

Ковалев В.В.<sup>1</sup>, Лаврентьева И.В.<sup>1,2</sup>, Николаева К.И.<sup>1,2</sup>, Уфимцева М.А.<sup>1</sup>, Исламиди Д.К.<sup>1</sup>

## Оценка репродуктивного здоровья девочек-сирот

1 - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Екатеринбург; 2 - Муниципальное автономное учреждение «Детская городская клиническая больница № 9» г. Екатеринбург

Kovalev V.V., Lavrenteva I.V., Nikolaeva K.I., Ufimceva M.A., Islamidi D.K.

## Evaluation of reproductive health of girls orphaned

### Резюме

Проведена сравнительная оценка состояния здоровья и структура гинекологической патологии 43 девочек подростков проживающих в учреждении для сирот и 41 девочки из полной семьи. Течение беременности матерей девочек-сирот достоверно чаще осложнялась угрозой прерывания и синдромом задержки развития плода, а матери девочек из полных семей чаще подвергались оперативному родоразрешению. Выявлена большая частота развития заболеваний нервной и дыхательной систем и случаев аномальных маточных кровотечений в группе девочек-сирот. В то же время первичный гипоменструальный синдром встречался у девочек из полных семей.

**Ключевые слова:** девочки сироты, гинекологическая патология, репродуктивное здоровье

### Summary

The comparative evaluation of health state and structure of gynecological pathology in 43 teenage girls living in boarding school for orphan children and in 41 girls from the full family was conducted. The pregnancies of mothers of orphans were significantly more often complicated by the threat of interruption and the syndrome of fetal development delay. Also mothers of girls from full families were more often undergo to operative delivery. A high frequency of development diseases of the nervous and respiratory systems and cases of abnormal uterine bleeding in the group of orphans was found. However, the primary hypomenstrual syndrome was found in girls from full families.

**Keywords:** orphaned girls, gynecological pathology, reproductive health

### Введение

В настоящее время в России встречаемость патологии репродуктивной системы у девочек-подростков составляет 120 на 1000 человек, т.е. каждая восьмая девочка страдает тем или иным гинекологическим заболеванием или нарушением полового развития. За прошедшие десять лет доля абсолютно здоровых девочек снизилась с 28,6 до 6,3% [1].

Сиротство - одна из самых тяжелых социальных и педагогических проблем нашего времени. Дети - сироты - лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель [2]. По данным ЮНИСЕФ (2015 г.) в мире около 150 миллионов детей-сирот. В Конвенции ООН о правах ребенка, принятой резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года указано, что «ребенок, который временно или постоянно лишен своего семейного окружения, или который в его собственных наилучших интересах не может оставаться в таком окружении, имеет право на особую защиту и помощь, предоставляемые государством» [3].

Одним из значимых факторов риска возникновения репродуктивных нарушений у подростков являются их

социальная изоляция и неблагоприятный психологический климат в семье. Здоровье детей, воспитывающихся в условиях материнской депривации, служит показателем приспособительных возможностей растущего организма к экстремальным условиям современной жизни. В указе Президента РФ от 28.12.2012 г. № 1688 даны поручения по совершенствованию государственной политики в сфере защиты детей данной социальной группы, в том числе контроль над качеством профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, а также за качеством последующего оказания им медицинской помощи. Система наблюдения за здоровьем детей-сирот, в том числе и репродуктивным, отражена в соответствующих Федеральных законах [4,5]. По данным исследователей репродуктивное здоровье девочек, оставшихся без родительского попечения, воспитывающихся в детских домах и интернатах, характеризуется задержкой полового развития, высокой частотой гинекологических заболеваний, в структуре которых преобладают нарушения менструального цикла, прежде всего дисменорея, что указывает на необходимость разработки комплексной программы для предупреждения развития нарушений менструального цикла [6].

**Целью** нашего исследования стала сравнительная оценка состояния здоровья девочек-сирот и девочек, живущих в полных семьях по результатам их комплексного обследования.

## Материалы и методы

Контингент обследованных составили: группа I - 43 девочки из ГКОУ СО «Березовский детский дом №1» для детей - сирот и детей оставшихся без попечения родителей п. Лосинный Свердловской области и ГКОУ СО «Березовская школа интернат, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы» п. Монетный Свердловской области.

