

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Николаева Кристина Игоревна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕРМАТОЗОВ
И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ДЕТЕЙ -
СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ
СИТУАЦИИ**

14.01.10 Кожные и венерические болезни

14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,

доцент М.А. Уфимцева

Москва, 2018 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. Организация медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Эпидемиологические и социальные аспекты заболеваемости кожи и ИППП у детей, в том числе, в социально-уязвимых группах (обзор литературы)	12
1.1. Дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации: термины и определения, нормативные документы, регулирующие оказание медицинской помощи детям социально-уязвимых групп.....	12
1.2. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости хроническими дерматозами детей в России и в других странах, социальная значимость болезней кожи.....	18
1.3. Заболеваемость детей ИППП в России и в других странах. Факторы, способствующие заболеваемости ИППП среди детского населения.....	28
1.4. Методы профилактики ИППП среди детей. Специфика профилактической работы в социально-уязвимых группах детей с учетом их психологических особенностей	41
ГЛАВА 2. Материалы и методы исследования	47
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Анкета опросного типа	58
ГЛАВА 3. Заболевания кожи у детей сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации: уровень и структура заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров, социальная значимость, экспертная оценка первичной медицинской документации	69
3.1. Уровень и структура заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.....	69

3.2. Сравнительный анализ показателей заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с данными, зафиксированными в медицинской документации.....	85
ГЛАВА 4. Разработка и оценка эффективности обучающих семинаров по профилактике ИППП с психолого-педагогическим сопровождением для детей сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.....	89
4.1. Особенности психоэмоционального статуса детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.....	89
4.2. Уровень информированности детей социально-уязвимых групп по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, и их профилактики.....	94
ГЛАВА 5. Рациональные мероприятия, направленные на совершенствование междисциплинарного взаимодействия по вопросам медико-профилактической помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.....	100
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	107
ВЫВОДЫ.....	124
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	126
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	127
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	128

ВВЕДЕНИЕ

В Российской Федерации (РФ) в 2015 г. число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, составило 624,9 тыс. человек (Доклад Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2016 г.). Президентом РФ даны поручения по совершенствованию государственной политики в сфере защиты детей данной социальной группы, в том числе, контроль за качеством профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, а также за качеством последующего оказания им медицинской помощи (Указ Президента РФ от 28.12.2012 г. № 1688).

Вопросам изучения состояния здоровья детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, по данным диспансеризации, посвящен ряд исследований (Рожавский Л.А., 2009; Ходарев С.В., Выгонская Т.В., 2011; Аминов А.С. и др., 2013; Калиниченко О.В., 2015; Ахунова М.В., 2016; Сабанов В.И. и др., 2016). Имеющиеся публикации свидетельствуют о более низких показателях их здоровья по сравнению с детской популяцией в целом. В то же время единичны работы, в которых представлены результаты оценки уровня заболеваемости дерматозами детей данных социально-уязвимых групп. Кроме того, заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в исследованиях не превышает 2,0%, что значительно ниже соответствующих показателей в детской популяции, и может быть следствием отсутствия врача-дерматовенеролога в перечне специалистов, участвующих в первом этапе диспансеризации. Вместе с тем, по данным А.А. Кубановой (2016 г.), в России сохраняются высокие показатели распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки среди детей в возрасте 0-14 лет, которые в 2015 г. составили 9 445 на 100 тыс. соотв. населения, у детей в возрасте 15-17 лет – 11 642 на 100 тыс. соотв. населения. Исследователями отмечено, что заболевания кожи являются психотравмирующим фактором, который оказывает влияние на социальную адаптацию, приводит к значительному снижению качества жизни ребенка (Львов А.Н. и др., 2009, 2013; Носачева

О.А., 2012; Дороженок И.Ю. и др., 2014; Bez Y. et. al., 2011; Behnam V. et. al., 2013). Своевременное выявление дерматозов с хроническим течением в детском возрасте приводит к снижению случаев запущенных и инвалидизирующих форм кожных заболеваний у взрослых (Мурашкин Н.Н., 2011).

Исследователи указывают, что дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, являются группой риска по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) (Рахматулина М.Р. и др., 2011; Кубанов А.А. и др., 2015; Chae S., 2013; Mkandawire P., 2013; Spoth R. et al., 2014; Juma M. et al., 2014; Gray C. et al., 2016). Авторами отмечен недостаточный охват данного контингента детей медицинскими и профилактическими мероприятиями, направленными на сохранение их репродуктивного здоровья (Рахматулина М.Р., 2013; Калининченко О.В., 2015; Кубанов А.А. и др., 2015; Буланова Э.В., 2016; Peilian C. et al., 2013; Pufall E.L. et al., 2014; Jones S.C. et al., 2017).

В последнее десятилетие опубликован ряд исследований, посвященных анализу деятельности различных медицинских и социальных служб, участвующих в оказании помощи детям - сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации (Ножнинова О.В., 2009; Кузнецова М.В., 2011; Медведева О.В. и др., 2012). Однако лишь единичные работы содержат сведения, касающиеся путей интеграции деятельности медицинских и социальных служб.

В связи с этим совершенствование методов профилактики дерматозов и ИППП у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, включающее разработку медицинских и профилактических технологий, позволяющих своевременно и наиболее полно оказывать комплекс профилактических, лечебно-диагностических мероприятий по профилю «дерматовенерология», является актуальным. Все вышеизложенное определило цель и задачи данного исследования.

Цель исследования:

разработать научно – обоснованные рекомендации, направленные на совершенствование медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Задачи исследования:

1. Изучить уровень и структуру заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.
2. Провести сравнительный анализ показателей заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с данными, зафиксированными в медицинской документации (карта диспансеризации несовершеннолетнего).
3. Определить особенности психоэмоционального статуса детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Оценить эффективность проведения мероприятий по профилактике ИППП для детей социально-уязвимых групп с учетом психоэмоционального статуса до обучения и после него при двух формах образовательных семинаров.
4. Разработать рациональные мероприятия, направленные на совершенствование междисциплинарного взаимодействия по вопросам медико-профилактической помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, определяющие этапы и преемственность в работе врачей-дерматовенерологов, психологов, врачей-педиатров, медицинских и социальных работников.

Степень достоверности, апробация работы, личное участие автора

Достоверность результатов исследования обеспечена обоснованностью исходных теоретических позиций, статистическим расчетом необходимой выборки пациентов, распределение их в группы по гендерным принципам,

лицензионных программ и методов статистической обработки полученных данных. Содержащиеся в работе данные получены при личном участии автора на всех этапах исследования: автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, разработан дизайн исследования, статистический инструментарий, проведен анализ первичной медицинской документации, отчетных материалов, выкопировка сведений из первичной медицинской документации, анкетирование, тестирование, клинико-инструментальное обследование пациентов. Публикации по материалам диссертации подготовлены как в соавторстве, так и в моноавторстве.

Основные положения исследования доложены и обсуждены на следующих научно-практических конференциях: 69 – ая, 70 – ая научно-практические конференции молодых учёных и студентов «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» (Екатеринбург, 2014, 2015 гг.); Всероссийское совещание «Создание единой модели профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни в Российской Федерации», VI Уральский конгресс по здоровому образу жизни (Екатеринбург, 2014 г.); Межрегиональная конференция «Итоги работы кожно-венерологических учреждений за 2014 год, задачи на 2015 год» (Екатеринбург, 2015 г.); Международная научная конференция «News of science» (Czech Republic, Karlovy Vary - Russia, Moscow, 2015); IX Международный форум дерматовенерологов и косметологов «Перспективы дерматовенерологии и косметологии XXI века – приоритет эффективности и персонализированной медицины» (Москва, 2016 г.); I, II, Международные (71, 72, Всероссийские) научно – практические конференции «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» (Екатеринбург, 2016, 2017 гг.); Конгресс «Психическое здоровье человека XXI века (Москва, 2016 г.); Всероссийский форум молодых ученых (Екатеринбург, 2017 г.), V Конгресс акушеров-гинекологов УФО с международным участием

«Перинатальная медицина – от истоков к современности» (Екатеринбург, 2017 г.), Евразийский конгресс «Инновации в медицине: образование, наука, практика» (Екатеринбург, 2017 г.).

Положения, выносимые на защиту

Высокий удельный вес дерматозов у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, превышающий показатели заболеваемости хроническими дерматозами в картах диспансеризации, свидетельствует о необходимости совершенствования первого этапа диспансеризации детей социально-уязвимых групп.

Проведение профилактических мероприятий по предупреждению заболеваемости ИППП среди детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, требует психолого-педагогического сопровождения (ППС), о чем свидетельствуют отклонения показателей их психоэмоционального благополучия (ПЭБ).

Обучающие семинары с ППС по вопросам гигиенического воспитания, репродуктивного здоровья и методов профилактики ИППП повышают уровень знаний, а также мотивацию детей к взаимодействию с медицинскими и социальными работниками.

Научная новизна исследования

Клинико-инструментальное обследование детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, позволило выявить у значительного числа детей исследуемой группы кожные заболевания, в том числе хронические дерматозы, обуславливающие необходимость проведения лечебно-оздоровительных мероприятий. Установлено, что каждый восьмой ребенок социально-уязвимой группы страдает дерматозом, требующим врачебного консультирования при решении вопросов профессионального обучения и рационального трудоустройства, у каждого пятого ребенка

мужского пола выявляются заболевания кожи, определяющие годность к военной службе.

Получены новые данные о показателях психоэмоционального состояния детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, напряженности–фрустрированности потребностной сферы. Определена необходимость коррекции профилактических программ с учетом психологических и поведенческих аспектов. Установлена более высокая результативность мероприятий по профилактике ИППП, в форме обучающих семинаров с ППС.

Научно обоснованы рациональные мероприятия по оказанию медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, по профилю «дерматовенерология», определяющие этапы и преемственность в работе врача-дерматовенеролога со смежными специалистами.

Теоретическая и практическая значимость работы

Для практического здравоохранения разработано учебное пособие, направленное на повышение междисциплинарной преемственности врачей-дерматовенерологов, врачей-педиатров при оказании медико-профилактической помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, позволяющее обеспечить эффективное функционирование всех этапов диспансеризации.

Адаптирована методика и форма проведения семинаров для детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, по вопросам гигиенического воспитания, профилактики ИППП с ППС, повышающая уровень знаний, а также мотивацию детей к получению достоверной информации.

Разработана и зарегистрирована в рамках непрерывного медицинского образования (НМО) дополнительная профессиональная образовательная

программа цикла повышения квалификации врачей-дерматовенерологов «Методы профилактики инфекций, передаваемых половым путем у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации» с целью совершенствования у специалистов профессиональных компетенций по формированию у обучающихся здоровьесберегающей мотивации, направленной на соблюдение правил личной гигиены, сохранение репродуктивного здоровья, профилактики ИППП.

Результаты диссертационного исследования способствовали созданию и функционированию одного из направлений деятельности «Центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем среди детей и подростков» на базе ГБУЗ СО СОКВД (Приказ Минздрава Свердловской области от 31.03.2017 г. № 41-н), оказывающий, в том числе, медико-профилактическую помощь детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Внедрение результатов в практику

Теоретические положения и практические рекомендации диссертации используются в учебном процессе на кафедре кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, при проведении образовательных семинаров для подростков, медицинских и социальных работников на базах социальных учреждений г. Екатеринбурга и Свердловской области (СО), а также при оказании медико-профилактической помощи детям социально-уязвимых групп в МАУ «ДГП № 13», ГБУЗ СО СОКВД, ГБУЗ СО «ОДКБ №1». Результаты исследования использованы при подготовке учебных пособий для врачей: «Оказание медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации» (2017 г.); «Болезни кожи» (гриф УМО № 182/05.05-20 от 30.05.2014 г.); «Сифилис и инфекции, передаваемые половым путем» (Гриф УМО № 403/05.05-20 от 10.11.2014 г.).

Дополнительная профессиональная образовательная программа цикла повышения квалификации «Методы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации» для врачей-дерматовенерологов реализуется на кафедре кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России в рамках программы непрерывного медицинского образования (обсуждена и одобрена на Учёном совете факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки УГМУ, 28.04.2017 г., протокол № 7).

Публикации

Всего по теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, в том числе в журналах, входящих в перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России – 5.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 156 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы исследования», трех глав собственных исследований, главы «Обсуждение результатов», выводов, практических рекомендаций. Материал содержит 28 таблиц, 10 рисунков. Список литературы содержит 294 источников, из них 172 на русском и 122 на иностранных языках.

ГЛАВА 1. Организация медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Эпидемиологические и социальные аспекты заболеваемости кожи и ИППП у детей, в том числе, в социально-уязвимых группах (обзор литературы)

1.1. Дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации: термины и определения, нормативные документы, регулирующие оказание медицинской помощи детям социально-уязвимых групп

По данным ЮНИСЕФ (2015 г.) в мире около 150 миллионов детей-сирот. Доля детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в Российской Федерации (РФ) превышает масштаб распространенности данного явления в развитых странах (Доклад Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2015 г.). По данным Минобрнауки России в 2015 г. зарегистрировано 481 921 детей-сирот.

В Конвенции о правах ребенка указано, что «ребенок, который временно или постоянно лишен своего семейного окружения имеет право на особую защиту и помощь, предоставляемые государством» («Конвенция о правах ребенка», ст. 20, разд.1).

К категории «детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации», в соответствии с действующими нормативными документами, относят детей, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств; дети, оставшиеся без попечения родителей; дети, проживающие в малоимущих семьях; дети, подвергаемые сексуальному насилию (в том числе, в семье); безнадзорные, беспризорные; дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным (общественно-опасным) поведением (ст. 1 Федеральный закон (ФЗ) от 24.07.1998 г. № 124 – ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»).

Дети-сироты – лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель, тогда как дети, оставшиеся без попечения родителей — лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), объявлением их умершими, установлением судом факта утраты лицом попечения родителей, отбыванием родителями наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, нахождением в местах содержания под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, уклонением родителей от воспитания своих детей или от защиты их прав и интересов, отказом родителей взять своих детей из образовательных организаций, медицинских организаций, оказывающих социальные услуги, а также в случае, если единственный родитель или оба родителя неизвестны, в иных случаях признания детей, оставшихся без попечения родителей, в установленном законом порядке (ст. 1 ФЗ от 21.12.1996 г. № 159 – ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»).

Безнадзорный – несовершеннолетний, контроль за поведение которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или иных законных представителей либо должностных лиц; **беспризорный** – безнадзорный, не имеющий места жительства и (или) места пребывания (ст. 1 ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» № 120 - ФЗ от 24.06.1999 г. (в ред. №150 - ФЗ от 01.12.2004 г.).

Согласно нормативным документам, дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, могут быть устроены на воспитание в семьи, кроме этого, находиться в других организациях. К организациям для детей-

сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, относятся образовательные организации, медицинские организации и организации, оказывающие социальные услуги, в которые помещаются под надзор дети (Постановление Правительства РФ от 24.05.2014 г. № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»).

Понятия «уязвимость», «уязвимые группы», «уязвимое положение» используются во многих областях знаний и имеют различное содержание. Термин «уязвимые группы» активно используются в различных рабочих документах органов Организации Объединенных Наций и международных конференций. Однако ни один международный документ не даёт нормативного определения категории «уязвимая группа», не содержит критериев, позволяющих отнести индивидуума к числу уязвимых. В основном доминирует подход к определению уязвимых групп через выделение базового фактора (инвалидность, социальная изоляция, нищета и др.), предопределяющего уязвимость. По мнению исследователей, уязвимость индивида, как правило, обусловлена двумя группами факторов, включающими объективные внешние факторы, которые не зависят от человека, однако ставят любого индивида в так называемое «уязвимое положение», а также индивидуальными физическими или психическими характеристиками – возрастом, гендерной принадлежностью, инвалидностью, вызывающими по какой-либо причине отторжение со стороны общества (Алисиевич Е.С., 2013). Следовательно, детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации можно отнести **к социально-уязвимым группам** детского населения.

Стратегическое планирование профилактики в сфере охраны здоровья, особенно детей, является приоритетной задачей здравоохранения (Рожавский Л.А., 2009; ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»).

Для обеспечения прав детей на охрану здоровья в медицинских организациях государственной и муниципальной системах здравоохранения должны быть доступны мероприятия по оказанию бесплатной медицинской помощи, в том числе диспансерное наблюдение детей с хроническими заболеваниями, а также санаторно-курортное лечение (ФЗ от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ (ред. от 28.12.2016 г.) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»). Общеизвестно, что эффективность проводимых мероприятий выше на ранних этапах болезни. Согласно ст. 40 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», санаторно-курортное лечение направлено на уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации (Приказ Минздрава России от 05.05.2016 г. № 279н «Об утверждении порядка организации санаторно-курортного лечения»).

