Формирование приверженности к здоровому образу жизни и сохранение репродуктивного здоровье подростков

Татьяна Борисовна Лебедева

к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России,

главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью и детской гинекологии МЗ АО

Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

ФЗ №323 от 21 ноября 2012

1. **Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.**

2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, **обязаны проходить медицинские осмотры**, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также **заниматься профилактикой этих заболеваний**.

3. Граждане, находящиеся на лечении, **обязаны соблюдать режим лечения**, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Репродуктивное здоровье подразумевает, что индивидуумы вправе иметь удовлетворительную ответственную сексуальную жизнь, способность к деторождению и право свободно решать, сколько и с каким интервалом иметь детей, подразумевая право женщины и мужчины иметь возможность пользоваться безопасными и эффективными методами планирования семьи, иметь право на доступ к соответствующим медицинским службам, которые позволят обеспечить женщине безопасное течение беременности и родов, а парам иметь **здорового новорожденного.**

(Международная конференция по народонаселению и развитию, Каир, 1994)

Как планировать беременность?

Как себя вести женщине и мужчине?

Вести здоровый образ жизни

Отказаться от алкоголя

Для беременных и женщин, планирующих беременность, употребление любого количества алкоголя — основание для отнесения их к группе риска негативного воздействия на плод (фетального алкогольного синдрома (ФАС) и фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН) .

Женщины, заслуживающие внимания:

- планирующие беременность;
- детородного возраста, не использующие контрацепцию;
- из группы высокого риска ФАС/ФАСН (принимающие алкоголь);
- **подростки и женщины юного возраста;**
- беременные;
- кормящие.

Как себя вести женщине и мужчине?

Отказаться от курения

Краткая программа вмешательств (модель «5А»), состоящая из пяти шагов, включает следующие этапы.

- **Ask — спросить об употреблении табака.**
- **Advise — рекомендовать (посоветовать) бросить курить.**
- **Assess — оценить желание предпринять попытку бросить курить.**
- **Assist — оказать поддержку при намерении бросить курить.**
- **Arrange — организовать динамическое наблюдение.**

В каком возрасте планировать беременность?

Акушерский и перинатальный риски минимальны у пациенток в **возрастной группе 19 – 35 лет;** беременность и роды у женщин моложе 19 и старше 35 лет сопряжены с повышением вероятности различных осложнений для матери и плода.

1 000 000 **500 000** **70 000**

После 35 лет в яичниках снижается как общее число фолликулов, так и число качественных ооцитов. Процесс снижения количества ооцитов в яичниках начинается уже в 27 лет, а после 37 — резко ускоряется.

С каким интервалом планировать беременность?

- В интересах сохранения здоровья матери и ребёнка **интергенетический интервал** должен составлять **не менее 24+9 мес**
- Наилучший период для наступления последующей беременности **после самопроизвольного аборта — 3–6** мес.
- Первичное обследование целесообразно проводить **как минимум за 3 мес до предполагаемого зачатия.**

* Дотация витаминов и микроэлементов

1. Фолаты — обязательное назначение.
2. Йод.
3. Железо.
4. Витамин D.
5. ПНЖК.
6. Поливитаминно-минеральные комплексы.

Согласно современным рекомендациям* все женщины, планирующие беременность или способные забеременеть, должны принимать добавки фолиевой кислоты в

дозе 400–800 мкг.

Прием добавок фолиевой кислоты следует начинать за ≥2 месяца до зачатия и продолжать ежедневно на протяжении первых 2–3 месяцев беременности.

**The Institute of Medicine (IOM), 2*

Acidul folic = VITAMINA B9

Sursele alimentare de acid folic includ fasolea, legumele, cerealele integrale, citricelele, ficatul.

Обогащение питания фолатами до и после зачатия – время играет решающую роль

- ДНТ возникают в результате нарушения закрытия концов нервной трубки в течение первых 28 дней после зачатия,[1] часто даже до того, как женщина понимает, что она беременна
- **Прием фолиевой кислоты необходим задолго до зачатия** с целью обеспечения адекватного уровня фолатов во время нейруляции[2–4]

1. Botto LD, et al. N Engl J Med 1999;341(20):1509–19; 2. EUROCAT. Available at: http://www.eurocat-network.eu/content/Special-Report-NTD-3rdEd-Part-IIA.pdf; 3. EUROCAT. Available at: http://www.eurocat-network.eu/content/Special-Report-NTD-3rdEd-Part-IIB.pdf; 4. USPSTF. Ann Intern Med 2009; 150(9):626–31

