

¹ Центр охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области на базе гинекологического отделения Долгопрудненской центральной городской больницы

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

⁴ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова.

⁵ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Аналитический обзор состояния репродуктивного здоровья девочек и девушек Московской области. Анализ работы

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1, 2, 3, 4}, С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.^{1, 4}, Е.Д. Бурханская¹, Г.Н. Аббасова⁵, Л.Г. Папян¹

Адрес для переписки: Елена Викторовна Сибирская, elsibirskaya@yandex.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Торубаров С.Ф., Бурханская Е.Д. и др. Аналитический обзор состояния репродуктивного здоровья девочек и девушек Московской области. Анализ работы. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 40–47.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-40-47

Обоснование. Заболеваемость девочек и девушек Московской области является приоритетным направлением для изучения в связи с устойчивым ростом различных гинекологических патологий, в том числе протекающих бессимптомно, что оказывает существенное влияние на здоровье юных пациенток.

Цель – выявить распространенность гинекологической патологии среди девочек и девушек Московской области.

Материал и методы. Проанализированы основные гинекологические заболевания среди пациенток в возрасте от нуля до 17 лет на основании результатов профилактических осмотров и данных обращений в амбулаторное звено к детскому гинекологу за 2021 г.

Результаты. Последние аналитические данные о распространенности гинекологической заболеваемости девочек и девушек Московской области показали, что у детей в возрасте 0–4 года и 5–9 лет преобладают воспалительные заболевания вульвы и влагалища (вульвит) и сращения малых половых губ. У пациенток 10–14 лет гинекологическая патология представлена различными нарушениями менструального цикла, дисменореей, воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища (вульвит), невоспалительными болезнями яичников (фолликулярными кистами и кистами желтого тела яичника), а также болезнями молочных желез. У девочек 15–17 лет преобладающей гинекологической патологией являются воспалительные заболевания вульвы и влагалища, расстройства менструального цикла, невоспалительные заболевания яичников (фолликулярные кисты, кисты желтого тела яичника), маточных труб и широкой связки, болезни молочных желез. Кроме того, нередко случаи выявления инфекций, передаваемых половым путем.

Заключение. Можно говорить об общности тенденций распространения гинекологической заболеваемости у девочек и девушек в Московской области и на всей территории РФ. Следуя приказу Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“», можно добиться снижения гинекологической заболеваемости среди девочек и девушек Московской области за счет усовершенствования специализированной гинекологической помощи.

Ключевые слова: болезнь, детская гинекология, дети, подростки, гинекологические заболевания

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия по всем пунктам, относящимся к репродуктивной системе, на всех стадиях жизни [1]. Охрана детства – приоритетное направление в развитии, поскольку период детства является определяющим в становлении физического, психического и социального здоровья в будущем. Как известно, дети наиболее чувствительны к окружающим факторам. В частности, наибольшее влияние на репродуктивное здоровье девочек оказывают образ жизни (50–55%), предрасположенность к наследственным заболеваниям (18–22%), экологическое состояние внешней среды (17–20%), дефекты медицинской помощи (8%) [2]. Для своевременного выявления патологии органов репродуктивной системы и оказания качественной медицинской помощи детям на всех этапах лечения на территории Московской области на базе Долгопрудненской центральной городской больницы был создан Центр охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области на основании приказа Минздрава Московской области от 23 марта 2020 г. № 269 «Об организации центра охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области».

За два года существования центра в нем прошли обследование и получили высокотехнологичную медицинскую помощь свыше 2000 девочек.

Результаты

Результаты профилактических осмотров девочек и девушек декретируемых возрастов за период 2021 г. представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в возрасте трех лет было осмотрено (из 34 376 подлежащих осмотру девочек) 27 396 (79,69%) пациенток. У 4967 пациенток выявлены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Распределение осматриваемых девочек в возрасте трех лет по группам репродуктивного здоровья выглядит следующим образом: первая группа – 20 450, вторая – 4927, третья – 27, четвертая – 1, пятая группа – 2.

