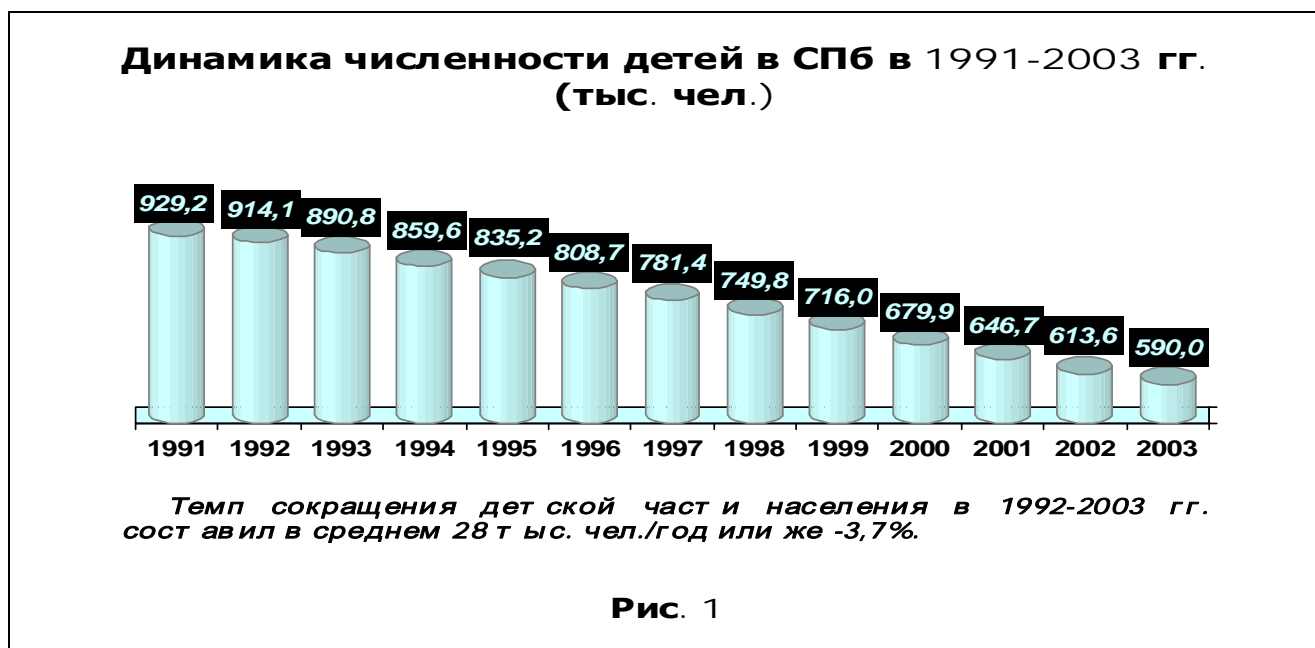


О СОСТОЯНИИ И МЕРАХ УЛУЧШЕНИЯ АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ (справка-доклад)

В Санкт-Петербурге и России наших дней сохраняются возникшие в 70-80-ые годы прошлого столетия и еще более усугубившиеся в последующие десятилетие негативные демографические тенденции, обусловленные во многом снижением репродуктивного здоровья населения, а если быть точнее – его репродуктивным нездоровьем (Рис. 1).



Это вынуждает все уровни управления обществом, включая высшее руководство страны, и медицинских специалистов совершенно по-новому относиться к весьма интимной и даже болезненно чувствительной для людей сфере отношений, каковой у всех народов и во все времена было деторождение. Не случайно, что те проблемы колоссальной социальной значимости, о которых

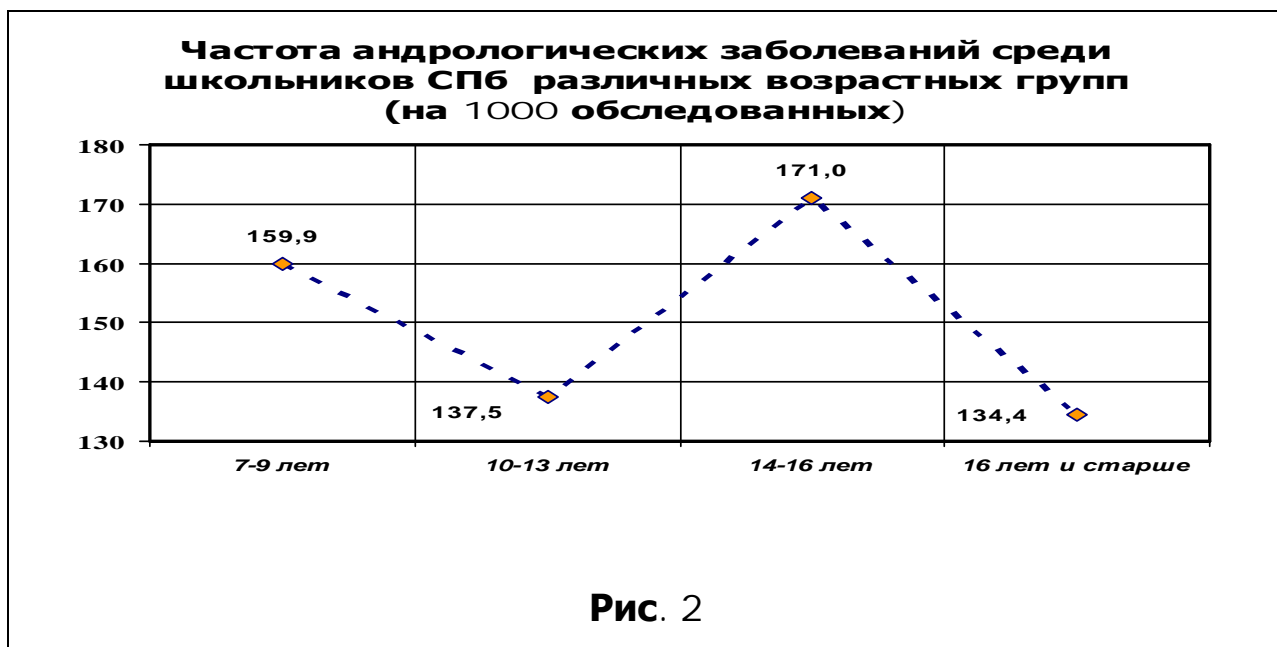
еще совсем недавно только шептались и не упоминали вслух, стали широко обсуждаться и звучать из уст первых лиц государства.