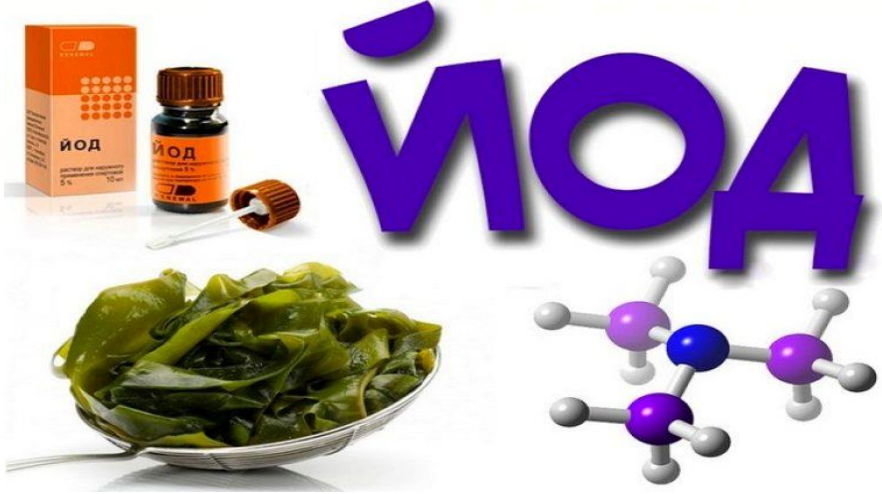
Рекомендации по приему фолиевой кислоты

- **Женщины, не имеющие отягощенного медицинского и семейного анамнеза** (**низкий риск**), **женщины без клинических симптомов**:
  - **Беременность - 400 мкг/сут (100% РСН)**
  - Планирование беременности – за 2-3 месяца до зачатия
- **Женщины с недостаточным потреблением фруктов** (**умеренный риск**),

- алиментарные ограничения
- ожирение (ИМТ выше 30 кг/м$^{2)}$,
- СД 1 и 2 типа, болезни ЖКТ, почек, печени, алкоголизм,
- курение – **до 1000 мкг фолиевой кислоты за 3 месяца до зачатия.**

- **Высокий риск. Женщины при наличии у них самих или их партнеров ДНТ в персональном анамнезе либо во время предыдущих беременностей** (или наличие случаев «spina bifida» - «расщепление позвоночника»**:**
  - **4000 мкг/сут за 3 мес до зачатия, 800 мкг в виде ВМК.**

Рекомендации Американской коллегии акушеров и гинекологов (BMJ 1996; 313:128-9)



- В йоддефицитных регионах (95% территории РФ) для **профилактики эндемического кретинизма и врождённых заболеваний щитовидной железы у ребёнка** в течение 3 мес до зачатия необходимо дополнительное назначение препаратов йода: **женщинам — в дозе 250 мкг/сут,** мужчинам — 100 мкг/сут.

- При наступлении беременности количество потребляемого женщиной йода должно быть увеличено.

Распространённость железодефицита (ВОЗ)

- Дефицит железа чрезвычайно распространён на планете, только ЖДА (латентный железодефицит остаётся неучтённым!) страдает **каждый четвёртый житель в мире** (25%).
- **дети дошкольного возраста — 47%**;
- **беременные — 42%**;
- небеременные 15–50 лет — 30%;
- школьники — 25%;
- пожилые — 24%;
- мужчины — 13%.

В России, по данным ВОЗ (2011), количество **беременных, детей и женщин репродуктивного возраста** с ЖДА, проживающих в нашей стране, варьирует в пределах **20–40%**.

1. The global prevalence of anaemia in 2011. — Geneva: WHO, 2015. — 43 p.

2. McEchron M.D., Goletiani C.J., Alexan- der D.N. Perinatal nutritional iron de ciency impairs noradrenergic-mediated synaptic ef- cacy in the ca1 area of rat hippocampus // J. Nutr. — 2010. — Vol. 140. — No3. — P. 642– 647. [PMID: 20089786]

Рекомендации ВОЗ (2012)

В странах, где распространённость анемии достигает 40%, **всем менструирующим женщинам и девочкам-подросткам** предписана дотация **препаратов железа в дозе 60 мг в сутки** на протяжении **3 мес ежегодно** с профилактической целью.

Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. — Geneva: WHO, 2012. — 35 p.

Дети, испытывающие **внутриутробно или в младенчестве недостаток железа**, по сравнению со сверстниками, более благополучными в этом отношении, в последующие годы жизни гораздо чаще:

- отстают в умственном развитии;
- страдают психическими расстройствами;
- имеют задержку нейромоторного развития, непростой темперамент;
- подвержены депрессии и апатии, более тревожны;
- страдают синдромом дефицита внимания в сочетании с гиперактивностью.

Витамин D

Всем женщинам, готовящимся к зачатию, желательно получать **витамин D в дозе 600–800 МЕ/сут**. Решение о назначении более высоких доз витамина D необходимо принимать на основании определения его концентрации в крови. Гиповитаминоз D подлежит обязательной коррекции.

