

Особенности оценки репродуктивного здоровья девочек

И.С. Долженко

*Научный центр акушерства, гинекологии
и перинатологии РАМН (дир. - акад. РАМН,
проф. В.И.Кулаков), Москва*

Репродуктивное здоровье девочек наряду с медицинской приобрело большую социальную значимость в связи с резко обострившейся проблемой количественного и качественного воспроизводства населения. Правильная оценка состояния репродуктивного здоровья девочек позволит не только организовать специализированную помощь на местах, но и прогнозировать его в детородном возрасте.

Одним из основных показателей репродуктивного здоровья девочек является распространенность гинекологической патологии в популяции. Показатель фиксирует количество больных, выявленных при обследовании популяции за определенное время (месяц, год, неделя). В отличие от распространенности патологии гинекологическая заболеваемость определяется количеством новых случаев заболевания, выявленных за год. Распространенность гинекологических заболеваний у девочек изучается ежегодно по данным профилактических осмотров и отражает частоту гинекологической патологии за определенное время, куда войдут как случаи впервые выявленной патологии, так и уже диагностированные.

Официальная государственная статистика учитывает гинекологические заболевания у девочек лишь по двум рубрикам - болезни мочеполовой системы и расстройства менструаций (формы 12 и 14). Безусловно, указанные сведения не позволяют получить достаточных данных о структуре и частоте гинекологической патологии у детей. В научной литературе содержится много сведений, посвященных этой проблеме, где отражен гораздо более широкий спектр нозологических форм. Между тем эти сведения столь противоречивы, что не поддаются сравнительному анализу. Согласно опубликованным данным, число детей и подростков, страдающих гинекологическими заболеваниями в Московской области, составляет 7,1%, в Кемерово - 26,4%, в Уфе - 4,3%, а в Омске - 15,3%. Существенные различия отмечаются и по отдельным нозологическим формам. Так, по нашим данным, в Москве гинекологические заболевания у дошкольниц встречаются в 3,8% случаев, а по данным М.С. Шушуновой, - в 29,3%. А.П. Дынник сообщает о 75% ЗПР у сельских жительниц, а Ю.А. Гуркин считает, что все варианты нарушения полового развития составляют 16,4-21%. Приведенные данные свидетельствуют об отсутствии единой методики оценки состояний репродуктивного здоровья девочек.

Сегодня складывается ситуация, когда врачи, работающие в системе специализированной гинекологической помощи детям, в целях совершенствования и более полной оценки работы службы, а также для оценки своей деятельности должны правильно и регулярно анализировать результаты своей работы. Итогом этой деятельности должна быть возможность сравнить данные по регионам, что в свою очередь позволит не только оценить состояние репродуктивного здоровья девочек по всем территориям России, но и обеспечить качественную помощь на местах. Известно, что на показатели частоты гинекологической патологии у девочек оказывают влияние примененные методы исследования, выбранные критерии диагностики и индивидуальный опыт врача.

Использование разных методов обследования в группах сравнения или дополнительное обследование пациенток сравнимых групп пусть даже рутинными методами искажает результаты работы и делает группы несравнимыми. Распространенным примером может служить осмотр шейки матки в зеркалах у девочек, имеющих опыт половой жизни, и отсутствие этого исследования у сверстниц, не имеющих этого опыта, при проведении профилактического осмотра подростков. В этом случае останется не диагностированной патология шейки матки у девушек, не живущих половой жизнью.

