составляет от 10 до 12% в зависимости от возраста [1, 44, 45, 51, 53, 57, 64,68, 71, 75].

В структуре гинекологической заболеваемости наибольший удельный вес занимают воспалительные заболевания наружных половых органов (от 55 до 77%), синехии половых губ (от 38 до 56%), дисменорея – около 60 %, далее следуют нарушения менструальной функции (от 7 до 17%) и темпов полового развития (от 1 до 13%), травмы половых органов (от 0,9 до 8%), новообразования (от 0,2 до 2,5%) и пороки развития (от 0,1 до 9%).

Анализ возрастной структуры заболеваемости свидетельствует, что воспалительные заболевания гениталий встречаются преимущественно в раннем и дошкольном возрасте, в то время как нарушения менструальной функции являются патологией преимущественно пубертатного периода. Эту закономерность следует учитывать при организации гинекологической помощи девочкам и ее совершенствовании.

Изучение гинекологической заболеваемости у девочек показывает, что ***в течение первых трех лет жизни*** первые места в структуре гинекологической заболеваемости занимают синехии, воспалительные заболевания гениталий, аллергический вульвит [15, 17, 30, 61, 80, 83].

В дошкольном возрасте воспалительные заболевания гениталий

переходят на первое место, а аллергические вульвиты - на второе. Эта тенденция обусловлена возрастными анатомо-физиологическими особенностями гениталий у дошкольников, а также несовершенством иммунобиологических механизмов гомеостаза и недостаточным соблюдением детьми правил личной гигиены [11, 17, 22, 71, 75].

Особенности лечения воспалительных заболеваний наружных половых органов. Лечение направлено на устранение этиологической причины заболевания. Лечение должно включать в себя консультирование по вопросам изменения образа жизни в отношении гигиены половых органов и мочеиспускания, также, как и терапию любых выявленных специфических патогенных факторов.

Девочки препубертатного возраста. Педиатрическим пациентам с симптомами заболевания необходимо назначить специальное лечение против патогенных микроорганизмов. Пациентам, которые страдают другими заболеваниями, такими, как инфекции верхних дыхательных путей или бронхитом, следует мыть руки до и после проведения интимных процедур, чтобы предотвратить спонтанное инфицирование организма микробами и их продуктами, поступающими в кровь из местного очага инфекции в зоне паха.

Тактику лечения нетипичных форм вульвовагинита необходимо обсуждать с пациенткой и ее родителями. Девочкам необходимо носить свободную одежду, стараться снимать на ночь нижнее белье и надевать низ от пижамы свободного кроя или свободные шорты. Девочкам необходимо избегать контактов с любыми внешними раздражителями: не принимать ванну с пеной и не пользоваться ароматизированным мылом. После похода в туалет необходимо аккуратно подмываться, производя мягкие обтирающие движения спереди-назад.

Необходимо проконсультировать девочек в отношении мочеиспускания: в процессе ноги должны быть широко расставлены туловище наклонено вперёд, чтобы моча не попадала во влагалище. В

некоторых случаях маленьким девочкам проще проводить мочеиспускание с широко расставленными ногами, развернувшись передом к унитазу.

Наиболее частым симптом у пациентов является зуд. В этом случае необходимо не прибегать к расчесыванию, чтобы не увеличить площадь поверхности восприимчивой к микробам. В этом случае возможно применение местных средств.

В практике применялись некоторые препараты в лекарственной форме крема, содержащие гормональные средства. Однако, даже местное применение гормональных препаратов имеет ряд нежелательных явлений таких как снижение местного иммунитета, что увеличивает риск рецидива у пациентки, несмотря на наличие антимикробных компонентов в таких кремах. В ряде случаев наступление успокаивающего эффекта ограничено либо по скорости его наступления, либо по длительности его сохранения у пациента.

Также доступны и местные средства, в основном содержащие различные антисептические компоненты (хлоргексидин, бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммонийхлорид и прочие). Несмотря на широкий спектр их антимикробной активности, они также могут быть цитотоксичны, и важно, что у них отсутствуют прямые противовоспалительные фармакодинамические свойства. Кроме того, отдельные исследования in vivo и in vitro свидетельствуют о подавлении отдельных звеньев местного иммунитета, а также формировании атипичного иммунного ответа.

Среди средств, которые разрешены к применению у детей разного возраста особенно выделяются селективные НПВС местного действия в виде раствора (бензидамина гидрохлорид). Молекула данного препарата состоит из двух фрагментов, первый из которых обладает выраженными противовоспалительными свойствами (влияние на медиаторы воспаления и цитокины), при этом без эффектов токсичности, как у классических НПВС, а второй фрагмент отвечает за широкий антимикробный спектр и быстрое анестезирующее обезболивающее действие. Важно отметить, что препарат

тестирован на российских штаммах бактерий. Применение препарата возможно путем нахождения ребенка в тазу с раствором бензидамина в терапевтических концентрациях или созданием местных апликаций.

Подростки. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у подростков также могут развиваться вследствие активности различных инфекционных возбудителей. Вульвовагинальный кандидоз требует фармакотерапии азолами местного или системного применения. На основании исследований заявляется их сопоставимая терапевтическая эффективность [91]. Местная терапия обычно назначается на ночь, чтобы предотвратить вытекание препарата в вертикальном положении тела. Так как местные препараты имеют маслянную основу, пациенты должны быть проинформированы о возможном влиянии на контацептивную эффективность презерватива, при наличии активной половой жизни пациента [95].

При простой неосложненной форме течения кандидозного вульвагинита, лечение как правило проводится разовой дозой 150 мг флуконазола перорально. Пациентам с рецидивирующим кандидозным вагинитом (более четырех рецидивов в год) или с осложненной формой инфекции на фоне иммунодефицита (при ВИЧ-инфекции, сахарном диабете, беременности) назначается более длительный курс флуконазола перорально (150 мг каждые 72 часа, всего три дозы или комбинация топической и пероральной терапии).

Важно также учитывать, что данные заболевания связаны с беспокоящей пациента симптоматикой, при этом перед врачом стоит задача восстановления нормофлоры пациента, а также прямое противовоспалительное действие препарата.