МАРС
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ репродуктивной медицины

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Утверждён Протоколом №4П-16 Президиума Правления Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) от 28 июня 2016 года

Для специалистов в области репродуктивной медицины

Москва 2016

StatusPraesens

Полиненасыщенные жирные кислоты

У всех женщин в периконцепционный период желательно дополнительное поступление **ПНЖК в дозировке 200– 300 мг/сут** с последующим продолжением на протяжении всей гестации для профилактики осложнённого течения беременности и физиологического формирования структур головного мозга, органа зрения и иммунной системы плода.

Оптимальный способ увеличения поступления ПНЖК — расширение диеты, при невозможности — медикаментозно.

МАРС
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Утвержден Протоколом №4П-16 Президиума Правления Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) от 28 июня 2016 года

Для специалистов в области репродуктивной медицины

Москва 2016

StatusPraesens

ПРОФИЛАКТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК

- ***РЕБЕНОК ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПЛАНИРОВАН***, таким образом родители будут стремиться избегать многих факторов, которые могут отрицательно сказаться на здоровье малыша.
- Патологическое течение беременности и родов могут вызвать такие изменения в организме ребенка, которые в последующем будут являться причиной отклонений в физическом и умственном развитии. Женщина должна сама подготовиться к родам, помощь оказывает и психопрофилактическая подготовка.
- **Раннее прикладывание к груди и длительное (не менее 1 года) вскармливание** – защита от многих отрицательных факторов в жизни, в том числе и болезней. Дети на грудном вскармливании в 4-5 раз реже болеют хроническими, в том числе гинекологическими заболеваниями, чем дети получившие искусственное вскармливание.

ПРОФИЛАКТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК

профилактика гинекологических заболеваний у девочек после рождения:

- ***питание*** – должно быть в определенные часы, чаще понемногу. Необходимы белковые продукты, витамины, растительные и животные жиры. Обратить внимание на детей, страдающих экссудативным диатезом.
- ***режим дня*** – соблюдать распорядок сна и бордствования, игр. Занятий, приема пищи. Спать в одно и то же время, не следует родителям брать ребенка в свою постель.
- ***двигательная активность***, гимнастические упражнения, закаливание, воздушные и солнечные ванны. Правильная осанка. Нагрузки в дни месячных должны быть ограничены: исключается напряжение брюшного пресса, перевороты, прыжки, силовые приемы.
- ***отдых*** – активный, на открытом воздухе.

ПРОФИЛАКТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК

профилактика гинекологических заболеваний у девочек после рождения:

- ***Гигиена*** – комплекс правил и приемов, способствующих оптимальному функционированию женской половой сферы, она является частью личной гигиены.
- **Общая и специальная гигиена наружных половых органов (НПО)** должна быть потребностью растущего организма девочки. К этому нужно приучать с первых дней жизни.
- К 5 годам необходимо приучить ребенка к самостоятельному туалету НПО. Ежедневно 1-2 раза в день. Лучше сочетая с гигиеническим душем, **мыло использовать 1 раз в неделю.**

Основные принципы гигиены, независящие от возраста женщины:

- ***принцип сохранения целости естественных барьеров,*** недопущение микротравм поверхности женских половых органов. К микротравмам приводит ношение тесного белья, верховая езда, период начала половой жизни.
- ***принцип свободы выбора стиля гигиенического поведения***, реализуя гигиенические процедуры, следить за тем, чтобы они были необременительные, конфиденциальные, комфортные, экономичные, гипоаллергенные, экологичные, неканцерогенные, взаимозаменяемы, т.е. отвечали бы праву женщины на выбор при полной информированности о достоинствах и побочных эффектах.