В послании Федеральному Собранию в 2006 году Президент России наиболее острой назвал демографическую проблему: ежегодное сокращение населения доходит до 700 тыс. чел. «...Никакие меры в этой области не позволят решить проблему без увеличения рождаемости. Главнейший компонент демографической политики – эффективная поддержка материнства и детства, - сказал В. Путин 10 мая 2006 г.

До настоящего времени среди населения нашей страны, а зачастую и у медицинских работников бытует ошибочное мнение, что в процессах воспроизводства народонаселения роль мужчины несопоставимо скромнее, чем женщины. Как серьезное достижение отечественного здравоохранения необходимо отметить тот факт, что уже много десятилетий назад здоровью женщины было уделено самое серьезное внимание, тогда же сложилась действующая и поныне стройная и довольно разветвленная система мер профилактики и лечения нарушений репродуктивного здоровья девочек и девушек начиная от многотысячного отряда гинекологов–акушеров до Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии им. Отта РАМН и Государственного предприятия «Всероссийский Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН». Неотъемлемой частью системы является подсистема первичного, последипломного и дополнительного образования по основной и смежным специальностям.

Столь подробно мы остановились на этой схеме лишь по той причине, что логично ожидаемой «зеркальной» системы, т. е. предназначенной для профилактики и лечения заболеваний мужской половой сферы, в стране не существует, а есть лишь единичные разрозненные ростки в этом направлении.

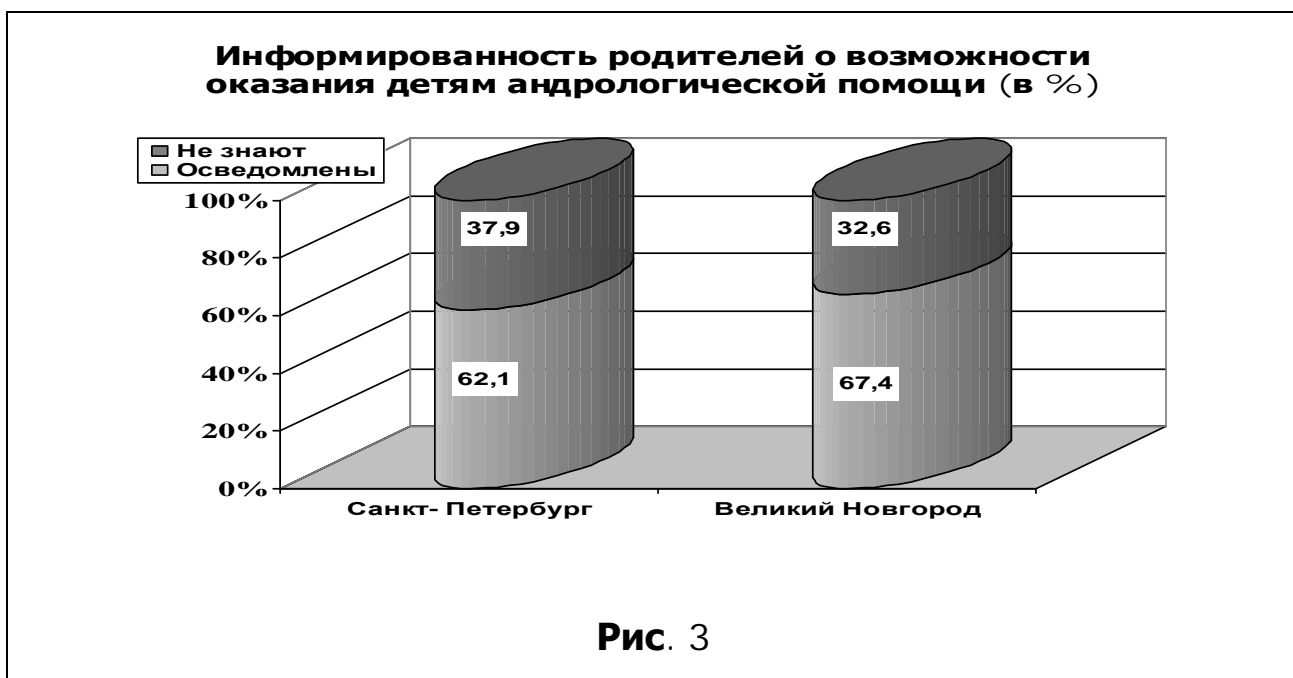
Между тем, по данным экспертов ВОЗ, от 30 до 60 % (около половины в среднем значении) случаев бесплодных браков обусловлены именно мужской несостоятельностью, а истоки ее зачастую восходят к детскому и юношескому периоду жизни, когда не только формируется физиолого-анатомический каркас организма будущего мужчины, но и закладываются основы его репродуктивного сознания и репродуктивного поведения. Самые серьезные угрозы фертильности, этакий «выстрел в будущее», представляют, как показали исследования последних лет, более половины из андрологических заболеваний, свойственных детскому и подростковому возрасту (Рис.2).



Об андрологических проблемах детей и подростков в стране стали говорить относительно недавно, а официально амбулаторно-поликлиническая помощь такого рода была установлена приказом Минздрава России от 05.05.1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». Этот приказ, определивший, в частности, передачу подросткового контингента в детские поликлиники, предопределил также и оказание им помощи специалистами в области репродуктивного здоровья, т. е. андрологами. Четыре года спустя статус такого специалиста был определен

приказом Минздрава России от 12.08.2003 г. № 404 «О врачах – детском урологе-андрологе».