С целью реализации Указа Президента РФ Правительством РФ были даны поручения по осуществлению контроля за качеством проведения медицинских осмотров, диспансеризации (в соответствии с порядком их проведения) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, за качеством последующего оказания медицинской помощи (Указ Президента РФ от 28.12.2012 г. № 1688 «О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»). Предварительные медицинские осмотры при поступлении в специальные (коррекционные) и образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также периодические медицинские осмотры, до 01.01.2018 г. осуществлялись на основании приказа Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». С 01.01.2018 г. профилактические медицинские осмотры детей-сирот и детей,

оставшихся без попечения родителей, осуществляются на основании приказа Минздрава России от 10.08.2017 г. № 514н. Согласно приказа Минздрава России от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», а также приказа Минздрава России от 11.04.2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» работа врача-дерматовенеролога в рамках первого этапа диспансеризации не предусмотрена.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований, врач, ответственный за проведение диспансеризации, врачи-специалисты, участвующие в проведении диспансеризации, должны направлять несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование с указанием даты и места их проведения (второй этап диспансеризации).

Согласно Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология», в рамках оказания первичной медико – санитарной помощи, врачи – терапевты участковые, врачи – педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при выявлении у больных высыпаний на коже и (или) слизистых оболочках, кожного зуда, симптомов или признаков ИППП, в том числе жалоб на симптомы уретрита, вульвовагинита и цервицита направляют больного в медицинскую организацию для оказания ему первичной специализированной медико – санитарной помощи, а также осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинской организации дерматовенерологического профиля, при отсутствии показаний для направления в нее. Первичная специализированная медико – санитарная

помощь больным осуществляется врачами – дерматовенерологами (Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»).

Однако, по данным авторов, в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, доля выявленных заболеваний кожи не превышает 2,0% (Рожавский Л.А., 2009; Ходарев С.В., Выгонская Т.В., 2011; Аминов А.С. и др., 2013; Давыдова И.О. и др., 2014; Калиниченко О.В., 2015; Ахунова М.В., 2016; Сабанов В.И. и др., 2016).

Следует отметить, что изучение заболеваемости ИППП, дерматозами среди детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в РФ затруднено, в связи с ограничением доступа к достоверной информации. Имеющиеся официальные статистические данные не отражают истинного состояния эпидемиологической ситуации в стране (Кубанов А.А. и др., 2015; Сабанов В.И., 2016). При регистрации впервые установленного диагноза ИППП, дерматозов не предусмотрен специальный статистический учет детей данной социальной группы, что значительно затрудняет полноценную и своевременную реализацию противоэпидемических мероприятий и требует разработки соответствующих моделей оказания помощи.

Таким образом, дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, относятся к группе лиц, требующих особое внимание общества и государства. Совершенствование оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» для таких детей, обусловленное социальной значимостью заболеваний кожи и ИППП, имеет научную и практическую значимость.

1.2. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости хроническими дерматозами детей в России и в других странах, социальная значимость болезней кожи

Высокие показатели заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в РФ наблюдаются среди подростков в возрасте 15 – 17 лет (в 2015 г. – 11 624,2 на 100 тыс. соотв. населения), несколько ниже – среди детей в возрасте 0 – 14 лет (в 2015 г. – 9944,7 на 100 тыс. соотв. населения). Наиболее часто у детей регистрируются такие хронические дерматозы, как атопический дерматит, псориаз, акне (Кубанова А.А. и др., 2016). По данным зарубежных исследователей, причиной обращения за медицинской помощью каждого третьего ребенка являются заболевания кожи, среди которых лидируют атопический, себорейный, контактный дерматиты, акне (Castello-Soccio L. et al., 2017).

Распространённость атопического дерматита среди детей в развитых странах достигает 20,0%, увеличивается в странах с низким уровнем дохода (Watson W. et al., 2011; Nutten S., 2015).

По данным первого этапа эпидемиологического исследования International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) за период с 1994 – 1996 гг., распространённость атопического дерматита у детей в возрасте 6 – 7 лет варьировала от 1,1% в Иране до 18,4% в Швеции, в среднем составила 7,3%; в возрасте 13 – 14 лет колебалась от 0,8% в Албании до 17,7% в Нигерии, в среднем составила 7,4%. Наибольшие показатели распространённости атопического дерматита у детей наблюдались в индустриальных странах, в том числе в Швеции, Финляндии, Великобритании, Японии, Австралии и Новой Зеландии. На втором этапе исследования, проведенного в течение 2002 - 2003 гг. установлено, что лишь в немногих странах наблюдалось снижение заболеваемости атопическим дерматитом у детей в возрасте 6 – 7 лет по сравнению с показателями, установленными на первом этапе исследования, снижение показателей распространённости в возрасте 13 – 14 лет наблюдалось

в индустриальных странах, в том числе в Великобритании, Новой Зеландии (Katayama I. et al., 2017).

По данным обзора литературы, представленном в *American Journal of Clinical Dermatology* (2017 г.), у каждого третьего больного псориазом дерматоз дебютирует в детстве, показатель заболеваемости увеличивается с возрастом. Авторы подчеркивают необходимость своевременной терапии псориаза (Relvas M. et al., 2017). Распространенность псориаза в детском возрасте в Великобритании, Германии и Голландии находится в диапазоне от 0,2% до 0,6% у детей в возрасте от 0 до 9 лет, 0,8% – 1,4% у детей в возрасте от 10 до 19 лет. По данным авторов, разница между странами обусловлена как генетическими различиями, так и факторами окружающей среды, включая воздействие ультрафиолетового излучения (Pinson R. et al., 2016).

По данным L. Castelo-Soccio et al. (2017 г.), акне является одним из распространенных кожных заболеваний, встречается у 85,0% подростков, при этом низкие показатели заболеваемости акне характерны для некоторых стран Центральной и Южной Америки, что по мнению авторов также обусловлено генетическими различиями, особенностями питания, влиянием факторов окружающей среды.

Дерматозы приводят к психологической фиксации на своем заболевании, является психотравмирующим фактором, который оказывает влияние на социальную адаптацию, приводит к значительному снижению качества жизни больного (Астафьева Н.Г. и др., 2014; Matteredne U. et al., 2013; Gieler U. et al., 2015; Mortz C.G. et al., 2015; Tuong W. et al., 2015; Napolitano M. et al., 2015; 2016; Asaumi T. et al., 2016; Gupta A. et al., 2016; Nguyen C.M. et al., 2016; Janković S. et al., 2016).

Психоэмоциональный стресс, связанный с косметическим дефектом, наиболее выражен у лиц подросткового возраста (Носачева О.А., 2012; Волкова Н.В., 2013; Польская Н.А. и др., 2015; Кубанова А.А. и др., 2016;

Bez Y. et al., 2011; Behnam B. et al., 2013; Vilar G.N. et al., 2015; Hedayat K. et al., 2016). Кроме того, ряд авторов указывает на влияние взаимоотношений в семье, в обществе, а также на корреляцию возраста, пола со степенью выраженности психоэмоциональных расстройств подростков с кожными заболеваниями (Микиртичан Г.Л. и др., 2011; Fried R., et al., 2010; Matterne U. et al., 2013; Ablet K. et al., 2016; Hosteing S. et al., 2017). Каждый пятый больной хроническим дерматозом, в том числе пациенты с акне, атопическим дерматитом, псориазом, очаговой алопецией, страдают психопатологическими нарушениями, при этом авторы отмечают низкую междисциплинарную преемственность между смежными специалистами при проведении лечебно-оздоровительных мероприятий таким пациентам (Добрецкая К.В., 2012; Игнатенко И.Е., 2013; Шавловская О.А., 2015; Jafferany M. et al., 2010; Koblenzer C.S. et al., 2013; Orion E. et al., 2013; Pickett K. et al., 2015; Ring H.C. et al., 2015; Tegethoff M., et al., 2016). О.А. Шавловской (2015 г.) представлены данные исследователей Европейской ассоциации дерматологов и психиатров (ESDaP), выделяющих термин «синдром самоповреждения кожи», который включает эксфолиированные акне, трихотилломанию, онихофагию, онихотилломанию, дерматилломанию и другие синдромы, с которыми пациенты чаще обращаются к врачам-дерматовенерологам. Зуд кожи может нарушать сон, социальную адаптацию детей и подростков, заканчиваться формированием рубцов и рубцовой атрофии, меланоза, при сочетании с ксерозом кожи, является предрасполагающим фактором обострения атопического дерматита, ихтиоза, присоединения вторичной инфекции (Мачарадзе Д.Ш., 2012; Тамразова О.Б., 2014; Diamond G. et al., 2013; Wang H. et al., 2015; Bianchi P. et al., 2016; Chang Y-S. et al., 2016; Anderson K.L. et al., 2017).

Состояние здоровья подростка – решающий фактор при решении вопросов его профессионального обучения и рационального трудоустройства. В интересах общества необходимо, чтобы избранная профессия

соответствовала возможностям здоровья подростка. Иначе, затратив время и силы на освоение избранной специальности, молодой человек не сможет эффективно работать в ней, а обществу будет нанесен как материальный, так и кадровый ущерб. Из этого вытекает важность и своевременность квалифицированной врачебной профессиональной консультации, позволяющей предотвратить неблагоприятное воздействие производственных условий на здоровье учащегося (Казаева О.В. и др., 2012). В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н (ред. от 05.12.2014 г.) работники (лица, поступающие на работу) не допускаются к выполнению работ с вредными и (или) опасными условиями труда, а также работ, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний, при наличии следующих общих медицинских противопоказаний: хроническая распространенная, часто рецидивирующая (не менее 4 раз в год) экзема; псориаз универсальный, распространенный, артропатический, пустулезный, псориагическая эритродермия; хронический необратимый распространенный ихтиоз; хронический прогрессирующий атопический дерматит; хронические, рецидивирующие формы инфекционных и паразитарных заболеваний, что необходимо учитывать при проведении врачебного профессионального консультирования подростков.

Одной из основных социальных функций молодых людей является Служба в Вооруженных силах России. По данным исследователей, в последние годы в динамике соматического и нервно-психического развития и заболеваемости допризывных и призывных контингентов наблюдаются негативные тенденции, которые являются основной причиной профессиональных ограничений и существенно затрудняют призыв в Вооруженные Силы здорового поколения (Ахмерова С.Г. и др., 2009).

По данным С.А. Кузьмина (2010 г.) ежегодно с областного сборного пункта более 750 призывников направляются на дополнительное медицинское обследование. По данным Н.Б. Мирской и др. (2012 г.) при призыве юношей на военную службу до 30,0% из них направляется на стационарное или амбулаторное обследование в связи с отсутствием в медицинской документации сведений о состоянии их здоровья за последние 1 – 2 года.

Наблюдается рост удельного веса заболеваний кожи, выявленных при первоначальной постановке на воинский учет с 1,3% в 2005 г. до 2,1% в 2009 г. (Кузьмин С.А., 2010).

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 (ред. от 30.03.2017 г.) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» в практике отечественной военно-врачебной экспертизы установлены единые категории годности к военной службе по результатам медицинского освидетельствования: А – годен к военной службе; Б – годен к военной службе с незначительными ограничениями; В – ограниченно годен к военной службе; Г – временно не годен к военной службе; Д – не годен к военной службе. Заключение о категории годности (или негодности) к военной службе выносится в соответствии с расписанием болезней и таблицей дополнительных требований, имеющих в приложениях к вышеуказанному положению.

В целях своевременного и качественного оздоровления юношей издан совместный приказ Минобороны России и Минздрава России от 23.05.2001 г. №240/168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе». На первом этапе (до первоначальной постановки на воинский учет) плановые профилактические медицинские осмотры юношей в год достижения ими 15–16 летнего возраста проводятся амбулаторно-поликлиническими учреждениями здравоохранения города во взаимодействии с военным комиссариатом, руководителями образовательных учреждений по месту обучения юношей. По результатам

профилактического осмотра врачом-педиатром дается комплексная оценка состояния здоровья юношей, составляются рекомендации по оздоровлению, лечению, режиму и питанию юношей, по их поступлению в различные образовательные учреждения и анализируются данные об их подготовке к военной службе. Второй этап включает организацию и проведение обследования (лечения), медицинского освидетельствования юношей при первоначальной постановке на воинский учет в год достижения ими 17 лет и лечебно-оздоровительных мероприятий среди нуждающихся в период от постановки на учет до призыва на военную службу (до 18 лет). В перечень заболеваний, влияющих на определение категории годности к военной службе, относятся следующие хронические дерматозы: атопический дерматит, экзема, акне, псориаз, красный плоский лишай, ихтиоз, кожные формы красной волчанки, склеродермия, гнездная алопеция, витилиго, буллезные дерматозы, фолликулярный кератоз, хроническая крапивница, пиодермии.

Таким образом, социально-значимым является своевременное выявление хронических дерматозов у детей с целью проведения лечебных и профилактических мероприятий.

По данным исследователей, дети, воспитывающиеся в социопатических семьях, учреждениях интернатного типа, детских домах, имеют неудовлетворительное состояние здоровья (Шевякова И.А., 2012; Аминов А.С. и др., 2013; Калиниченко О.В., 2015).

Необходимо отметить, уровень выявленных заболеваний кожи при диспансеризации у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в исследованиях не превышает 2,0%, что значительно ниже соответствующих показателей в детской популяции, и может быть следствием исключения врача-дерматовенеролога из перечня специалистов, участвующих в диспансеризации.

В единичных исследованиях указан высокий удельный вес заболеваний кожи у детей социально-уязвимых групп. При мониторинге состояния

здоровья и физического развития подростков 12 – 15 лет до проживания в патронатных семьях, первое место заняло заболевание кариесом (54% подростков), девятое рейтинговое место – аллергические заболевания, при этом заболевания кожи отмечены у 21% обследуемых (Аминов А.С. и др., 2013).

По данным Э.Г. Санакоевой (2014 г.), при обследовании 646 детей и подростков Орловской области (военнослужащих срочной службы Минобороны РФ, учащихся школы интерната, учащихся старших классов средней школы), в возрасте от 14 до 19 лет, у большинства выявлены поражения кожи, как инфекционные (поверхностные микозы, бородавки), так и неинфекционные (акне, себорейный дерматит, диспластические невусы, гипертрофические рубцы), при этом заболеваемость учащихся школы интерната была в 2 раза выше, чем среди военнослужащих и учащихся средней школы, что объясняется доступностью и качеством оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» военнослужащим и учащимся средней школы. При этом интенсивный показатель заболеваемости акне лиц молодого возраста во всех коллективах достоверно не отличался, преобладали легкие формы (до 80,0% – папуло-пустулезная форма, до 15,0% – комедональная), требующих своевременного лечения, для предупреждения развития тяжелых форм, способствующих социальной дезадаптации и снижению качества жизни подростков в дальнейшем.

Скученность проживания в социальных коллективах, таких, как дом ребенка, интернат, детский дом, общежитие, является благоприятным условием для передачи заразных кожных заболеваний и формирования эпидемиологических очагов (Makigami K., et al., 2009; Kobangué L. et al., 2014; Kouotou E.A. et al., 2016).

При обследовании 80 детей дома ребенка Орловской области в возрасте от 1 месяца до 4 лет, у 28 из них (35,0%) выявлены кожные заболевания, сопровождающиеся зудом, при этом, у каждого второго ребенка

диагностирована чесотка. Авторы отмечают низкое качество оказания медицинской помощи детям данной социальной группы, в том числе длительную терапию топическими глюкокортикостероидами по поводу атопического дерматита 16 детей с чесоткой, что может быть следствием низкой доступности первичной медико-санитарной специализированной помощи. Кроме того, отмечен высокий удельный вес воспитанников учреждения с ксерозом, что, по мнению исследователей, связан с неправильным уходом за кожей детей, чрезмерным использованием моющих средств (Киселева А.В. и др., 2010; Diamond G. et al., 2013; Kouotou E.A. et al., 2016; Anderson K.L. et al., 2017). Данные обстоятельства объясняются тем, что в условиях школы – интерната ребенок находится под наблюдением воспитателя, среднего медицинского персонала, специалиста педиатрического профиля, который не обладает достаточным уровнем знаний по разделам болезней кожи, в связи с чем большинство дерматозов, эпидемиологически незначимых для данных коллективов, а также вопросы базовой терапии, ухода за кожей, остаются вне поля зрения (Санакоева Э.Г., 2014; Anderson K.L. et al., 2017).

По данным А.П. Малярчук и др. (2011 г.), при осмотре 145 детей школы – интерната Орловской области, в возрасте от 6 до 18 лет дерматозы выявлены у 95, 9% детей, причем у 51,1% детей - два и более заболевания. При этом чесотка диагностирована у 6 (6,7%) подростков в возрасте 16 – 18 лет, причем, заражение произошло вне школы-интерната, в условиях строительных отрядов. При этом у 38,9% детей выявлены микозы, у 31,1% – вирусные дерматозы, у 23,3% – пиодермии. Неинфекционные дерматозы установлены у 51,8% лиц. Среди неинфекционных дерматозов преобладали акне (у 31,3% обследуемых), рубцовые поражения (келоидные и гипертрофические рубцы наблюдались у 12,5% лиц), кроме того, экзема установлена у 5,5% детей, витилиго – у 3,1%. По данным авторов, тяжелые формы дерматозов диагностированы не были.