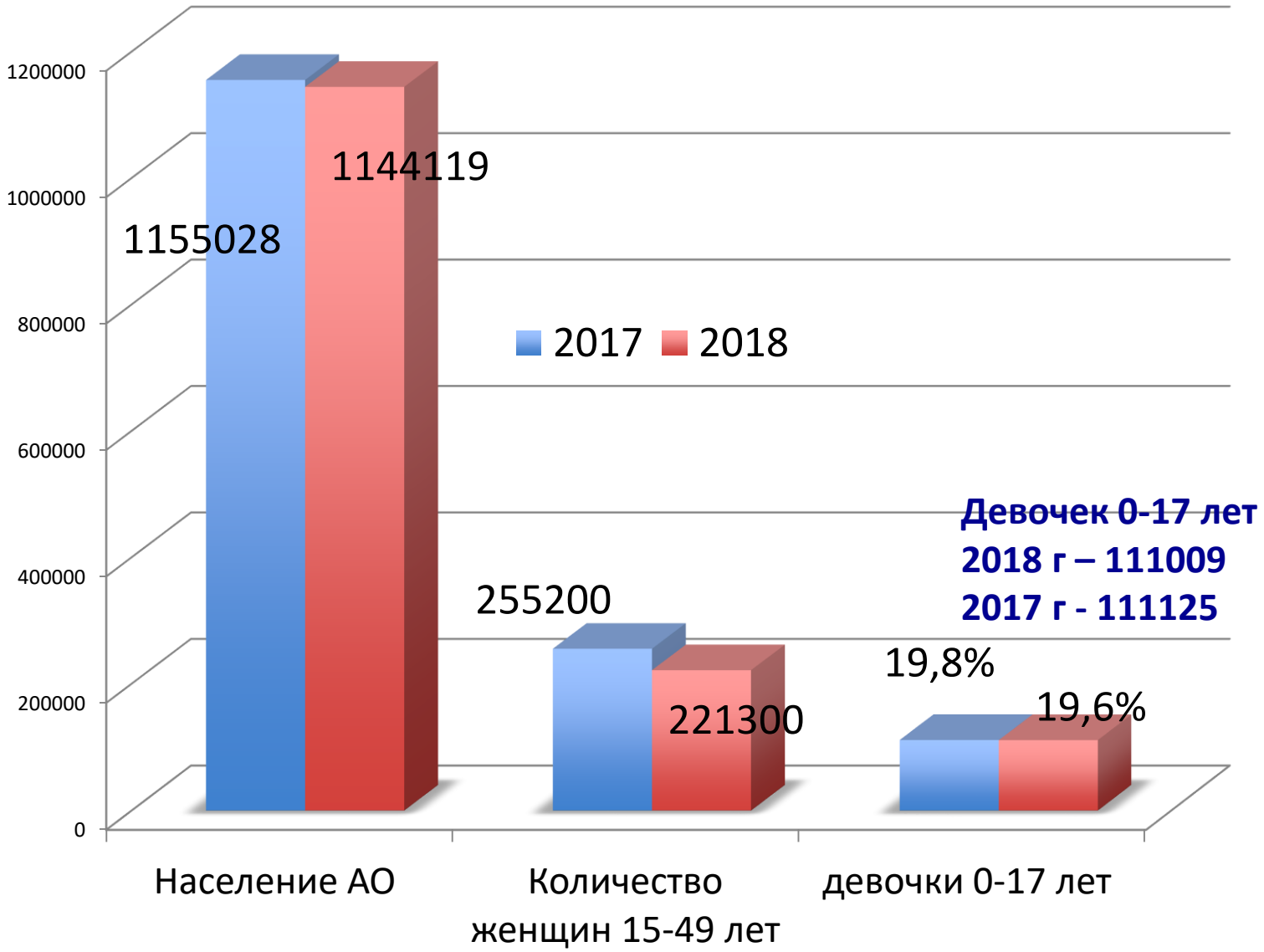
Основные принципы гигиены, независящие от возраста женщины:

- ***принцип адекватности*** – соответствие гигиенических правил состоянию организма, сезону. Возрасту, фазе менструального цикла, стилю жизни, репродуктивным планам и др.
- ***гонадосберегающий принцип*** – по возможности замедлить темпы «естественной убыли пула ооцитов». Свести к минимуму воздействие факторов, способных повреждать яичники: гиперстимулирующие агенты, эндо- и экзоинтоксикация, курение, алкоголизм, наркотики, токсикомания, инфекция, промышленные и прочие аварии.

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший **репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.** Обеспечение и сохранение здоровья подростков – самая важная и перспективная инвестиция общества в свой экономический, политический и нравственный резерв. В противном случае социальные и экономические потери будут огромны и неизмеримы. Высокая профессиональная подготовка, наличие мотивации к деятельности, созданию семьи и рождению полноценных детей могут быть перечеркнуты плохим здоровьем.

World Health Organization

Характеристика населения Архангельской области



Физиологические и социальные особенности подросткового возраста

- Распространенность рискованного сексуального поведения.
- Незрелость иммунной системы, что повышает риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем.
- Незрелость репродуктивной системы и вероятность неблагоприятного исхода беременности.
- Ограниченный доступ к получению медицинской помощи из-за поведенческих, характерологических и социальных причин.

World Health Organization, 2005

Факторы,
влияющие на репродуктивное здоровье подростков:

- соматическое здоровье
- качество и доступность медицинской помощи
- репродуктивное поведение
- «санитарная культура» и информированность населения
- социально-экономические факторы
- экология
- наследственные факторы

ТРИ ПРАВИЛА СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ (ВОЗ)

1. Предупреждение нежелательной беременности – использование надежных методов контрацепции
2. Предупреждение ИППП – использование презерватива
3. Предупреждение отчаянных необдуманных поступков – убеждение и здравый смысл

Репродуктивное здоровье подростков

- Почти каждая десятая жительница России начинает сексуальную жизнь в возрасте до 14 лет.
- 68% подростков к 18 годам имеют опыт сексуального дебюта (около 50% девушек).
- В 15,5 лет сексуальный опыт имеют 34,4% подростков, в 16 лет – 47% (75% от всех юношей и 34,4% девушек).
- Средний возраст составляет 15,8±0,2 года.