В возрасте шести лет (из 36 997 подлежащих осмотру) осмотр прошли 25 207 (68,13%) пациенток. У 3196 девочек выявлены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Распределение по группам репродуктивного здоровья девочек в возрасте шести лет из числа осматриваемых (n = 25 207) выглядит так: первая группа – 21 141, вторая – 3483, третья – 30, четвертая – 0, пятая – 5.

Из 32 761 девочки в возрасте 14 лет, подлежащей профилактическому осмотру, была осмотрена

Таблица 1. Количество осматриваемых пациентов за 2021 г. в Московской области

Показатели	Возраст						Всего
	3 года	6 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	
Количество девочек, подлежащих профилактическому осмотру в соответствующем возрасте, абс.	34 376	36 997	32 761	33 235	29 112	28 619	195 190
Количество осматриваемых из числа подлежащих осмотру в соответствующем возрасте, абс.	27 396	25 207	26 331	25 385	23 765	23 760	151 844
Охват профилактическим осмотром, % от общего количества подлежащих осмотру	79,69	68,13	80,37	76,38	81,63	83,02	77,89
Количество выявленных больных с гинекологическим заболеванием или нарушением полового развития, абс.	4967	3196	5695	5649	5206	4964	29 677
Количество девочек, отнесенных к первой группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	20 450	21 141	19 587	18 982	16 603	17 333	114 096
Количество девочек, отнесенных ко второй группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	4927	3483	5260	4841	4497	4410	27 418
Количество девочек, отнесенных к третьей группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	27	30	205	334	513	348	1457
Количество девочек, отнесенных к четвертой группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	1	0	0	1	0	0	2
Количество девочек, отнесенных к пятой группе репродуктивного здоровья*, из числа осматриваемых, абс.	2	5	2	10	9	4	32
Охват профилактическим осмотром, % от общего количества подлежащих осмотру	79,69	68,13	80,37	76,38	81,63	83,02	77,79

* Первая группа – практически здоровые девочки и девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы. Вторая группа – девочки с расстройствами менструаций в год наблюдения (менее 12 месяцев), функциональными кистами яичников, доброкачественными болезнями молочных желез, травмой и острым воспалением внутренних половых органов в отсутствие осложнений основного заболевания. Третья группа – девочки с расстройствами менструаций в течение более 12 месяцев; с доброкачественными образованиями матки и ее придатков, нарушением полового развития, пороками развития половых органов без нарушения оттока менструальной крови, хроническими, в том числе рецидивирующими, болезнями наружных и внутренних половых органов в отсутствие осложнений основного заболевания, а также при их сочетании с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации. Четвертая группа – девочки с нарушением полового развития, пороками развития половых органов, сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови, расстройствами менструаций и хроническими болезнями наружных и внутренних половых органов в активной стадии, стадии нестойкой клинической ремиссии и частыми обострениями, требующими поддерживающей терапии, возможными осложнениями основного заболевания, ограниченными возможностями обучения и труда вследствие основного заболевания, сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией с неполной компенсацией соответствующих функций. Пятая группа – девочки-инвалиды с сопутствующими нарушениями полового развития, расстройствами менструаций и заболеваниями наружных и внутренних половых органов.

Таблица 2. Обращаемость детского населения с различной гинекологической патологией Московской области за помощью к детским гинекологам

