

Заключение

1. В результате проведенных исследований функционального состояния установлено, что около 70% РЛБ, работающих в локомотивных депо ст. Новый Ургал, Постышево, Комсомольск, Высокогорная, нуждаются в проведении КПФМ.

2. Применение восстановительных (коррекционных) психофизиологических мероприятий в психофизиологических кабинетах НУЗ «Отделенческая больница на ст. Комсомольск ОАО «РЖД» способствовало восстановлению функционального состояния и работоспособности у 92% участвовавших в исследовании РЛБ.

3. Деятельность психофизиологических кабинетов негосударственного учреждения здравоохранения «Отделенческая больница на ст. Комсомольск ОАО «РЖД» актуальна в сохранении здоровья и работоспособности работников локомотивных бригад в условиях северного региона.

Литература

1. Распоряжение ОАО «РЖД» от 19 сентября 2011 г. № 2050Р «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению восстановительных (коррекционных) мероприятий работникам локомотивных бригад ОАО «РЖД».

Координаты для связи

Кузина Алла Валентиновна, заведующая отделением медицинской профилактики НУЗ «Отделенческая больница на станции Комсомольск ОАО «РЖД».

Кононенко Тарас Васильевич, главный врач НУЗ «Отделенческая больница на станции Комсомольск ОАО «РЖД».

Почтовый адрес больницы 681000, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Пирогова, 11.

УДК 618.17

Т.С. Быстрицкая¹, С.А. Филатов²,
Д.С. Лысяк¹, О.Г. Путинцева¹,
Д.П. Подошвелев³

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России¹
г. Благовещенск
Министерство здравоохранения Амурской области²
г. Благовещенск
ГБУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»³
г. Благовещенск

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Репродуктивная функция женщин во многом определяется гинекологическим здоровьем девочек-подростков [1]. Подростковый период характеризуется становлением репродуктивной системы и наиболее уязвим со стороны эндогенных и экзогенных факторов [4]. Согласно положению ВОЗ, доля социальных факторов в сохранении репродуктивного потенциала (РП) девочек-подростков составляет 50%, медицинских – 10% [6]. В последние годы в медицинской литературе уделяется большое внимание медико-социальным факторам формирования РП девочек как будущих матерей. Воспитание детей в сложной семье с низким социальным статусом является мощным негативным фактором, влияющим на здоровье детей и подростков [3, 15]. Одним из важных критериев оценки РП девочек-подростков является снижение гинекологической заболеваемости за счет внедрения современных технологий ранней диагностики, лечения и профилактики наиболее значимых заболеваний репродуктивной системы [14]. Различие климато-географических и социально-экономических факторов развития территорий России служит прецедентом для исследования региональных особенностей РП в период его становления [11].

Цель исследования. Оценка РП у девочек и девочек-подростков в Амурской области, основанная на анализе гинекологической заболеваемости, эффективности диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования

В работе использованы справочные материалы Министерства здравоохранения РФ «Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы» за 2012–2013 годы; годовые

отчеты федеральной службы государственной статистики и министерства здравоохранения Амурской области 2009–2013 годы; отчеты профилактических осмотров девочек в возрасте 10–14 лет (n=4203) и 15–17 лет (n=14224); кабинетов гинекологии детей и девочек-подростков – девочек 10-14 лет (n=10963), девочек-подростков 15-17 лет (n=14362); отчеты о работе гинекологического отделения Амурской областной детской клинической больницы за 2009–2013 годы.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре общей гинекологической заболеваемости у девочек и девочек-подростков за последние 5 лет отмечаются расстройства менструации, частота которых увеличилась с 48,7 в 2009 году до 56,6 в 2013 году (на 1000 населения соответствующего возраста), что выше показателя РФ (49, 2). Частота воспалительных заболеваний женских половых органов имеет тенденцию к снижению (40,7 в 2013 г. против 42,2 в 2009 г.), но остается выше этого показателя в РФ (11,6). Распространенность и характер течения этих заболеваний имеют первостепенное значение в формировании РП, что определяет увеличение рождаемости и народонаселения в Амурской области. В этой связи имеет значение порядок оказания медицинской помощи девочкам-под-

росткам с гинекологическими заболеваниями в возрасте до 17 лет включительно. Амбулаторный этап: центральные районные больницы, городские больницы и женские консультации, в которых врачи имеют тематическое усовершенствование по гинекологии детского и подросткового возраста; городские и областные детские поликлиники со специализированными кабинетами гинекологии детей и подростков и центр реабилитации (г. Благовещенск). Стационарный этап – отделение детской и подростковой гинекологии Амурской областной детской клинической больницы на 35 коек.