При обследовании врачами-дерматовенерологами ГБУЗ СО СОКВД 81 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет специализированного детского дома, в котором находились дети с тяжелой соматической патологией, ВИЧ-инфекцией, отставанием в умственном развитии, чесотку диагностировали у 42 (52,0%) детей. Среди неинфекционных дерматозов атопическим дерматитом страдали 12 (14,8%) детей, гнездной алопецией – 2 (2,5%), трихотилломанией – 1 (1,2%), витилиго – 6 (7,4%) (Сырнева Т.А. и др., 2015).

Дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, относятся к группе риска по возникновению социальных заболеваний, в том числе, инфекционных. Исследователи указывают на высокие показатели распространенности дерматозов среди детей, больных такими социальными инфекциями, как ВИЧ-инфекция и туберкулез. По данным Э.А. Коробейниковой и др. (2013 г.), при ретроспективном анализе амбулаторных карт 44 детей, находящихся на лечении в БУЗ «Центр СПИД МЗ УР» за период 2007 – 2012 гг., были диагностированы как инфекционные, так и неинфекционные дерматозы. Среди неинфекционных дерматозов установлен атопический дерматит – у 11,7% детей, себорейный дерматит – у 0,7% а также выявлен ксероз у 14,7% лиц. Среди инфекционных заболеваний ветряная оспа выявлена у 13,2% обследованных, герпес – у 12,5%, кандидоз – у 8,8%, пиодермии – у 7,3%, контагиозный моллюск – у 3,6%, чесотка – у 0,7%, вульгарные бородавки – у 0,7%. Кроме того, среди социальных факторов риска заражения ВИЧ – инфекцией авторы выделяют воспитание в неполной семье (21 ребенок, 47,0%), а также опекунами (4 ребенка, 9,0%). Внутриутробный путь инфицирования ВИЧ – инфекцией отмечался у 28 детей (63,6%), заражение при грудном вскармливании зарегистрировано у 16 (36,4%) лиц. ВИЧ-ассоциированные кожные заболевания выявлены у 38 детей (86,0%).

При обследовании 69 детей и подростков с различными формами туберкулеза органов дыхания, госпитализированных ЦНИИТ РАМН, ТКБ № 7, за период 2006 – 2007 гг., у 42 больных (60,9%) выявлены инфекционные

дерматозы, в том числе, простой герпес, осложненный вторичной пиодермией, пиодермия, кандидоз слизистых. Неинфекционные дерматозы зарегистрированы у 26 детей (61,8%), из них акне, псориаз, атопический дерматит, ограниченный нейродермит, токсикодермия, себорейный дерматит, диффузная алопеция, нейрофиброматоз. Неспецифические синдромы наблюдались у 13 обследуемых (30,9%), в том числе, ксероз, гипертрихоз, ониходистрофия, синдром анемичной кожи (Волкова Е.Н. и др., 2011).

Таким образом, авторы отмечают, что при обследовании детей с социальными инфекциями установлен высокий удельный вес кожных заболеваний, требующих проведения лечебных и профилактических мероприятий (Волкова Е.Н. и др., 2011; Коробейникова Э.А. и др., 2013; WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee, 2014).

Исследователи указывают на необходимость разработки образовательных программ для специалистов общего звена по вопросам профилактики острозаразных заболеваний кожи, адекватного ухода за кожей ребенка, больного хроническим дерматозом с целью повышения качества жизни детей и что согласуется с данными зарубежных исследователей (Van Driessche F. et al., 2015; Ezzedine K. et al., 2015; Lee Y. et al., 2015; Tuong W. et al., 2015; Sender L. et al., 2015; Wang A.S. et al., 2015; Ablet K. et al., 2016; Matteredne U., et al., 2013; 2016).

Таким образом, высокие показатели заболеваемости кожи в детском возрасте, влияние социальных факторов на здоровье детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, значимость своевременного выявления хронических дерматозов и проведения профилактических мероприятий обуславливают необходимость изучения доступности и качества оказания медицинской помощи детям социально-уязвимых групп.

1.3. Заболеваемость детей ИППП в России и других странах. Факторы, способствующие заболеваемости ИППП среди детского населения

Несмотря на снижение показателей заболеваемости сифилисом и гонореей детей, эпидемическая ситуация в различных регионах РФ остается неблагоприятной, регистрируется недостаточный темп ее снижения. В 2015 г., по отношению к 2006 г., заболеваемость детей сифилисом в возрасте от 0 до 14 лет уменьшилась на 80,0% (0,9 и 4,4 на 100 тыс. соотв. населения), в возрасте от 15 до 17 лет – на 82,0% (9,9 и 53,9 на 100 тыс. соотв. населения). Однако, в 2015 г. зарегистрировано 228 случаев сифилиса среди детей в возрасте 0 – 14 лет, из них 63 случая врожденного сифилиса, 165 случаев приобретенного, в том числе, половой путь передачи установлен в 27 случаях. В возрастной группе 15 – 17 лет зарегистрировано 391 случай сифилиса, в том числе 368 ранних форм, 13 поздних, 10 неуточненных случаев сифилиса (Кубанова А.А. и др., 2016).

Согласно официальным данным Центров по контролю и профилактики заболеваний США (CDC, Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2015 г.) за период 2014 – 2015 гг. заболеваемость первичным и вторичным сифилисом среди лиц в возрасте 15 – 19 лет, увеличилась на 10,2%. Заболеваемость первичным и вторичным сифилисом девушек в возрасте 15-19 лет уменьшалась с 2009 г. по 2013 г. (с 3,3 до 1,9 случаев на 100 тыс. женского населения). Однако, за период 2014 – 2015 гг. заболеваемость данными формами сифилиса среди девушек вновь увеличилась на 12,0% и составила 2,8 случаев на 100 тыс. соотв. населения. Заболеваемость сифилисом юношей в данной возрастной группе в 2015 г. по отношению к 2014 г. увеличилась на 12,7% и составила 8 случаев на 100 тыс. соотв. населения.

В сообщении Европейского центра по профилактике и контролю над заболеваемостью ИППП «Инфекции, передаваемые половым путем в Европе. 2004 - 2013 гг.» отмечено, что в 29 странах Европейского союза (ЕС),

заболеваемость сифилисом за исследуемый период в возрастной категории 15 – 19 лет снизилась на 61,0%. В 2013 году всего зарегистрировано 22 237 случаев сифилиса, из них на долю молодых людей (15 – 24 лет) приходится 14,0% случаев. Гонорея у молодежи составляет 39,0% от общего числа выявленных случаев в 2013 г. (52 995 человек), при этом заболевание чаще регистрируется у юношей. Тем не менее, с 2008 г. наблюдается отрицательная динамика по заболеваемости гонореей, так в 20 странах ЕС зафиксировано повышение уровня заболеваемости, из них в 15 странах на 50,0% и более, что исследователи связывают с недостаточной осведомленностью детей о риске инфицирования ИППП, а также с возможной антимикробной устойчивостью возбудителей.

В рамках XXVIII конгресса Международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем (18 – 21 сентября 2014 г.) президентом группы по изучению *Chlamydia trachomatis* (CTSG) М. Скерлевым, предложено расширить международную сеть исследователей и клинических экспертов, развивать международные проекты, внедрять Европейские рекомендаций по лечению и профилактике ИППП, организовать скрининг у подростков, в связи с тем, что хламидийная инфекция чаще встречается в молодом, репродуктивном возрасте, на пике сексуальной активности (Гомберг М.А., 2014). Это предложение было учтено в проекте Глобальной стратегии сектора здравоохранения по ИППП на 2016 – 2021 гг. в мае 2015 г. на 68 сессии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Для успешной реализации данной стратегии определена необходимость разработки национальных руководств по борьбе с ИППП, в том числе по скрининговым обследованиям (Рахматулина М.Р., 2016).

На XVIII Конгрессе педиатров России (2015 г.) с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» отмечено, что за последние 10 лет (2003 – 2013 гг.) распространенность воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы среди девочек в возрасте 15– 17 лет увеличилась на

38,7%, установлено, что до 40,0% бесплодных браков являются результатом мужского бесплодия, 45,0% женского бесплодия, 15,0% – бесплодия обоих супругов, что обуславливает необходимость совершенствования профилактики заболеваний репродуктивной системы, в том числе инфекций, передаваемых половым путем, в детском и подростковом возрасте.

По данным авторов, в возникновении воспалительных процессов урогенитального тракта принимают участие патогенные и условно-патогенные бактерии (аэробные, факультативно и облигатно-анаэробные), такие как представители семейства Micrococcaceae (*Streptococcus agalactiae*, негемолитический *Streptococcus*, α -гемолитический *Streptococcus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus gaemolyticus*), Enterococaceae (*Enterococcus*), Enterobacteriaceae (*Escherichia coli*), что по мнению исследователей связано с высокой распространенностью урогенитальных и аногенитальных форм сексуальных контактов, особенно среди молодежи, что способствует хроническому течению воспалительных процессов полимикробной этиологии (Плешков П.В., 2010; Шаталова А.Ю. и др., 2012; Рахматулина М.Р., 2013; Асхаков М.С. и др., 2014; Демьянова О.Б. и др., 2014; Камалов А.А. и др., 2015; Киясов И.А. и др., 2015).

По данным Ю.Н. Кузнецовой и др. (2013 г.), у подростков достоверно чаще, по сравнению с молодежью, диагностируются гонококковая инфекция (в 7,5 раз), вирусные инфекции (в 1,4 раза), и микстинфицирование тремя и более возбудителями (19,3% и 6,8% соответственно). Микрофлора урогенитального тракта характеризуется наличием условно-патогенных микроорганизмов (*E. coli*, *Enterococcus* spp., *Proteus* spp., *S. aureus*) в диагностически значимых титрах и снижением количества или полным отсутствием лактофлоры (47,6% и 38,6% соответственно), воспалительные заболевания, ассоциированные с генитальными микоплазмами, диагностируются у 39,8% подростков.

По данным S. Takahashi et al. (2006 г.), при обследовании подростков без клинической картины воспаления уrogenитального тракта *U. urealyticum* обнаружили у 12,0% обследуемых, *U. parvum* – у 23,0%, *M. hominis* - у 4,0%, *M. genitalium* – у 1,0%. В исследованиях М.Р. Рахматулиной и др. (2011 г.) указано, что частота колонизации генитальными микоплазмами нижних отделов мочеполовой системы детей варьирует от 2,9% до 22,0% для *M. hominis* и от 8,3% до 30,4% для *U. urealyticum*. Автор отмечает, что изучению роли *U. urealyticum*, *U. parvum*, *M. hominis*, а также *M. genitalium* у детей и подростков посвящены лишь единичные исследования.

В соответствии с федеральными клиническими рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК) (2015 г.) микоплазмы относят к условно-патогенным микроорганизмам, способным вызывать воспаление при определенных условиях. Исключение составляет *M. genitalium* (Рахматулина М.Р. и др., 2013). С началом половой жизни выявляемость *U. urealyticum* увеличивается, рост показателя находится в прямой зависимости от сексуальной активности (Асхаков М.С. и др., 2014). При этом, клиническая картина при поражении уrogenитального тракта микоплазмами варьирует от острой до стертой, иногда до полного отсутствия каких-либо проявлений, что значительно затрудняет своевременную диагностику, лечение данных инфекций (Рахматулина М.Р., 2016).

По данным П.В. Плешкова (2010 г.), наиболее распространенной инфекцией, среди девушек-подростков, является *Ureaplasma urealyticum*. При этом, частота бактериальных ИППП выше среди девушек, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, по сравнению с девушками, проживающими в семьях (63,0% и 45,0% соответственно), инфекции протекают под видом вульвовагинита, бактериального вагиноза, сальпингоофорита, эрозии шейки матки, цистита, инфекции мочевыводящих путей.

В исследовании М.Р. Рахматулиной и др., (2011 г.) установлено, что при обследовании на ИППП воспитанников приютов и беспризорных подростков

урогенитальный хламидиоз диагностировался у 40,5% и 65,8% детей соответственно, папилломавирусная инфекция – у 58,9% и 69,1%. Авторами отмечены клинически значимые нарушения микробиоценоза уrogenитальной системы, характеризующиеся массивной микробной обсемененностью факультативно- и облигатно-анаэробными микроорганизмами в ассоциации с возбудителями ИППП, которые наблюдались у 50,6% воспитанников приютов и 42,1% беспризорных подростков, что было обусловлено длительностью заболевания и влияло на тяжесть течения инфекционного процесса. Кроме того, исследователи отмечают, что у данного контингента зарегистрировано частое (69,3%) выявление представителей кишечной микрофлоры, в том числе *E. faecalis*, *E. coli*, а также семейства *Micrococcaceae* (*Staphylococcus aureus* и *Streptococcus agalactae*), являющихся индикаторами воспалительного процесса, перенесенного в младшем возрасте вследствие хронических соматических заболеваний, прежде всего, желудочно-кишечного тракта, социальной запущенности, а также практики уrogenитальных и аногенитальных половых контактов.

По данным А.А. Кубанова и др. (2015 г.), при обследовании на ИППП безнадзорных и беспризорных несовершеннолетних лиц установлено преобладание уrogenитальных инфекций, ассоциированных с *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, у 44,0% обследуемых выявлена папилломавирусная инфекция, единичные случаи инфицирования *Mycoplasma genitalium*.

Исследователями отмечено, что ранний сексуальный дебют и низкий уровень знаний по вопросам профилактики ИППП является фактором риска инфицирования детей уrogenитальными инфекциями. По данным М.Р. Рахматулиной (2011 г.), у 15,6 – 17,8% девушек-подростков в РФ возраст первого полового контакта приходится на 13 – 14 лет, у 20,9 – 37,8% юношей на 15 – 19 лет, реже, на более ранний возраст, при этом половые контакты у подростков, как правило, не защищенные. По данным отечественных

исследователей, дети и подростки имеют низкий уровень знаний по вопросам ИППП и методам их профилактики, что согласуется с данными зарубежных исследователей (Васильева М.Ю., 2012; Кубанов А.А. и др., 2015; Шашкова А.А. и др., 2015; Mkandawire P. et al., 2013; Juma M. et al., 2014; Cho H. et al., 2015; Lopez L.M. et al., 2016).

По данным авторов, девиантное поведение, в том числе, злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, раннее начало половой активности, повышает риск инфицирования ИППП, ранней беременности. На формирование девиантного поведения подростка оказывает влияние социально-экономическая среда, в том числе, неполный состав и неблагоприятный микроклимат в семье, низкий уровень образования родителей, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, религиозные особенности (Рахматулина М.Р. и др., 2013; Hagman B. T. et al., 2012; Farrington D., 2012; Jones S.C. et al., 2015; Abajobir A.A. et al., 2016; Anderson S.L. et al., 2016; Heredia N.I. et al., 2016; Hornor G. et al., 2016; Gray C. et al., 2016; Le M.T. et al., 2016; Marino J.L. et al., 2016; Pascoe J.M. et al., 2016; Jones S.C. et al., 2016; 2017). Данные обстоятельства способствуют развитию психологической травмы ребенка, при длительном воздействии которой может развиваться посттравматическое расстройство, аутодеструктивное поведение (Буторин Г.Г. и др., 2015; Польская Н.А. и др., 2015; Gray C. et al., 2016)

Социально-опасные заболевания родителей, такие как туберкулез, ИППП, в том числе, ВИЧ/СПИД, подвергают детей риску инфицирования, дальнейшей психологической и социальной дезадаптации (Petersen I. et al., 2010; Operario D. et al., 2011; Little K.M. et al., 2012; Peilian C., Xiaoming L., 2013; Peu M.D., 2014; Kuo C. et al., 2014; White A.B. et al., 2015; Asikhia OA, Mohangi K., 2015; Gray C. et al., 2016; Thurman T.R. et al., 2016).

Неблагоприятный микроклимат в семье способствует повышенному риску как физического, так и сексуального насилия детей (Chen M. et al., 2016; Guedes A. et al., 2016; Leach C. et al., 2016; Nothling J., et al., 2016; Pittenger S.L.,

et al., 2016). При этом, риск инфицирования ИППП, в частности, сифилисом и гонореей, а также ВИЧ-инфекцией, детей и подростков, подвергшихся сексуальному насилию, значительно увеличивается (Whaitiri S. et al., 2011). Дети и подростки, в дальнейшем, подвергаются риску подобного девиантного поведения: девушки чаще склонны к промискуитету, коммерческой секс-работе, молодые люди – к участию в сексуальном насилии (Волошин В.В., 2012; Рахматулина М.Р. и др., 2013).