Заболевание	Возраст			
	0–4 года		5–9 лет	
	всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость	всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость
Расстройства менструаций, всего, N91–N94, в том числе:	0	0	0	0
■ аменорея, N91.0; N91.1	0	0	0	0
■ олигоменорея, N91.3–4	0	0	0	0
■ обильные, частые и нерегулярные менструальные кровотечения, N92.2	0	0	0	0
Дисменорея, N94.4–6	0	0	0	0
Синдром предменструального напряжения, N94.3	0	0	0	0
Воспалительные болезни женских тазовых органов, всего, N70–74, в том числе	892	892	627	627
сальпингит и оофорит N70	0	0	0	0
Воспалительные заболевания вульвы и влагалища, всего, N75–77, в том числе	12 126	10 056	10 565	9561
вульвит N76.	11 521	9021	9548	8459
Эктропион шейки N86	0	0	0	0
Эндометриоз, всего, N80, в том числе:	0	0	0	0
■ эндометриоз матки, включая аденомиоз, N80.0	0	0	0	0
■ эндометриоз яичника, N80.1	0	0	0	0
■ эндометриоз тазовой брюшины, N80.3	0	0	0	0
Невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки, всего, N83.0–9, в том числе	24	18	32	14
киста фолликулярная или желтого тела или параовариальная, N83.0–2	24	18	32	14
Невоспалительные болезни вульвы и влагалища, всего, N89–N90, в том числе:	4856	3651	2156	1002
■ склерозирующий лихен, N76.8	6	4	15	9
■ сращения вульвы (малых половых губ), N90.8	3895	3752	1564	1315
Лейомиома матки, D25	0	0	0	0
Доброкачественная опухоль яичника, D27	0	0	0	0
СПКЯ, E28.2	0	0	0	0
Задержка полового развития, E23.0–1, E26.6, E28.3, E30.0, E45, E89.3–4	0	0	0	0
Синдром Тернера, Q96	0	0	0	0
Преждевременное половое развитие, E22.8, E25, E27.0, E30.1, Q78.1, в том числе	15	13	21	17
преждевременное телархе, E30.8	12	9	17	14
Болезни молочной железы, N60–N64, всего, в том числе	2	2	16	16
фиброаденома(ы), N63	0	0	0	0
Врожденные аномалии (пороки) женских половых органов (матки и влагалища), Q50–Q56	3	0	8	5
Неопределенность пола и псевдогермафродитизм, Q56	0	0	0	0
Травмы половых органов, S30.2, S31.4, S31.5	186	186	150	150
Беременность, роды и послеродовый период, O00–O99	0	0	0	0
Злокачественные новообразования, C00–C96, впервые выявленные, в том числе:	0	0	0	0
■ молочной железы, C50	0	0	0	0
■ вульвы и влагалища, C51 + C52	0	0	0	0
■ шейки матки, C53	0	0	0	0
■ тела матки, C54 + C55	0	0	0	0
■ яичника, C56	0	0	0	0
Прочие (указать каждое с кодом МКБ-10)	0	0	28	26
Инфекции, передаваемые половым путем, всего, в том числе:	0	0	0	0
■ сифилис, A51, A51.3, N74.2	0	0	0	0
■ гонорея, A54.0–2, N74.3	0	0	0	0
■ хламидиоз, A56.0–2, N74.4	0	0	0	0
■ трихомониаз, A59.0	0	0	0	0
■ аногенитальная герпетическая вирусная инфекция, A60.0–1	0	0	0	0
■ аногенитальные бородавки, A63.0–1	0	0	0	0
Всего заболеваний	18 104	14 818	13 603	11 418

Примечание. СПКЯ – синдром поликистозных яичников. МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

10–14 лет		15–17 лет		Итого	
всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость	всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость	всего зарегистрированных больных, общая заболеваемость	в том числе с диагнозом, установленным впервые, первичная заболеваемость
4703	3833	4794	4260	17 590	11 120
258	195	494	395	752	590
2425	1794	2149	1869	4219	3663
2156	1844	2111	1963	4267	3807
3564	2645	3187	1958	6751	4603
845	554	1089	598	1934	1152
141	59	465	166	2125	1744
145	57	523	196	668	253
3658	2989	5698	4851	32047	27 457
3079	2314	5012	4325	29 160	24 119
0	0	224	193	224	193
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
672	381	726	433	1454	846
672	381	726	433	1454	846
105	29	189	111	7306	4793
29	20	34	30	84	63
5	3	0	0	5464	5070
0	0	0	0	0	0
68	49	51	32	119	81
0	0	355	298	355	298
83	55	79	56	162	111
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	36	30
0	0	0	0	29	23
595	466	721	433	1334	917
35	18	35	20	70	38
21	15	3	2	35	22
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	336	336
0	0	95	76	95	76
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	2	2	2	2
7	0	0	0	35	26
0	0	414	338	414	338
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	24	22	24	22
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	18	16	18	16
10 189	7879	13 774	11 216	55 670	45 331

26 331 (80,37%). У 5695 пациенток выявлены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Из числа осмотренных ($n = 26\ 331$) девочек в возрасте 14 лет к первой группе репродуктивного здоровья были отнесены 19 587, второй – 5260, третьей – 205, четвертой – 0, пятой – 2.