Группа II - 41 девочка из полной семьи МАУ ДГКБ № 9 Екатеринбурга. Проведено сравнение результатов диспансеризации, дополненные анамнестическими данными о течении беременности и родов матерей обследованных девочек, установленных по выпискам из родильного дома. Данные о соматической патологии извлекались из результатов диспансеризации ребенка. Определяли массу, рост, окружность грудной клетки девочек. Проводился гинекологический осмотр. Гармоничность развития оценивалась по центильным таблицам, составленным на основании рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (2005). Статистическая обработка проводилась в Microsoft Excel. Определялся критерий Фишера для непараметрических данных ( $p < 0,05$ ) и квартили значений.

## Результаты и обсуждение

Медиана среднего возраста обследуемых в обеих группах составила 14 лет (25%: 75% квартили -12:14).

Патология беременности матерей девочек группы I встречалась у 20 (46,5%) и у 12 (30%) матерей девочек из группы II. Преэклампсия отмечалась у 11 (25,5%) и 9 (22%) матерей девочек групп I и II соответственно. Хроническая плацентарная недостаточность, сопровождаемая синдромом задержки внутриутробного роста плода, встречалась у 8 (18,6%) против 3 (7,3%) женщин, что не имело достоверной разницы, в отличие от угрозы невынашивания, которая сопровождала беременность 14 (34,1%) женщин группы I и всего 2 (4,8%) группы II ( $p < 0,05$ ), что, по-видимому, объясняется социальными особенностями матерей девочек, включенных в исследование.

Преждевременные роды произошли только у 7 женщин группы I ( $p < 0,05$ ). В целом течение родов осложнилось ранним и дородовым излитием околоплодных вод в 11 (25,5%) vs 9 (22%) случаях и первичной слабостью родовой деятельности у 8 (18,6%) vs 5 (12%) женщин в группах соответственно. В тоже время, женщины из группы II подвергались оперативному родоразрешению чаще - 7 (17%) против 2 (4,6%) ( $p < 0,05$ ).

Обращает на себя внимание высокая частота выявления социально-значимых заболеваний среди матерей девочек-сирот (табл.1)

Средний возраст менархе у девочек исследуемых групп достоверных отличий не имел и составил 12 лет

Таблица 1. Социально-значимые заболевания матерей девочек

№	Показатель	Группа I	Группа II
1.	Социально-значимые заболевания, из них	25 (58%)*	11 (26,8%)
1.1.	ВИЧ-инфекция	7 (16,2%)	0
1.2.	Гепатит В	4 (9,3%)	1 (2,4%)
1.3.	Гепатит С	3 (6,9%)	0
1.4.	Туберкулез	2 (4,6%)	0
1.5.	Сифилис	2(4,6%)	0
1.6.	Другие ИППП	7(16,2%)	10 (24,3%)

\*-  $p < 0,05$

Таблица 2. Заболеваемость девочек

№	Класс	Группа I	Группа II
1.	Класс XI. Болезни органов пищеварения	23(53,4%)	19(46,3%)
2.	Класс VI. Болезни нервной системы	29*(67,4%)	6(14,6%)
3.	Класс X. Болезни органов дыхания	17*(39,5%)	6(14,6%)
4.	Класс XIV. Болезни мочеполовой системы	8(18,6%)	4(9,7%)
5.	Класс III. Болезни крови, кровяных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	7(16,2%)	1(2,4%)
6.	Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ	8(18,6%)	7(17%)
7.	Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	4(9,3%)	0
8.	Соматически здоровые	0*	14 (34%)

\*-  $p < 0,05$

(25%: 75% квантили –11: 14). Средняя длительность менструального цикла в группе I составила 26 дней (25%: 75% квантили –24: 27), а в группе II 28 дней (25%: 75% квантили –25: 30), что так же не имело достоверной разницы. В тоже время, длительность менструации в группах отличалась в сторону удлинения в группе девочек-сирот 8 (25%: 75% квантили –7: 9) vs 5 (25%: 75% квантили –5: 6).

Нормальный менструальный цикл имели одинаковое число девочек в обеих группах – 19 (44 и 46%), в то время как аномальные маточные кровотечения (АМК) были отмечены у 4(9,3%) девочек группы I и лишь у 1(2,4%) девочки из группы II. В противоположность аномальные маточные кровотечения, первичный гипоменструальный синдром был установлен у 9 (22%) девочек группы II и у 2 (4,6%) из группы I ( $p < 0,05$ ). Одинаково часто девочки обеих групп (12; 28%) предъявляли жалобы на болезненные менструации.