Внебрачная рождаемость у женщин 15-18 лет составляет от 60,7 до 68,7%.

Состоят в браке около 35%, процент постоянно снижается.

Около 30% будущих отцов сразу порывают отношения, узнав о беременности.

97,7% юных матерей проживают с родителями.

Факторы, препятствующие ранней беременности:

- Хорошие отношения с матерью, родителями
- Информирование матерью дочери о половой жизни
- Любовь друзей

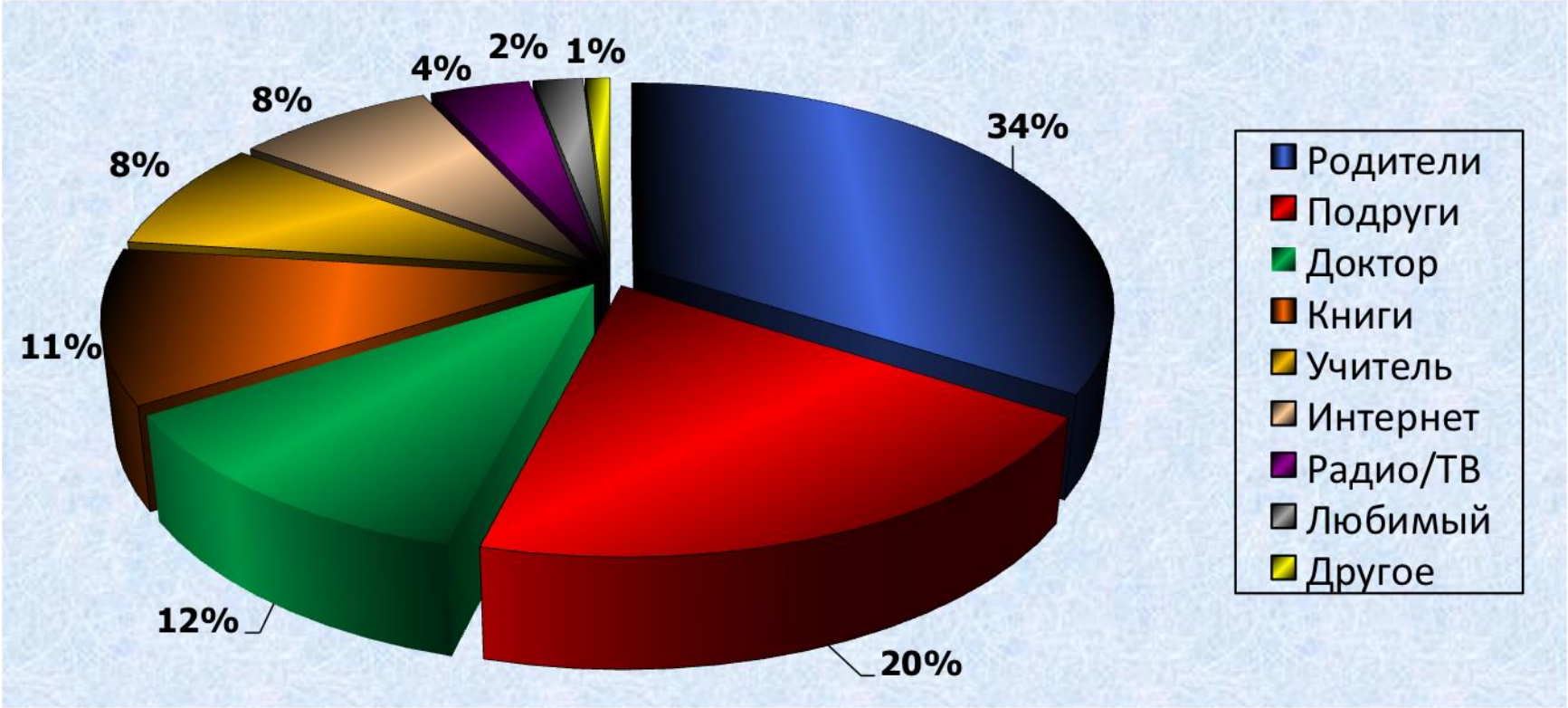
Процентное распределение интимных тем, обсуждаемых респондентами в возрасте 15-24 лет с родителями до достижения ими возраста 18 лет (n = 2745)

Тема обсуждения	Частота,%
Менструации	87,7
Возможность интимных отношений до замужества	52,7
Вопросы зачатия	56,5
ВИЧ/СПИД	54,6
Другие ИППП	44,5
Методы контрацепции	**45,0**

- Москвички меньше девушек из других городов и сел обсуждали с родителями вопросы интимных отношений.
- Девочки в возрасте 15-17 лет чаще, чем девушки 18-24 лет разговаривали со своими родителями на разные интимные темы.
- Более доверяли родителям девушки не имеющие образования, и сексуального опыта, а также девушки из богатых семей.

