

УДК: 618.1-053.2:314.7

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ ИЗ СЕМЕЙ МИГРАНТОВ

© Ю.А. Гуркин¹, С.С. Феоктистова², В.А. Шапкайц³

¹ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России;

²ГБУЗ СПб ДПГ № 19, Санкт-Петербург;

³Городской родильный дом № 16, Санкт-Петербург

Резюме. Среди девочек и девушек, находившихся на амбулаторном приёме у детского гинеколога, особое внимание как с организационной, так и чисто медицинской точек зрения привлекают дочери мигрантов в возрасте младше 17 лет (218 чел.). Медицинские проблемы этого контингента детей заключаются в превалировании транзиторных дисфункциональных состояний, таких как пубертатные маточные кровотечения, фолликулярные кисты яичников, нарушения полового развития. Указанные виды патологии расцениваются как последствия хронического стресса. Кроме того, отмечен неблагоприятный преморбидный фон. Показатели репродуктивного потенциала приезжих девочек находятся на более низком уровне, чем у девочек, принадлежащих к коренному населению. Детские гинекологи вынуждены преодолевать, помимо чисто медицинских, организационные и правовые проблемы, часто возникающие у детей из семей мигрантов и временно перемещённых лиц.

Ключевые слова: семьи мигрантов; детская гинекологическая заболеваемость.

THE PROBLEM OF PROVIDING GYNECOLOGICAL CARE FOR GIRLS FROM DARE MIGRANTS

© Yu. A. Gurkin¹, S. S. Feoktistova², V. A. Shapkayts³

¹Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Russia;

²City children's clinic N 19;

³State Maternity Clinic N 16, Saint Petersburg, Russia;

Abstract. Among girls who were on an outpatient appointment with a pediatric gynecologist, special attention, both from an organisational and a purely medical point of view, attract daughters of migrants aged under 17 years (218 people). Medical problems of this group of children lie in the prevalence of transient dysfunctional States such as pubertal uterine bleeding, follicular ovarian cysts, disorders of sexual development. These types of disorders are regarded as consequences of chronic stress. In addition, there were poor premorbid background. Indicators of reproductive potential migrant girls are at a lower level than girls, indigenous. Baby gynecologists have to overcome, in addition to purely medical, organizational and legal problems that often occur in children from families of migrants and internally displaced persons.

Key words: migrant families; children morbidity.

Нарастающий миграционный поток в Российскую Федерацию делает актуальным изучение состояния и перспектив медицинского обслуживания семей переселенцев, особенно детей. Значимость задачи возрастает, если учесть, что в настоящее время девочки на 15–20% более болезненны, чем мальчики. Приезжие дети нередко не имеют навыковличной гигиены; у многих девочек и их матерей нет опыта общения с врачом — детским гинекологом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве изучаемого объекта мы взяли данные о работе детских гинекологов в Петроградском районе Санкт-Петербурга. Этот район характеризу-

ется более плотным расселением мигрантов. Первичное обращение к гинекологу девочек из семей мигрантов и переселенцев в детскую поликлинику № 19 Санкт-Петербурга имело место в 218 случаях (2012, 2013).

Возраст детей колебался от 6 мес до 17 лет. Полис добровольного медицинского страхования имели 57% из числа обратившихся, почти у 25% были разовые талоны на осмотр специалистом, остальные осмотрены по экстренным показаниям или в порядке планового профилактического осмотра детского коллектива. В нашем распоряжении имелись некоторые первичные медицинские документы, хранящиеся в кабинете (n=1200).

Структура гинекологической заболеваемости (по показателям обращаемости, в сравнении с общими данными по специализированному приёму) следующая:

- воспалительные заболевания наружных половых органов — 29% (33%);
- абдоминальный болевой синдром, острый живот — 3% (4%);
- отставание и задержка полового развития — 15% (23%);
- нарушения становления менструаций — 32% (20%);
- впервые выявленные аномалии развития и опухоли внутренних половых органов — 9% (5%);
- другая гинекологическая патология — 6% (11%);
- «ювенильная» беременность — 6% (4%).