Основное значение в выявлении гинекологических заболеваний у девочек-подростков, составляющих группу риска по нарушению репродуктивной функции, имеют ежегодные профилактические осмотры. По данным профилактических осмотров, в 2012 году частота гинекологических заболеваний у девочек 10–14 лет (3 возрастная группа) составила 25,4%, 15–17 лет (4 возрастная группа) 26% от числа осмотренных. В сравнении с 2006 годом частота заболеваний снизилась (33,1%). В других регионах РФ распространенность гинекологических заболеваний у детей и подростков 3 и 4 возрастных групп составляет 18,6% и 24,2% соответственно

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Оценка репродуктивного потенциала (РП) у девочек и девочек-подростков в Амурской области, основанная на анализе гинекологической заболеваемости, эффективности диагностики и лечения. Анализу подверглись данные профилактических осмотров, кабинетов гинекологии детей и подростков и гинекологического отделения Амурской областной детской клинической больницы в период 2009–2013 годы. Рассмотрен порядок оказания гинекологической помощи и его эффективность. Выявлены распространенность и структура заболеваний, в которых преобладали расстройства менструации и воспалительные болезни женских половых органов. Сделан вывод, что своевременная диагностика, научно-обоснованное лечение с применением современных технологий, разработанная система реабилитации, позволили определить РП у девочек-подростков с гинекологическими заболеваниями в анамнезе естественной фертильности 90%, с применением вспомогательных репродуктивных технологий 10%.

Ключевые слова: девочки-подростки, гинекологическая заболеваемость, репродуктивный потенциал.

REPRODUCTIVE POTENTIAL OF GIRLS AND GIRLS-TEENAGERS OF THE AMUR REGION

T.S. Bystritskaya, S.A. Filatov, D.S. Lysak, O.G. Putintseva, D.P. Podoshvelev

ABSTRACT

The purpose of research. The evaluation of reproductive potential (RP) in girls and girls-teenagers in Amur region, is based on the analysis of gynecological morbidity, the efficacy of diagnosis and treatment. Data of preventive examinations, children polyclinics and gynecological department of the Amur Regional Children's Hospital during the period 2009–2013 were analyzed. You learned how to provide gynecological care and its effectiveness. The prevalence of diseases and structure were revealed. The disorder of menstruation and inflammatory diseases of female genital organs prevailed. It was concluded that timely diagnosis, evidence-based treatment using modern technologies, developed rehabilitation system made possible to determine RP in girls-teenagers with gynecological diseases in anamnesis of natural fertility of 90% with the use of assisted reproductive technologies 10%.

Key words: girls-teenagers, gynecological morbidity, reproductive potential.

[10].

В структуре выявленных заболеваний преобладают расстройства менструации (45,3%), среди которых олигоменорея составляет 92,2%. Основным патогенетическим механизмом олигоменореи является гипофункция яичников [5]. Воспалительные заболевания женских половых органов составили 40,7 (в РФ – 12,6) на 1000. Среди других заболеваний задержка полового развития (1,9%), гиперандрогения (1,9%), врожденные аномалии развития половых органов (0,7%).

Выявление гинекологических заболеваний у девочек и девочек-подростков в возрасте 10–17 лет по обращаемости составило 49,5%, что в 2 раза выше по сравнению с данными профилактических осмотров. Базовый спектр обследования, регламентируемый стандартом в амбулаторных условиях, позволил выявить расстройства менструации (37%), опухоли и опухолевидные образования яичников (10,5%), установить причину хронических тазовых болей (3,6%). Особого внимания заслуживает выявление вируса папилломы человека при исследовании влажного содержимого молекулярно-биологическим методом. В первой возрастной группе (0–5 лет) этот вид вируса обнаружен у 0,3%, во второй (5–10 лет) – у 0,7% девочек. Наиболее опасны серотипы 16 и 18, которые имеют этиопатогенетическое значение в развитии рака шейки матки. Особенностью других регионов является увеличение частоты воспалительных заболеваний гениталий в сочетании с задержкой полового развития у 34,4% девочек [2].