Выборочное обследование репродуктивного здоровья: Россия 2011 (n=10010)

Процентное распределение источников информации по сексуальному просвещению, названных респондентами в возрасте 15-24 лет



- 34% женщин в возрасте 15-24 лет считает возможным получение информации об интимных вопросах от родителей, 20% – от подруги, чаще чем каждая десятая – от врача или из книги. На любимых надеются 2% девушек.
- Лишь 8% респонденток считали учителей или интернет способными к предоставлению правильных знаний о проблемах репродуктивного здоровья и поведения.

Выборочное обследование репродуктивного здоровья: Россия 2011 (n=10010)

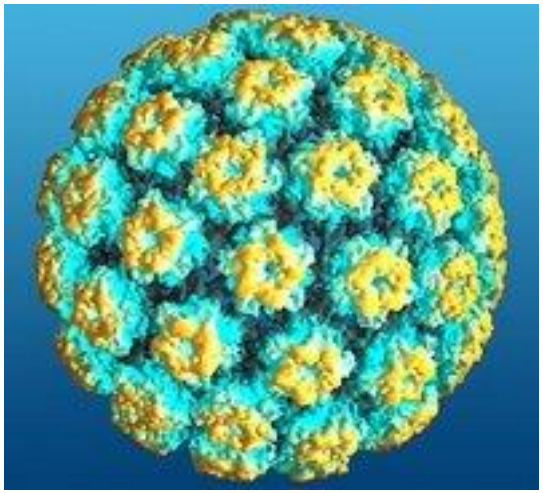
Факторы риска заражения ИППП и ВИЧ-инфекции у девушек-подростков:

1. число половых партнеров более 3,
2. раннее начало половой жизни,
3. отсутствие определенного рода занятий,
4. проживание вне семьи,
5. неполная семья,
6. неиспользование средств защиты,
7. случайные связи,
8. низкий уровень образования родителей,
9. недостаток знаний об ИППП,
10. безразличное отношение сексуального партнера.

Ю.В. Гуркин, 2008

Осложнения вызванные ИППП:

- ✓ **Сифилис**: при беременности оказывает патологическое воздействие на плаценту, ведущее к воспалению и нарушению питания плода,
- ✓ **Гонококковая инфекция**: нарушения менструального цикла, хронические ВЗОМТ, первичное бесплодие, самопроизвольные выкидыши, первичная слабость родовой деятельности, преждевременная отслойка плаценты, фактор риска реинфекции, заболевания хламидиозом, экстрагенитальные формы (поражение глаз, ротоглотки, аноректальной области, поражение костно-мышечной системы, сердца, головного мозга).
- ✓ **Хламидийная инфекция**: дисфункция яичников, ВЗОМТ, эрозия шейки матки, кисты яичников.
- ✓ **ВПЧ**: рак шейки матки



Вирус папилломы человека

Папиллома (papilla – сосок (лат.) + oma – опухоль (греч)) – сосочковые разрастания на коже и слизистых оболочках.

Папилломавирусная инфекция является хроническим инфекционным заболеванием (пожизненным), которое вызывает вирус папилломы человека (ВПЧ).

- ВПЧ-поражения известны в древности как «половые бородавки» или «Фиги».
- В 60-х годах XX века выделен вирус
- В 1956 г. определен термин «койлоцитоз»
- В 1976 г. описаны кольпоскопические, цитологические и морфологические признаки ВПЧ-поражения.
- В 1987 г. ассоциирован с раком шейки матки
- В 1992 г. выделена и идентифицирована ДНК ВПЧ.

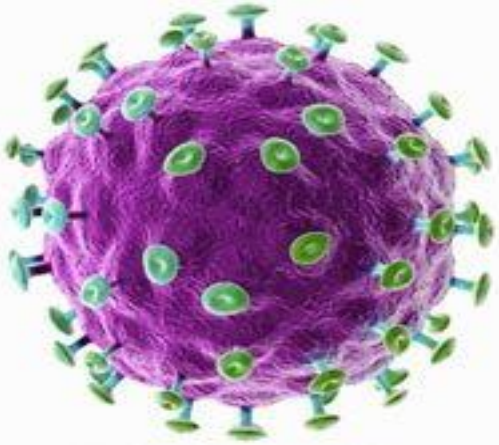
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ:

Глобальная заболеваемость раком шейки матки (РШМ) увеличилось на 6% - с 378 000 случаев в 1980 году до 454 000 случаев в 2010 году.