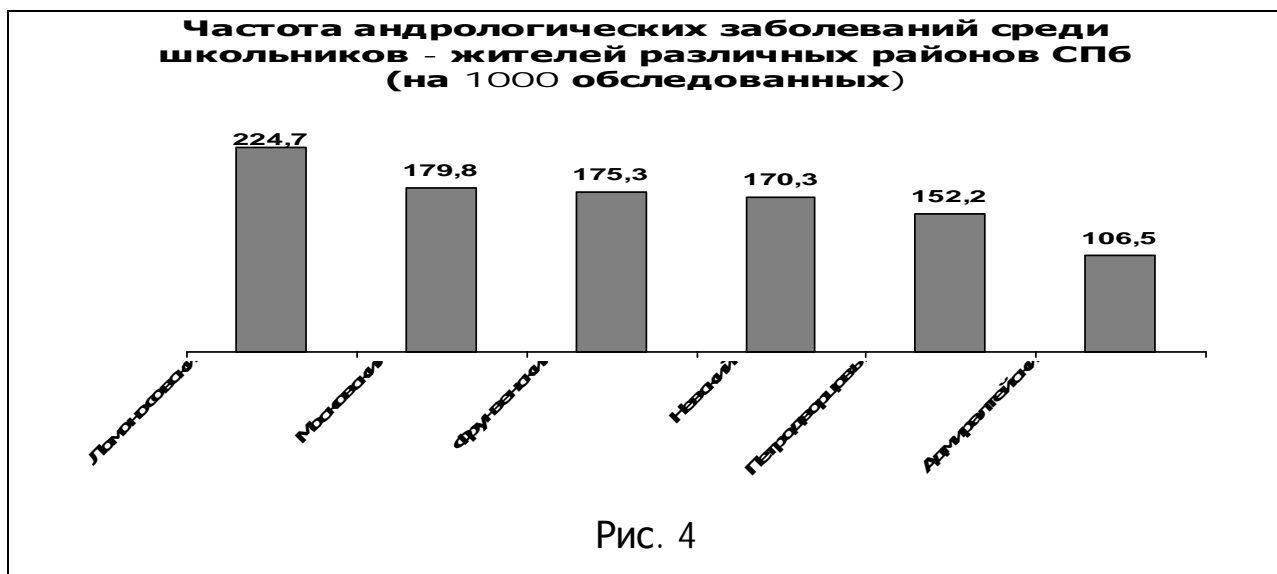
Большинство положений этих приказов, к сожалению, не реализованы, и до настоящего времени «детская» андрология в системном виде не существует. Более того, она практически даже не представлена в лечебно-профилактических учреждениях ни одного из уровней общественного здравоохранения - федерального, регионального, муниципального. Для профильных пациентов не отработана система диспансерного наблюдения, не решены в этом аспекте многие организационные и юридические вопросы. Серьезную озабоченность вызывает и тот факт, что население не обладает настороженностью по отношению к угрожающему бесплодию и даже элементарными знаниями в этой области (Рис. 3).



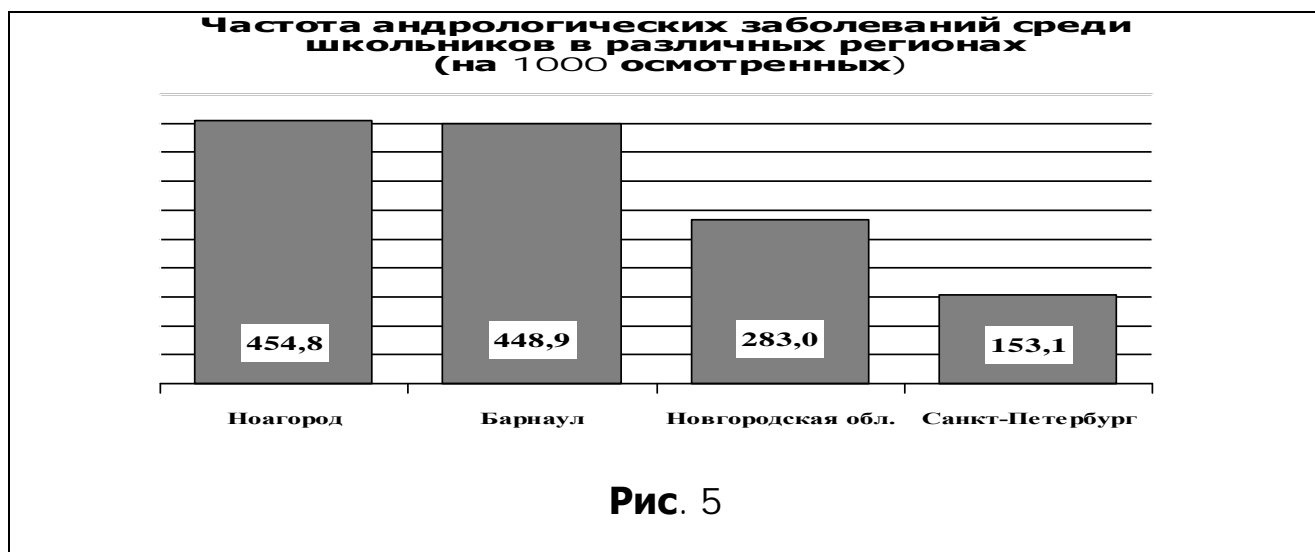
Как это ни прискорбно, но нередко родители потенциальных пациентов андролога о сути заболевания своего ребенка, необходимости его лечения, прогнозе, характере, сроках и объеме оперативной коррекции, о возможностях гормональной терапии и многом другом узнают уже на фоне запущенной патологии. Население в большинстве своем руководствуется не научной

медицинской информацией, а слухами и прочими необъективными сведениями, что неизбежно толкает их к знахарям, заклинателям и т. п. «целителям».

Каким же образом можно оценить уровень здоровья мужской репродуктивной сферы подрастающего поколения петербуржцев, и каково состояние имеющей государственную значимость андрологической помощи в нашем городе?



С целью ответа на эти вопросы нами в период 1992-99 годов были обследованы 57389 учащихся средних школ - жители шести районов города. Аналогичные по составу группы в качестве контроля составили юные жители г. Новгорода и ряда городов области, а также г. Барнаула.