Выявление случая заражения ребенка ИППП предполагает проведение медицинских мероприятий для установления источника заражения, обстоятельств инфицирования, по показаниям – оперативно-розыскных действий, что нередко затруднено в связи с тем, что дети скрывают факт сексуального насилия со стороны родителей, опекунов, знакомых. Зачастую, при обращении, адекватная медицинская и психологическая помощь ребенку не оказывается, ввиду недостаточного опыта работы медицинских специалистов, психологов с данным контингентом, отсутствием возможности обследования на ИППП (Кунгуров Н.В. и др., 2013; Abeid M., et al., 2016; Negarty K. et al., 2016).

Исследователи указывают на необходимость учета данных факторов риска при разработке профилактических программ (Доклад Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2015; 2016; Рахматулина М.Р., 2013; Кубанов А.А. и др., 2015; Operario D. et al., 2011; Bret. T., 2012; Mkandawire P., 2013; Shae S., 2013; Spoth R. et al., 2014; Yama M., 2014; Nabunya P. et al., 2014; Karimli L. et al., 2015; Brown M.J. et al., 2016; Jennings L. et al., 2016).

Авторы отмечают необходимость повышения качества и доступности образовательной и внеучебной деятельности, как для детей, так и работы с родителями и опекунами детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (Змановская Е.В. и др., 2016; Nyamukara C.A. et al., 2010; Pufall EL. et al., 2014;).

По мнению А.И. Ложкина (2002 г.), девиантное поведение – это поведение, отличающееся необычностью от стандартного, усредненного, а также, являющееся нежелательным с точки зрения сохранения здоровья, поддержания общественного порядка, формируется в силу неблагоприятного психосоциального развития и нарушений процесса социализации, проявляющихся в различных формах дезадаптации поведения (Ларионова С.О., 2013). При этом, девиантное поведение осознается не каждым подростком, адаптационные возможности формируются далеко за пределами 18-летия (Власкина М.Н. и др., 2015).

Имеются единичные исследования, в которых показано, что к факторам, способствующим девиантному поведению, поддерживающим неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по ИППП среди детского населения относят перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) – объединяющее патологические состояния, возникающие в результате воздействия на центральную нервную систему (ЦНС) плода отрицательных факторов в антенатальном (позднем фетальном), интранатальном (во время родов), раннем неонатальном периоде (до 7 дней жизни). В 60,0% случаев детская неврологическая патология связана с перинатальным поражением нервной системы, имеет следующие исходы: эпилепсия – 27,0%, резидуальная церебральная недостаточность – 12,0 %, сосудистые заболевания – 8,0%, другие заболевания – 53,0% (Дугина Е.А., 2015). К основным факторам формирования патологии нервной системы детей со стороны матери относятся наличие очагов хронической инфекции и хронические внутриматочные инфекции, в том числе, социально-значимые заболевания (туберкулез, ВИЧ/СПИД, ИППП), наличие медицинских аборт, выкидышей, ранние (до 18 лет) и поздние (после 30 лет) роды, сердечно-сосудистые, эндокринные нарушения, профессиональные вредности, патологические роды (Иглина Н.Г. и др., 2005; Можаров Н.С. и др., 2013; Бебенин А.А. и др., 2014; Stover M.W. et al., 2015). ППЦНС могут приводить

к судорожным расстройствам, задержке психомоторного, речевого развития, нарушениям слуха, зрения, то есть способствуют особенностям темперамента, эмоциональной неустойчивости детей и подростков, слабости защитных и приспособительных механизмов, и способствуют девиантному поведению, что также необходимо учитывать при разработке программ профилактики ИППП среди детей и подростков, особенно детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. (Иглина Н.Г. и др., 2006; Ларионова С.О., 2013; Можаров Н.С. и др., 2013; Ретюнский К.Ю. и др., 2014; Буторин Г.Г. и др., 2015; Nomura Y. et al., 2008; Ukleba K.O. et al., 2013; Murray E. et al., 2015; Levine T.A. et al., 2015; Oei J.L. et al., 2017).

Исследователи отмечают важность учета психоэмоциональное благополучия (ПЭБ) детей, а также социальных факторов риска при проведении профилактических мероприятий (Talbot A. et al., 2013).

По данным авторов, ПЭБ рассматривается как функционально-динамическое образование, оптимальный уровень которого способствует позитивному развитию личности и непосредственно зависит от внешних (средовых) и внутренних (индивидуально-психологических) предпосылок.

По данным ВОЗ, в границах подросткового возраста выделяют два периода: собственно пубертатный (от 10 до 15 лет) и социального созревания (от 16 до 20 лет). В подростковой психиатрии признано деление подросткового критического периода на две фазы: негативную от 11 до 15 лет, позитивную от 15 до 20 лет. Основной физиологической особенностью негативной фазы является половое созревание. Временно ослабленный корковый контроль над поведением приводит к повышенной возбудимости, несдержанности, импульсивности с чертами демонстративности, склонности к резким колебаниям настроения, негативизму, конфликтности, противоречивости чувств и поведения. Во второй – позитивной фазе – происходит стабилизация эмоционально-волевой сферы и гармонизация личности, связанная с завершением формирования высших форм понятийного мышления,

интенсивным развитием самосознания, что качественно видоизменяет интеллектуальные свойства личности (Буторина Н.Е. и др., 2005). У детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, первая фаза затягивается. Анализ литературных данных доказывает влияние психологического стресса детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, на риск девиантного поведения в дальнейшем (Escueta M. et al., 2014; Gray C. et al., 2016).

По данным О.Б. Мартынюк и др. (2015 г.), мотивация и ценностные ориентации – центральное ядро личности, определяющие поведение. Кроме того, любое поведение имеет в своей основе несколько мотивов, что требует подбора психодиагностических методик.

Психодиагностика – важнейшая форма психологической практики, исследующая и разрабатывающая методы распознавания и измерения индивидуально – психологических особенностей личности.

К методам распознавания относятся психодиагностические методики, соответствующие конкретным задачам психологического обследования (Кононова Т.А. и др., 2014). Согласно классификации психодиагностических методик Бодалева – Столина выделяют проективные методики, которые используются для диагностики глубинных потребностно-мотивационных образований.

Проективные методики успешно используются в клинико-консультационной работе для изучения индивидуально-психологических особенностей пациентов различного профиля, универсальны по возрасту и широко используются при обследовании детей (Прохорова Ж.В. и др., 2011; Кудрявцев И.А. и др., 2012; Троицкая Л.А. и др., 2013; Зыкова Н.А. и др., 2017).

По данным Т.А. Кононовой и др. (2014 г.), проективные методики основаны на символическом переносе содержания внутреннего мира на внешний мир бессознательных переживаний, сформированных в результате неосознаваемых влечений человека, то есть, направлены на изучение наименее доступных наблюдению и опросу особенностей личности (интересы и

установки, мотивация, ценностные ориентации, страхи и тревоги, неосознаваемые потребности и побуждения).

С.А. Чернов и др. (2016 г.) отмечают важность комбинации индивидуальных человеческих ресурсов борьбы с неблагоприятными обстоятельствами. Индивидуальные методы борьбы с кризисными ситуациями также зависят от психологического типа личности. В детском возрасте эмоциональная саморегуляция, субъективная эмоциональная оценка ребенком себя находится в стадии формирования. Ребенок зависим в поведении и самовосприятии от влияния среды и жизненной ситуации развития (Девяткина Е.В., 2015; Белослудцева Г.И. и др., 2016). Согласно исследованиям Г.В. Залевского (1993 г.), переход к подростковому возрасту характеризуется большей выраженностью психической ригидности, что проявляется склонностью к упрямству, навязчивым стереотипам, неспособности приспосабливаться к изменяющимся условиям (Зыкова Н.А. и др., 2017). Данные особенности способствуют формированию девиантного поведения. В исследовании В.В. Новикова и др. (2006 г.), с использованием проективной методики Л. Сонди, показано, что структура и динамика бессознательной мотивации у детей с несоциализированным расстройством поведения (НРП) формируется под влиянием родительской депривации и определяет их клинические и патохарактерологические особенности. По данным авторов, структура мотивации находится под воздействием психосоциальных влияний с самого раннего детства, в результате которых закладываются основы личности, определяющие все дальнейшее поведение. В исследовании Н.Н. Юдинцевой (2012 г.), представлен анализ причин недостаточного понимания учащимися – сиротами себя и окружающих. Выпускники школ-интернатов не различают индивидуальные эго-влечения, что определяет неудачи профессионального выбора, асоциальные способы адаптации. Это их стабильная психосоциальная характеристика, которая не зависит ни от сохранности интеллекта, ни от социального статуса. Данные

факты требуют ППС с учетом индивидуально-психологических особенностей, определяемых с помощью психодиагностических методик.

Согласно классификации Л. Франка, к методикам интерпретации, относящихся к проективным методикам, относятся портретный тест Л. Сонди и методика цветных выборов Люшера. В модификации Л.Н. Собчик восьмицветовой тест Люшера позволяет определить эмоциональное состояние личности и ее адаптацию к определенным социально-психологическим ситуациям. Особый интерес данной методики состоит в возможности исследования личности подростков, детей юношеского возраста (Гусев Д.В. и др., 2012; Шавалиева Г.Т., 2015). По данным Д.В. Гусева и др. (2012 г.), психика подростков наиболее ранима, степень романтических переживаний более интенсивная, что определяет наибольшую восприимчивость к воздействию внешних факторов и эффективность использования цветового спектра для исследования психоэмоционального состояния. Тест восьмицветовых выборов Сонди и его модификация Л.Н. Собчик (метод портретных выборов МПВ) позволяет оценить степень адаптированности, болезненно заостренные черты характера и клинические проявления (Собчик Л.Н., 2003; Дмитриева Н.В. и др., 2015).

Опыт применения методики М. Люшера в контексте комплексного исследования с использованием личностного теста Л. Сонди достоверно показал феноменологический параллелизм результатов (Собчик Л.Н., 2003). Что подтверждает эффективность использования в комплексе данных методик для определения индивидуальных психологических особенностей респондентов рядом авторов (Сидорова Т.Б. и др., 2009; Кудрявцев И.А. и др., 2012). Т.Б. Сидорова и др. (2012 г.) указывают на важность предварительного исследования психоэмоционального статуса обучающихся для адекватной психолого-педагогической поддержки. По данным авторов, использование пакета методик для работы с трудными детьми, состоящих из трех тестов: тест Л. Сонди, тест М. Люшера и тест Розенцвейга, позволяет изучить особенности

характера детей, эмоционально-волевую сферу учащегося, для составления эффективных рекомендаций как для преподавателя, так и для родителей, что способствует эффективной организации учебного процесса.

Исследователи отмечают, что профилактика девиантного поведения в молодежной среде не эффективна, что связано с недостаточной научной обоснованностью профилактических мероприятий, игнорированием возрастной специфики профилактической работы, неадекватностью используемых методов и приемов, неэффективным взаимодействием социальных служб (Змановская Е.В. и др., 2016).

J. M. Pascoe et al. (2016 г.) объясняют физиологические изменения, возникающие в организме ребенка под влиянием постоянных неблагоприятных социально-экономических условий, через механизм токсического стресса. Исследователи отмечают, что патофизиология токсического стресса обусловлена постоянной активацией гипоталамо-гипофизарной системы, что способствует повышению уровня кортикотропин-релизинг гормона, кортизола, норадреналина, адреналина, воспалительных медиаторов в крови. Кратковременное повышение данных гормонов является защитной реакцией организма на стресс. Высокий уровень гормонов, длительное воздействие стрессовых факторов в дальнейшем способствуют ухудшению обучения, межличностных отношений, девиантному поведению.

Таким образом, высокие показатели заболеваемости ИППП среди детей обуславливает актуальность изучения факторов, способствующих девиантному поведению, в том числе в группах риска для разработки адекватных медико-профилактических технологий.

1.4. Методы профилактики ИППП среди детей. Специфика профилактической работы в социально-уязвимых группах детей с учетом их психологических особенностей

Профилактические мероприятия – это важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни. Однако, авторами отмечено, что в настоящее время многие направления профилактической деятельности в практическом здравоохранении остаются декларированными. В новых условиях финансирования, специализированных кожно - венерологических учреждений медицинские профилактические услуги не оплачиваются в системе обязательного медицинского страхования, что тормозит их внедрение в реальную практику. Исследователи указывают, что в России не существует единой организованной и структурированной системы профилактики ИППП, а имеются лишь некоторые разрозненные, функционирующие фрагментарно или вовсе не функционирующие компоненты (Сырнева Т.А. и др., 2012).

Первичная профилактика направлена на предупреждение заболеваемости ИППП. Система первичной профилактики в РФ не приведена в соответствие с изменившимися социально-экономическими условиями, не в полной мере используются средства массовой информации для пропаганды здорового образа жизни, не отработан механизм эпидемиологического мониторинга в группах высокого риска инфицирования (Уфимцева М.А. и др., 2009).

Вторичная профилактика – это комплекс противоэпидемических мероприятий, включающих своевременную диагностику и лечение больных ИППП. Многие исследователи указывают, что такой важный раздел, как работа по своевременному выявлению и обследованию контактов венерических больных, и установлению среди них источника заражения, т.е. работа в очаге заражения, в последнее время носит формальный характер. Так

по данным М.А. Уфимцевой (2011 г.) при анализе структуры активного выявления больных сифилисом за периоды с 1995 г. по 1999 г. и с 2005 г. по 2009 г. в СО установлено снижение удельного веса больных сифилисом, выявленных из числа контактов в 1,5 раза, акушерами-гинекологами в 1,4 раза, урологами в 3,0 раза.

Профилактика девиантного поведения предполагает систему общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации. К основным принципам психопрофилактики девиантного поведения Е.В. Змановская и др. (2016 г.) относят «комплексный характер профилактической работы (воздействие на комплекс факторов), учет возрастной, социально-психологической специфики целевой группы, приоритет групповых форм работы, минимизацию риска негативных результатов, личную заинтересованность и ответственность участников профилактической программы, профессиональную компетентность».

В РФ, в рамках реализации мероприятий программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002 - 2006 гг.), Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)», подпрограммы «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем» и других, с 2004 г. по 2009 г. была организована деятельность подростковых центров профилактики и лечения ИППП в специализированных лечебно-профилактических учреждениях дерматовенерологического профиля городов РФ, работа которых показала высокий уровень выявляемости ИППП среди обратившихся за помощью подростков. Основные задачи работы центров стала профилактика, с привлечением психологов, врачей гинекологов, урологов-androлогов в условиях медицинского учреждения, а также в местах досуга и отдыха молодежи; раннее выявление и лечение уrogenитальных инфекционных заболеваний, сексуальное образование и воспитание молодежи, с использованием адаптированной литературы информационно-

образовательного характера, работы интернет-сайта. Кроме работы с социально адаптированными детьми, проводилась работа с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации (оставшиеся без попечения, сироты, беспризорные, безнадзорные), в условиях детских домов, приютов, как по вопросам профилактики, так и по выявлению и лечению ИППП, с привлечением к работе волонтеров (Рахматулина М.Р. и др., 2011).

В настоящее время действует Государственная программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации» до 2020 г., которая отражает основные подходы к решению таких вопросов, как формирование единой профилактической среды, а также повышение качества оказываемой медицинской помощи, повышение уровня подготовки медицинских кадров.

В США и странах ЕС работу по контролю и профилактике заболеваний, в том числе ИППП, регулируют специальные центры: Centers for Disease Control and Prevention, European Centre for Disease Prevention and Control, American Academy of Pediatrics, при этом уделяется большое внимание как работе с социально-уязвимыми группами детей и подростков по вопросам профилактики ИППП, работе с законными представителями (родители, опекуны) по вопросам предоставляемой ими информации по теме полового просвещения, сексуального воспитания детей, так и работе с медицинскими работниками и другими специалистами по данной тематике. Данными центрами разработаны учебные программы, тематические модули по половому просвещению, воспитанию и образованию, с использованием интернет-ресурсов, социальных сетей Twitter, Instagram и другие. Кроме того, созданы благотворительные фонды, волонтерские программы, а также программы государственной помощи детям-сиротам. Создаются интернет - порталы, занимающиеся поиском средств и волонтеров, а также специалистов. Эти порталы чаще всего созданы группами, которые напрямую занимаются различными видами социальной и медицинской поддержки (Brittany's Hope, Hope Community Project, Show Hope, Global Giving Foundation).

Сегодня дети и подростки активно используют Интернет – ресурсы для получения информации. Это обусловлено особенностью их «сетевого поколения», родившегося в период с 1981 по 2003 гг., при этом, часто формируется аддиктивное поведение (интернет-зависимость) (Игумнов С.А. и др., 2016). Неограниченный доступ к информации придает им уверенность в своих взглядах, однако полученная информация, в том числе медицинская, обычно искажена (Чернядьев С.А. и др., 2016).