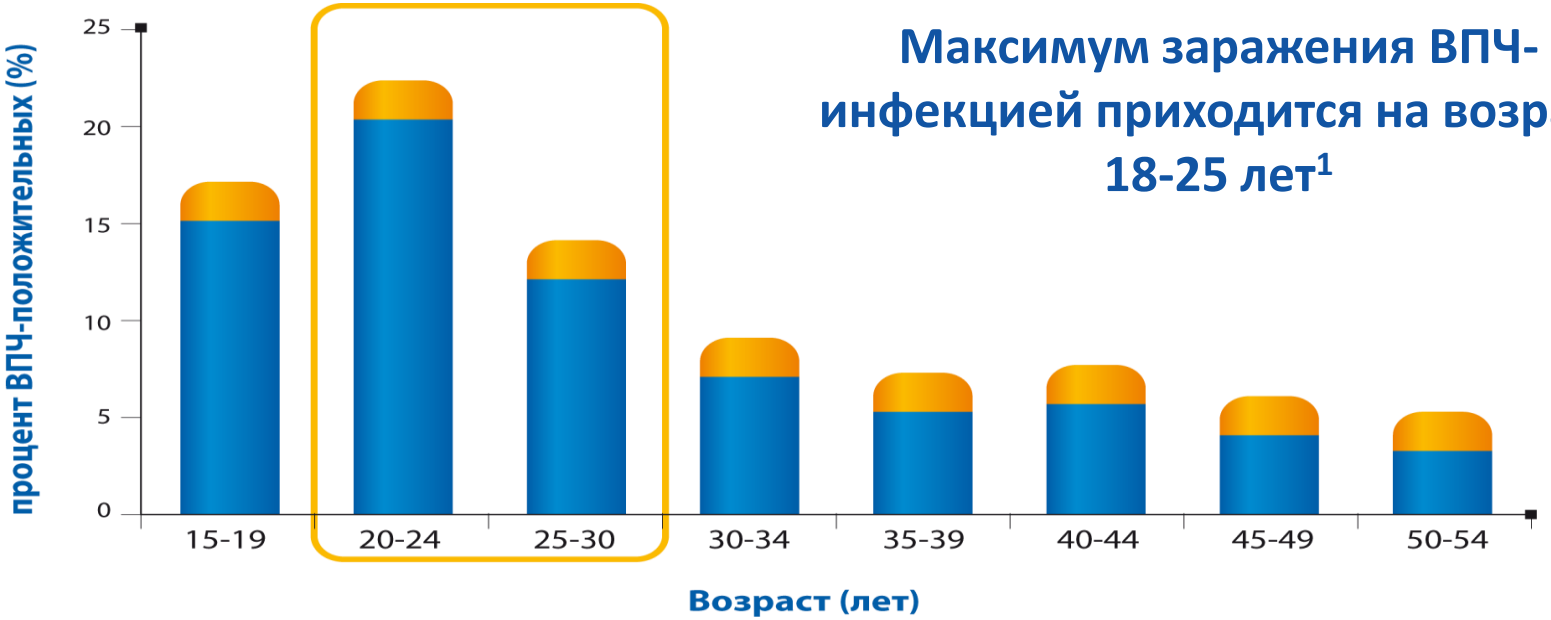
Ежегодно в мире регистрируются 470 000 новых случаев РШМ, из которых 233 000 заканчиваются смертельным исходом.

Наибольшая частота рака шейки матки приходится на азиато-тихоокеанский регион и при сохранении существующего уровня заболеваемости, может возрасти до 62% к 2025 году.

РШМ все чаще встречается у молодых женщин и отличается быстротечностью, высокой летальностью - 45-50% женщин умирает от данного заболевания.