Количество осмотренных пациенток в возрасте 15 лет (из 33 235 подлежащих осмотру девочек) составило 25 385 (76,38%). Гинекологические заболевания или нарушения полового развития установлены у 5649 пациенток. Распределение девочек в возрасте 15 лет из числа осмотренных ($n = 25\ 385$) по группам репродуктивного здоровья такое: первая группа – 18 982, вторая – 4841, третья – 334, четвертая – 1, пятая группа – 10.

Из 29 112 девочек в возрасте 16 лет, подлежащих профилактическому осмотру, осмотр прошли 23 765 (81,63%). У 5206 пациенток выявлены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Распределение девочек в возрасте 16 лет из числа осмотренных ($n = 23\ 765$) по группам репродуктивного здоровья следующее: первая группа – 16 603, вторая – 4497, третья – 513, четвертая – 0, пятая группа – 9.

Из 28 619 девочек в возрасте 17 лет, подлежащих профилактическому осмотру, были осмотрены 23 760 (83,02%). У 4964 пациенток обнаружены гинекологические заболевания или нарушения полового развития. Из числа осмотренных ($n = 23\ 760$) девочек в возрасте 17 лет к первой группе репродуктивного здоровья отнесены 17 333, второй – 4410, третьей – 348, четвертой – 0, пятой группе – 4.

На основании представленных данных проведенных профилактических осмотров гинекологические заболевания или нарушения полового развития зарегистрированы у 23,9% девочек в возрасте трех лет, 20,9% девочек в возрасте шести лет, 18,3% девочек в возрасте 14 лет, 14,8% девочек в возрасте 15 лет, 12,1% девочек в возрасте 16 лет и 10,1% девочек в возрасте 17 лет. Всего выявляемость гинекологических заболеваний у девочек, прошедших профилактический осмотр, составила 40,65%.

Обращаемость детского населения с различной гинекологической патологией Московской области за помощью к детским гинекологам представлена в табл. 2. Согласно данным табл. 2, общая заболеваемость расстройством менструального цикла составляет 17 590 случаев, из них первичная заболеваемость диагностирована в 11 120 случаях. Первичное расстройство менструаций в возрастной группе 15–17 лет выявлено у 4260 пациенток, что превышает количество первично установленных диагнозов в возрастной группе 10–14 лет ($n = 3833$). Наиболее распространенными патологиями среди нарушений менструальных циклов являются дисменорея, аномальное маточное кровотечение пубертатного периода, менометроррагия. В возрастной группе 10–14 лет дисменорея зафиксирована у 3564 пациенток, первичный диагноз установлен у 2645. Среди подростков старше 14 лет общая заболеваемость дисменореей составила 3178 случаев, первичный диагноз установлен у 1958 пациенток. В ре-

