

ВВЕДЕНИЕ В ДЕТСКУЮ И ПОДРОСТКОВУЮ ГИНЕКОЛОГИЮ

Эта статья демонстрирует актуальность и необходимость изучения данной проблемы с позиций формирования дальнейшего репродуктивного статуса молодых пациенток.

Авторы приводят интересные данные о структуре гинекологической заболеваемости среди девочек и подростков в различных регионах страны, а также представляют организационные и методические варианты оптимизации оказания гинекологической помощи данному контингенту в России.

Возникновение детской гинекологии как новой отрасли медицины датируется 1940 г., причем приоритет в этом деле должен быть отдан доценту акушерско-гинекологической клиники Карлова университета в Праге Рудольфу Петеру (R. Peter). Впрочем, первые научные исследования в этой области выполнялись акушерами-гинекологами и ранее, в том числе в России — Д. Д. Поповым (1893), К. Ф. Славянским (1897), К. К. Скробанским (1901) на кафедре педиатрии, возглавляемой Н. П. Гундобиным, Императорской Военно-медицинской академии.

По данным Н. И. Казанцевой в первые десятилетия советского этапа развития страны была хорошо организована гинекологическая помощь несовершеннолетним девушкам-работницам.

Начало изучения заболеваемости органов репродуктивной системы у девочек связано с организацией детских гинекологических кабинетов. Первый такой кабинет был создан в СССР в феврале 1955 г. по инициативе А. Ю. Лурье при акушерско-гинекологической клинике Киевского медицинского института под названием «диспансер гигиены и физического развития девочек».

Работу этого кабинета возглавила Ю. А. Крупко-Большова. Одновременно амбулаторный прием по детской гинекологии был открыт при Ленинградском педиатрическом медицинском институте. В 1956 г. там же по инициативе А. И. Петченко были выделены койки в гинекологическом отделении для госпитализации девочек и девушек - подростков, страдающих гинекологи-

ческими заболеваниями.

В 1957 г. на X Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов был поставлен вопрос о необходимости организации помощи детям и подросткам при гинекологических заболеваниях. В 1958 г. прошла конференция детских гинекологов в Киеве, на которой состоялось подведение первых итогов работы в этой области. За последующие 15 лет был накоплен такой опыт, что вопросы детской гинекологии заняли заметное место в повестке VII Международного конгресса акушеров-гинекологов (Москва, 1973).

По мере деятельности детских гинекологических отделений и кабинетов накапливался фактический материал и стали появляться работы по вопросам детской гинекологической заболеваемости и организации детской гинекологической службы. В них был представлен анализ деятельности того или иного детского гинекологического кабинета за определенный период [Волкова Л. Г., 1975; Егорова Н. И., 1978; Лысенко В. К. с соавт., 1979, и др.]. В настоящее время ведущая роль в изучении репродуктивного здоровья девочек и девушек-подростков в России принадлежит школам, созданным в Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии профессорами Н. В. Кобозевой (детская и подростковая гинекология) и В. К. Юрьевым (социальная медицина).

В. К. Юрьевым в 1982-1984 гг. детально изучена деятельность районных детских гинекологических кабинетов города: заболеваемость по обращаемости, результаты профи-

лактических осмотров, хронометраж приема и т.п. На основании анализа предложена новая трехзвенная система оказания гинекологической помощи девочкам в условиях крупного города. Сейчас эта система дополнена еще двумя звеньями: общемедицинский этап, амбулаторный, стационарный, консультационный и реабилитационный [В. Г. Баласанян, 1995].

В современных условиях детская и подростковая гинекология включается в состав репродуктологии, куда входят также перинатология, неонатология, клиническая генетика, планирование семьи, гигиена зачатия, некоторые разделы педиатрии и биоэтики. Рассмотрение детской и подростковой гинекологии в разрезе репродуктологии продиктовано крайне неблагоприятной демографической ситуацией. Констатируя, что почти ни в одном регионе России нет даже простого воспроизводства населения, Министерством здравоохранения Российской Федерации издан приказ № 186 от 15 ноября 1991 г., по которому предписывалось создать систему гинекологической помощи девочкам и девушкам. Упор сделан на развертывание амбулаторной помощи, которая формируется из расчета 1.0 врачебной ставки на 50 тыс. детей и подростков обоего пола. Кабинеты детских и подростковых гинекологов теперь функционируют во всех областных и краевых центрах, во многих городах и районах. Проведены две всероссийские конференции по данной субспециальности — в Санкт-Петербурге (1993) и Белокурихе (1996), третья конференция планируется в Новосибирске.

Ведущим центром развития репродуктологии стала в 1970-х годах кафедра акушерства и гинекологии Ленинградского педиатрического медицинского института, где под руководством профессора Н. В. Кобозевой (ученицы Р. Г. Лурье) было выполнено более десятка диссертационных исследований, посвященных структуре и функции органов

женской половой системы в возрастном аспекте, начиная с антенатального периода онтогенеза. Эти исследования продолжает в настоящее время первая в стране кафедра детской гинекологии, основанная на факультете усовершенствования врачей СПбГПМА в 1989 г. профессором Ю. А. Гуркиным. Научно-педагогическим коллективом кафедры изучаются влияние перинатальных обстоятельств на половое созревание девочек, особенности остеобразования при патологии пубертата, проблемы реабилитации половой системы девушек, подвергшихся операции искусственного аборта, негормональные методы воздействия на половую систему девушки и др.