Средний возраст сексуального дебюта девочек-подростков составляет 17,0±1,5 лет. По вопросу контрацепции в 2012 году было проведено консультирование 2143 девушек, но современные методы контрацепции применяются редко. Медикаментозный аборт, как наиболее щадящий, выполняется у 18% девочек-подростков. Известно, что прерывание первой беременности в юном возрасте в каждом третьем случае приводит к развитию хронического, чаще – аутоиммунного эндометрита, и снижает РП [6]. Мероприятия по сохранению репродуктивной функции у девочек-подростков, проводимые медицинскими работниками, преподавателями и студентами Амурской государственной медицинской академии, позволили снизить показатель абортов в 2013 году на 26%. В РФ удалось снизить число абортов у подростков на 5,5% [6].

Специализированная помощь девочкам-подросткам с гинекологической патологией, включая хирургические методы лапароскопическим доступом, оказывается в плановом и экстрен-

ном порядке. В 2013 году в структуре заболеваний 58,3% составляли пациентки с нарушением репродуктивной функции, в 2009 году они составляли 46,6% от числа госпитализированных больных. Дисфункция гипоталамуса диагностирована у 35,8% пациенток, в 2009 году – у 22%. Сочетание с инсулинорезистентностью приводит к развитию синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) и бесплодию. У всех девочек с дисфункцией гипоталамуса наследственность отягощена ожирением, сахарным диабетом и осложненным течением перинатального периода [4].

Частота апоплексии яичника, как проявление его дисфункции, снизилась до 25,2% против 37,6%. Это свидетельствует о своевременной и адекватной коррекции дисфункции яичников на амбулаторном этапе, в том числе в центре реабилитации [1]. Оперативное лечение при апоплексии яичника проведено у 1% девочек-подростков, в 2009 году – у 8,1%. Болевая и геморрагическая формы апоплексии яичника снижают овариальный резерв и РП в связи с кровоизлиянием в ткань яичника. Максимальное снижение овариального резерва происходит при оперативном лечении с применением биполярного гемостаза [8,9]. В этой связи оперативное лечение проводится по абсолютным показаниям [9].

Дисфункция яичников с олигоменореей у девочек-подростков диагностирована у 17,8% против 14,2% в 2009 году. Дисфункция гипоталамуса и яичников – наиболее значимая патология в нарушении репродуктивной функции. Олигоменорея может быть клиническим проявлением СПКЯ. За последние 5 лет частота СПКЯ снизилась до 0,3% против 3,6%, что свидетельствует об эффективности проводимого лечения с применением гормональных препаратов и является предиктором сохранения РП.

Аномальные маточные кровотечения, имеющие ановуляторный характер, диагностированы у каждой четвертой пациентки. В связи с высоким риском рецидива кровотечения нами разработан патогенетически обоснованный стандарт регулирующей терапии, основанный на исследовании уровня гонадотропных гормонов гипофиза и состояния биоэлектрической активности головного мозга [12]. Эффективность в профилактике рецидива – 82,2%. Анализ показал, что наиболее значимым фактором риска формирования патологии репродуктивной системы у девочек является патология перинатального периода: церебральные нарушения (35%), гипоксия плода (34%), асфиксия в родах (20%), инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (22,7%).

Количество подростков с сальпингитом и оо-

форитом в стационаре увеличилось в 1,7 раза, что ассоциировалось с распространенностью инфекций, передаваемых половым путем. Своевременная диагностика и проведение этиотропного лечения позволило снизить частоту гнойных tuboовариальных воспалительных заболеваний до 2,9% против 4,7% от общего числа больных с этой патологией. Согласно данным литературы, у сексуально активных подростков преобладает хламидийная инфекция [11]. В нашей клинике разработан алгоритм лечения девочек-подростков с острым гнойным сальпингитом и оофоритом, который включает хирургическое лечение, реабилитацию на госпитальном и амбулаторном этапах, санаторно-курортное лечение. Несмотря на органосохраняющий характер операций в 98% случаев, риск трубного бесплодия достигает 10% [13].