зультате общая заболеваемость дисменореей в возрастной группе 10–17 лет составила 6751 случай, а количество первично установленных диагнозов – 4603. Обильные, частые и нерегулярные менструальные кровотечения (аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМК ПП)) у пациенток до 14 лет выявлены в 2156 случаях, первичная заболеваемость – в 1844. У девушек 15–17 лет общая заболеваемость по данной патологии составила 2111 случаев, первичный диагноз установлен в 1963 случаях. Таким образом, общий диагноз АМК ПП установлен у 4267 девочек Московской области, первичная заболеваемость – у 3807 пациенток. Олигоменорея первично выявлена у 1794 пациенток в возрасте 10–14 лет и 1869 пациенток 15–17 лет. Всего зарегистрировано 2425 и 2149 больных в возрасте 10–14 лет и 15–17 лет соответственно. Аменорея диагностирована у 752 пациенток в возрасте от 10 до 17 лет, первичный диагноз установлен в 590 случаях. Чаще всего заболевание обнаруживалось у девушек 15–17 лет: общая заболеваемость – 494 человека, с первичным диагнозом зарегистрировано 395 пациенток. Наряду с этим у 3086 девочек и девушек в возрасте 10–17 лет имел место синдром предменструального напряжения. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у детей 0–4 года и 5–9 лет выявлены с общим диагнозом в 12 126 и 10 565 случаях соответственно. Первичный диагноз выставлен 10 056 детям в возрасте 0–4 года и 9561 девочке в возрасте 5–9 лет. У девушек 10–14 лет общая заболеваемость составила 3658 случаев, первичная – 2989. Количество больных в возрастной группе 15–17 лет с общим диагнозом воспалительных заболеваний вульвы и влагалища составило 5698, первичный диагноз выставлен 4851 девушке. Вулвит зарегистрирован у 20 542 пациенток в возрасте 0–4 года, 18 007 детей в возрасте 5–7 лет, 5393 и 9337 пациенток в возрасте 10–14 и 15–17 лет соответственно. Невоспалительные болезни яичников чаще диагностируются в возрасте от 10 до 17 лет. Как видно из табл. 2, девочки до девяти лет наиболее подвержены различным травмам половых органов. Склерозирующий лихен обнаружен у 63 пациенток первично и 84 в общем. Сращения вульвы чаще отмечались у детей в возрасте 0–4 лет: общая заболеваемость – 3895 случаев, первично диагноз установлен в 3752 случаях. Наряду с этим общая заболеваемость по данной патологии в возрастной группе 5–9 лет составила 1564 случая, первичных – 1315. Доброкачественные опухоли яичника (D27.0) диагностированы у 117 пациенток в возрасте 10–14 лет и 83 пациенток в возрасте 15–17 лет. Синдром поликистозных яичников зафиксирован у 653 девушек. У 138 пациенток в возрасте 10–14 лет и 135 девушек старше 15 лет отмечалась задержка полового развития. Преждевременное половое развитие и телархе диагностированы у 118 девочек в возрасте 0–9 лет. Общая заболеваемость девочек с патологией молочных желез составила 1334 случая. Заболевания молочных желез и половые инфекции выявлены лишь у 752 пациенток в возрасте 15–17 лет.

Выводы

Среди нозологий, обнаруженных у девочек возрастной категории 0–4 года и 5–9 лет, преобладают воспалительные заболевания вульвы и влагалища (вульвит) и сращения малых половых губ. У пациенток возрастной группы 10–14 лет гинекологическая патология представлена различными нарушениями менструального цикла, дисменореей, воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища (вульвит), а также (по сравнению с предыдущими возрастными группами пациенток) значительно увеличивается количество невоспалительных болезней яичников (фолликулярных кист и кист желтого тела яичника) и болезней молочных желез. У девочек 15–17 лет доминируют воспалительные заболевания вульвы и влагалища, расстройства менструального цикла, невоспалительные заболевания яичников (фолликулярные кисты, кисты желтого тела яичника), маточных труб и широкой связки, болезни молочных желез. Кроме того, в данной возрастной категории имеют место случаи выявления инфекций, передаваемых половым путем.

Основой воспалительных заболеваний является инфекция половых органов, которая оказывает существенное влияние на репродуктивное здоровье девочек и девушек, вплоть до бесплодия [3–17]. В анамнезе у таких пациенток могут иметь место бесконтрольное употребление медикаментов, травмы половых органов и нарушение гормонального фона.

Специалисты Центра охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области проводят терапию с учетом индивидуальных особенностей, физиологического состояния подростков и степени прогрессирования воспалительного заболевания. Нарушение баланса половых гормонов также может быть причиной кровотечений различной степени тяжести или кровяных выделений – аномальных маточных кровотечений [18, 19]. При лечении АМК ПП специалисты центра следуют клиническим рекомендациям по ведению АМК ПП, утвержденным Министерством здравоохранения России.

Нередко на профилактическом осмотре у детского гинеколога у девочек в возрасте до пяти лет выявляется сращение малых половых губ – синехия. Основная причина возникновения данного заболевания – снижение количества эстрогенов [20–25].