По совокупности признаков альтернативой традиционной антимикотической терапии может стать применение селективных НПВС, обладающих комбинированным действием: антимикробным, анестезирующим-обезболивающим, противовоспалительным и

способствующим восстановлению микрофлоры. К таким препаратам, зарегистрированным в России без возрастных ограничений, относится бензидамина гидрохлорид.

Пациентам с осложненной формой вульвовагинита местная терапия назначается как минимум на 14 дней [91]. При рецидивирующем течении, необходимо сделать расширенный микробиологический посев, чтобы типировать возбудителя болезни. Non-albicans штаммы Candida могут быть резистентны к вышеописанной терапии, поэтому применяются другие методы лечения, включающие обработку борной кислотой, амфотерицином Б, или пероральное применение вориконазола.

Рост резистентности ряда клинических штаммов Candida требует комбинированного применения – сразу нескольких препаратов с антимикотическими свойствами. В частности, к традиционной антимикотической терапии рекомендуется добавление бензидамина гидрохлорида за счет его широкого спектра действия на Candida albicans и non-albicans штаммы.

При рецидивирующем течении, особое внимание следует уделить обследованию партнера пациента. Партнерам не рекомендуется проводить эмпирическое лечение. Не было также достаточных доказательств того, что пробиотики могут снижать частоту заражения [85]. В качестве рекомендованной терапии может быть назначен флуконазол (перорально, разовая доза 150 мг, 1 раз в неделю, в течение 6 месяцев) или азол для местного применения 1 или 2 раза в неделю в зависимости от используемого лекарственного препарата [91]. Также рекомендовано комбинированное применение бензидамина гидрохлорида по схеме: 1-2 раза в сутки в течение 3-5 дней [63], для преодоления возможного порога резистентности антимикотической терапии.

При развитии у подростка симптомов бактериального вагиноза, назначается лечение: 500 мг метронидазола 2 раза в день в течение 7 дней. Метронидазол для местного применения также может быть использован и

имеет сопоставимую эффективность (гель метронидазол 0,75%, наносить 1 раз в день в течение 5 дней). При пероральном применении метронидазола пациентам рекомендуется воздержаться от употребления алкоголя, а также втечение 24 часов после прекращения лечения, так как метронидазол может вызывать покраснение кожи, сильная головная боль, нехватка воздуха, тошнота, рвота, пульсирующая головная боль, нарушение зрения.

Также можно использовать крем клиндамицина для местного применения (клиндамицин крем 2%, применять 1 раз в день в течение 7 дней), но его эффективность ниже в сравнении с метронидазолом [95]. Было отмечено, что частота рецидива составляет 30%-50% [78].

При бактериальном вагинозе также актуально применение бензидамина гидрохлорида, как комплексного средства влияющего на этиологию заболевания (анаэробы) и провоспалительные цитокины (IL-1), концентрация которого повышается при инфекционно-воспалительных заболеваниях вульвы и влагалища.

Также, бензидамин целесообразно назначать при рецидивирующем течении заболевания в комбинации с препаратами местного применения (например, метронидазолом), так как это усиливает антимикробную эффективность метронидазола.

В период ***от 7 до 11 лет*** существенную роль в структуре заболеваемости приобретают травмы половых органов, которые возникают из-за высокой физической активности детей и недостаточной выраженности у них подкожной клетчатки в области наружных половых органов. Причиной травмы могут быть также изнасилование или развратные действия [11, 15, 20, 53, 64, 75].

С 11 лет на первое место выходят нарушения менструального цикла. Становление менструальной функции чаще всего нарушается вследствие лабильности, легкой ранимости, функционального несовершенства в этом возрасте регулирующих гипоталамических структур [7, 10, 12, 33, 37, 38, 48, 63, 68, 79, 83, 89].

Частота гинекологических заболеваний значительно возрастает в 11-18 лет, поскольку именно в этом возрасте активизируется деятельность яичников и гонадотропной функции гипоталамо-гипофизарного комплекса [7, 12, 52, 53, 62, 67, 88].

По результатам исследований, пик обращаемости детей в кабинеты детского гинеколога приходится на возраст 3-7 лег (45%), а в возрасте 13-15 лет отмечается наименьшая обращаемость девочек в гинекологические кабинеты (около 2%) [1, 7, 16, 21, 22, 36, 44, 45, 53, 61, 92, 93].

Таким образом, налицо своеобразные «ножницы»: при сравнительно высокой распространенности гинекологических заболеваний среди девочек обращаемость их за медицинской помощью к врачу-специалисту весьма низкая, в результате чего в среднем 9 из 10 заболевших девочек не получают необходимого лечения, а потому в дальнейшем и составляют большую группу хронических гинекологических больных и бесплодных женщин.

Учитывая все вышесказанное, несомненна необходимость организации в стране специальной гинекологической службы для детей и подростков, повышения роли врачей-педиатров в профилактике и раннем выявлении гинекологических заболеваний в детском и подростковом возрасте.

ОСНОВНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Согласно приказа Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154 "О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста" амбулаторно-поликлиническую помощь детям подросткового возраста осуществляют врачи детских поликлиник по территориальному принципу в системе единого медицинского обслуживания детей от 0 до 17 лет включительно.

В приказе Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"" первичная медико-санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими

заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 17 лет включительно включает профилактику и диагностику нарушений формирования репродуктивного здоровья, раннее выявление заболеваний половых органов, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий.

Первичная медико–санитарная помощь девочкам с гинекологической патологией на амбулаторном этапе оказывается врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, в детской поликлинике, женской консультации, центре репродуктивного здоровья подростков, молодежной клинике, центре планирования семьи и репродукции, в поликлиническом отделении медсанчасти, городской больницы, клиники, входящей в состав высших медицинских образовательных учреждений, медицинских научных организаций.

В случае отсутствия врача-акушера-гинеколога в учреждении здравоохранения амбулаторно-поликлиническая первичная медико–санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 17 лет включительно оказывается врачом-педиатром, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта.