Количество девушек с опухолевидными образованиями яичников, которые представлены ретенционными кистами, уменьшилось с 8,4% до 1,9%. Это обусловлено регуляцией менструального цикла в период становления и расстройства менструации через 2 года от менархе. К сожалению, опухоли яичников у подростков имеют тенденцию к росту с 17,9% до 23% к числу госпитализированных больных. Злокачественные опухоли яичников диагностированы в 4 случаях (2012–2013 гг.).

В структуре гинекологических заболеваний в стационаре количество девочек в возрасте 10–17 лет с нарушением полового развития увеличилось до 18,8% против 5,9% за счет преждевременного полового развития, чаще диагностирована неполная форма. Прогноз на репродуктивную функцию у этих девочек-подростков благоприятный, но необходимо амбулаторное наблюдение и – по показаниям – своевременная коррекция, так как в 10% случаев неполная форма переходит в полную. Количество девочек с задержкой полового развития уменьшилось в 2,6 раза (5,9% против 13,9%). Частота врожденных аномалий развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови, при которых показано хирургическое лечение, уменьшилась до 2%. Диагностика врожденных аномалий развития матки и влагалища в подростковом возрасте, проведение реконструктивно-пластических операций с применением влагалищно-эндоскопической методики и консервативной терапии при отсутствии показаний к хирургическому лечению с последующей реабилитацией, позволило купировать болевой синдром в 93,5%, устранить опухолевидные образования малого таза в 100%, нормализовать менструальную функцию в 83,7% случаев. Частота наступления планируемой бе-

ременности по нашим данным составила 72,7% [7].

Заключение

1. Гинекологическая заболеваемость у девочек и девочек-подростков уменьшилась в 1,3 раза. В структуре заболеваний, выявленных при проведении профилактических осмотров и по обращаемости, преобладают расстройства менструации и воспалительные заболевания женских половых органов, на стационарном этапе – нарушения репродуктивной системы, опухоли, опухолевидные образования и апоплексия яичников.

2. Своевременное выявление гинекологических заболеваний у девочек-подростков, применение современных научно-обоснованных методов диагностики, медикаментозного и хирургического лечения с последующей реабилитацией позволили снизить частоту гнойных tuboовариальных образований, развития СПКЯ при дисфункции гипоталамуса и яичников, восстановить репродуктивную функцию при врожденных аномалиях развития матки и влагалища. У девочек-подростков с гинекологическими заболеваниями в анамнезе РП естественной фертильности составляет 90%, с применением вспомогательных репродуктивных технологий – 10%.

Литература

1. Быстрицкая Т.С. Репродуктивное здоровье девочек и подростков Амурской области // Материалы Дальневосточной научно-практической конференции с международным участием «Проблемы детской и подростковой гинекологии». Благовещенск, 2010. С. 5–9.
2. Грицинская В.Л. Особенности репродуктивного здоровья девочек коренного населения Республики Тыва // Акушерство и гинекология. 2011. №2. С. 114–117.
3. Гуркин Ю.А. Руководство для врачей. Детская и подростковая гинекология. М.: ООО "Медицинское информационное агентство". 2009. 696 с.
4. Жуковец И.В., Быстрицкая Т.С. Особенности формирования репродуктивной системы у девочек с дисфункцией гипоталамуса // Доктор.Ру. 2012. №1. С. 47–50.
5. Кузнецова И.В. Гормональная контрацепция в коррекции нарушений менструального цикла у подростков // Репродуктивное здоровье девочек и подростков. 2014. №1. С. 35–40.
6. Лещенко О.Я. Репродуктивный потенциал современного человека (аналитический обзор) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013. №5. С. 10–22.
7. Лысяк Д.С. Эффективность лечения и реабилитации пациенток с врожденными аномалиями развития матки и влагалища // Доктор.Ру. 2012. №1. С. 10–13.
8. Лысяк Д.С., Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г. и др. Тактика ведения девочек с острыми тазовыми болями // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2011. №3. С. 45–49.
9. Лысяк Д.С., Штель Н.Н., Жуковец И.В. и др. Состояние системы гемостаза у девочек-подростков с апоплексией яичников //

Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2013. №47. С. 98–102.