При оценке состояния репродуктивной системы учитывали наличие как собственно андрологических заболеваний (крипторхизм, варикоцеле и др.) и отклонений от нормы развития, так и те, которые в дальнейшем априорно оказывают либо могут оказать косвенное влияние на состояние репродуктивного здоровья, например, фимоз, синехии и др. (Рис. 6).

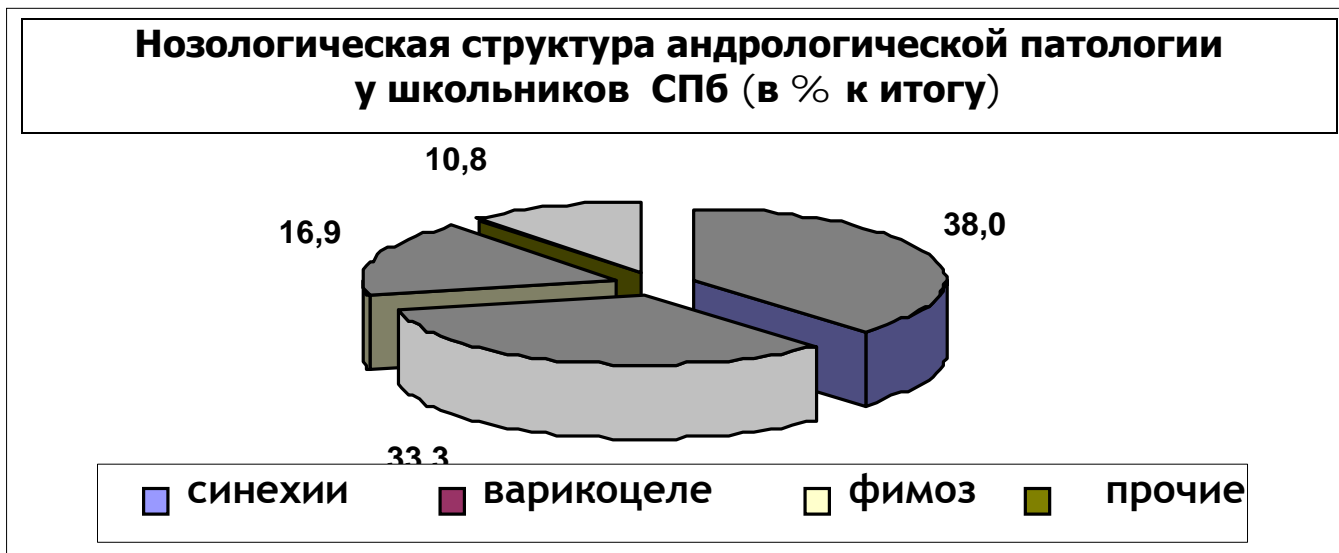


Рис. 6

Как свидетельствует литература и результаты наших наблюдений, среди андрологической патологии у школьников доминируют три формы, на которые приходится почти 90 %, а частота их в Санкт-Петербурге приближается в среднем значении к 153 на тысячу обследованных (Рис. 7).

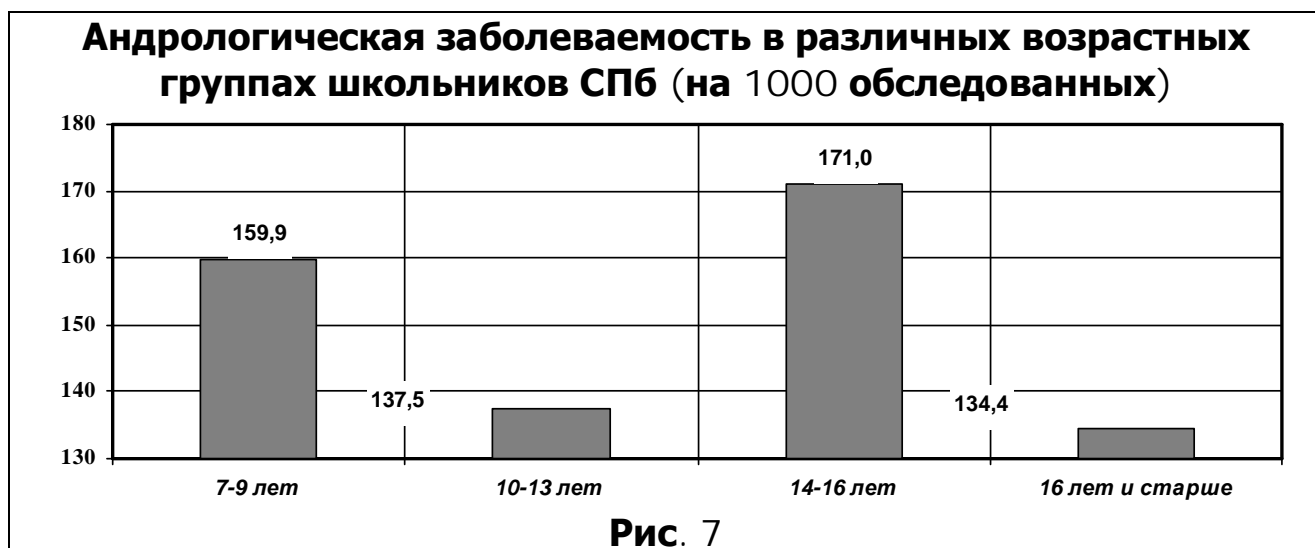
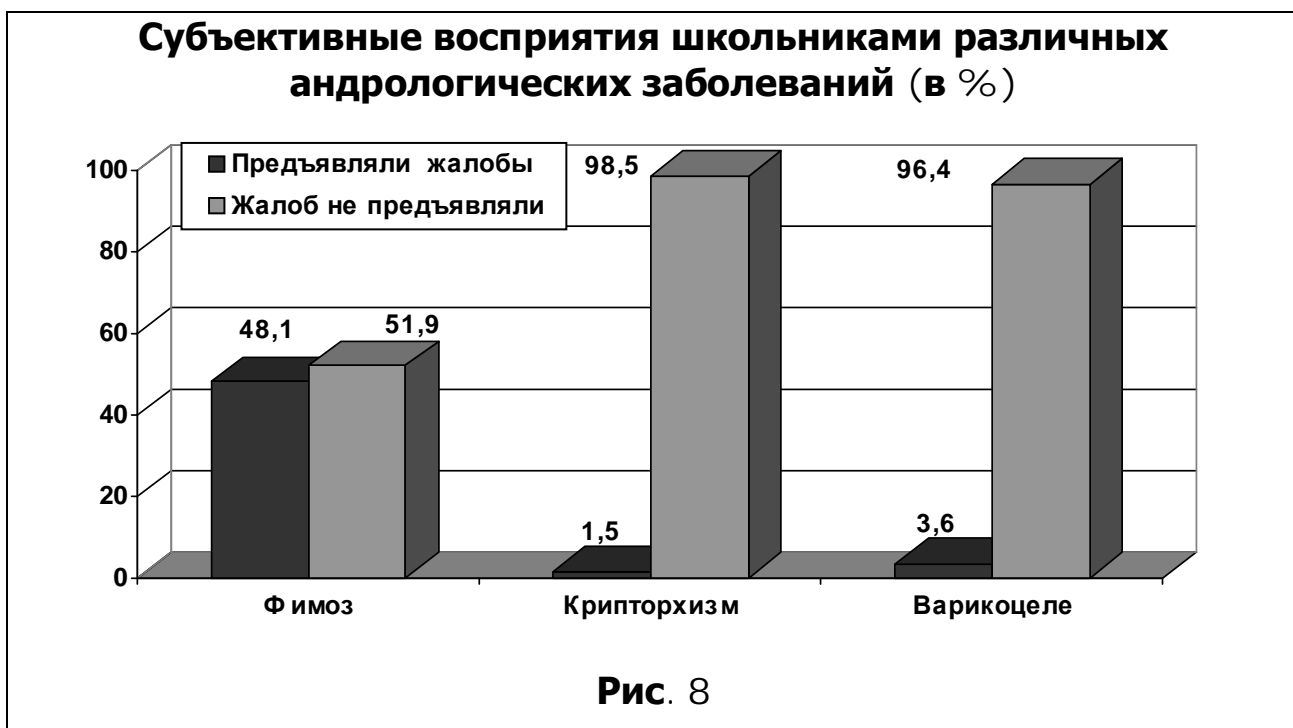