Частой причиной обращений девочек и девушек в возрасте 10–14 лет в амбулаторном звене являются болезненные менструации (дисменорея), влияющие не только на физическое, но и на психологическое состояние пациенток. В связи с этим данную патологию рассматривают не только как медицинскую, но и как социальную проблему [26–29]. Первичная дисменорея возникает в подростковом возрасте через 6–12 месяцев после менархе, с началом овуляции и проявляется болезненными менструациями в отсутствие других патологий [30–35].

Одним из распространенных вариантов расстройства менструального цикла у подростков считаются скудные, короткие и редкие менструации – олигомено-

рея. В отсутствие менструации после 15 лет при анатомически правильно развитых вторичных половых органах и пропадании менструаций у ранее менструировавших пациенток выявляют первичную и вторичную аменорею соответственно [36–40].

Своевременная диагностика, выполненная в рамках диспансеризации, считается основным методом снижения частоты осложнений нарушений менструальных циклов у подростков и положительно влияет на репродуктивную возможность девушек в будущем. Одна из активно прогрессирующих патологий – образования яичников и молочных желез [41–43].

Заключение

Согласно данным распространенности гинекологической заболеваемости у девочек и девушек Российской Федерации, среди всех заболеваний репродуктивной системы преобладают воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов, а также нарушения менструального цикла, что согласуется с данными анализа распространенности гинекологической заболеваемости девочек и девушек Московской области [44].

Таким образом, наблюдается общность тенденций распространения гинекологической заболеваемости у девочек и девушек Московской области и РФ. Следуя приказу Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“», можно добиться снижения гинекологической заболеваемости среди девочек и девушек Московской области путем совершенствования специализированной гинекологической помощи.

Немаловажное значение для снижения количества пациенток с гинекологической патологией имеют мероприятия по половому воспитанию и просвещению школьниц, их родителей и педагогов в образовательных учреждениях. На всей территории Московской области должны осуществляться консолидация работы врачей всех специальностей, подготовка специалистов в области гинекологии подростков и дальнейшая реализация программы диспансеризации.

Отметим, что в Центре охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области исследования патологии органов малого таза и молочных желез проводятся круглосуточно. На базе центра ежедневно выполняются ультразвуковые исследования органов малого таза в амбулаторном и стационарном звене, в том числе на этапе поступления пациентов в центр. Совпадение данных, полученных при ультразвуковом исследовании гениталий девочек и девушек с невоспалительными образованиями яичников и патологией молочных желез, с заключительным диагнозом составляет около 95%. Это говорит о высокой эффективности методов ультразвукового скрининга в гинекологии детей и подростков. ❀

*Источник финансирования отсутствует.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.*