Основной задачей первичной медико-санитарной помощи является проведение диспансерных (профилактических) осмотров девочек при рождении, а также в возрасте 3, 6, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики нарушений становления репродуктивной функции.

Девочкам, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами или врачами-педиатрами в составе выездных бригад.

По результатам профилактических осмотров девочек формируются

группы диспансерного наблюдения:

1. диспансерная группа – девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы;
2. диспансерная группа – девочки с нарушением полового развития;
3. диспансерная группа – девочки с гинекологическими заболеваниями;
4. диспансерная группа – девочки с нарушениями менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии.

Девочка, достигшая возраста 18 лет, передается под наблюдение врача-акушера-гинеколога женской консультации. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девочки для определения группы диспансерного наблюдения.

Медицинский работник, оказывающий первичную медико–санитарную помощь, направляет девочку с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в учреждение здравоохранения, имеющее лицензию и специалистов соответствующего профиля, в случаях, когда отсутствует возможность поставить диагноз, существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза, отсутствует эффект от проводимой терапии, при подозрении на наличие инфекций, передаваемых половым путем, беременности, пороков развития и нарушения полового развития.

Специализированная медицинская помощь девочкам с гинекологической патологией оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензии по специальностям «акушерство и гинекология» и «педиатрия».

Экстренная медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензии по специальностям «акушерство и гинекология» и «детская хирургия». Объем оперативного вмешательства определяется при участии врача-акушера-гинеколога.

Штаты медицинского персонала в амбулаторно-поликлинических

учреждениях здравоохранения устанавливаются из расчета 1,25 должности врача-акушера-гинеколога на 10 тыс. населения детского возраста, в стационарных учреждениях здравоохранения – устанавливаются руководителем учреждения здравоохранения с учетом штатных нормативов гинекологического отделения родильного дома или перинатального центра согласно приложениям № 18 и № 23 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 года № 572н.

В современных условиях в России прослеживается тенденция к созданию трехэтапной системы оказания гинекологической помощи девочкам в возрасте до 18 лет: **I** и **II** этапы - амбулаторно-поликлинические (педиатры и гинекологи детского возраста), **III** этап - гинекологический стационар.

Одним из примеров такой системы оказания медицинской помощи детскому населению, является приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 494 от 29 мая 2012 года "О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городе Москве"

I этап представлен участковыми педиатрами, врачами дошкольных учреждений и школ, а также интернатов, детских санаториев, оздоровительных лагерей.

Основная задача врачей на 1 этапе - выявить неблагополучие со стороны половой системы девочки, оказать первую необходимую помощь и направить к детскому гинекологу для уточнения диагноза, проведения лечения и реабилитации.

Медицинским работникам детских поликлиник необходимы определенные знания в области возрастной гинекологии, которые они должны получать в том числе и от детского гинеколога. Он ответственен за повышение квалификации врачей-педиатров, других специалистов, среднего медицинского персонала по разделу выявления патологии у девочек на донозологическом этапе.

Важное значение на 1-ом этапе имеет ***санитарно-просветительная работа*** с родителями, педагогами, среди персонала детских учреждений и с самими девочками с учетом их возраста.

С родителями санитарно-просветительную работу необходимо начинать как можно раньше, желательно с самого рождения девочки. Их следует ознакомить с тем, что в период новорожденности у девочек может отмечаться незначительное увеличение и нагрубание молочных желез, а в конце этого периода могут наблюдаться кровянистые выделения из половых путей вследствие падения уровня материнских эстрогенов. Биопсия молочных желез в этом случае не рекомендуется, т.к. в подростковом возрасте может развиться амастия. Родители должны знать строение наружных половых органов девочки, повозрастные анатомо-физиологические особенности организма, особенно в период полового созревания. Большое внимание следует уделять вопросам здорового образа жизни в семье, соблюдения режима дня, питания, труда, отдыха, проведения закаливающих мероприятий, профилактики заболеваний. Родителей обучают специфическим правилам гигиены девочки и девушки, ведению менструального календаря, знакомят их с мерами профилактики, выявлением отклонений в развитии ребенка, которые могут сказаться на репродуктивной функции.

Содержание и объем санитарно-просветительной работы с *педагогами и воспитателями* такой же, как и с родителями. Важное значение отводится роли педагога в половом воспитании девочек с 5-го по 11 класс, когда происходит становление и закрепление функции репродуктивной системы женского организма. Педагоги должны быть хорошо ориентированы в вопросах половой гигиены, полового воспитания, последствиях ранней половой жизни, абортов, венерических заболеваний и др.

Характер и насыщенность санитарно-просветительной работы *с девочками* зависит от их возраста.

В *раннем возрасте* девочку следует обучить выполнению правил личной гигиены, в том числе гигиены наружных половых органов.

В *11-12 лет* девочек знакомят с анатомо-физиологическими особенностями их организма, с менструальной функцией, обучают ведению менструального календаря, правилам гигиены в этот период, обращают внимание на значения режима дня, учебы, отдыха, питания, физкультуры, гигиены одежды и обуви.

Девушкам *13-18 лет* более подробно освещают вопросы физиологии женского организма, знакомят их с сущностью детородной функции, обращают внимание на неблагоприятные последствия ранней половой жизни, абортов, венерических заболеваний, знакомят с методами и средствами контрацепции. Хотя рак молочной железы встречается у детей и подростков крайне редко, девушек надо обучить самообследованию молочных желез (один раз в месяц), чтобы в дальнейшем оно стало привычным, и они смогли бы вовремя заметить необычное уплотнение и своевременно обратиться к врачу. Девушек следует предостеречь от излишнего увлечения различными диетами для похудения, т.к. при резком дефиците массы тела может возникнуть психогенная аменорея, требующая длительного лечения, а также нервная анорексия, что является показанием для обследования у психиатра. Большое внимание уделяется их нравственному воспитанию, формированию установки на воздержание от половых связей, осознанию чувства гордости и чести, пониманию роли женщины-матери в современном обществе и др.