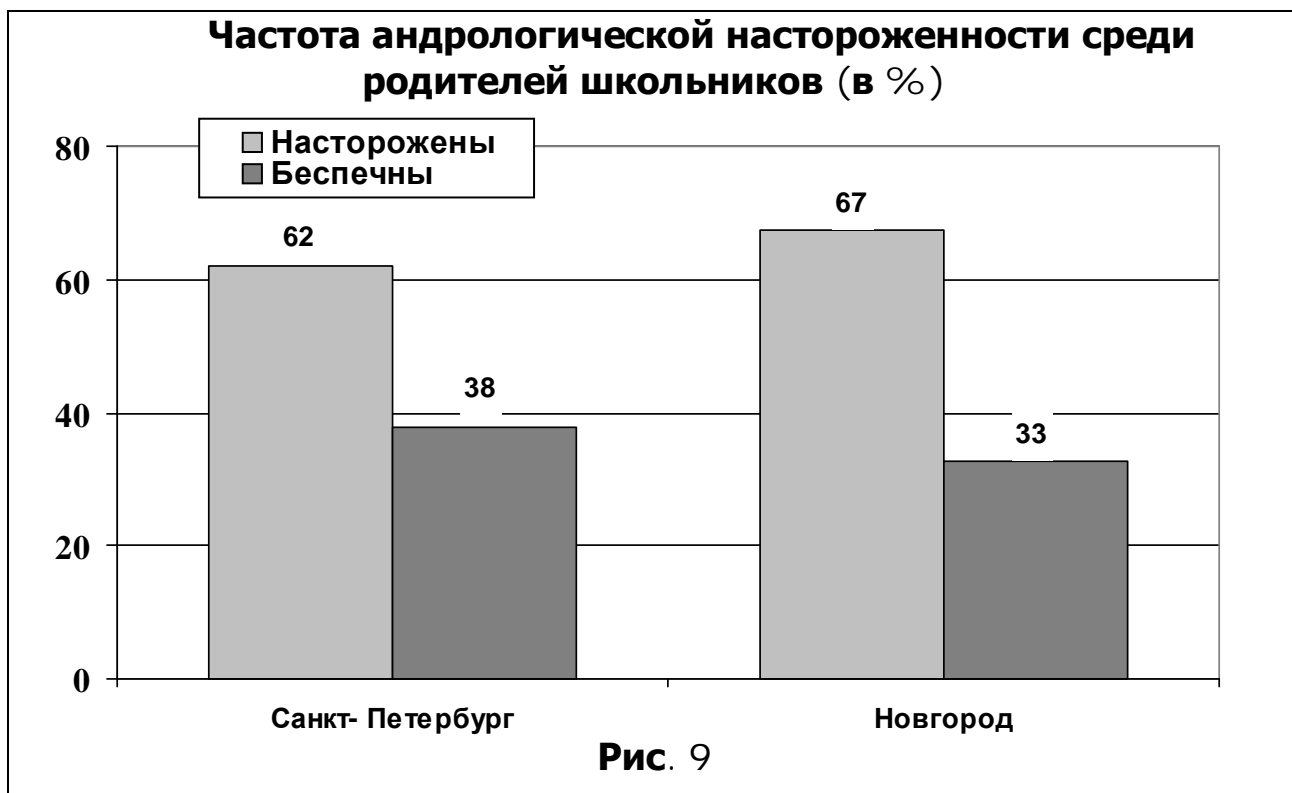
Рис. 7

Анализ частоты этих нозологических форм показал, что наиболее выражены они в возрасте от 7 до 9 лет, тогда как патология, приводящая в дальнейшем к бесплодию, свойственна возрасту 14-16 лет и старше.

Отсутствие в случае андрологической патологии у большинства детей каких-либо жалоб (Рис. 8) плюс недостаточно активная позиция медицинского персонала дошкольных учреждений и школ по ее выявлению плюс ротозейство, если можно так сказать, со стороны родителей, приводят к тому, что своевременного обращения к андрологу в ранний возрастной период не происходит.