Обращает на себя внимание достоверное увеличение частоты заболеваемости по классу нервных болезней и заболеваний органов дыхания в группе девочек-сирот (табл.2). При этом, отсутствие здоровых девочек-сирот связано, скорее всего, с более тщательным обследованием этой декретируемой группы детей.

Удельный вес девочек сирот, имеющих в анамнезе вредные привычки – 21 (48,8%), в том числе, табакокурение, вдыхание толуолсодержащих веществ, бытовых инсектицидов, бензина, психоактивных веществ. Среди девочек группы II вредных привычек отмечено не было, но эта информация может быть не достоверной. Гармоничность физического развития девочек между группами отличалась (рис. 1). Так большее число девочек из группы I распределились на среднее дисгармоничное и среднее гармоничное развитие в то время как девочки группы II

по большей части оказались в группе средне-гармоничного развития ( $p < 0,05$ ).

### Выводы

1. Анамнез матерей девочек сирот, более отягощен в отношении социально-значимых заболеваний, по сравнению с матерями девочек, проживающих в полных семьях. Возможно, это связано с социальной составляющей проблемы последующего сиротства.
2. Увеличение частоты выявляемости заболеваний нервной системы и органов дыхания у девочек-сирот, возможно, объясняет большую частоту дисфункциональных расстройств репродуктивной системы - аномальных маточных кровотечений и дисменорей. В тоже время, совпадение числа девочек с нормальным менструальным циклом в обеих группах, подтверждает хорошую психологическую адаптацию и удовлетворительное общее состояние соматического здоровья девочек обеих групп.
3. Высокая частота вредных привычек в анамнезе девочек-сирот может быть фактором риска развития патологии репродуктивной системы в дальнейшем. ■

**Ковалев В.В.** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ПП и педиатрического факультета УГМУ; **Лаурентьева И.В.** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП и педиатрического факультета УГМУ; **Николаева К.И.** – аспирант кафедры кожных и венерических болезней УГМУ; **Уфимцева М.А.** – д.м.н, доцент кафедры кожных и венерических болезней УГМУ; **Исламиди Д.К.** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП и педиатрического факультета УГМУ; Автор, ответственный за переписку: **Лаурентьева Инна Вадимовна.** E-mail: lav6607@bk.ru т.89122837229

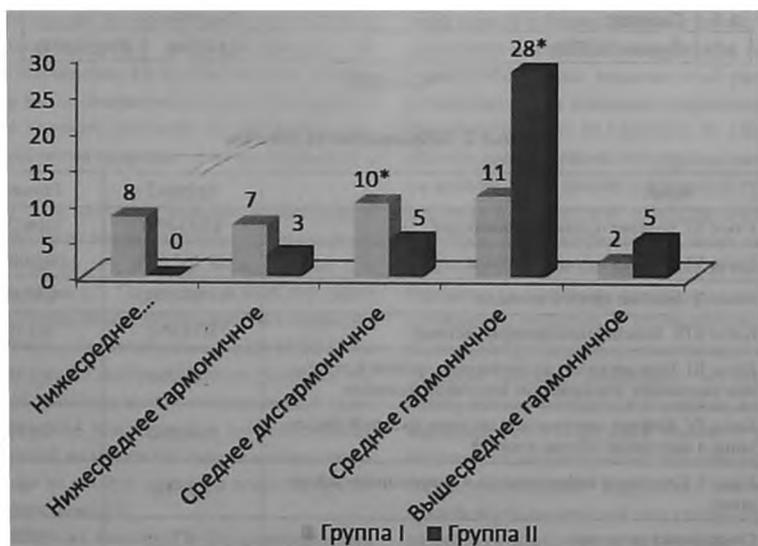


Рис.1. Гармоничность физического развития (абс.)

**Литература:**

1. Ушакова Г.А., Елгина С.И., Назаренко М.Ю. Динамика основных показателей репродуктивного здоровья девочек в регионе за последние 25 лет и концепция его сохранения // *Мать и дитя в Кузбассе*. - 2005. - № 1. - С. 172-173.
2. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124 - ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
3. «Конвенция о правах ребенка» от 20.11.1989 г., ст. 20, разд. 1.
4. Федеральный закон от 21.12. 1996 г. № 159 - ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».
5. О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: указ Президента Российской Федерации от 28.12.12 г. N 1688.
6. Артымук Н.В., Пискунова Г. В., Зуева Г.П. Факторы риска возникновения нарушений репродуктивного здоровья девочек, оставшихся без родительского попечения. // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. - 2009. - № 6.- С.18-23.