10. Маринкин И.О., Хрянин А.А., Решетников О.В. и др. Репродуктивное поведение студенток медиков и возможности диагностики, лечения и профилактики ИПП // Акушерство и гинекология. 2013. №12. С. 108–113.

11. Паренкова И.А., Коколина В.Ф., Малеева Ю.В. и др. Распространенность и структура гинекологических заболеваний у детей и подростков г. Твери // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2011. №2. С. 34–45.

12. Пат. 2401060 RU. Способ выделения вариантов клинических форм ювенильных маточных кровотечений по данным электроэнцефалографии. Е.В.Шульженко, Т.С.Быстрицкая, И.В.Жуковец и др.; опубли. 10.10.2010. Бюл. №28.

13. Подошвелев Д.П., Быстрицкая Т.С., Киселева Г.Г. Роль провоспалительных цитокинов в диагностике острых воспалительных заболеваний придатков матки // Материалы Дальневосточной научно-практической конференции с международным участием «Проблемы детской и подростковой гинекологии». Благовещенск, 2010. С. 92–93.

14. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Баранов И.И. Научному центру акушерства и гинекологии - 70 лет // Акушерство и гинекология. 2014. №2. С. 3–8.

15. Уварова Е.В., Буралкина Н.А. Параметры овариального резерва девочек 15–17 лет с гармоничным половым и физическим развитием // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2010. №3. С. 8–20.

Координаты для связи

Быстрицкая Тамара Сергеевна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО АГМА МР. E-mail: bystritskaya@mail.ru.

Лысяк Денис Сергеевич, кандидат мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО АГМА МР. E-mail: denis_lysyak@mail.ru.

Путинцева Ольга Григорьевна, кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии факультета последипломного образования ГБОУ ВПО АГМА МР.

Почтовый адрес ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» МР: 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95.

Филатов Сергей Алексеевич, ведущий консультант отдела организации медицинской помощи женщинам и детям министерства здравоохранения Амурской области. 675000, г. Благовещенск, ул. Ленина, 135. E-mail: filatov_65@mail.ru.

Подошвелев Дмитрий Петрович, кандидат мед. наук, заведующий гинекологическим отделением ГБУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница». 675005, г. Благовещенск, ул. Октябрьская, 108. E-mail: podoshvelev@mail.ru.

УДК 617.3

**В.Ю. Коршняк¹, Д.Д. Дьяков¹,
А.Г. Рыков¹⁻²**

НУЗ «Дорожная клиническая
больница на ст. Хабаровск-1»
ОАО «РЖД»¹

г. Хабаровск

КГБОУ ДПО «Институт повышения
квалификации специалистов
здравоохранения» Минздрава
Хабаровского края²

г. Хабаровск

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ПРОЧНОСТИ ФИКСАЦИИ ТАЗОВОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЦЕМЕНТНОМ ЗАМЕЩЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
Травматология и ортопедия

После первичного эндопротезирования, по данным различных авторов, благоприятные результаты отмечаются в 80–90% случаев, однако в ходе изучения отдаленных результатов количество положительных исходов закономерно снижается в соответствии с длительностью срока наблюдения за больными [1]. По данным, приводимым С.С. Родионовой, на пять случаев первичного тотального эндопротезирования (ТЭП) приходится один случай реэндопротезирования, причем наиболее частым осложнением (до 82% от общего числа), требующим ревизионного вмешательства, является асептическое расшатывание компонентов эндопротеза. Клинические исследования показали, что, хотя часть неудовлетворительных результатов, определяемых в течение первых двух лет после операций, связана с теми или иными техническими погрешностями или инфекционными осложнениями, но даже при исключении этих случаев не менее 3,5% пациентов потребовалось повторное оперативное вмешательство вследствие возникновения асептической нестабильности конструкции [4]. По данным А.А. Грицюк, у 5,2% больных асептическая нестабильность развилась уже через 12–16 месяцев после ТЭП при восстановлении повседневной физической активности. По сведениям ведущих мировых центров ортопедии, через 5–10 лет после первичной операции, ревизионное эндопротезирование показано в 25–60% случаев от общего количества выполненных вмеша-