Как видим, среди диагнозов превалирует не органическая патология, а функциональные расстройства, находящиеся, как известно, в патогенетической связи с недостаточностью адаптационных механизмов. Кроме того, отмечался неблагоприятный преморбидный фон в виде выраженной гипохромной анемии, астенизации, дисгармоничного физического развития (у 18% низкая масса тела). Выяснилось, что родители-мигранты не отдают приоритета питанию и здоровью своих детей.

Одним из последствий перечисленного спектра патологии может быть названа высокая доля осложнений при гинекологических заболеваниях у детей, а именно:

- адгезивные вульвовагиниты у каждой пятой девочки сопровождались субтотальными синехиями и острой задержкой мочеиспускания;
- маточные кровотечения периода становления менструальной функции у каждой четвёртой сочетались с постгеморрагической анемией и у каждой восьмой с восходящим эндометритом;
- у каждой десятой возник клинический синдром «острого живота» (перекрут кистомы, угроза разрыва кистомы, разрыв яичника).

Показательно, что только треть мигрантов-родителей обращаются к врачу при любом болезненном состоянии ребенка, остальные — лишь при тяжёлом статусе девочки после осмотра педиатром, хирургом. Проблема в том, что большинство матерей в своём детстве не знали детского гинеколога, предрассудки мешали вовремя показать дочь гинекологу-ювенологу.

Возникшие осложнения в половине случаев потребовали экстренной госпитализации. При отсутствии поддержки страховой службы интенсивная

терапия и послеоперационное ведение пришлось форсированно умещать в сжатые сроки.

Проведенное нами сравнение гинекологической пораженности детей в двух группах, отличающихся по длительности проживания на новом месте, указало на двух-трехкратное улучшение показателей здоровья у более давних (более трех лет) переселенцев. Однако даже при довольно длительном периоде адаптации репродуктивный потенциал девочек-мигранток выглядит хуже, чем у девочек из основной популяции. Подобная закономерность на других контингентах прослежена и рядом авторов [1, 2].

Работая с детьми из столь своеобразного контингента, следует учитывать так называемый перинатальный след — неблагополучный перинатальный анамнез. Так, сумма показателей антенатального наблюдения (срок взятия на учет, регулярность наблюдения, комплексность обследования, превентивная госпитализация в соматический стационар или в отделение патологии беременных) у женщин-мигранток, дочери которых в последующем обратились к детскому гинекологу, оказалась ниже среднеродских по СПб. В частности, преждевременные роды произошли у 24%, осложненные — у 36% женщин-мигранток. В 2013 году в городе на 64 тысячи родов было более 3 тысяч новорождённых (5%) от матерей-мигранток, не обеспеченных ФОМС.

Ориентировочный анализ показал, что девочки в 65% наблюдений являются выходцами из социопатических и дисфункциональных семей, характеризующихся, как известно, низкой медицинской активностью (с этим, в частности, связано запоздалое обращение к детскому гинекологу). В три раза чаще отмечены неполные и многодетные семьи, а также неоформленные и межнациональные браки. Каждая вторая мать и каждый третий отец имеют неполное среднее и среднее образование. Не поддалась оценке распространённость отклонений от здорового образа жизни, вредных привычек и пристрастий.

Показатели репродуктивного потенциала девочек-мигранток ниже, чем у девочек, принадлежащих к коренному населению, что в ближайшей перспективе негативно отразится на демографических показателях населения в целом.

Среди множества факторов, способных неблагоприятно воздействовать на репродуктивный потенциал девочек из переселенческих (мигрантских) семей, присутствует такой, который называется организационным. Так, детский гинеколог нередко располагает лишь медицинскими документами пациенток на молдавском (румынском), узбекском и других языках, неизвестных врачу. Затруднения вызывает сбор анамнеза. Языковые, культурно-

бытовые и психологические барьеры затрудняют контакты во время оказания лечебной, профилактической и реабилитационной помощи. В результате, по данным московских педиатров, дети переселенцев отличаются более высокой соматической заболеваемостью по сравнению с коренным населением Москвы [3].