Следует убедить девушек, живущих половой жизнью, обязательно пройти полное гинекологическое обследование. Особенно это необходимо сделать при подозрении на беременность: когда менструация задерживается на 2 недели и более. В этом случае также делают тест на беременность. Девушек информируют о возможности **анонимного** консультирования у психолога по телефону доверия или у подросткового гинеколога в центре планирования семьи.

Все беседы с девочками и девушками целесообразно проводить индивидуально или в небольших группах, чем достигается более тесный с ними контакт и создаются доверительные отношения.

Раннее выявление гинекологических заболеваний у девочек и девушек, а также отклонений в становлении их репродуктивной функции осуществляется, как правило, при проведении ежегодных плановых профилактических осмотров.

При общем осмотре подростков обращается внимание на их внешний вид, им проводят антропометрические измерение – массы тела, роста, оценивают степень полового развития, характер оволосения, развитие подкожно-жировой клетчатки и молочных желез, состояние кожи [2, 7, 11, 12, 16, 20, 22, 31, 40, 54, 58, 75, 79, 85].

Степень полового развития оценивается по общепринятой формуле Ма, Ах, Р, Ме, где:

Ма - развитие молочных желез;

Ах - подмышечное оволосение;

Р - оволосение на лобке;

Ме - возраст менархе и выраженность менструальной функции.

Для оценки степени выраженности вторичных половых признаков используется 4-х балльная система:

Ма0Ах0Р0 - отсутствие подмышечного и лобкового оволосения (обычно до 10 лет);

Ма1Ах1Р1 - набухание околососкового кружка, его пигментация не выражена, единичные волосы в подмышечной впадине и на лобке (10-12 лет);

Ма2Ах2Р2 - умеренное подмышечное и лобковое оволосение, молочные железы конической формы, околососковый кружок пигментирован, сосок плоский (12-13 лет);

Ма3Ах3Р3 - выраженное подмышечное и лобковое оволосение (вьющиеся волосы), молочные железы округлой формы, ареола пигментирована, сосок возвышается над сосковым кружком (14 и более лет).

Выраженность ***менструальной функции*** оценивается следующим образом: Ме0 - отсутствие менархе; Ме1 - менархе в период обследования; Ме2 - нерегулярные месячные; Ме3 - регулярные месячные.

Появление вторичных половых признаков у девочек в возрасте до 8 лет обычно расценивают как проявление преждевременного полового созревания. В то же время, отсутствие вторичных половых признаков в 13 лет и менструации в 15 лет свидетельствует о задержке полового развития.

Для оценки ***физического развития*** следует использовать антропометрические данные. Антропометрию обычно осуществляет школьная медицинская сестра. Рост стоя (в см.) измеряется ростомером, окружность грудной клетки (в см.) - сантиметровой лентой на уровне нижних углов лопаток и под молочными железами на уровне мечевидного отростка и над молочными железами.

По результатам антропометрических измерений можно косвенно судить о нарушениях сомато-полового развития. Так, при выраженной гипофункции яичников процесс окостенения эпифизарных костей у девушек задерживается, зоны роста длительно не закрываются, в результате эти девочки имеют высокий рост, узкий таз, длинные конечности [7, 22, 26, 58, 67, 70, 75].

Преждевременное половое созревание также изменяет пропорцию тела: эти дети до определенного возраста опережают своих сверстников в росте, а затем у них наступает преждевременное прекращение роста [7, 17, 22, 27, 31, 35, 75].

Больные с типичной дисгенезией гонад имеют низкий рост, широкие плечи, бочкообразную грудную клетку и узкий таз [7, 22, 75, 83, 88].

При сборе анамнеза врач-педиатр особое внимание должен обращать на наличие специфических жалоб у девочек-подростков и объективных данных, свидетельствующих о неблагополучии со стороны половой сферы. Наиболее частыми симптомами гинекологических заболеваний являются: боль внизу живота, выделения из половых путей (бели), нарушения менструального цикла или кровотечение из половых путей. Таких девочек следует срочно направить на консультацию к детскому гинекологу.

Кроме того, выделяются девочки ***группы риска*** возникновения

гинекологической патологии, за которыми ведется динамическое наблюдение.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК

- боли в животе в любом возрасте,
- изменение формы живота,
- появление вторичных половых признаков до 8 лет,
- отсутствие вторичных половых признаков в 13-14 лет,
- отсутствие менструации в 15 лет,
- гипертрихоз и гирсутизм,
- нарушение менструального цикла,
- наличие выделений из половых путей,
- патологические анализы мочи,
- нарушение строения наружных половых органов,
- ожирение II-III степени или дефицит массы тела более 10%, особенно в период полового созревания,
- состояния после оперативных вмешательств на органах брюшной полости (аппендэктомия, перитонит, удаление кисты яичника и др.),
- декомпенсированная форма хронического тонзиллита, тонзиллэктомия,
- ревматизм, ревмокардит,
- туберкулез,
- пиелонефрит или цистит,
- девочки, длительно болеющие различными заболеваниями,
- девочки из семей социального риска (семьи алкоголиков, проституток, тунеядцев и др.),
- девочки, рано начавшие половую жизнь, часто меняющие половых партнеров.

Таким образом, на **I этапе** осуществляется первичная профилактика гинекологических заболеваний и нарушений репродуктивного здоровья, при этом особое внимание уделяется санитарно-просветительной работе и половому воспитанию.

II этап организации гинекологической помощи детям и подросткам включает проведение профилактических осмотров девочек врачом-гинекологом в сроки утвержденные приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" и оказание медицинской помощи девочкам и подросткам при различных гинекологических заболеваниях.

Участковые врачи-педиатры и врачи-специалисты педиатрической службы должны знать сроки осмотра детей и иметь представление о характере и объеме деятельности акушера-гинеколога, осуществлять взаимосвязь в работе с этим специалистом, а также направлять к нему девочек в соответствии с действующими сроками профилактических осмотров.