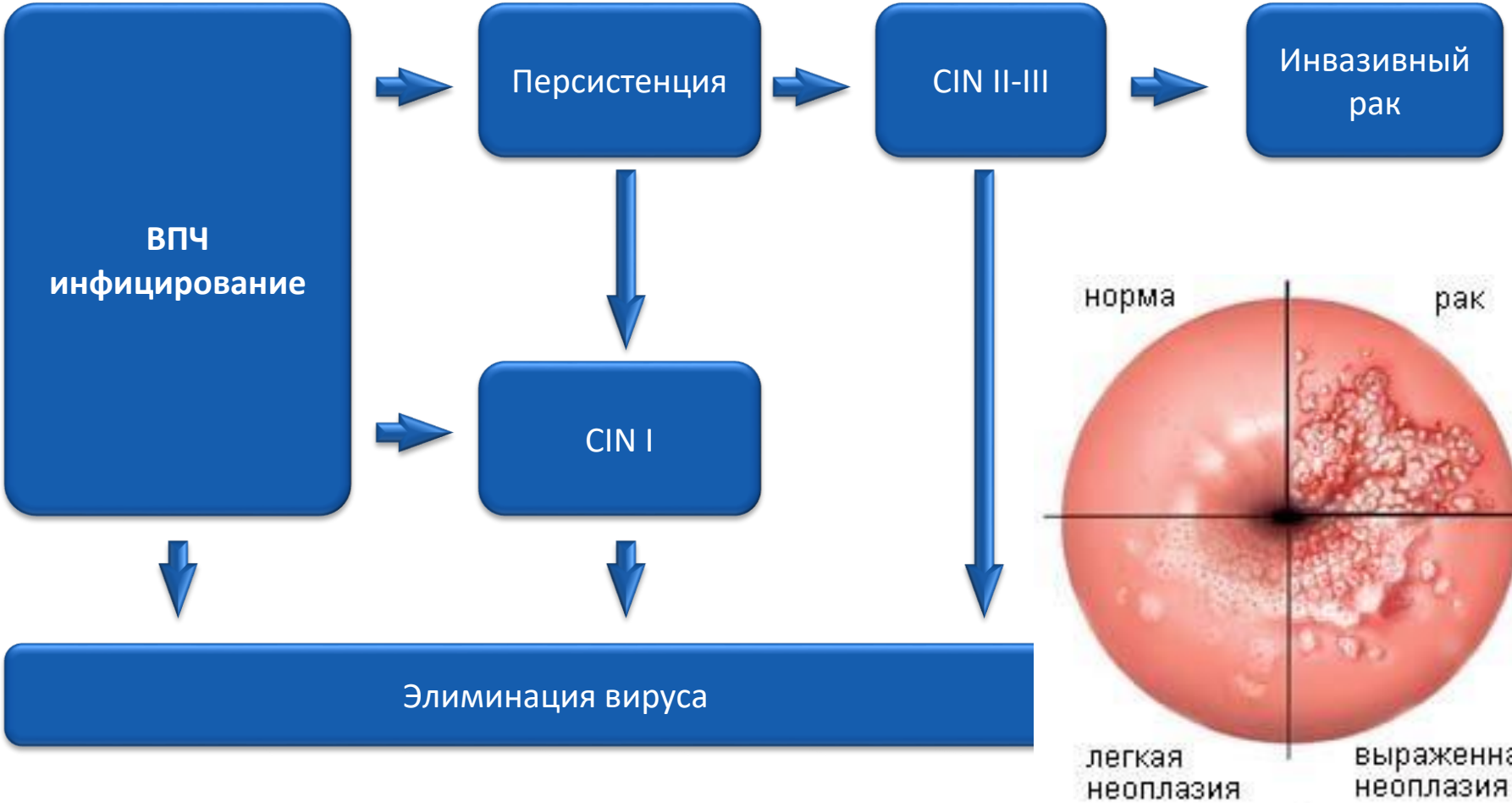
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЧ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ЖЕНЩИНЫ



Максимум заражения ВПЧ-инфекцией приходится на возраст 18-25 лет[1]

СЦЕНАРИЙ РАЗВИТИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

≈1 год | 1-5 лет | до 20 лет



КВАДРИВАЛЕНТНАЯ ВАКЦИНА ГАРДАСИЛ©

Вакцина предотвращает развитие РШМ, рака вульвы, влагалища, ЦИН I–III степени, дисплазий вульвы, влагалища II–III степеней и экзофитных генитальных кондилом, вызываемых ВПЧ 16, 18, 6, 11 типов.

Девочки и мальчики от 9 до 17 лет и молодые женщины от 18 до 26 лет.

Схема вакцинации: вакцина вводится трёхкратно внутримышечно в дельтовидную мышцу руки. Инъекции вводят повторно по схеме 0–2–6 мес. Иммуногенность вакцины чрезвычайно высока и через месяц после 3 инъекции сероконверсия определялась практически у 100% пациенток.

«Гардасил 9»

В 2018 году Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрила применение вакцины «Гардасил 9» для профилактики вируса папилломы человека у пациентов в возрасте 27—45 лет.

Разрешение было выдано после полученных результатов исследования, прошедшего среди 3,2 тыс. женщин в возрасте 27—45 лет. Наблюдение продолжалось в течение 3,5 лет. Введение вакцины обеспечило 88 % защиту от генитальных кондилом, предраковых эпителиальных дисплазий и рака шейки матки, вульвы и влагалища. Заключение об эффективности вакцинации среди мужчин в том же возрасте было сделано на основании данных, собранных в женской группе.