Иллюстрируя это положение, следует заметить, что в СПб в связи с наличием жалоб на приеме у андролога-уролога оказываются не более 3,2 % мальчиков из числа нуждающихся в специализированной помощи, а около 40 % опрошенных петербуржцев-родителей - даже больше, чем новгородчан - о существовании и сфере интересов андрологии и соответствующих специалистов представлений вообще не имеют (Рис. 9).





В такой неблагоприятной ситуации эффективно повлиять на будущую репродуктивную функцию можно только путем активного выявления патологии, но, как нами установлено, осмотр андрологом-урологом проводится редко: в СПб 47,0 % мальчиков указали, что таким специалистом они не были осмотрены ни разу. Тревожно, что только в 60 % случаев оперативное лечение было выполнено в детских стационарах. Что же касается специализированных андрологических отделений, то ни одного такого в городе нет. Кроме этого, из-за несвоевременной диагностики, оперативное лечение проводится уже с наличием изменений в репродуктивном органе, т.е. с опозданием.

Далее. Отсутствие в штате большинства детских поликлиник урологов-андрологов приводит к тому, что прооперированных детей после выписки из стационара курирует хирург, причем не более чем в течение ближайших 7-10 дней, тогда как такому контингенту показана длительная репродуктивная коррекция и реабилитация с диспансерным наблюдением (Рис. 10), во имя чего, собственно, и предпринималось оперативное вмешательство.

Частота диспансерного учета в СПб детей и подростков с андрологическими заболеваниями (в % к итогу)

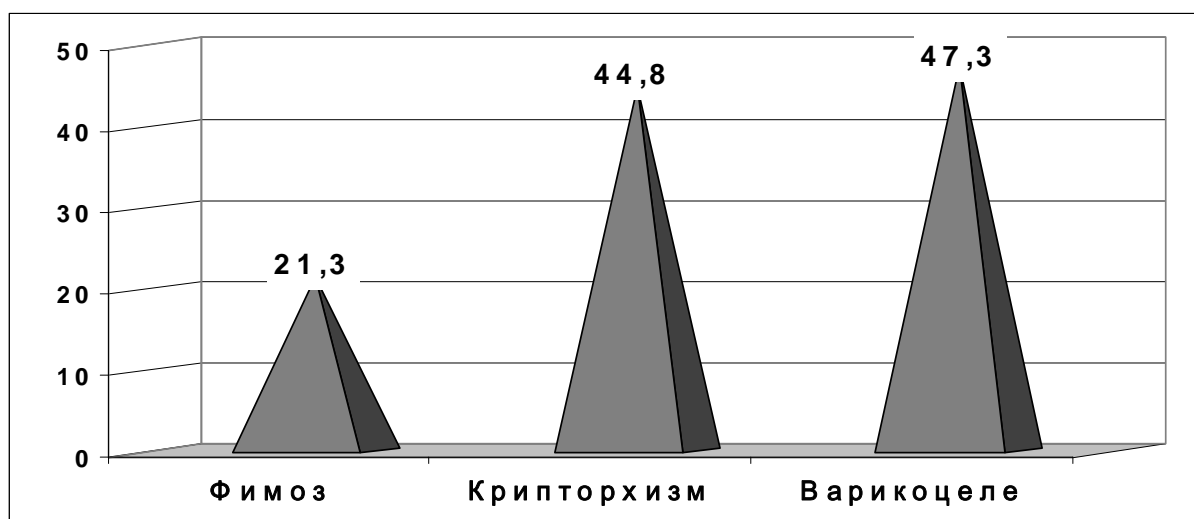


Рис. 10

В последнее десятилетие резко возросла частота андрологической патологии нейроэндокринного генеза, проявляющейся задержкой полового развития. При отсутствии в подростковом возрасте своевременной адекватной терапии - это серьезное препятствие нормальному функционированию половой системы в детородном возрасте, серьезный риск гармоничному психофизическому развитию и, наконец, явная угроза фертильности с исходом в стойкое бесплодие. Вообще же несвоевременное выявление любых серьезных отклонений в андрологической сфере, будь то в школьном или даже дошкольном периоде, неизбежно ведет в зрелом возрасте к грозным осложнениям, среди которых, наряду с бесплодием, импотенцией и психическими расстройствами, нарушения мочеиспускания и даже злокачественные новообразования.

При появлении жалоб, связанных с дисфункцией половых органов или при подозрении на отклонения в их работе ребенка необходимо обязательно проконсультироваться у специалиста. Для этого, однако, родители должны знать,

к какому врачу обратиться, и это – аксиома. Между тем, двое из пяти родителей не знают, что это - компетенция врача-андролога. Вполне естественно, что дети таких родителей информированы по этому вопросу еще меньше. Интересно, что даже при такой крайне слабой информированности о проблемах детской андрологии населения, на долю обращений к андрологу-урологу по инициативе родителей приходится все же более трех четвертей случаев, тогда как по направлению врачей происходит только каждое шестое обращение.

До настоящего времени в стране сединой андрологической службы не создано, несмотря на то, что на этот счет существует ряд распорядительных документов Правительства.

Отсутствием андрологов обусловлен катастрофически недостаточный охват профилактическими диспансерными осмотрами детей и подростков: из проживающих в СПб 560 тыс. осмотр проходят ежегодно, в лучшем случае, только 30 тыс. Привлечение к этому мероприятию врачей других специальностей, не имеющих соответствующей подготовки, приводит часто к недодиагностике андрологической патологии либо неверной ее интерпретации и ошибочной врачебной тактике по таким случаям.

В контексте сказанного уместно напомнить:

- при **варикоцеле** у 20-80 % подростков нарушается сперматогенез, иногда и потенция, у 36 % - гипотрофия яичка с исходом в бесплодие;
- несвоевременное оперативное лечение **крипторхизма** (яичко необходимо низвести в возрасте 2-6 лет) нередко провоцирует злокачественное перерождение тканей;
- непринятие мер корригирующей андролого-эндокринологической терапии в возрасте от 13 до 15 лет при **задержке полового развития** в дальнейшем чревато, как правило, снижением потенции, возникновением психических нарушений, формированием бесплодия.