Положение о враче акушере-гинекологе, обслуживающем детей и подростков (далее по тексту – гинеколог детского и подросткового возраста) утверждено приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"". В соответствии с данным документом указанная должность вводится за счет штатной численности амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) в установленном порядке, из расчета 1,25 должности врача-акушера-гинеколога на 10 тыс. населения детского возраста (в приказе Минздрава РФ №186 от 15.09.1991 «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РФ») должность врача акушера-гинеколога вводилась из расчета 1 ставка на 50 тыс. населения детского и подросткового возраста). Согласно новому приказу увеличение количества врачей акушеров-

гинекологов, обслуживающих детское и подростковое население, способствует улучшению качества оказания медицинской помощи, а, следовательно, и улучшению состояния репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

Гинеколог детского и подросткового возраста должен владеть методами антропометрии, вагиноскопии, ректо-абдоминального исследования девочек.

Гинеколог детского и подросткового возраста:

- осуществляет профилактические осмотры девушек-подростков;
- выявляет и проводит лечение гинекологических заболеваний у детей;
- ведет диспансерное наблюдение за детьми и подростками, состоящими у него на учете;
- осуществляет санитарно-просветительную работу с подростками, их родителями, педагогами;
- участвует совместно с работниками образования в реализации программы по половому воспитанию детей и подростков;
- оказывает консультативную помощь и др.;
- проводит семинары по повышению квалификации врачей других специальностей и средних медицинских работников по вопросам детской и юношеской гинекологии;
- осуществляет профилактические меры по предупреждению непланируемой беременности у девушек, живущих половой жизнью, в том числе подбор методов и средств контрацепции;
- выявляет беременных девушек, обеспечивает своевременное направление их на прерывание беременности или же при сохранении беременности – на диспансерное наблюдение в условиях женской консультации;
- обеспечивает своевременную госпитализацию нуждающихся в стационарном лечении;
- ведет учет и отчетность, а также анализ гинекологической заболеваемости детей и подростков, причин и последствий абортов и

др.;

- координирует работу по профилактике гинекологических заболеваний у девочек на I этапе.

Профилактические осмотры

Поскольку некоторые гинекологические заболевания на ранних этапах могут не вызывать каких-либо субъективных ощущений у девочки или подростка, большое значение имеет проведение профилактических осмотров.

Осмотр должен включать оценку соответствия степени физического и полового развития возрасту, ректо-абдоминальное исследование, исследование молочных желез.

Рекомендуется широкое применение УЗ-метода исследования органов малого таза, способствующее ранней диагностике опухолей внутренних половых органов, пороков развития и др.

Однако при организации массовых профилактических осмотров следует помнить, что статья 32 "Согласие на медицинское вмешательство" и статья 33 «Отказ от медицинских вмешательств» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья Граждан предполагают обязательное согласие законных представителей лиц, не достигших 15 лет (родителей, опекунов), т.е. исключается принудительный характер профилактических осмотров.

Таким образом, совместные усилия врачей-педиатров, наблюдающих девочек с первых дней жизни, и врачей гинекологов детского и подросткового возраста могут внести весомый вклад в сохранение и укрепление потенциала общественного здоровья, в профилактику и раннюю диагностику гинекологических заболеваний и нарушений репродуктивной системы у будущего поколения.

Литература

1. Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петряйкина Е.Е., Богданова Е.А., Шарков С.М., Сибирская Е.В., Смаль Т.А. Роль детского гинеколога в выявлении факторов риска, диагностики, профилактики и лечения нарушений функции репродуктивной системы. // Материалы XV Ассамблеи Здоровье Москвы. Московская Медицина. Специальный выпуск. – 2016. – № 1. – С. 67.
2. Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петряйкина Е. Е., Богданова Е.А., Сибирская Е.В., Смаль Т.А. Анализ работы Центра Репродуктивного здоровья детей и подростков города Москвы с точки зрения детского гинеколога за 2015 год. Предложения по улучшению качества работы службы. //Материалы II Московского городского съезда педиатров "Трудный диагноз в педиатрии". – 2016. – С. 25
3. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Логинова О.Н., Арсланян К.Н., Смаль Т.А. Аномальные маточные кровотечения - наиболее частая экстренная гинекологическая патология у девочек и девушек. // Материалы XV Ассамблеи Здоровье Москвы. Московская Медицина. Специальный выпуск. – 2016 . – № 1. – С. 69
4. Айламазян Н.К., Баранов В.С. Перинатальная диагностика наследственных и врожденных болезней. – М: Медпресс-информ, 2006. – 416 с.
5. Актуальные проблемы неонатологии /Под ред. Н.Н. Володина. — М.: Гэотар-Мед, 2004.— 448 с.
6. Анализ причин материнской смертности в субъектах Российской Федерации/О.В. Шарапова, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева, О.Г. Фролова, Л.П. Королева // Мать и дитя: материалы IX Рос. форума. – М., 2007. – С.642.
7. Бабичев В.Н. Нейроэндокринная регуляция репродуктивной системы. Пущино: 1995.- 227 с.

8. Баранов В.С., Айламазян Э.К. Определение наследственной предрасположенности к некоторым частым заболеваниям при беременности. Генетическая карта репродуктивного здоровья.– Санкт-Петербург: Издательство Н-Л, 2009. – 66 с.
9. Баранов А. А. Репродуктивное здоровье детей Российской Федерации: проблемы и пути их решения / А. А. Баранов, С. М. Шарков, С. П. Яцык // Рос. педиатр. журн. — 2010. — № 1. — С. 4–7.
10. Бардин К.В. Проблема порогов чувствительности и психофизиологические методы. - М.: Наука, 1987.– 395 с.
11. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков - М.: Медицина, 2000. - 360 с.
12. Бодяжина В.Н., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология.– М.: Медицина, 1990. – 520 с.
13. Бородкина, Ю.А., Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Тамаркин М.Б. Особенности контрацептивного поведения учащихся девушек-подростков/ Мать и Дитя: материалы III регион. науч. форума. М.: МЕДИ Экспо, 2009. С. 42.
14. Брюхина Е.В. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация: Автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 1997. - с. 40
15. Брюхина. Е.В. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте // Мать и дитя: материалы II Рос. Форума.– М., 2000.– С.21–22.
16. Вдовенко С.А., Лашкина А.А., Сивохина Т.А. Охрана репродуктивного здоровья в аспекте региональных профилактических стратегий. - Самара: Перспектива. – 2008. – С. 27-29
17. Вдовенко С.А., Лашкина А.А., Сивохина Т.А., Катюшина В.О. Роль реализации профилактических стратегий в укреплении репродуктивного здоровья. – Самара. – 2007. – С. 187-189.
18. Веселова Н.М. Маточные кровотечения пубертатного периода:

дисс. ... д-ра мед. наук. - Москва, 2007.- 267 с.

19. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. - М.: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.

20. Вольф А.С., Миттаг Ю.Э. Атлас детской и подростковой гинекологии// Под редакцией В.И. Кулакова – М.: Геотар-Мед, 2004. – 304 с.

21. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях. - М.: МЕДпресс, 2000.– 160 с.

22. Гарден А.С. Детская и подростковая гинекология. - М.: Медицина, 2001.- 456 с.

23. Гаспаров А.С., Кулаков В.И. Экстренная хирургическая помощь в гинекологии. Практическое руководство. — М., 2000.

24. Гинекологические заболевания. // Под редакцией В.Н. Серова. – М.: Литтерра, 2008. – 176 с.

25. Гладских Е.Н., Дамберг С.В., Кожуховская Т.Ю., Соколов Н.В. Результаты исследования охвата подростков и молодежи Санкт-Петербурга услугами учреждений и организаций в области охраны репродуктивного здоровья - итоговый отчет. - Санкт-Петербург: 2006. – 156 с.

26.Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. - СПб.: Фолиант, 2000.- 574 с.

27. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология. - СПб: 2010.- 640 с.

28. Демидов В.Н., Гус А.И., Адамян Л.В. Эхография органов малого таза у женщин: Практическое пособие. — М., 1999.

29. Довбан С.Р., Левин В.И., Шилко А.Н., Янович Э.А. Прогноз нарушений репродуктивной функции у девочек: Тез. докл. Всесоюзной конференции по гинекологии детей и подростков, 2-я. - М. - 1990. - С.83.

30. Доказательная медицина (ежегодный справочник). Часть 4 – М:, Медиа Сфера, 2003, с. 1277-1294

31. Долженко И.С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет (состояние, оценка, система мер по его сохранению): дис. ... д-ра мед. наук. - М. - 2004.- 282 с.
32. Загорельская Л.Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, - 2002; с. 24.
33. Зайчик А.Ш. Эндокринология подростков. - СПБ: ЭЛБИ-СПБ, 2004, с. 238.
34. Захарова Л.В. Клинико-эфографическая диагностика становления развития репродуктивной системы: дис. ... д-ра мед. наук. - Москва, - 2000.- 324 с.
35. Зубкова Н. А. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение девушек-подростков / Врач – 1998. № 7, - с. 25-26
36. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология.// Под редакцией В.И. Кулакова. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – 560 с.
37. Кобозева Н.В., Кузнецова М.Н., Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков./ Руководство для врачей. - Л.: Медицина, Ленинградское отделение., 1988. - 295 с.
38. Коколина В. Ф. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей / В. Ф. Коколина. — М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. — 680 с.
39. Краткое руководство. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. // Под редакцией В.Н. Серова. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – 256 с.
40. Кулаков В.И., Богданова Е.А. Руководство по гинекологии детей и подростков - М.: Триада-Х, 2005. – 332 с.
41. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 1056 с.

42. Кучма В. Р. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» как инструмент охраны и укрепления здоровья подростков / В. Р. Кучма, И. К. Рапопорт // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2011. — № 2. — С. 11–21.
43. Лашкина А.А., Балтер Р.Б., Чепанова В.И. Влияние факторов риска на формирование репродуктивной функции девочек // Вест. СамГУ «Естественная научная серия» №8 (58). – Самара. – 2006., с. - 252-259
44. Лещенко О. Я. Образовательные программы профилактики нарушений репродуктивного здоровья и формирования репродуктивной и сексуальной культуры современной молодежи (обзор литературы) / О. Я. Лещенко // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2012. — № 2, ч. 2. — С. 168–172.
45. Мазур Л.И., Лашкина А.А., Сивохина Т.А. Особенности междисциплинарного подхода к профилактике нарушений репродуктивного здоровья девочек // Метод. рекомендации. – Самара, СамГМУ. – 2007. – 25 с.
46. Малес М. Планирование семьи 1999; 3: 19—20.
47. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. / Десятый пересмотр. – ВОЗ. Женева, 1995.
48. Микиртумов Б.Е. Психосоматический континуум в гинекологии// Тезисы докладов научно-практической конференции детских и подростковых врачей, педагогов-валиологов. - СПб, 1997.-С.49-51.
49. Национальное руководство по акушерству — М.: ГЭОТАРМедиа, 2007.— 1196с.
50. Национальное руководство по гинекологии — М.: ГЭОТАРМедиа, 2007.— 1208с.
51. Норма и патология репродуктивной системы девочек в начале третьего тысячелетия: отчет о НИР (заключительный)/ ГУ НЦАГиП РАМН; Рук. Уварова Е.В. - Москва., 2004.- 46 с. - № ГР 02200401122

52. Паренкова И.А. Репродуктивное здоровье и качество жизни детей и подростков в условиях демографического кризиса: Дисс… докт. мед. наук. М., 2012. -312 с.
53. Разработка новых и усовершенствование существующих технологий диагностики и лечения нарушений функции репродуктивной системы детей и подростков: отчет о НИР (заключительный) / ФГУ НЦАГиП; Рук. Уварова Е.В. - Москва., 2007.- 98 с. - № ГР 01200800061
54. Руководство по охране репродуктивного здоровья.//Под реакцией В.И. Кулакова, В.Н. Серова - М.: Триада-Х, 2001, 565 с.
55. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. // Под реакцией В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского - М.: Геотар-Медиа, 2007, 1037 с.
56. Репродуктивное здоровье детей и девушек–подростков в Приморском крае/Л.А.Несвячёная, Г.П. Горшунова, Т.И. Бурмистрова, В.В. Стрельцова// сборник научных трудов Дальневосточной регионнальной научно–практической конференции – Хабаровск: ДВГМУ, 2004.– С.21–22
57. Репродуктивные установки и сексуальное поведение девочек–подростков крупного промышленного региона / Н.А. Лукина, Г.А. Черняева, Т.М. Петухова и др. // Современные проблемы детской и подростковой гинекологии в России: сборник научных трудов V Всероссийской научно–практической конференции – СПб., 2003.– С.149–151
58. Руководство по репродуктивной медицине (Essential Reproductive Medicine). Б. Карр, Р. Блэкуэлл, Р. Азиз. 2015 год. 832с.
59. Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. — М.: МИА, 2006.— 720 с.
60. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. Акушерство. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – 656 с.

61. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е. Гинекологическая служба детей и подростков города Москвы. Актуальные проблемы и пути их решения. // Материалы XXIX Международного конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний».– 2016. – С. 7-8.
62. Сибирская Е.В. Система оказания гинекологической медицинской помощи детям и подросткам в Москве. // Московская Медицина. Специальный выпуск. – 2016 . – № 2. – С. 64-69
63. Справочник Харрисона по внутренним болезням. Ред. Иссельбахера К., Браунвальда Е. и др., С-П: Питер, 1999, с. 786.
64. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. М.: Литтерра, 2009.- 375 с.
65. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
66. Фролова О. Г., Ландеховский Ю. Д. Методические подходы к разработке отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных» в акушерстве и гинекологии. // Управление здравоохранением 3/2001 (№4). - С.40-46.
67. Хеффнер Л. Половая система в норме и патологии /Пер. с англ. Гунина А.Г.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003.— 128с.
68. Хубер А., Хирия Г.Д. Гинекология детского и подросткового возраста/ Пер. с нем. –М.: Медицина, 1988.– 183 с.
69. Ярославский В.К., Гуркин Ю.А. Неотложная гинекология детей и подростков. - СПб. «Гиппократ», 1997, 224 с.
70. ACOG Committee Opinion no. 598: Committee on Adolescent Health Care: The initial reproductive health visit. Obstet Gynecol.2014; 123:1143.
71. ACOG Committee Opinion no. 599: Committee on Adoscent Health Care: Adolescent confidentiality and electronic health records. Obstet Gynecol.2014; 123:1148.
72. Adams Hillard PJ. Pediatric and adolescent gynecology in practice and

residency training. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004 Oct;16(5):363-5.

73. Adolescent pregnancy – Unmet needs and undone deeds/ WHO/ 2007; p. 1-99

74. Adolescent Pregnancy of North Carolina report 2008/ Adolescent Pregnancy Prevention Campaign of North Carolina (APPCNC)/ www.appcnc.org

75. Altchek A., Deligdisch L.: Pediatric, Adolescent and Young Adult Gynecology-New York, 2009, p.500

76. Bailley P.E., Bruno Z.V., Bezerra M.F. et al. J Adolescent Health 2001; 29: 3: 223.

77. Chen P., Teenage Pregnancy//Department of Obstetrics and Gynecology, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, 2007

78. Dianne S.E., Marianne E.F. Adolescent pregnancy // Pediatr. Clin. 2003. — N 50. — P. 781–800.

79. Emans S.J.H., Laufer M.R., Goldstein D.P. Pediatric and Adolescent Gynecology / 5th Edition. — Lippincott Williams & Wilkins. — 2005.

80. Janice L. Bacon. Clinical Recommendation: Labial Adhesions/Janice L. Bacon, Mary E. Romano, Elisabeth H. Quint.// Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology.2015.- Vol.28.-5.-P. 405-409. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2015.04.010

81. Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S.L. et al, Youth risk behavior surveillance—United States, 2013.MMWR Surveill Summ. 2014; 63:1.

82. Kirby, D. Reducing Adolescent Sexual Risk: A Theoretical Guide for Developing and Adapting Curriculum Based Programs. ETR Associates, Houston, TX; 2011.

83. Miller F.C. J Pediatrics Adolescent Gynecology 2000; 13: 1: 5—8.

84. National Center for HIV/AIDS VH, STD, and TB Prevention: Hawaii – 2015 State Health Profile.Office of the Director, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA; 2015.

85. O'Bazot M., Robert Y., Mestotdagh P. et al. Central precocious puberty.

Clinical and laboratory teaturs. // Clin Endocrinol (oxf.) 2001. Vol. 54/ p. 289-294.

86. Oringanje, C Meremikwu, H. Eko et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents / Cochrane Database of Systematic Reviews 2009. Issue 4. - Art. №: CD005215. DOI: 10.1002/14651858. CD005215. pub 2.

87. Palmer, R.H. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk / R.H. Palmer, S.E. Young, C.J. Hopfer et al. // Drug Alcohol Depend. 2009. - Vol. 102. - № 1-3. - P. 78- 87.

88. Parquet D. Endocrine biochemistry of puberty // Ann B.Clin. (Paris). — 1997. — Vol. 55. — P. 425-433.

89. Randelovic, G., Mladenovic, V., Ristić, L. et al, Microbiological aspects of vulvovaginitis in prepubertal girls. Eur J Pediatr. 2012; 171:1203.

90. Sutton C. Endoscopic Surgery for Gynecology. – London: Saunders, 2004

91. M. Norms, Attitudes, and Preferences: Responses to a Survey of Teens about Sexually Transmitted Infection and Pregnancy Prevention/ Tschann M., Salcedo J., Elia R. et al.// Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology. 2017. - Vol.30.-№1.-P.29-34.

92. World health statistics 2009. WHO, France. 2009. – p.150.

93. Ziadeh S. Arch Gynecology Obstetric 2001; 261: 1: 26—35.

94. Zondervan K.T., Yudkin P.L., Vessey M.P. et al. The prevalence of chronic pelvis pain in the United Kingdom: a systematic review – Br. J. Obstet. Gynaecol., 1998; 105: 93-99.