Литература

1. WHO. Working defenetion: World Health Organization, 2002.
2. Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Макаров А.В. Риск-факторы, влияющие на репродуктивное здоровье молодежи. Вестник Тверского государственного университета. Серия: «Педагогика и психология». 2019; 2 (47): 66–72.
3. Curry A., Williams T., Penny M.L. Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention. *Am. Fam. Physician.* 2019; 100 (6): 357–364.
4. Witkin S.S., Minis E., Athanasiou A., et al. Chlamydia trachomatis: the persistent pathogen. *Clin. Vaccine Immunol.* 2017; 24 (10): e00203–e00217.
5. Freeman M.C., Lazzara A., Lennon T., et al. Gonococcal infection and ventriculoperitoneal shunts. *Sex. Transm. Dis.* 2022; 49 (12): 838–840.
6. Wiesenfeld H.C., Meyn L.A., Darville T., et al. A randomized controlled trial of ceftriaxone and doxycycline, with or without metronidazole, for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Clin. Infect. Dis.* 2021; 72 (7): 1181–1189.
7. Mitchell C.M., Anyalechi G.E., Cohen C.R., et al. Etiology and diagnosis of pelvic inflammatory disease: looking beyond gonorrhea and chlamydia. *J. Infect. Dis.* 2021; 224 (12 Suppl 2): S29–S35.
8. Ault K.A., Faro S. Pelvic inflammatory disease. Current diagnostic criteria and treatment guidelines. *Postgrad. Med.* 1993; 93 (2): 85–91.
9. Ravel J., Moreno I., Simón C. Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2021; 224 (3): 251–257.
10. Den Heijer C.D.J., Hoebe C.J.P.A., Driessen J.H.M., et al. Chlamydia trachomatis and the risk of pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy, and female infertility: a retrospective cohort study among primary care patients. *Clin. Infect. Dis.* 2019; 69 (9): 1517–1525.
11. Neo D.T., Samoff E., Cope A. Pelvic inflammatory disease trends among emergency department visits in North Carolina, 2008 to 2017. *Sex. Transm. Dis.* 2022; 49 (1): 43–49.
12. Kreisel K., Flagg E.W., Torrone E. Trends in pelvic inflammatory disease emergency department visits, United States, 2006–2013. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 218 (1): 117.e1–117.e10.
13. Brunham R.C., Gottlieb S.L., Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N. Engl. J. Med.* 2015; 372 (21): 2039–2048.
14. Duarte R., Fuhrich D., Ross J.D. A review of antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Int. J. Antimicrob. Agents.* 2015; 46 (3): 272–277.
15. Trent M. Status of adolescent pelvic inflammatory disease management in the United States. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2013; 25 (5): 350–356.
16. Bittleston H., Coombe J., Temple-Smith M., et al. Diagnosis of pelvic inflammatory disease and barriers to conducting pelvic examinations in Australian general practice: findings from an online survey. *Sex. Health.* 2021; 18 (2): 180–186.
17. Liu L., Yang G., Ren J., et al. Analysis of infertility factors caused by gynecological chronic pelvic inflammation disease based on multivariate regression analysis of logistic. *Scanning.* 2022; 2022: 7531190.
18. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунова И.Е. и др. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода: диагностика и тактика лечения (обзор литературы). *Проблемы репродукции.* 2016; 22 (6): 89–97.
19. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А. Терапия маточных кровотечений пубертатного периода с точки зрения доказательной медицины. *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2014; 5 (58): 17–21.
20. Gonzalez D., Anand S., Mendez M.D. Labial Adhesions. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.
21. Bacon J.L., Romano M.E., Quint E.H. Clinical recommendation: labial adhesions. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2015; 28 (5): 405–409.
22. Rubinstein A., Rahman G., Rizzo P., Ocampo D. Labial adhesions: Experience in a children's hospital. *Fusión de labios menores vulvares. Experiencia en un hospital pediátrico.* *Arch. Argent Pediatr.* 2018; 116 (1): 65–68.
23. Barbosa Ardila S.D., Trisancho Baró A.I., Suescún Vargas J.M. Labial adhesions: review of the literature. *Arch. Argent Pediatr.* 2017; 115 (6): 597–601.
24. Samuels E., Ocheke A.N., Samuels N.E. Labial adhesion in children at the Jos University Teaching Hospital. *Afr. J. Paediatr. Surg.* 2016; 13 (1): 6–8.
25. Padilla Fernández B., Virseda Rodríguez Á.J., Lorenzo Gómez M.F., et al. Voiding syndrome of gynaecological origin: the importance of good physical examination. *Arch. Esp. Urol.* 2015; 68 (4): 443–447.
26. Геворгян А.П., Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Арсланян К.Н. Первичная дисменорея девочек-подростков как предиктор развития недифференцированной дисплазии соединительной ткани. *Проблемы репродукции.* 2017; 23 (3): 77–85.
27. De Sanctis V., Soliman A., Bernasconi S., et al. Primary dysmenorrhea in adolescents: prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr. Endocrinol. Rev.* 2015; 13 (2): 512–520.
28. Suvitie P. Dysmenorrhea in teenagers. *Duodecim.* 2017; 133 (3): 285–291.
29. Nooh A.M., Abdul-Hady A., El-Attar N. Nature and prevalence of menstrual disorders among teenage female students at Zagazig University, Zagazig, Egypt. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2016; 29 (2): 137–142.