Имеется положительный опыт первых лет работы Санкт-Петербургского подросткового консультативно-диагностического центра репродукции «Ювента» (гл. врач доц. П. Н. Кротин), в штаты которого включены помимо гинекологов терапевты, дерматовенерологи, косметологи, эндокринологи, физиотерапевты, рефлексотерапевты, специалисты по планированию семьи, психологи, социальные работники. Проведенная центром организационно-методическая работа с заведующими здравпунктами учебных заведений, подростковыми врачами-терапевтами и врачами женских консультаций позволила повысить посещаемость «Ювенты» с 581 в 1991 г. до 55 916 в 1992 г. и даже 90 000 в 1995 г.

Отечественная и зарубежная литература располагает данными о распространенности гинекологической патологии у детей и подростков. Преобладание нарушений менструального цикла и аномалий полового развития в структуре гинекологической заболеваемости детей и подростков отмечают М. Н. Скорнякова с соавт. (1982), Л. К. Полева с соавт. (1982). Анализируя общие тенденции за последние 20 лет, М. Н. Кузнецова указывает, что произошло уменьшение частоты ювенильных кровотечений в 3

раза, увеличилось число больных с аменореей и гипоменструальным синдромом в 2 раза, возрос удельный вес больных с первичной аменореей, гиперандрогенией, дисгенезией гонад, преждевременным половым созреванием. А. М. Лакиши с соавт. (1993) выявили нарушение менструальной функции у 2.7% осмотренных девушек-подростков Москвы.

Как отечественные [Кобозева Н. В. с соавт., 1988; Куриленко Н. А., 1988], так и зарубежные [Lindner E. et al., 1974; Lauritzen C., 1983] авторы отмечают преобладание в структуре гинекологической патологии девочек воспалительных заболеваний гениталий 55-77% и нарушений менструальной функции — 7-17%. Нарушения темпов полового развития составляют в среднем 13%, пороки развития половых органов — 0.1-9%, травмы — 1-8%, новообразования 0.1-2%. Столь существенные колебания показателей объясняются различной методикой исследования — по данным обращаемости или по результатам медицинских профилактических осмотров.

Структура гинекологической патологии у подростков заметно отличается: 61-63% составляют нарушения менструальной функции, затем идут нарушения полового созревания (7.3%), воспалительные процессы (6.2%), патология молочных желез (5.5%), аномалии развития гениталий (4.3%), опухоли (2.8%), травмы (2.8%) и прочие заболевания (8.9%); беременность составляла 1.2% от числа обратившихся [G. Creatsas, 1990; В. К. Юрьев, 1990]. В то же время среди 1975 девочек в возрасте до 15 лет, обратившихся в детский гинекологический кабинет г. Иркутска, более половины (52.8%) составили страдающие неспецифическими воспалительными наружных половых органов, 10% — аллергическими вульвовагинитами и только 8.5% — нарушениями менструальной функции [Кузьмина Н. И., 1993].

По данным Е. А. Богдановой (1993), патология репродуктивной

системы имеется у 7-12% девочек и девушек, причем факторами риска ее возникновения являются хронический тонзиллит и тонзиллэктомия в год менархе, аппендицит, нарушения массы тела, ревмокардит, туберкулез, отклонения в физическом и половом развитии. Различные нарушения менструальной функции (чаще всего ювенильные кровотечения) в пубертатном периоде нередко возникают после инфекционного заболевания, особенно вирусной этиологии и протекающего с повышенной температурой тела.

Если в прежние годы средний возраст прихода первой менструации составлял 12.4-12.6 лет [Ушакова Г. А., 1984; Юрьев В. К., 1989; Boga et al., 1976; Trivelli M. R. et al., 1982], то в середине 90-х годов он возрос до 13.6 лет [Ю. А. Гуркин]. Акселерация физического и полового развития у современных школьниц прослеживается во многих регионах, однако остаются социально-психологические проблемы, обусловленные сокращением «территории детства».

В последнее время все большее внимание уделяется медико - социальным факторам формирования репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала девочек как будущих матерей. Под репродуктивным потенциалом принято понимать возможность девочки при вступлении в детородный возраст воспроизвести здоровое потомство.

Анализ состояния репродуктивного потенциала позволяет прогнозировать демографическую ситуацию в данном конкретном регионе, состояние здоровья будущих беременных, рожениц, родильниц и рожденных ими детей, а потому должен

служить основой перспективного планирования развития акушерско-гинекологической и педиатрической служб.

Программа оценки репродуктивного потенциала девочек, разработанная В. К. Юрьевым (1989, 1994), включает в себя следующие разделы:

- анализ распространенности общесоматических заболеваний;
- оценка состояния физического развития;
- изучение гинекологической заболеваемости девочек;
- определение уровня полового развития;
- оценка психологической готовности девочек к материнству;
- учет сексологической готовности к половому партнерству;
- выделение комплекса факторов, определяющих состояние репродуктивного здоровья.

Все национальные ассоциации или федерации детских и подростковых гинекологов, включая Российскую (президентом которой является профессор Ю. А. Гуркин), пользуются методической, организационной и моральной поддержкой Международной федерации детских и подростковых гинекологов (FIGIJ, президент профессор Georg Creatsas), функционирующей в рамках международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO). Очередной, XII Международный конгресс детских и подростковых гинекологов запланирован на 1998 г. в Хельсинки.