По данным М.Ю. Васильевой (2012 г.), дети и подростки имеют низкий уровень знаний об ИППП и методах их профилактики, основную информацию об ИППП и методах их профилактики дети получают преимущественно в Интернете (87,3%), а также от друзей (80,9%), от родителей (67,2%), специализированных книг и брошюр (43,8%), медицинских работников (22,5%), что согласуется с данными других отечественных исследователей (Кузнецова Ю.Н., 2013; Загртдинова Р.М., 2014). При этом в России специализированные информационные сайты для подростков и молодежи представлены в недостаточном количестве (Рахматулина, М.Р., Васильева М.Ю., 2011).

По данным авторов, успешная реализация противоэпидемических мероприятий в социально-уязвимых группах, направленных на предупреждение и ограничение дальнейшего распространения ИППП, возможна только при междисциплинарном подходе (Рахматулина М.Р. и др., 2011, 2013; Андреев С.В., 2013; Красносельских Т.В., 2014, 2016; Змановская Е.В. и др., 2016; Marrazzo J.M., 2011; Aneni E. et. al., 2013; Gray. L. et al., 2016).

Исследователи отмечают, что в организации оказания медико-социальной помощи детям, оставшимся без попечения родителей, существует ряд проблем, для решения которых необходима совместная разработка методических рекомендаций учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения, с созданием в структуре отдела опеки и попечительства базы данных конкретных учреждений, участвующих в оказании медицинской

и социальной помощи каждому из опекаемых (приемных) детей (Калиниченко О.В., 2015 г; Программа «Модернизация педагогического образования в Российской Федерации», 2015).

Кроме того, необходима организация обязательной системы подготовки (повышения квалификации) специалистов, работающих в данной сфере, с включением в программу подготовки вопросов профилактики и организации медицинской помощи. По данным исследователей, средний медицинский персонал, а также специалисты педиатрического профиля имеют недостаточный уровень знаний по вопросам ИППП и методам их профилактики (Abeid M. et al., 2016).

Согласно федеральным государственным образовательным стандартам общего образования в РФ программа сексуального (полового) просвещения и сексуального (полового) воспитания в качестве основной учебной дисциплины не предусмотрена. Каждое общеобразовательное учреждение вправе самостоятельно выбирать дополнительные общеобразовательные программы, в том числе, программу полового воспитания (просвещения).

При этом любая психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь оказывается детям на основании заявления или согласия в письменной форме их родителей (законных представителей) (ФЗ от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»). При этом, некоторые исследователи указывают на необходимость включения программы гигиенического, в том числе, сексуального (полового) воспитания в качестве учебной программы (Буланова Э.В., 2016).

В апреле 2013 г. Россия ратифицировала Конвенцию Совета Европы «О защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений». В ст. 6 «Просвещение детей» указано, что «каждая сторона принимает необходимые законодательные или иные меры, направленные на обеспечение включения в программы начального и среднего школьного образования информации для детей об опасностях, связанных с сексуальной эксплуатацией

и сексуальным насилием, а также информации о способах защиты себя, адаптированной к их развивающимся способностям. Такая информация, предоставляемая, при необходимости, во взаимодействии с родителями, дается в более широком контексте полового воспитания».

В 2012 г. при работе по половому воспитанию детей и подростков запрещено изображать и описывать действия сексуального характера детям до 16 лет (ФЗ от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»). Таким образом, проблемы формального и неформального сексуального воспитания в России полностью возложены на родителей, которые, как правило, не обладают достаточным уровнем знаний по консультированию детей по данной тематике. В связи с этим, Российское научное сексологическое общество отмечает необходимость сексуального просвещения взрослых (родителей, законных представителей) с учетом российской сексуальной культуры и требований ЮНЕСКО.

Таким образом, возникает необходимость в разработке и внедрении современных моделей профилактики ИППП среди детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, включающих работу как с детьми, так и со специалистами, принимающими участие в воспитании детей социально-уязвимых групп.

ГЛАВА 2. Материалы и методы исследования

Исследование проведено на кафедре кожных и венерических болезней (зав. кафедрой – доктор медицинских наук, доцент М.А. Уфимцева), кафедре психологии и педагогики (зав. кафедрой – кандидат психологических наук, доцент Е.В. Дьяченко) ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (ректор – доктор медицинских наук, профессор, чл. - корр. РАН О.П. Ковтун), г. Екатеринбург; на клинической базе кафедры кожных и венерических болезней ГБУЗ СО СОКВД (главный врач – кандидат медицинских наук Н.Л. Струин), г. Екатеринбург; ГКОУ СО для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, «БДД № 1» (директор – М.Н. Шабунина), г. Березовский, п. Лосиный, п. Монетный; ГКОУ СО «СУВУ ЗП» (директор – Е.В. Москвина) г. Екатеринбург; отделение медико-социальной помощи детям и подросткам поликлиники МАУ «ДГП № 13» (зав. поликлиникой – кандидат медицинских наук О.В. Марфицына) г. Екатеринбург, ГАУ «ЦСПСиД «Отрада» (директор – Н.Б. Белова), ГАУ «ЦСПСиД города Богдановича» (директор – Т.А. Лакия); ГКУ «СРЦН Верх-Исетского района города Екатеринбурга» (директор – О.В. Цветова); ГКУ «СРЦН Орджоникидзевского района города Екатеринбурга» (директор – Л.Н. Васянина).

Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом при Уральском государственном медицинском университете (протокол № 2 от 20.03.2015 г.). Лица, участвующие в исследовании, заполняли информированное согласие пациента, законного представителя (в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») на проведение исследования, диагностических и лечебных мероприятий. Каждый участник исследования получал информационный листок для пациентов, содержащий цель и структуру исследования.

Для решения **1 задачи** проведено клинико-инструментальное обследование (кросс-секционное исследование) 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в возрасте от 4 до 17 лет, из них 201 (53,2%) мальчик, 177 (46,8%) девочек. Медиана среднего возраста составила 14 лет (25%: 75% межквартильный интервал (МКИ) –11: 15). Расчет показателей заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров на 100 обследованных осуществлялся по соответствующим методикам (Медик В.А., 2003).

Для оценки степени тяжести себорейного дерматита использовался индекс SDASI. Оценка степени тяжести акне проводилась по классификации, приведенной в работе G. Plewig, A.M. Kligman. Количественная оценка степени гнездовой алопеции проводилась по индексу Severity Alopecia Tool (SALT) (Olsen E.A. et al., 2004). Использовался индекс тяжести поражения кожи при витилиго – VItiligo MAN (VIMAN) (Słowińska M. et al., 2001). Для клинической оценки тяжести ирритантного контактного дерматита использовался индекс SCORe de Reparation de l'EPiderme (SCOREPI) (Le Maître M. et al., 2013). Для клинической оценки тяжести дисгидротической экземы использовался индекс Dyshidrotic Eczema Area and Index (DASI) (Vocks E. et al., 1999), микробной экземы – индекс оценки тяжести микробной экземы (ИОТМЭ) (Соколова Т.В., 2007). Площадь поражения и тяжесть заболевания у ребенка с псориазом оценивалась с использованием индекса Psoriasis Area and Severity Index – PASI (Słowińska M. et al., 2001).

Дерматоскопическое исследование новообразований кожи проводилось с использованием дерматоскопа Heine Delta 20.

Проведено изучение выбора профиля образовательных учреждений профессионального образования, а также выбора специальностей детьми исследуемой группы.

Для сравнительного анализа показателей структуры заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей,

оказавшихся в трудной жизненной ситуации с данными, зафиксированными в медицинской документации, в рамках **2 задачи** исследования, проведен экспертный анализ 198 карт диспансеризации несовершеннолетнего (№ 030 – Д/с/у – 13), а также 99 амбулаторных карт детей исследуемой группы.

Для решения **3 задачи**, с целью изучения показателей психоэмоционального состояния и работоспособности и напряженности–фрустрированности потребностной сферы, проведено исследование анамнестических, психологических, и социологических показателей 68 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в возрасте от 11 до 17 лет. Медиана среднего возраста составила 15 лет (25%: 75% МКИ –12: 16). Вопрос о типичности или специфичности подобного проявления потребностей в подростковом возрасте решался посредством привлечения контрольной группы в качестве сравнения, в которую вошли 34 подростка, находящиеся в благополучной жизненной ситуации. Медиана среднего возраста составила 13 лет (25%: 75% МКИ –12: 13).

Использовались проективные методики психодиагностики: восьмицветовой тест М. Люшера (в модификации Л.Н. Собчик) (Собчик, Л.Н., 2001; Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И., 2000), тест восьми влечений Л. Сонди (в модификации Л.Н. Собчик – метод портретных выборов МПВ) (Собчик, Л.Н., 2003). Цветовые выборы «отражают устойчивый компонент психофизиологического состояния испытуемого и через него опосредованно психоэмоциональные особенности личности и специфику актуального психофизиологического состояния и работоспособности». Для интерпретации результатов восьмицветового теста Люшера использовалась стандартизованная шкала выраженности баллов: 1-2 балла – аутогенная норма; оптимистичный эмоциональный настрой, высокий коэффициент полезного действия (КПД), сохранность волевого самоконтроля; 3-4 балла – незначительное отклонение от аутогенной нормы, способность справляться с обязанностями в пределах средних по трудности требований, сохранность

волевых усилий для преодоления усталости, но в самочувствии длинный «шлейф» сниженной работоспособности; требуется соблюдение режимов учебной деятельности и отдыха; 5-6-7 баллов – повышенная утомляемость и отвлекаемость, высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности; преобладание тревоги, бессилия, установки на бездействие.

Цветовой тест позволил вычислить «вегетативный коэффициент» (по К. Шипоша), выраженность которого учитывалась по следующей стандартизованной шкале: 1-2 балла – истощенность, установка на бездействие; 3 балла – установка на оптимизацию расходования сил; 4-5 баллов – оптимальная мобилизация психических и физических ресурсов, установка на активное действие; 6-7 баллов – избыточное возбуждение, суетливость. Теоретической основой выступает представление том, что в тесте М. Люшера есть мобилизующие, ассоциированные с активностью цвета (красный и желтый) и цвета пассивные, ассоциированные с бездействием (синий, зеленый). Отношение к этим двум парам цветов отражает энергетическую установку, или функциональный уровень работоспособности организма (истощенность, установку на бездействие; либо избыточное возбуждение, суетливость).

С помощью теста восьми влечений Л. Сонди анализировалась напряженность – фрустрированность потребностной сферы, где h — парциальное влечение, проявляющееся в ожиданиях любви (в терминах теории Л. Сонди - сексуальные влечения); s — фактор агрессии и аутоагрессии (в терминах теории Л. Сонди - потребность к разрушению и саморазрушению); e — эпилептоидные тенденции (гнев, ревность); h_u — истерические проявления (демонстративность); k — кататонные тенденции (замкнутость, обидчивость); p — паранойяльные тенденции; d — депрессивно-меланхолические черты (грусть, тяга к занятиям чем-то необычным); m — мультилатеральность контактов, проявляющаяся в навязчивости в

отношениях (в терминах теории Л. Сонди - маниакальные проявления (повышенное настроение, поиск удовольствий в жизни).

С целью изучения уровня информированности об ИППП и методах их профилактики, проведено очное интервьюирование 176 детей исследуемой группы, в возрасте 13-17 лет с использованием адаптированной психологами анкеты опросного типа с предварительной ее апробацией для проверки содержательной валидности и надежности: в рамках пилотного исследования проанализированы результаты опроса 97 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них 69% девочек. Средний возраст составил $16,3 \pm 1,1$ года (15—17 лет) до и после обучающих семинаров. При разработке анкеты применялись элементы психометрического конструирования, в том числе, каждый раздел содержал от 3 до 7 вопросов открытого и закрытого типа, использовался принцип проекции нестандартного поведения на других лиц. Анкета содержала 24 показателя, в том числе, вопросы, касающиеся особенностей сексуального поведения, гигиенического воспитания, репродуктивного здоровья, информированности детей об ИППП и методах их профилактики, а также предпочтительных для детей источников получения информации по данным аспектам (Приложение 1).

Для оценки эффективности мероприятий по профилактике ИППП проведено проспективное когортное исследование с участием 176 детей в возрасте 13-17 лет. Дети были разделены на две группы: основную (88 чел.), прошедшую обучение на семинарах с ППС и контрольную (88 чел.), участники которой информировались в традиционной форме. Критерии включения: 1. Дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, в возрасте от 13 до 17 лет, с учетом среднего возраста начала половой активности по данным очного интервьюирования 2. Подписанное информированное согласие на участие в исследовании ребенком, законным представителем (в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ). Критерии исключения:

деменция, нарушение восприятия информации, в том числе, вследствие задержки психического развития, несоциализированное расстройство поведения.

Программы обучающих семинаров основывалась на материалах, рекомендованных ВОЗ, разработанной региональной общественной организацией «Взгляд в будущее» (г. Санкт-Петербург, 2005 г.). Тематика семинаров включала следующие разделы: «Знакомство», «Мое тело», «Инфекции, передаваемые половым путем», «ВИЧ – инфекция и СПИД». Основной задачей семинара «Знакомство» было формирование мотивации у детей в получении знаний. На семинаре «Моё тело» обсуждались вопросы гигиены и полового развития, в игровой форме психологические и поведенческие аспекты, лежащие в основе риска инфицирования ИППП (взаимоотношения в коллективе, формирование ответственности за собственное здоровье, мотивация на сотрудничество с медицинскими работниками). На семинарах «Инфекции, передаваемые половым путем» и «ВИЧ – инфекция и СПИД» разбирались основные проявления ИППП и методы их профилактики, решались ситуационные задачи, пояснялись последствия ИППП, обосновывалась необходимость здорового образа жизни.

Психолого-педагогическая адаптация методики обучения детей данной группы построена с учетом психоэмоционального статуса детей и включала следующие принципы: систематичности и последовательности в обучении (от «простого» к «сложному»); доступности информации, основанный на реальных учебных возможностях учащихся; наглядности; активности учащихся в обучении при руководящей роли преподавателя; сочетания различных форм организации обучения в зависимости от задач, содержания и методов обучения; создания необходимых условий для обучения. Семинар завершался свободной групповой дискуссией, обменом мнениями, ответами на вопросы, получением обратной связи от участников о пользе и качестве проводимой профилактической работы.



Рис. 1. Схема дизайна исследования

Образовательная программа в традиционной форме состояла из занятий по 45 минут, которые проводились с использованием слайдов и ответов на вопросы, без предварительной психологической коррекции.

На рис.1 представлена схема дизайна исследования.

Характеристика детей исследуемой выборки

В СО функционируют 78 учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. С 01.01.2016 г. Министерству социальной политики СО переданы функции и полномочия учредителя в отношении государственных казенных образовательных учреждений СО для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подведомственных Министерству общего и профессионального образования СО (Постановление Правительства Свердловской области от 26.08.2015 г. № 761-ПП).

Согласно ежегодному докладу Уполномоченного по правам ребенка в СО, по итогам деятельности в 2016 г., численность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в регионе на 01.01.2017 г., состоящих на учете в органах опеки и попечительства, составила 17 921 человек, что составляет 4,0% от 451524 детей, проживающих в СО. При этом 2 362 детей проживают в государственных стационарных учреждениях.

В соответствии с Указом Президента РФ от 28.12.2012 г. № 1688 «О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», полномочным представителем Президента РФ в Уральском федеральном округе (УФО) были даны поручения медицинским организациям разработать и реализовать методику профилактических осмотров детей данной социальной группы с целью сохранения репродуктивного здоровья, раннего выявления заразных кожных заболеваний и хронических дерматозов, в рамках которых и было проведено данное диссертационное исследование.

Проведено клинико-инструментальное обследование 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в возрасте от 4 до 17 лет, из них 201 (53,2%) мальчик, 177 (46,8%) девочек. Медиана среднего возраста составила 14 лет (25%: 75% МКИ –11: 15) (табл.1).

Таблица 1

Гендерные показатели детей исследуемой группы (n=378)

№	Возраст детей исследуемой группы	Пол детей исследуемой группы					
		Муж.		Жен.		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	4-6	20	10,0	17	9,6	37	9,6
2.	7-12	46	22,9	41	23,2	87	23,0
3.	13-17	135	67,2	119	67,2	254	67,2
4.	Всего	201	100,0	177	100,0	378	100,0

Как видно из табл. 2, 3, в исследование вошли дети, имеющие разный социальный статус.