После хирургических вмешательств по поводу андрологической патологии большинство прооперированных детей и подростков нуждается в адекватной, настойчивой и терпеливой медицинской и психологической реабилитации в поликлиническом звене с диспансерным наблюдением по месту жительства (Табл. 1).

Таблица 1 – Категории диспансерного наблюдения детей и подростков с андрологической патологией

1-я группа	Впервые принятые на учет, нуждающиеся в оперативном или консервативном лечении, а также с рецидивами или прогрессирующим либо осложненным течением заболевания
2-я группа	Лица без послеоперационных осложнений, у которых рецидивы патологического процесса отсутствуют на протяжении 1 года
3-я группа	Лица с отсутствием рецидивов и признаков прогрессирования заболевания в течение 2 лет
4-я группа	Пациенты, у которых рецидивы и признаки прогрессирования заболевания отсутствуют на протяжении 3 лет

На практике, однако, складывается чаще всего так, что эта важная часть комплексного лечения выпадает по причине отсутствия на местах специалистов и методической неготовности «смежников» - урологов, общих хирургов - к ее осуществлению.

Для коренного изменения сложившегося положения, организации и успешного оказания андрологической помощи мужской части подрастающего поколения одной из назревших и неотложных мер представляется создание в стране детско-подростковой андрологической службы, аналогичной другим службам, но и имеющей свои индивидуальные особенности, в соответствии с предлагаемой нами 6-уровневой моделью (Табл. 2).

Таблица 2 – Модель детско-подростковой андрологической службы

Федеральный центр репродуктивного здоровья детей и подростков
Республиканский (областной, краевой, городской - в Москве и СПб) центр репродуктивного здоровья детей и подростков
Андрологическое отделение городской (районной) детской многопрофильной больницы
Врач-специалист участковой педиатрической службы, врач организованного коллектива (ясли-сад, школа, училище и др.), имеющий специализацию по андрологии
Врач-специалист участковой педиатрической службы, врач организованного коллектива (ясли-сад, школа, училище и др.), имеющий специализацию по андрологии
Врач-неонатолог родовспомогательного учреждения, имеющий специализацию по андрологии

Применительно к Санкт-Петербургу создание детско-подростковой андрологической службы должно предусматривать:

- **в кадровом отношении** - открытие и укомплектование штатных должностей специалистов-андрологов, а также возложение обязанностей нештатного андролога на ряд «смежных» специалистов (неонатологи родовспомогательных учреждений, урологи, хирурги, врачи общей практики) с обязательным обучением соответственно кругу возлагаемых дополнительных обязанностей и оплатой за дополнительно выполняемый объем работы;

- **в материально-техническом отношении** - формирование сети амбулаторно-стационарной помощи, включающей:

а) специальные **кабинеты** в детских дошкольных учреждениях, учебных заведениях, детских и «обычных» участковых поликлиниках;

б) специализированные андрологические отделения в многопрофильных детских больницах;

в) Городской центр репродуктивного здоровья детей и подростков (основой такого центра может стать существующий с 1995 г. «Северо-западный институт андрологии» при условии расширения его штата, выделения производственных площадей, материально-технического оснащения и устойчивого финансирования деятельности);

Справочно. Северо-западным институтом андрологии разработаны и внедрены:

- *Методические рекомендации «Задачи детских поликлиник по раннему выявлению андрологической патологии у мальчиков» (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.09.04 г. № 134/21);*

- *Методическое руководство для педиатров, детских хирургов, урологов и андрологов (Приказ Комитета здравоохранения г. Барнаул от 15.11.02 г. № 307);*

- *Информационное письмо для детских хирургов, детских урологов и педиатров о совершенствовании андрологической помощи детям (Приказ Комитета по охране здоровья населения Новгородской области от 14.06.05 г. № 1134);*

- *Раздел Программы «Образование и здоровье в условиях реформы здравоохранения» (Решение Думы г. Ставрополя от 08.11.01 г. № 166)*

- в организационном отношении - выделение детско-подростковой андрологической службы в самостоятельную подотрасль здравоохранения, возглавляемую главным специалистом-андрологом (детско-подростковым) Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и определение для этой службы устойчивого бюджетного финансирования с оплатой части медицинских услуг в счет базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации в соответствии с обоснованной нами 6-уровневой моделью.

Важно также ориентировать медицинские и педагогические кадры, общественное мнение по отношению к андрологической заболеваемости детей

и подростков как к высокому риску снижения уровня соматического и психического здоровья подрастающего поколения и, в конечном счете, серьезной угрозе устойчивого развития города и страны в целом.

И, наконец, в целях пропаганды андрологического здоровья необходимо широко использовать потенциал научно-практических профессиональных обществ и возможности разнообразных средств массовой информации, а также научных, методических и популярных изданий.

Принимая во внимание, что создание новой службы практически с «нулевого уровня» представляет собой весьма сложную задачу, а решение ее сразу в масштабах города мало вероятно, мы полагаем целесообразным строительство осуществить в течение двух лет с подразделением на два этапа.

На I этапе (16-18 мес)

- выявить структуру, уровень и динамику андрологической заболеваемости среди детей и подростков в возрасте 0-18 лет в 2-3 районах города, в которых в 1992-99 гг. частота такой патологии была наивысшей;

- избрать наиболее адекватную схему построения службы и организационные принципы ее функционирования;

- выработать нормативные показатели посещаемости врачей-андрологов, уточнить потребности в койко-местах и рассчитать кадровый состав службы по численности и категориям персонала;

- обустроить Городской центр репродуктивного здоровья детей и подростков;

- определить ориентировочные потребности в финансировании:

а) единовременном - на обустройство и материально-техническое оснащение службы;

б) регулярном - на содержание службы по статьям «заработная плата», «приобретение расходных материалов», «текущий ремонт» и др.