30. ACOG Committee Opinion No. 760: dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstet. Gynecol.* 2018; 132 (6): e249–e258.
31. Nagy H., Khan M.A.B. Dysmenorrhea. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.
32. Itani R., Soubra L., Karout S., et al. Primary dysmenorrhea: pathophysiology, diagnosis, and treatment updates. *Korean J. Fam. Med.* 2022; 43 (2): 101–108.
33. Durand H., Monahan K., McGuire B.E. Prevalence and impact of dysmenorrhea among university students in Ireland. *Pain Med.* 2021; 22 (12): 2835–2845.
34. Ferries-Rowe E., Corey E., Archer J.S. Primary dysmenorrhea: diagnosis and therapy. *Obstet. Gynecol.* 2020; 136 (5): 1047–1058.
35. Kho K.A., Shields J.K. Diagnosis and management of primary dysmenorrhea. *JAMA.* 2020; 323 (3): 268–269.
36. Соснова Е.А. Аменорея. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева.* 2016; 3 (2): 60–75.
37. Klein D.A., Paradise S.L., Reeder R.M. Amenorrhea: a systematic approach to diagnosis and management. *Am. Fam. Physician.* 2019; 100 (1): 39–48.
38. Gasner A., Rehman A. Primary amenorrhea. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.
39. Kerns J., Itriyeva K., Fisher M. Etiology and management of amenorrhea in adolescent and young adult women. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care.* 2022; 52 (5): 101184.
40. Pitts S., DiVasta A.D., Gordon C.M. Evaluation and management of amenorrhea. *JAMA.* 2021; 326 (19): 1962–1963.
41. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А. и др. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков (обзор литературы). *Проблемы репродукции.* 2016; 22 (2): 73–77.
42. Сибирская Е.В., Шарков С.М., Шостенко А.В., Медведева А.О. Злокачественные новообразования яичников у детей и подростков. *Детская хирургия.* 2018; 22 (5): 258–262.
43. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А. Диагностика и лечение опухолей и опухолевидных образований придатков матки у девочек. *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2016; 2 (67): 18–19.
44. *Здравоохранение в России: статистический сборник (2021).* М.: Росстат, 2021.

Analytical Review of the Status of Reproductive Health of Girls and Young Women in Moscow Region. Analysis of Work

Ye.V. Sibirskaya, PhD, Prof.^{1,2,3,4}, S.F. Torubarov, PhD, Prof.^{1,4}, Ye.D. Burkhanskaya¹, G.N. Abbasova⁵, L.G. Papyan¹

¹ Center for Adolescent Reproductive Health of the Moscow Region

² Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

³ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

⁴ A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

⁵ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Yelena V. Sibirskaya, elsibirskaya@yandex.ru

Introduction. The protection of the reproductive health of the younger generation is one of the most significant problems due to the steady growth of various gynecological diseases, including those that are asymptomatic, which has a significant impact on the reproductive potential of the young population.

Purpose to reveal the prevalence of gynecological pathologies among girls in the Moscow region.

Material and methods. We have analyzed the main gynecologic diseases among patients aged 0–17 years according to the results of preventive examinations and data of visits to the pediatric gynecologist in the outpatient clinic for the year 2021.

Results. Recent analytical data on the prevalence of gynecological morbidity of girls and young women in Moscow region showed that in children aged 0–4 years and 5–9 years, inflammatory diseases of the vulva and vagina (vulvitis) and labia minora adhesions predominate. In patients aged 10–14 years gynecological pathology is represented by various menstrual cycle disorders, dysmenorrhea, inflammatory diseases of the vulva and vagina (vulvitis), non-inflammatory ovarian diseases (follicular cysts and cysts of the yellow body of the ovary) and also mammary gland diseases. The predominant gynecological pathology in girls aged 15–17 is inflammatory diseases of the vulva and vagina, menstrual disorders, non-inflammatory ovarian diseases (follicular cysts, cysts of the corpus luteum), fallopian tubes and the vagina, breast diseases, and sexually transmitted infections are also frequent.

Conclusion. We can talk about the general trends in the prevalence of gynecological morbidity among girls and young women in Moscow region and in the whole territory of the Russian Federation. Following the order of the Russian Ministry of Health of 20.10.2020 № 1130n «On approval of the Order of medical care in the profile „obstetrics and gynecology“», we can achieve a reduction in gynecological morbidity among girls and young girls in the Moscow region by improving specialized gynecological care.

Key words: disease, pediatric gynecology, children, adolescents, gynecological diseases