Таблица 2

Социальный статус детей исследуемой группы (n=378)

№	Социальная категория детей	Пол детей исследуемой группы					
		Муж.		Жен.		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Дети, проживающие в семьях, их них:	30	7,9	31	8,2	61	16,1
<i>1.1.</i>	<i>– дети-сироты, проживающие с родственниками</i>	3	0,8	5	1,3	8	2,1
<i>1.2.</i>	<i>– дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, из них</i>	27	7,1	26	6,9	53	14,0
1.2.1.	– дети, оставшиеся без попечения родителей, проживающие с родственниками	13	3,4	11	2,9	24	6,3
1.2.2.	– дети, проживающие в полной семье	11	2,9	6	1,6	17	4,5
1.2.3.	– дети, проживающие в неполной семье	3	0,8	9	2,4	12	3,2
2.	Дети, проживающие в социальных учреждениях	171	45,2	146	38,6	317	83,9
<i>2.1.</i>	<i>– дети-сироты</i>	36	9,5	41	10,8	77	20,4
2.2.	в том числе, дети-сироты, проживающие в семьях	5	1,3	5	1,3	10	2,6
<i>2.3.</i>	<i>– дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, из них</i>	135	35,7	105	28,0	240	63,5
2.3.1.	– дети, оставшиеся без попечения родителей	49	13,0	85	22,5	134	35,4
2.3.2.	– дети из полной семьи	37	9,8	5	1,3	42	11,1
2.3.3.	– дети из неполной семьи	49	13,0	15	4,0	64	17,0

Таблица 3

Социальная структура детей исследуемой группы, проживающих в социальных учреждениях (n=378)

№	Социальная категория детей	Пол детей исследуемой группы					
		Муж.		Жен.		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Дети, проживающие в учреждениях временного пребывания, из них:	135	35,7	81	21,4	216	57,1
1.1.	– дети-сироты	5	1,3	5	1,3	10	2,6
1.2.	– дети, оставшиеся без попечения родителей, проживающие с родственниками	44	11,6	56	14,8	100	26,5
1.3.	– дети, проживающие в неполной семье	49	13,0	15	4,0	64	17,0
1.4.	– дети, проживающие в полной семье	37	9,8	5	1,3	42	11,1
2.	Дети, проживающие в учреждениях постоянного пребывания, из них:	36	9,5	65	17,2	101	26,7
2.1.	– дети-сироты	31	8,2	36	9,5	67	17,7
2.2.	– дети, оставшиеся без попечения родителей	5	1,3	29	7,7	34	9,0

Методы статистического анализа

Статистическая обработка производилась с использованием программ анализа данных «IBM SPSS Statistics 19» (SPSS: An IBM Company) и «Statistica 10.0» (Statsoft Inc., США).

Анализ включал построение таблиц сопряженности, оценку наличия связи между показателями. Проверка выборки на нормальность проводилась с помощью критерия χ^2 Пирсона, Шапиро-Уилка (W). Выбирались непараметрические статистические методы - для признака выборки, отличающейся от нормального распределения (критерий χ^2 , точный критерий Фишера (Fisher, s exact test) – для качественных показателей; для

количественных показателей (Т критерий Уилкоксона – для независимой обработки двух выборок, U критерий Манна-Уитни – для сравнения показателей двух независимых групп). Данные количественных показателей приведены в виде медианы и границ МКИ (25%: 75% МКИ). Для качественных признаков приведены абсолютное количество и доля с 95% доверительным интервалом (ДИ). ДИ долей рассчитывали по методу Клоппера-Пирсона. Для каждого критерия определяли уровень статистической значимости (p). Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Анкета опросного типа

Здравствуй, мы проводим исследование, посвященное профилактике половых инфекций. Просим тебя ответить на вопросы анкеты.

Наш опрос является анонимным.

Твое мнение для нас очень ценно! Заранее благодарим!

1. Нужно ли ежедневно мыть половые органы?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

2. Нужно ли ежедневно менять нижнее белье?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

3. Как ты считаешь, почему современные подростки курят и/или употребляют алкоголь?

- 1) им просто нравится
- 2) хотят выглядеть более взрослыми
- 3) хотят казаться более смелыми, показать, что не боятся взрослых
- 4) потому что взрослые запрещают
- 5) хотят расслабиться
- 6) чтобы стать своим среди других подростков
- 7) затрудняюсь ответить

4. Если ты считаешь, что современные подростки начинают заниматься сексом задолго до своего совершеннолетия, то почему?

- 1) в СМИ постоянно рекламируют секс, хочется самим попробовать
- 2) потому что влюбиться можно и до 18 лет
- 3) они хотят казаться взрослыми
- 4) потому что им запрещают этим заниматься

5. Может ли наступить беременность от одной половой связи?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

6. Опасен ли аборт для девушки?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

7. Может ли наступить беременность если сразу помыться после половой связи?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

8. Знаешь ли ты, что такое половые инфекции?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

9. Как ты думаешь, как передаются половые инфекции?

- 1) при половом контакте
- 2) при использовании чужого полотенца, мочалки
- 3) при поцелуе
- 4) при укусе насекомых
- 5) через посуду
- 6) при посещении бассейна, бани, сауны
- 7) через чиханье, кашель
- 8) затрудняюсь ответить

10. Как ты думаешь, могут ли половые инфекции протекать без каких-либо проявлений?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

11. Из каких источников ты получаешь информацию о половых инфекциях?

- 1) телевидение,
- 2) радио

- 2) книги, журналы, газеты
- 3) интернет
- 4) друзья
- 5) знакомые
- 5) медицинские работники
- 7) воспитатели

12. Возможно ты знаешь, какие способы для профилактики половых инфекций используют подростки:

- 1) пользуются презервативами
- 2) моются после половой связи
- 3) воздержание от половых связей
- 4) приём таблеток от беременности
- 5) ничего не делают
- 6) затрудняюсь ответить

13. Считаешь ли ты, что половая инфекция может пройти без лечения?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

14. Считаешь ли ты половые инфекции опасными?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

15. В чем заключается опасность половых контактов?

- 1) можно заразиться половой инфекцией
- 2) может наступить нежелательная беременность
- 3) не считаю их опасными

16. Была ли у тебя половая связь?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

17. Если да, то в каком возрасте?

- 1) до 10 лет
- 2) 10-13 лет
- 3) 13-15 лет
- 4) 15-17

18. Можешь ли ты назвать причину первого половой связи?

- 1) взаимная симпатия
- 2) чувство влюбленности

- 3) желание казаться взрослым (ой)
- 4) чувство одиночества
- 5) под действием алкоголя
- 6) затрудняюсь ответить

19. При первом половом контакте ты использовал (а) методы профилактики половых инфекций?

- 1) да, презервативы
- 2) да, мытье после связи
- 3) да, таблетки от беременности

20. Сколько всего половых партнеров у тебя было?

- 1) 1
- 2) 2
- 3) больше 2
- 4) 0

21. Обращался (лась) ли ты когда-нибудь к врачу по поводу половой инфекции?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

22. Считаешь ли ты нужной информацию о половых инфекциях?

- 1) да
- 2) нет
- 3) затрудняюсь ответить

23. Где бы ты предпочел (а) узнать информацию о половых инфекциях?

- 1) лекции
- 2) практические занятия
- 3) индивидуальные беседы
- 4) в информации не нуждаюсь

24. Как ты считаешь, к кому лучше обращаться в случае заражения половыми инфекциями?

- 1) к друзьям
- 2) к врачу
- 3) можно самому узнать, как лечиться (например, посмотреть в интернете)
- 4) к воспитателю
- 5) затрудняюсь ответить

25. Твой возраст _____

26. Пол _____

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!

Клинико-анамнестическая характеристика исследуемой выборки по данным ретроспективного исследования 198 карт диспансеризации несовершеннолетнего

Распределение детей по группам здоровья в соответствии с данными, полученными из 198 карт диспансеризации несовершеннолетнего, из них 113 (57,2%) мальчиков, 85 (42,8%) девочек, представлено в табл. 4.

Как видно из табл. 4, каждый второй ребенок исследуемой группы был отнесен ко II группе здоровья (58,4%), а также установлен высокий удельный вес детей III группы (28,2%) здоровья, превышающий в два раза среднероссийский и среднеобластной показатель детской популяции, что согласуется с данными «Государственного доклада о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации, 2015 г.». В соответствии с приведенным документом, в 2015 г. при профилактическом осмотре детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, третья (III) группа установлена у 28,5% лиц (2014 г. - 22,2%; 2013 г. - 22,9%), что в 1,9 раз выше соответствующего показателя детской популяции, составившего 13,2% (2014 г. - 12,9%; 2013 г. - 13,5%).

Таблица 4

Распределение обследуемых детей по группам здоровья (n=198)

№	Группы здоровья детей	Пол детей исследуемой группы					
		Муж.		Жен.		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	I	6	3,0	6	3,0	12	6,0
2.	II	67	33,9	50	25,5	118	58,4
3.	III	32	16,2	26	13,0	58	28,2
4.	IV	8	4,0	3	1,5	11	5,5
5.	V	0	0,0	0	0,0	0	0,0

В соответствии с Приказом Минздрава РФ от 30.12.2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей» к третьей (III) группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; детей с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста. К четвертой (IV) группе здоровья относят детей, страдающих хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; детей с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка.

Для углубленной характеристики исследуемой группы представлены данные амбулаторных карт 99 детей исследуемой выборки.

Клинико-anamнестическая характеристика исследуемой выборки по данным ретроспективного исследования амбулаторных карт 99 детей

Среди 99 детей в возрасте от 7 до 17 лет, было 56 (56,5%) мальчиков, 43 (43,5%) девочек. Медиана среднего возраста обследуемых составила 14 (25%: 75% МКИ –12: 14). Как видно из табл. 5, в данной выборке представлены дети различных социальных групп.

Таблица 5

Социальный статус обследуемых детей (n=99)

№	Социальная категория	Пол детей исследуемой группы					
		Муж.		Жен.		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Дети, проживающие в семьях, из них	8	2,1	7	1,9	15	4,0
	дети-сироты, проживающие в семьях	1	0,3	2	0,5	3	0,8
1.1.	– дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, из них	7	1,9	5	1,3	12	3,2
1.1.1.	– дети, оставшиеся без попечения, проживающие с родственниками	4	1,1	2	0,5	6	1,6
1.1.2.	– дети, проживающие в полной семье	2	0,5	2	0,5	4	1,1
1.1.3.	– дети, проживающие в неполной семье	1	0,3	1	0,3	2	0,5
2.	Дети, проживающие в социальных учреждениях	48	12,7	35	9,3	83	22,0
2.1.	– дети-сироты	8	2,1	10	2,6	18	4,8
	– дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, из них	40	10,6	25	6,6	65	17,2
2.2.	– дети, оставшиеся без попечения	13	3,4	21	5,6	34	9,0
2.2.1.	– дети из полной семьи	12	3,2	1	0,3	13	3,4
2.2.2.	– дети из неполной семьи	15	4,0	3	0,8	18	4,8

Согласно Постановлению Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих», к перечню социально-значимых заболеваний и перечню заболеваний, представляющих опасность для окружающих относятся: болезнь, вызванная вирусом

иммунодефицита человека, вирусные гепатиты В и С, инфекции, передаваемые половым путем, туберкулез. Удельный вес социально-значимых заболеваний родителей, а также патологии беременности матерей детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, по данным записей в амбулаторных картах, представлена в табл. 6.

Таблица 6

Социально значимые заболевания родителей детей
исследуемой группы (n=99)

№	Показатель	Родители детей исследуемой группы	
		Абс.	%*
1.	Социально-значимые заболевания, из них	35	35,4
1.1.	ВИЧ-инфекция	7	7,1
1.2.	Гепатит В	4	4,0
1.3.	Гепатит С	11	11,1
1.4.	Туберкулез	3	3,0
1.5.	Сифилис	3	3,0
1.6.	Другие ИППП	7	7,1

Примечание.

*общее количество наблюдений превышает 100% из-за наличия нескольких патологических состояний у одного человека

Согласно данным амбулаторных карт родители 35 (35,4%) детей страдали социальными заболеваниями.

Во время беременности у 10 (10,1%) женщин диагностировали ИППП, из них сифилис – у 3 (3,0%), другие ИППП, в том числе, урогенитальный трихомониаз, урогенитальный хламидиоз, инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium* зарегистрированы еще у 7 (7,1%) матерей (табл. 7).

Вредные привычки зафиксированы у 31 (31,3%) матерей детей исследуемой группы, из них, никотиновая зависимость у 29 (29,3%), наркотическая зависимость - у 2 (2,0%).

Патология беременности и родов матерей детей
исследуемой группы (n=99)

№	Показатель	Матери детей исследуемой группы	
		Абс.	%*
1.	Патология беременности	58	58,6
2.	Преэклампсия	51	51,5
3.	Хроническая фетоплацентарная недостаточность	5	5,1
4.	Угроза невынашивания	57	57,6
5.	Инфекции, передаваемые половым путем	10	10,1
6.	Синдром задержки развития плода	43	43,4
7.	Преждевременные роды	26	26,3
8.	Беременность протекала без особенностей	41	41,4

Примечание.

*общее количество наблюдений превышает 100% из-за наличия нескольких патологических состояний у одного человека

Перинатальное поражение центральной нервной системы, преимущественно гипоксически-ишемического и смешанного типа установлено у 71 (71,7%) детей при рождении, в том числе, натальная травма шейного отдела позвоночника - у 6 (6,1%) лиц.

Наблюдались у невролога – 7 (7,1%) детей с диагнозом «резидуальная органическая церебральная недостаточность».

Вегетососудистая дистония по гипотоническому и смешанному типу зарегистрирована у 18 (18,1%) детей, ночной энурез – у 5 (5,1%) мальчиков.

Активный туберкулез в анамнезе установлен у 2 детей, по одному случаю хронического вирусного гепатита С, ВИЧ-инфекции, сифилиса скрытого раннего, у 2 детей зарегистрирован хронический вирусный гепатит В, у одного ребенка выявлен HbsAg.

Распределение детей по группам здоровья, уровню физического развития и степени его гармоничности представлены в табл. 8.

Таблица 8

Распределение детей по группам здоровья (n=99)

№	Группы здоровья детей	Пол детей исследуемой группы					
		Муж.		Жен.		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	I	2	2,5	2	2,0	4	4,5
2.	II	34	33,9	27	27,0	60	60,9
3.	III	16	16,2	13	13,0	29	29,2
4.	IV	4	4,0	1	1,5	5	5,5
5.	V	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Каждый второй ребенок по уровню физического развития и степени его гармоничности имел показатель «среднее гармоничное».

Выделение в группу детей с отклонениями в физическом развитии (дисгармоничных, особенно резко дисгармоничных) обусловлено наличием соматической патологии (табл. 9)

Таблица 9

Распределение детей по уровню физического развития и степени его гармоничности (n=99)

№	Физическое развитие по центильным таблицам	Пол детей исследуемой группы					
		Муж.		Жен.		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Нижесреднее гармоничное	11	11,1	8	8,1	19	19,2
2.	Нижесреднее дисгармоничное	7	7,1	7	7,1	14	14,2
3.	Среднее гармоничное	31	31,1	24	24,1	55	55,2
4.	Среднее дисгармоничное	4	4,1	2	2,1	6	6,2
5.	Вышесреднее гармоничное	3	3,1	2	2,1	5	5,2

Среди 99 детей исследуемой группы на диспансерном учете у психиатра с диагнозом «социализированное расстройство поведения» наблюдалось 18

(18,2%) детей, еще у 5 (5,1%) – «несоциализированное расстройство поведения».

Таблица 10

Вредные привычки детей исследуемой группы (n=99)

№	Вредные привычки	Пол детей исследуемой группы					
		Муж.		Жен.		Всего	
		Абс.	% *	Абс.	% *	Абс.	% *
1.	Вредные привычки, из них	35	35,4	17	17,2	52	52,5
1.1.	– курение	35	35,4	12	12,1	47	47,5
1.2.	– алкоголь	25	25,3	5	5,1	30	30,3
1.3.	– курительные смеси	4	4,0	-	-	4	4,0
1.4.	– токсикомания	17	17,2	-	-	17	17,2

Примечание.

*общее количество наблюдений превышает 100% из-за наличия нескольких патологических состояний у одного человека

Категория «социализированное расстройство поведения» включает стойкое диссоциальное или агрессивное поведение (не ограничивающееся оппозиционным, вызывающим, брутальным поведением) и возникающее у детей, обычно хорошо интегрированных в группе сверстников.

Категория «несоциализированное расстройство поведения» характеризуется сочетанием устойчивого диссоциального или агрессивного поведения со значительно выраженными аномалиями во взаимоотношениях индивида с другими детьми.

Обращает внимание высокий удельный вес детей, имеющих вредные привычки – 52 (52,5%), в том числе, вдыхание толуолсодержащих веществ, бытовых инсектицидов, бензина, психоактивных веществ зарегистрирована у 17 (17,2%) детей (табл. 10).

Нозологическая структура соматической патологии обследуемых детей представлена в табл. 11. Преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта – у 78 (78,8%) детей. Множественный кариес выявлен у 39 (39,9%)

детей. Второе, третье и четвертое место в рейтинге заболеваний пришлось на патологию нервной системы, органов дыхания, мочеполовой системы.

Среди заболеваний мочеполовой системы преобладал хронический пиелонефрит, установленный у 25,0% девочек и 12,3% мальчиков.