На II этапе (6-8 мес)

- разработать и ввести в действие установленным порядком распорядительную и инструктивно-методическую документацию службы;
- обучить по программам последипломного и дополнительного образования и назначить на должности кадры согласно обоснованным и утвержденным штатным расписаниям;
- развернуть сеть специализированных кабинетов и организовать специализированные андрологические отделения в детских стационарах.

В пределах этой программы, в отличие от предыдущей 1992-99 гг., осмотром с последующим дообследованием по специальной схеме будут охвачены не только школьники, но и все другие дети и подростки в возрасте 0-18 лет.

Таким образом, в течение двухлетнего периода в городе может быть создана детско-подростковая андрологическая служба, соответствующая современным мировым стандартам. Наиболее существенные, государственной важности ожидаемые результаты ее деятельности – это десятки и сотни тысяч коренных петербуржцев, появление которых на свет в случае непринятия предлагаемых радикальных мер, начиная буквально с этого дня, следует считать если не маловероятным, то, по меньшей мере, проблематичным.

Ожидаемые результаты деятельности службы через 5-7 лет:

- **увеличение рождаемости, десятки и сотни тысяч родившихся коренных петербуржцев, появление на свет которых в условиях**

отсутствия службы или ее недееспособности было бы невозможным или маловероятным;

- нарастание уровня общественного здоровья (соматического и психического) и улучшение качества жизни горожан;

- повышение гармоничности в браке и устойчивости семьи.

Директор НИУ Северо-Западный
институт андрологии
доктор медицинских наук

В.Е. Мирский

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамченко В.В. Половое воспитание в подростковом периоде: Методическое пособие / В.В. Абрамченко – Л., 1971. - 16 с.

Аверин В.А. Психология детей и подростков / В.А. Аверин.- СПб., 1994 с.178

Актуальные проблемы планирования семьи //Акуш. и гинекол. – 1990. -№ 6.-

Антипина Н.Н. Нарушения репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания / Н.Н. Антипина, Е.А. Богданова, Е.Г. Гуменюк -М., 1986.- С.150.

Артифексов С.Б. Андрологические аспекты бесплодного брака / С.Б. Артифексов //Урология и нефрология.- 1996.-№ 4. - С. 39-41.

Баранов А.А. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы / А.А. Баранов, Н. Санников // Врач.-1999.- № 9.- С. 40-42.

Бесплодный брак / Под ред. Р.Дж. Пепперела и др. - М., 1986. – 333 с.

Блонский И.П. Очерки детской сексуальности / И.П. Блонский – М., Л., 1935. – 175 с.

Богданова Е.А. Репродуктивное здоровье подростков / Е.А. Богданова // Планирование семьи.-1993. -№ 3. – С. 12-14.

Герберт Л. Репродуктивное здоровье ребенка / Л. Герберт, Л. Фридман, Г. Карин - Женева, 1985.

Дюкарева А.М. Здоровье, образ жизни и готовность молодежи к трудовой и репродуктивной функциям: Автореф. дис. ..д-ра мед .наук.-СПб., 1993.-29 с.

Евсеев Л.П. Лабораторная диагностика в андрологии / Л.П. Евсеев // Мед. консультация.-1994.-№ 2.- С. 47-49.

Исаев Д.Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д.Н. Исаев, В.Е. Каган - Л., 1979.-182 с.

Исаев Д.Н. Роль семьи в половом воспитании дошкольников / Д.Н. Исаев, Н.В. Александрова// Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Л., 1978.

Кальченко Е.И. Секс в школьном возрасте: Этюды для родителей о половом воспитании детей школьного возраста / Е.И. Кальченко -Ульяновск, 1991.

Кирпатовский И.Д. Клиническая андрология как новая медицинская дисциплина: Актовая речь / И.Д. Кирпатовский - М., 1995.-35 с.

Кожуховская Т.Ю. Медико-социальное исследование репродуктивного здоровья современных мальчиков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-СПб., 2000.

Коновалов О.Е. Семья и воспроизводство здоровых поколений: (комплексное социал.-гигиен. и медико-демогр.исслед.): Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.- Рязань, 1996.-46 с.

Леннер-Аксельсон Б. Сексуальная политика и сексуальное образование в Швеции /Б.Леннер-Аксельсон //Планирование семьи.-1993.- № 3.-С.14-19.

Михайличенко В.В. Андрологические проблемы / В.В. Михайличенко //Подростковая медицина: Руководство для врачей под ред. Левиной Л.И. – СПб., 1999.- С. 608-635.

Михайличенко В.В. Проблемы и перспективы развития андрологической помощи населению / В.В. Михайличенко, О.Л. Тиктинский, В.П. Александров и др. // Материалы международной конференции: Сексуальное здоровье человека на рубеже веков. – М., 1999. – С. 149–150.

Окулов А.Б. Деонтология в педиатрической андрологии: Учеб. пособие / А.Б. Окулов, Л.И. Шевченко, Д.Н. Годлевский - М., 1990.-39 с.

Окулов А.Б. Педиатрическая андрология: Учеб. пособие / А.Б. Окулов, Б.Б.Негамаджанов, Д.Н. Годлевский, М.Я. Уринов - М., 1990.- 47 с.

Сексуальность подростков: Ежегодный доклад Междунар. федерации планирования семьи, 1992-1993 гг. //Планирование семьи.-1993.-№ 3 -С.6-9

Сорокин Н.В. Клинико-эпидемиологические обоснования новых форм организации работы амбулаторного уролога и создания системы андрологической помощи населению (информационные письма) / Н.В. Сорокин - СПб., 1997.

Стародубов В.И. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова - М.,2003.-288 с.

Стародубов В.И. Клиническое управление: теория и практика / В.И.

Стародубов, Т.К. Луговкина - М., 2003.-192 с.

Юрьев В.К. Репродуктивный потенциал современных мальчиков – будущих отцов / В.К. Юрьев, Т.Ю. Кожуховская, Г.И. Куценко, Д.В. Заславский - СПб., 2000.-170 с.

Юферева Т.И. Формирование представлений подростков о мужественности-женственности как одно из условий подготовки молодежи к семейной жизни / Т.И. Юферев – М.,1980.– С. 92.