РЕЦЕНЗИЯ

на учебно-методическое пособие кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им А.И. Евдокимова «Гинекологические заболевания у детей и подростков. Вопросы организации профилактических мероприятий»

Учебно-методическое пособие «Гинекологические заболевания у детей и подростков. Вопросы организации профилактических мероприятий» кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им А.И. Евдокимова (авторы Е.Е. Петряйкина, Е.В. Сибирская, Г.М. Тургунова, И.П. Витковская) посвящено разработке организационных мероприятий по профилактике и ранней диагностике гинекологических заболеваний детей и подростков.

Репродуктивное здоровье, согласно определению ВОЗ, есть состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов, относящихся к репродуктивной системе, ее функциям и процессам. Являясь важным ингредиентом общего состояния здоровья человека, понятие репродуктивного здоровья выходит за рамки детородного возраста и охватывает периоды как более раннего этапа развития, так и послерепродуктивные годы.

Современная демографическая ситуация в России характеризуется высокой частотой мужского и женского бесплодия, высокой детской заболеваемостью, повышением частоты рождения детей с генетическими заболеваниями, наследственными и врожденными пороками развития – все это объясняет необходимость охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Но, начиная с 2016 года, отмечены и явные положительные сдвиги, впервые за последние 20 лет, показатели рождаемости превысили показатели смертности на всей территорий РФ.

Охрана репродуктивного здоровья подростков объявлена руководством страны важнейшей государственной задачей и является одной из приоритетных составляющих Национального проекта «Здоровье».

Совместные усилия педиатров, наблюдающих девочек с первых дней жизни, и детских гинекологов могут внести значимый вклад в сохранении и укреплении потенциала общественного здоровья, в профилактику и раннюю диагностику гинекологических заболеваний и нарушений репродуктивной системы у девочек-подростков.

Авторами проведена большая работа по изучению и синтезу научной литературы посвященной проблеме репродуктивного статуса детей и подростков, особенностям течения и частоты встречаемости различных гинекологических заболеваний и их осложнений.

Учебное пособие, несомненно, обладает практической значимостью. На современном методическом уровне отражены все аспекты изучаемой проблемы. Разработан алгоритм мероприятий по профилактике и ранней диагностике различных гинекологических заболеваний детей и подростков. Учебное пособие имеет практическое значение – предложен для использования в педиатрии, детской хирургии, необходимый для своевременного направления на консультацию к детскому гинекологу, для своевременного выявления гинекологических заболеваний и профилактике их осложнений.

Руководство Петряйкиной Е.Е., Сибирской Е.В., Тургуноваой Г.М., Витковской И.П. «Гинекологические заболевания у детей и подростков. Вопросы организации профилактических мероприятий» можно рекомендовать в качестве **учебно-методического пособия** для клинических ординаторов, интернов и врачей, обучающихся на кафедре на циклах общего и тематического усовершенствования.

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии
л/ф МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
профессор, д.м.н. И.Б. Манухин

Подпись заверяю

РЕЦЕНЗИЯ

на учебно-методическое пособие кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им А.И. Евдокимова «Гинекологические заболевания у детей и подростков. Вопросы организации профилактических мероприятий»

Учебно-методическое пособие «Гинекологические заболевания у детей и подростков. Вопросы организации профилактических мероприятий» кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им А.И. Евдокимова (авторы Е.Е. Петряйкина, Е.В. Сибирская, И.П. Витковская, Г.М. Тургунова) посвящено разработке организационных мероприятий по профилактике и ранней диагностике гинекологических заболеваний детей и подростков.

Репродуктивное здоровье, согласно определению ВОЗ, есть состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов, относящихся к репродуктивной системе, ее функциям и процессам. Являясь важным ингредиентом общего состояния здоровья человека, понятие репродуктивного здоровья выходит за рамки детородного возраста и охватывает периоды как более раннего этапа развития, так и пострепродуктивные годы.

В современных условиях в России создана трехэтапная система оказания гинекологической помощи девочкам в возрасте до 18 лет.

Раннее выявление гинекологических заболеваний у девочек и девушек, а также отклонений в становлении их репродуктивной функции осуществляется, как правило, при проведении ежегодных плановых профилактических осмотров.

Рекомендуемое широкое применение ультразвуковых методов исследования органов малого таза, способствует ранней диагностике опухолей внутренних половых органов, пороков развития и других форм патологии.

Совместные усилия педиатров, наблюдающих девочек с первых дней жизни, и детских гинекологов могут внести значимый вклад в сохранении и укреплении потенциала общественного здоровья, в профилактику и раннюю диагностику гинекологических заболеваний и нарушений репродуктивной системы у девочек-подростков.

Авторами проведена большая работа по изучению и синтезу научной литературы посвященной проблеме репродуктивного статуса детей и подростков, особенностям течения и частоты встречаемости различных гинекологических заболеваний и их осложнений.

Учебное пособие, несомненно, обладает практической значимостью. На современном методическом уровне отражены все аспекты изучаемой проблемы. Разработан алгоритм мероприятий по профилактике и ранней диагностике различных гинекологических заболеваний детей и подростков. Учебное пособие имеет практическое значение – предложен для использования в педиатрии, детской хирургии, необходимый для своевременного направления на консультацию к детскому гинекологу, для своевременного выявления гинекологических заболеваний и профилактике их осложнений.

Руководство Петряйкиной Е.Е., Сибирской Е.В., Витковской И.П., Тургуноваой Г.М. «Гинекологические заболевания у детей и подростков. Вопросы организации профилактических мероприятий» можно рекомендовать в качестве **учебно-методического пособия** для клинических ординаторов, интернов и врачей, обучающихся на кафедре на циклах общего и тематического усовершенствования.

Профессор кафедры акушерства
и гинекологии лечебного факультета
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова А.З. Хашукоева

Подпись профессора Хашукоевой А.З. заверяю
Ученый секретарь ФГБОУ ВО РНИМУ
им. Н.И.Пирогова МЗ РФ, д.м.н., доцент О.Ю. Милушкина