Нарушение менструального цикла (дис/аменорея) зафиксирована в медицинских картах 37,5% девочек.

У 15,0% мальчиков зарегистрированы фимоз и гидроцеле, у 5,0% лиц – варикоцеле и гидроцеле.

Таблица 11

Структура соматической патологии детей исследуемой группы (n=99)

№	Класс болезней по МКБ-10	Пол детей исследуемой группы					
		Муж.		Жен.		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Класс XI. Болезни органов пищеварения	55	55,6	23	23,2	78	78,8
2.	Класс VI. Болезни нервной системы	46	46,5	19	19,2	65	65,7
3.	Класс X. Болезни органов дыхания	33	33,3	10	10,1	43	43,4
4.	Класс XIV. Болезни мочеполовой системы	22	22,2	8	8,1	30	30,3
5.	Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14	14,1	7	7,1	21	21,2
6.	Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ	10	10,1	4	4,0	14	14,1
7.	Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	6	6,1	2	2,0	8	8,1

Примечание. * - общее количество наблюдений превышает 100% из-за наличия нескольких патологических состояний у одного человека

Таким образом, исследуемая группа представлена детьми-сиротами и детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, различных социальных

групп, включающих детей, проживающих в семьях, в том числе, детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, детей, проживающих в неблагополучных семьях, находящихся на учете в органах социальной защиты (учет в городском банке данных СОП-социально опасное положение), а также детей, проживающих в социальных учреждениях. Патология беременности установлена у матерей каждого второго ребенка обследуемой группы. Родители каждого третьего ребенка (35,4%) страдали социальными инфекциями. Установлено, что обследованные дети были отнесены ко II группе здоровья (60,9%), а также установлен высокий удельный вес детей III группы (29,2%) здоровья, превышающий в два раза среднероссийский и среднеобластной показатель детской популяции. Вредные привычки зафиксированы у каждого второго ребенка обследуемой группы (у 52,5% детей). В структуре соматической патологии у обследованных детей ведущие рейтинговые места занимали заболевания органов пищеварения (78,8%), нервной (65,7%), дыхательной (43,4%) систем.

ГЛАВА 3. Заболевания кожи у детей сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации: уровень и структура заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров, социальная значимость, экспертная оценка первичной медицинской документации

3.1. Уровень и структура заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации

При клинико-инструментальном обследовании 378 детей заболевания кожи выявлены у 283 (74,9%) детей, из них у **168 (83,6%) мальчиков** и у **115 (64,9%) девочек**. Установлено, что если в группе 4–6 лет уровень заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров составил 43,2% на 100 обследованных, то в возрасте 7-12 лет достиг 86,2%. Такая же тенденция прослеживается и по показателю заболеваемости по данным медицинских осмотров хроническими дерматозами: установлен рост показателя в 2,0 раза с 32,4% до 69,0% (табл. 12).

Таблица 12

Заболеваемость дерматозами по данным медицинских осмотров детей в различных возрастных группах (на 100 обследованных)

№	Показатель	Заболеваемость дерматозами по возрастным группам, %			Всего, %
		Возраст детей (годы)			
		4-6	7-12	13-17	
1.	Заболеваемость дерматозами по данным медицинских осмотров	43,2	86,2	77,6	74,9
2.	Заболеваемость хроническими дерматозами по данным медицинских осмотров	32,4	69,0	49,2	52,1
3.	Моментная пораженность кожи и подкожной клетчатки	29,7	63,2	45,2	47,9
4.	Моментная пораженность хроническими дерматозами	21,6	34,5	35,0	33,6

По данным медицинских осмотров в структуре заболеваемости класса «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (L00-L99) у детей всех возрастных групп первое ранговое место приходится на заболевания блока «Дерматит и экзема» (L20-L30); на втором месте у детей возрастных групп 0-6 лет и 7-12 лет – заболевания блока «Инфекции кожи и подкожной клетчатки» (L00-L08), 13-17 лет - «Болезни придатков кожи» (L60-L75) (табл. 13).

Хронические дерматозы зарегистрированы у 197 (52,1%) обследуемых, из них 127 (63,2%) мальчиков, 70 (39,5%) девочек, наиболее часто регистрировался себорейный дерматит – у 143 (37,8%).

Таблица 13

Структура заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров по анализируемым классам заболеваний МКБ-Х
(на 100 обследованных)

№	Нозология по МКБ-10	Заболеваемость дерматозами по возрастным группам, %			Всего, % (n=378)
		Возраст детей (годы)			
		4-6 (n=37)	7-12 (n=87)	13-17 (n=254)	
1.	Дерматит и экзема (L20-L30)	32,4	56,3	59,8	56,4
2.	Болезни придатков кожи (L60-L75)	0,0	17,2	32,7	25,9
3.	Инфекции кожи и подкожной клетчатки (L00-L08)	16,2	32,2	17,7	20,9
4.	Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек (B00-B09)	5,4	13,8	5,1	7,1
5.	Другие болезни кожи и подкожной клетчатки (L11, L60-L75, L80-L99)	0,0	8,0	5,1	5,3
6.	Другие поверхностные микозы (B36)	0,0	1,2	4,7	3,4
7.	Папулосквамозные нарушения (L40-L45)	0,0	1,2	2,0	1,6
8.	Другие врожденные аномалии [пороки развития] (Q80-Q89)	0,0	1,2	0,0	0,3

У каждого пятого ребенка (57 чел., 15,1%) обследуемой группы наблюдались пиодермии, преимущественно поверхностные формы.

Поверхностные стрептодермии (импетиго стрептококковое, щелевое импетиго, сухая стрептодермия, паронихия) диагностированы у 5 (1,3%) детей в возрасте 4-6 лет, у 18 (4,8%) в возрасте 7-12 лет. У трех детей в возрасте 7-12 лет установлены стрептостафилодермии (поверхностное импетиго вульгарное). В возрасте 13-17 лет поверхностные стрептодермии наблюдались у 28 (7,4%) детей, у 12 (3,2%) подростков данной группы поверхностные стафилодермии (остиофолликулиты, фолликулиты). У 3 (0,8%) детей пиодермии являлись осложнением экземы.

Ладонно-подошвенные бородавки выявлены у 19 (5,0%) детей, у 8 (2,1%) обследованных в возрасте 7-12 и 13-17 лет диагностирован лабиальный герпес.

Разноцветный лишай обнаружен у 12 (3,2%) детей, преимущественно у детей в возрасте от 13 до 17 лет, из них у 7 (3,1%) мальчиков.

Данные по заболеваемости дерматозами согласуются с результатами исследователей (табл. 14). Так при диспансеризации детей социально-уязвимых групп заболевания кожи выявляются в диапазоне от 0,3% до 21,0% на 100 обследованных, однако в проспективных исследованиях варьируют от 35,0% до 97,3% на 100 обследованных (Малярчук А.П. и др., 2011; Волкова Е.Н. и др., 2011; Коробейникова Э.А. и др., 2013; Аминов А.С. и др., 2013; Давыдова И.О., 2014; Санакоева Э.Г., 2014; Калиниченко О.В., 2015).

Показатели заболеваемости дерматозами по данным диспансеризации
и медицинских осмотров

№	Категория детей	Число обследованных детей	Доля больных дерматозам и детей, %	Тип исследования	Авторы	Год
В рамках диспансеризации						
1.	Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей	8126	0,3	Ретроспективное кросс- секционное	Рожавский Л.А.	2009
2.	Дети, оставшиеся без попечения родителей	133	21,0	Проспективное когортное	Аминов А.С. и др	2013
3.	Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей	386	0,1	Ретроспективное кросс- секционное	Давыдова И.О.	2014
4.	Дети, оставшиеся без попечения родителей	600	0,6	Ретроспективное кросс- секционное	Калиниченко О.В.	2015
5.	Детское население	100 779	2,0	Ретроспективное кросс- секционное	Сабанов В.И. и др.	2016
В рамках исследований						
1.	Дети, проживающие в Доме ребенка	48	35,0	Проспективное кросс- секционное	Киселева А.В. и др.	2010
2.	Дети школы-интерната	145	51,8	Проспективное кросс- секционное	Малярчук А.П. и др.	2011
3.	Дети, в ЦНИИТ РАМН, ТКБ № 7	69	61,8	Проспективное кросс- секционное	Волкова Е.Н. и др.	2011
4.	Дети, на лечении в БУЗ «Центр СПИД МЗ УР»	44	86,0	Ретроспективное кросс- секционное	Коробейникова Э.А. и др.	2013
5.	Дети школы-интерната	113	97,3	Проспективное когортное	Санакоева Э.Г.	2014
	Учащиеся старших классов СОШ	94	60,0			
	Курсанты военного учебного центра	439	48,0			

У 140 (37,0%) обследуемых выявлены два и более дерматоза. Себорейный дерматит был установлен у 54 (14,3%) детей с акне, у 3 детей с атопическим дерматитом, у двух - с экземой, у одного - с вульгарным ихтиозом. Среди детей с атопическим дерматитом у 5 (1,3%) диагностирован акне, у двух – микробная экзема(табл. 15).

Таблица 15

Нозологическая структура заболеваний кожи у детей исследуемой группы

№	Нозология	Степень тяжести дерматоза*			Всего** Абс./%
		Легкая Абс./%	Средняя Абс./%	Тяжелая Абс./%	
1. Инфекционные дерматозы					92/27,3
1.1.	Пиодермии	47/12,4	10/2,6	0/0,0	57/15,1
1.1.1.	Стрептодермии	42/13,5	0/0,0	0/0,0	42/13,5
1.1.2.	Стафилодермии	5/1,3	7/1,9	0/0,0	12/3,2
1.1.3.	Стрептостафилодермии	0/0,0	3/0,8	0/0,0	3/0,8
1.2.	Вирусные дерматозы	22/5,8	5/1,3	0/0,0	27/7,1
1.2.1.	Лабиаальный герпес	5/1,3	3/0,8	0/0,0	8/8,1
1.2.2.	Вирусные бородавки	18/4,8	1/0,3	0/0,0	19/5,0
1.3.	Кератомикозы	10/2,6	2/0,5	0/0,0	12/3,2
1.3.1.	Отрубевидный лишай	10/2,6	3/0,8	0/0,0	13/3,4
2. Неинфекционные дерматозы					240/63,5
2.1.	Себорейный дерматит	112/29,6	27/7,1	4/1,1	143/37,8
2.2.	Акне	68/18,0	22/5,8	5/1,3	95/25,1
2.3.	Аллергодерматозы	60/15,9	1/0,3	7/1,9	68/18,0
2.3.1.	Атопический дерматит	15/4,0	1/0,3	3/0,8	19/5,0
2.3.2.	Ограниченный нейродермит	1/0,3	0/0,0	0/0,0	1/0,3
2.3.3.	Экзема	4/1,1	1/0,3	5/1,3	10/2,6
2.3.4.	Контактный дерматит	37/9,8	1/0,3	0/0,0	38/10,1
2.4.	Другие дерматозы	19/5,0	13/3,4	0/0,0	32/8,5
Всего детей с дерматозами		283 (74,9%)			

Примечание. *для оценки степени тяжести дерматозов использовались соответствующие индексы: SDASI, SALT, VIMAN, SCOREPI, DASI, ИОТМЭ, PASI. **общее количество наблюдений превышает 100,0% из-за наличия нескольких патологических состояний у одного ребенка.

Установлено, что большинство (51,6%) кожных заболеваний протекало малосимптомно, дети и их законные представители не обращались за медицинской помощью.

Тяжелые формы дерматозов наблюдались у 18 (4,8%) детей, восемь из них получали лечение у врача-дерматовенеролога, о чем свидетельствуют данные первичной медицинской документации (табл. 15, 16).

В таблице 16 представлены данные по основному заболеванию.

Таблица 16

Степень тяжести заболеваний кожи у детей исследуемой группы

№	Нозология	Степень тяжести дерматоза*			Всего Абс./%
		Легкая Абс./%	Средняя Абс./%	Тяжелая Абс./%	
1. Инфекционные дерматозы					86/22,8
1.1.	Пиодермии	47/12,4	10/2,6	0/0,0	57/15,1
1.1.1.	Стрептодермии	42/13,5	0/0,0	0/0,0	42/13,5
1.1.2.	Стафилодермии	5/1,3	7/1,9	0/0,0	12/3,2
1.1.3.	Стрептостафилодермии	0/0,0	3/0,8	0/0,0	3/0,8
1.2.	Вирусные дерматозы	14/3,7	6/1,6	0/0,0	20/5,3
1.2.1.	Лабиаальный герпес	5/1,3	3/0,8	0/0,0	8/2,1
1.2.2.	Вирусные бородавки	9/2,4	3/0,8	0/0,0	12/3,2
1.3.	Кератомикозы	8/2,1	1/0,3	0/0,0	9/2,4
1.3.1.	Отрубевидный лишай	8/2,1	1/0,3	0/0,0	9/2,4
2. Неинфекционные дерматозы					197/52,1
2.1.	Себорейный дерматит	44/11,6	5/1,3	0/0,0	49/13,0
2.2.	Акне	68/18,0	22/5,8	5/1,3	95/25,1
2.3.	Аллергодерматозы	27/7,1	2/0,5	8/2,1	37/9,8
2.3.1.	Атопический дерматит	15/4,0	1/0,3	3/0,8	19/5,0
2.3.2.	Ограниченный нейродермит	1/0,3	0/0,0	0/0,0	1/0,3
2.3.3.	Экзема	4/1,1	1/0,3	5/1,3	10/2,6
2.3.4.	Контактный дерматит	7/1,9	0/0,0	0/0,0	7/1,9
2.4.	Другие дерматозы	11/2,9	5/1,3	0/0,0	16/4,2
Всего детей с дерматозами					283/74,9

Примечание. *для оценки степени тяжести дерматозов использовались

соответствующие индексы: SDASI, SALT, VIMAN, SCOREPI, DASI, ИОТМЭ, PASI.

Особенностью клинического течения себорейного дерматита и акне у обследованных детей было преобладание легкой и средней степени тяжести дерматоза. Себорейный дерматит сопровождался поражением кожи волосистой части головы, лица, ушных раковин. Легкая степень тяжести себорейного дерматита волосистой части головы установлена у 112 (29,6%) подростков, была представлена перхотью, легкой эритемой. Средняя степень тяжести себорейного дерматита также встречалась преимущественно у подростков (у 23 человек, 6,1%), клинически проявлялась четко отграниченными бляшками, сливающимися и занимающими большую площадь с распространением на кожу лба. Себорейный дерматит лица встречался у 5 (1,3%) лиц в возрасте 13-17 лет, сопровождался поражением области крыльев носа, лба, носогубных складок, надпереносья, бровей без вовлечения волосистой части головы. Кожа в области поражения имела желтовато-красный оттенок, высыпания были представлены очагами эритемы округлой формы, легкой инфильтрацией и шелушением. Необходимо отметить, что у 4 (1,1%) детей в возрасте 13 лет наблюдался себорейный дерматит тяжелой степени тяжести, представленный сливающимися бляшками, с распространением на кожу лба, у одного из них процесс сопровождался мокнущем.

Для клинической оценки тяжести себорейного дерматита использовался индекс тяжести себорейного дерматита (SDASI) (табл. 17).

Таблица 17

Степень тяжести себорейного дерматита у детей исследуемой группы (SDASI) (n=143)

№	Степень тяжести Себорейного дерматита (SDASI)	Число детей Абс./%
1.	Легкая (SDASI от 0 до 12)	112/29,6
2.	Средняя (SDASI от 13 до 24)	27/7,1
3.	Тяжелая (SDASI от 25 до 36)	4/1,1

Акне легкой степени тяжести установлено у 68 (18,0%) детей, из них в возрасте 7- 12 лет у 8 (2,1%), в возрасте 13-17 лет - у 60 (15,9%), сопровождался преобладанием открытых и закрытых комедонов, единичных папулезных и пустулезных элементов. Акне средней степени тяжести диагностированы у 22 (5,8%) детей, из них в возрасте 13-17 лет - у 19 (5,0%), было представлено множественными папулами и пустулами на эритематозном фоне. Множественные комедоны, папулезные и пустулезные элементы, единичные узлы отмечались у 5 (1,3%) детей с акне тяжелой степени тяжести; у трех детей процесс сопровождался себорейным дерматитом тяжелой степени тяжести с поражением волосистой части головы. Оценка степени тяжести акне проводилась по классификации, приведенной в работе G. Plewig, A.M. Kligman (табл. 18).