Как известно, право на бесплатную медицинскую помощь Россия предоставляет легальным переселенцам из стран Таможенного Союза¹.

В то же время детям нелегальных мигрантов отказано в предоставлении бесплатной медицинской помощи (с 1 января 2010 года). Нередко матери приводят заболевших дочерей на прием к гинекологу именно в пятницу, в конце рабочего дня, когда врач не может отказать в помощи или оставить без консультации на два выходных дня.

При ознакомлении с проблемами, возникающими у детских гинекологов, становится очевидной необходимость усовершенствовать работу специалистов по диагностике отклонений и заболеваний, лечению обнаруженной патологии, реабилитации репродукторного потенциала, наблюдению и профилактике гинекологических заболеваний.

Назрела необходимость пересмотреть нормативные документы для специалистов по субспециальности детской гинекологии, которые легализовали бы работу детских гинекологов о дочерях мигрантов.

Поскольку Россия является участницей «Конвенции ООН о правах ребенка» (1989), имеется настоятельная необходимость снять противоречия между данной Конвенцией и внутренним законодательством.

¹ Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации. Постановление правительства РФ № 186 от 6 марта 2013 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулигина М.В., Посисеева Л.В., Цивилева А.Е., Потешонкова С.В., Комарова И.А. Направления совершенствования профилактики нарушений здоровья матери и ребенка в женской консультации. Сборник материалов Первого Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». Хабаровск. 2009; 94–8.
2. Соловьева М.И. Особенности физического и полового развития девочек и девочек-подростков в условиях Якутии. Автореф. дис... канд. мед наук. Хабаровск. 2003.
3. Флоринская Ю.Ф. Дети мигрантов в России: доступ к образованию и медицине. Демоскоп еженедельный. 2012; № 515–516.

REFERENCES

1. Kuligina M.V., Posiseeva L.V., Tsivileva A.E., Potešhonkova S.V., Komarova I.A. Napravleniya sovershenstvovaniya profilaktiki narusheniy zdorov'ya materi i rebenka v zhenskoy konsul'tatsii [Directions of improvement of the prevention of violations of maternal and child health in the antenatal clinic]. Sbornik materialov Pervogo Dal'nevostochnogo simpoziuma «Problemy perinatal'noy meditsiny». Khabarovsk. 2009; 94–8.
2. Solov'yeva M.I. Osobennosti fizicheskogo i polovogo razvitiya devochek i devochek-podrostkov v usloviyakh Yakutii [The peculiarities of physical and sexual development of girls and adolescents in conditions of Yakutia]. Avtoref. dis... kand. med nauk. Khabarovsk. 2003.
3. Florinskaya Yu.F. Deti migrantov v Rossii: dostup k obrazovaniyu i meditsine [The children of migrants in Russia: access to education and medicine]. Demoskop ezhenedel'nyy. 2012; N 515–516.

◆ Информация об авторах

Гуркин Юрий Александрович – д-р мед. наук, профессор кафедры детской гинекологии и женской репродуктологии. ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: Ghurkin39@list.ru.

Феоктистова Светлана Сергеевна – канд. мед. наук, доцент, консультант. ГБУЗ СПб ДПГ № 19. 197046, Санкт-Петербург, ул. Куйбышева, д. 25. E-mail: feosvetlana@mail.ru.

Шапкайц Владимир Александрович – д-р мед. наук, профессор, главный врач родильного дома. Городской родильный дом № 16. 192283, Санкт-Петербург, ул. Малая Балканская, д. 54.

Gurkin Jurij Aleksandrovich – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor of the Department of Children,s and Women's Reproduction. Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: Ghurkin39@list.ru.

Feoktistova Svetlana Sergeevna – MD, PhD, medical consultant. City children's clinic N 19. 25, Kuybysheva St., St. Petersburg, 197046, Russia. E-mail: feosvetlana@mail.ru.

Shapkayts Vladimir Aleksandrovich – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Chief Doctor of Maternity Home. State Maternity Home N 16. 54, Malaya Balkanskaya St., St. Petersburg, 192283, Russia.