Начальные симптомы некоторых гинекологических заболеваний подвержены значительной вариабельности и почти не поддаются объективизации, в таком случае диагноз во многом будет зависеть от опыта врача. Именно поэтому диагноз "дисменорея", где основным симптомом являются болезненные менструации, врачи с различным опытом работы ставят с разной частотой. Оценка состояния пациентки объясняется как индивидуальным субъективным подходом к интерпретации симптомов, так и отношением врача к жалобам пациентки. Те же проблемы касаются наиболее распространенного диагноза "вульвовагинит", особенно когда основной жалобой является гиперемия

слизистой вульвы или кожи промежности, и врач констатирует это заболевание, имея в виду вульвит или дерматит. Таким образом, частота гинекологических заболеваний, выявленных во время профилактических скрининговых осмотров девочек, искажается значительным числом как ложноположительных, так и ложноотрицательных оценок. Проверкой правомочности диагноза могут служить объективизация и уточнение его с помощью современных лабораторных методик. Анализ заболеваемости или распространенности гинекологической патологии по существу должен проводиться повторно, после уточнения первоначального диагноза, поставленного при скрининговом обследовании. При этом ложноположительные результаты могут быть скорректированы, уточнены и в ряде случаев исправлены после дополнительного обследования пациентки. Напротив, ложноотрицательные результаты, когда не диагностируется имеющееся заболевание, особенно опасны в клинической практике. Для уточнения полученных данных в научной практике принято пользоваться показателем прогностической ценности положительных и отрицательных результатов (С. Гланц, 1998).

Для практического врача достаточно применения стандартных, обработанных методик (стандартов диагностики и объемов обследования), которые обеспечивают достоверность диагноза. Оценка состояния репродуктивного здоровья большой популяционной группы по основному показателю - распространенности гинекологической патологии среди девочек - проводится по данным профилактических осмотров организованных групп детей. Этот показатель является единственным индикатором состояния репродуктивного здоровья популяции детей до 18 лет.

Таким образом, столь привычный показатель здоровья, используемый каждым врачом в повседневной практике, как заболеваемость или распространенность гинекологической патологии среди детского населения, требует особого внимания и строгих методических подходов не только при проведении исследования, но и при интерпретации полученных результатов с учетом факторов, влияющих на эти показатели.

Стандартные исследования, не требующие подробного описания, - это применение клинических анамнестических и антропометрических методик при проведении профилактического осмотра девочек (анамнез, осмотр с оценкой степени полового развития, антропометрия и бимануальный гинекологический осмотр девочек 14 лет и старше). Использование дополнительных, даже самых простых методов исследования (осмотр шейки в зеркалах, УЗИ и др.) требует подробного описания, кому и по каким показаниям применялись методики. В противном случае сравнительный анализ с другими, стандартно обследованными популяционными группами неправилен.

В проведении сравнительного анализа показателей и заболеваемости, распространенности гинекологической патологии среди девочек - жительниц различных регионов России - особое значение приобретает идентичность методики проведения скринингового исследования. Имеются в виду единый протокол обследования для каждой пациентки, стандартные одинаковые диагнозы, единые подходы врачей к оценке полового развития девочки. На этапе представления полученных результатов достаточно распространенной ошибкой является суммированная характеристика данных, полученных при профилактическом осмотре и при работе в специализированном кабинете (обращаемость) за год. Следует учитывать, что результат сложения всех видов деятельности врача может определить лишь занятость врача, но никак не состояние здоровья обслуживаемого населения.

Правильным алгоритмом оценки частоты гинекологической патологии у детей можно считать следующий:

1. Проведение профилактического осмотра по единой методике, рекомендованной Минздравом РФ с учетом основных нозологических форм по МКБ-10 (скрининг) с применением клинических методов исследования.
2. Проведение дополнительного обследования девочек с выявленной гинекологической патологией и установление клинического диагноза.
3. Проведение сравнительного анализа данных при скрининге и уточнении диагноза, затем определение процента ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

Обязательным условием правильного анализа проведенной работы является одинаковое число больных, выявленных на профилактическом осмотре и прошедших дополнительное обследование. Дополнительная и скрупулезная работа позволит врачу не только получить достоверные сравнимые данные, но и проконтролировать себя в качестве диагноста гинекологической патологии у детей.

Нами совместно с Минздравом РФ разработана, апробирована и внедрена в практику методика "Схема учета различных форм деятельности врача, работающего в системе специализированной гинекологической помощи", которая поможет врачу правильно оценить свою работу.