Таблица 18

Степень тяжести акне у детей исследуемой группы
(G. Plewig, A.M. Kligman) (n=95)

№	Форма акне	Степень тяжести	Число детей Абс./%
1.	Комедоновое акне	I степень (количество комедонов менее 10)	10/2,1
		II степень (10-25 комедонов)	3/0,8
		III степень (26-50 комедонов)	30/7,9
		IV степень (количество комедонов свыше 50)	25/6,6
2.	Папулопустулезное акне	I степень (количество папулопустул менее 10)	2/0,3
		II степень (10-20 папулопустул)	9/2,4
		III степень (21-30 папулопустул)	9/2,9
		IV степень (количество папулопустул свыше 30)	2/0,3
3.	Узловатокистозное акне	Тяжелая степень	5/1,3

Для клинической оценки тяжести дисгидротической экземы использовался индекс Dyshidrotic Eczema Area and Index (DASI) (Vocks E. et

al., 1999), микробной экземы – индекс оценки тяжести микробной экземы (ИОТМЭ) (Соколова Т.В., 2007) (табл.19).

Таблица 19

Степень тяжести экземы у детей исследуемой группы (n=10)			
№	Клинические формы экземы	Степень тяжести	Число детей Абс./%
1.	Дисгидротическая экзема (DASI)	Слабая (DASI от 0 до 15)	1/0,3
		Умеренная (DASI от 16 до 30)	1/0,3
		Тяжелая (DASI от 31 до 60)	5/0
2.	Микробная экзема (ИОТМЭ)	Легкая (до 15 баллов)	3/1,1
		Средняя (16-25 баллов)	0/0,0
		Тяжелая (более 25 баллов)	0/0,0

Медиана индекса тяжести поражения кожи при ирритантном контактном дерматите (SCOREPI) составила 7 (25%:75% МКИ –3:8).

При оценки степени гнездной алопеции у детей (S1B0No) показатель SALT составил 0,72%, 0,9%, 5,62%.

При оценки индекса тяжести поражения кожи при витилиго у ребенка показатель VIMAN составил 630 баллов.

Индекс площади и тяжести псориазных поражений (PASI) у ребенка составил 8.

Фолликулярный кератоз зарегистрирован у 16 (4,2%) детей, у 8 (2,1%) из них в возрасте 7-12 лет, у 8 (2,1%) в возрасте 13-17 лет.

Неспецифические синдромы, такие как, ксероз кожи, наблюдались у 106 (28,0%) детей обследуемой группы, рубцы кожи, преимущественно, на конечностях, возникшие как при самостоятельном удалении татуажа, так и при повреждениях, коморбидных с патологией депрессивного спектра и тревожными расстройствами, выявлены у 48 (12,7%) детей.

Диспластические невусы диагностированы у 13 (3,4%) детей.

Необходимо отметить, что впервые при обследовании у 127 (33,6%) детей были установлены хронические дерматозы, из них акне – у 67 (17,7%)

обследованных, себорейный дерматит – у 112 (29,6%), по одному случаю ограниченного нейродермита и трихотиломании.

Как видно из табл. 20, дети с заболеваниями кожи нуждались как в первичной медико-санитарной специализированной помощи (192 ребенка, 67,8%), оказываемой врачом-дерматовенерологом, так и первичной медико-санитарной помощи (86 детей, 30,4%), осуществляемой врачом-педиатром. Каждому второму ребенку с дерматозами требовалась повторная медицинская помощь врача-педиатра после установления диагноза и рекомендации врача-дерматовенеролога.

Таблица 20

Виды медицинской помощи, в которых нуждались дети с дерматозами

№	Вид медицинской помощи	Число детей, нуждающихся в медицинской помощи	
		Абс.	%
1.	Первичная медико-санитарная помощь	60	21,2
2.	Первичная специализированная помощь в амбулаторных условиях	167	59,0
3.	Первичная специализированная помощь в условиях дневного стационара	25	8,8
4.	Специализированная медицинская помощь	5	1,8
5.	Первичная медико-санитарная помощь (после консультации врача-дерматовенеролога)	186	65,7

Кроме того, обследование, лечение, дальнейшее диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога было показано 134 (35,4%) детям с хроническими дерматозами, такими как акне, экзема, ограниченный нейродермит, атопический дерматит, ихтиоз, алопеция, псориаз, витилиго.

В соответствии с нормативными документами, диспансерное наблюдение больных детей в стратегическом планировании профилактики болезней

является приоритетной задачей. Эффективность проводимых мероприятий значительно выше на ранних этапах болезни. Диспансерное наблюдение позволяет организовать меры по вторичной профилактике, направленные на снижение частоты обострений, осложнений хронических дерматозов.

Хроническое течение болезни может приводить к существенным ограничениям в физических, эмоциональных и социальных аспектах жизни подростка, влиять на профессиональную карьеру.

Установлено, что заболевания кожи, которые могут потребовать решение вопроса о профессиональной ориентации в дальнейшем, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н, выявлены у **каждого восьмого подростка (у 45 человек, 11,8%)**, а именно, псориаз, экзема, ограниченный нейродермит, атопический дерматит, контактный дерматит. Необходимо отметить, что 42 (93,3%) из них планировали получать среднее специальное образование, в том числе 33 (73,3%) респондентов по специальностям, имеющих медицинские противопоказания по кожным заболеваниям к допуску к определенным работам (рис. 2).

Поэтому является актуальным своевременное выявление детей, больных хроническими дерматозами и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий.

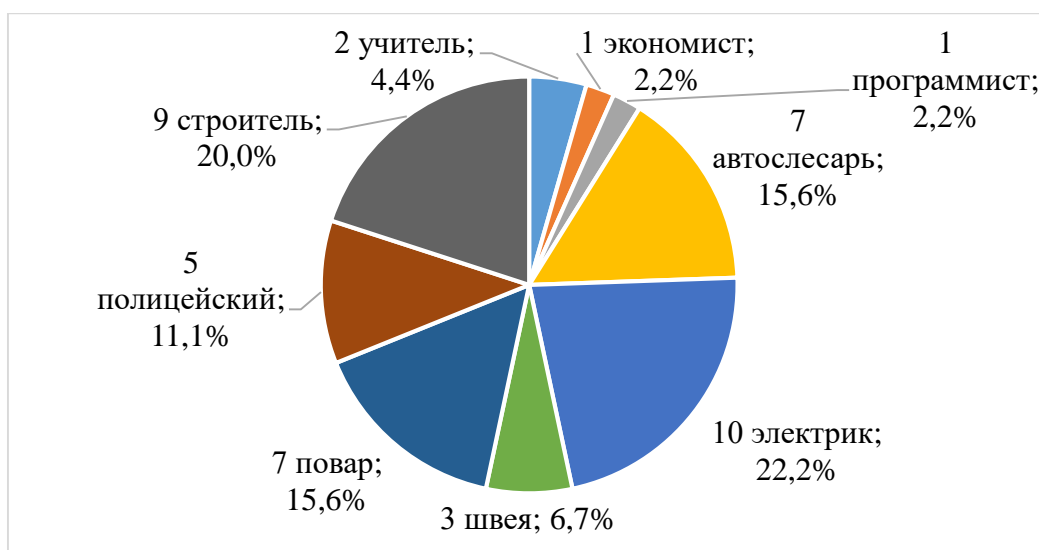


Рис. 2. Планируемые профессии детей с хроническими дерматозами, входящими в перечень медицинских противопоказаний к допуску к работам (n=45)

Следующим этапом исследования явилось изучение структуры заболеваний кожи, ограничивающих годность к военной службе детей данной социальной группы. Своевременное выявление нарушений здоровья на этапе первоначальной постановки на воинский учет являются объективными критериями эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий для снятия ограничения и подготовки юношей к призыву на военную службу.

При обследовании 201 мальчика у 47 (23,4%) из них зарегистрированы дерматозы, входящие в перечень заболеваний, определяющий категории годности к военной службе (табл. 21).

Таблица 21

Заболевания кожи у лиц мужского пола, требующие решения вопроса о годности к военной службе (n=47)

№	Нозология	Возраст обследованных мальчиков (годы)		Всего *
		7-12	13-17	
1.	Атопический дерматит	6/3,0	5/2,5	11/5,5
2.	Экзема	3/1,5	5/2,5	8/4,0
3.	Акне	4/2,0	15/7,5	19/9,5
4.	Другие дерматозы, из них:	9/4,5	5/2,5	14/7,0
4.1.	Кератоз фолликулярный	3/1,5	4/2,0	7/3,5
4.2.	Гнездная алопеция	1/0,5	2/0,9	3/1,5
4.3.	Вульгарный ихтиоз	1/0,5	0/0,0	1/0,5
4.4.	Псориаз	1/0,5	0/0,0	1/0,5
4.5.	Ограниченный нейродермит	0/0,0	1/0,5	1/0,5
4.6.	Витилиго	1/0,5	0/0,0	1/0,5

Примечание.

* общее количество наблюдений превышает 100% из-за наличия нескольких патологических состояний у одного человека

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 (ред. от 30.03.2017 г.) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» существуют следующие категории годности к военной службе: А - годен к военной службе; Б - годен к военной службе с незначительными ограничениями; В - ограниченно годен к военной службе; Г - временно не

годен к военной службе; Д - не годен к военной службе. ИНД - категория годности к военной службе определяется индивидуально; А-2, Б-2 (3, 4) - показатель предназначения для прохождения военной службы.

Необходимо отметить, что решение вопроса о годности лица к военной службе принимается на основании как клинической формы заболевания, так и течения дерматоза, включающего число обострений в год за последние 3-5 лет. Это обуславливает важность регистрации характера течения хронических дерматозов в первичной медицинской документации ребенка.

Так к часто рецидивирующим формам экземы, красного плоского лишая или других хронических дерматозов относятся случаи их обострения не менее 2 раз в год за последние 3 года.

Атопический дерматит диагностирован у 11 (5,5%) обследованных. Категория годности пациентов с атопическим дерматитом варьирует от «Д» - не годен к военной службе, до отсутствия ограничений к военной службе. Больные атопическим дерматитом с распространенной лихенификацией кожного покрова относятся к категории годности «Д». Под распространенной лихенификацией при атопическом дерматите понимается поражение кожи лица, локтевых и подколенных ямок, а также тотальное поражение. Среди мальчиков, больных атопическим дерматитом, у 7 (3,1%) детей наблюдалась очаговая лихенификация кожного покрова, еще у 4 (1,8%) обследуемых отмечено поражение кожи лица, локтевых и подколенных ямок.

Лица с атопическим дерматитом с очаговой лихенификацией кожного покрова годны к военной службе с незначительными ограничениями (категория «В»). В Постановлении Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 указано, что наличие атопического дерматита (экссудативного диатеза, детской экземы, нейродермита) в анамнезе при отсутствии рецидива в течение последних 5 лет, не препятствует прохождению военной службы и поступлению в военно-учебные заведения.

Хроническая экзема диагностирована у 8 (4,0%) детей, характеризовалась поражением кожи кистей и стоп легкой и средней степени

тяжести, сезонными обострениями, у 3 (1,5%) детей в возрасте 13-17 лет на момент осмотра экзема кистей и стоп была осложнена вторичной пиодермией.

Распространенный вульгарный (обыкновенный), бляшечный псориаз, с площадью поражения 17,0%, в стационарной стадии установлен у одного ребенка в возрасте 8 лет, был представлен крупными бляшками розово-красного цвета с четкими границами, покрытых серебристо-белыми чешуйками, с преимущественной локализацией на разгибательной поверхности локтевых, коленных суставов, области крестца.

Трудно поддающиеся лечению распространенные формы хронической экземы, псориаза определяют категорию годности «Д». Под распространенной формой **псориаза** понимается наличие множественных (3 и более) бляшек на коже различных анатомических областей. Клиническими критериями "трудно поддающегося лечению псориаза" являются: неоднократное лечение в стационарных условиях в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь по профилю "дерматовенерология", не реже 1 раза в 6 месяцев не менее 3 лет подряд; неэффективность общей иммуносупрессивной терапии.

Ограниченные и редкоревидивирующие формы экземы определяют категорию годности «В». Ограниченные формы экземы в стойкой ремиссии «Б-3».

Акне выявлено у 19 (9,5%) мальчиков, из них средней степени тяжести у 15 (7,5%), тяжелые формы у 4 (2,0%). В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 множественные конглобатные угри определяют категорию годности «В» - ограниченно годен к военной службе.

Гнездная алопеция установлена у трех детей в возрасте 11, 15 и 16 лет, у двух представлена единичным очагом, у одного – 3 очагами облысения до 2 см в диаметре. Распространенные и тотальные формы гнездной алопеции определяют категорию годности «В». Под распространенной формой гнездной алопеции понимается наличие множественных (3 и более) очагов облысения диаметром не менее 10 см каждый, а при слиянии плешин -

отсутствие роста волос на площади свыше 50 процентов волосистой части головы. Ограниченные формы гнездовой алопеции не препятствуют прохождению военной службы (категория «Б-3»).

Витилиго распространенное диагностировано у одного ребенка, представлено депигментированными пятнами молочно-белого цвета, разной формы и величины, имеющими четкие границы (рис. 3). Распространенные и тотальные формы витилиго определяют категорию «В». Под распространенной формой витилиго понимается наличие множественных (3 и более) депигментированных пятен на коже различных анатомических областей поперечными размерами не менее 10 см каждое. К пункту «г» также относятся очаги витилиго на лице (2 и более) в диаметре не менее 3 см каждый.



Рис. 3. Распространенное витилиго у ребенка 10 лет

К редко рецидивирующим формам кожных заболеваний относятся случаи обострения не менее 1 раза в течение последних 3 лет.

Ограниченные и редкорецидивирующие формы ихтиоза определяют категорию годности «В».

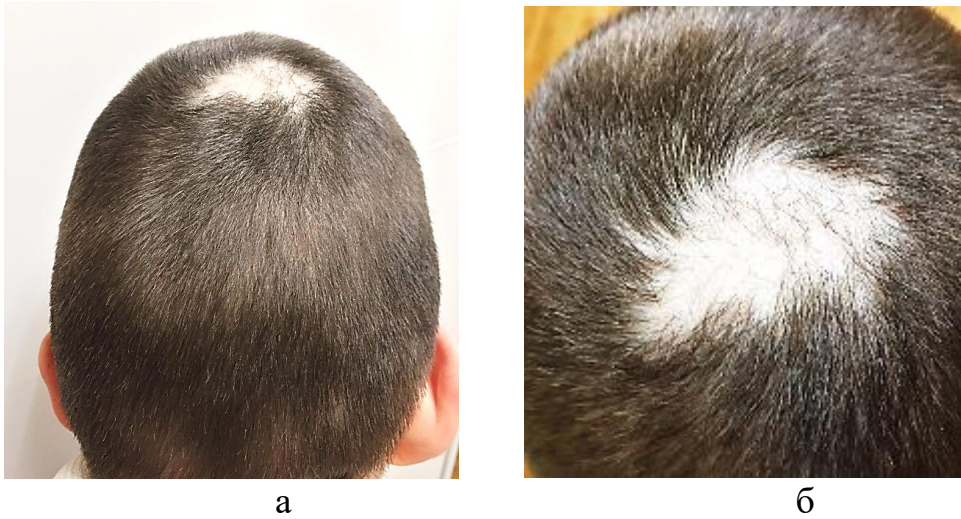


Рис. 4 (а,б). Трихотилломания у ребенка 13 лет

Таким образом, при клинико-инструментальном обследовании 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, заболеваемость хроническими дерматозами по данным медицинских осмотров составила 52,1%, в структуре заболеваемости преобладали себорейный дерматит (37,8%), акне (25,1%), атопический дерматит (6,7%); дерматозы, требующие решение вопроса о профессиональной ориентации ребенка в дальнейшем диагностированы у 45 (11,8%) детей; решение вопроса о годности к военной службе – у 47 (23,4%) лиц мужского пола, что свидетельствует о социальной значимости своевременного обследования врачом-дерматовенерологом детей данных социально-уязвимых групп.

3.2. Сравнительный анализ показателей заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с данными, зафиксированными в медицинской документации

Согласно приказу Минздрава России от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», а также приказа Минздрава России от 11.04.2013 г. N 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» в случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований, врач, ответственный за проведение диспансеризации, врачи-специалисты, участвующие в проведении диспансеризации, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование с указанием даты и места их проведения **(на второй этап диспансеризации)**.

При экспертном анализе 198 карт диспансеризации несовершеннолетнего (№ 030–Д/с/у–13) хронические дерматозы зафиксированы в 19 (9,6%) (ДИ 6%-15%) случаях. Согласно данным медицинской документации, направлены на консультацию к врачу-дерматовенерологу в рамках первого этапа диспансеризации 31 (15,7%) (ДИ 11%-21%) ребенок, 17 (8,6%) из них проводилось лечение в амбулаторных условиях по поводу атопического дерматита, акне, вульгарного ихтиоза, псориаза. При клинико-инструментальном обследовании 198 детей данной группы хронические дерматозы установлены у 101 (51,0%) (ДИ 44%-58%) ребенка, из них впервые у 85 (42,9%) детей, из которых себорейный дерматит диагностирован у 59 (69,4%), акне – у 46 (54,1%) ($p < 0,05$) детей (табл. 22).

Доля детей, страдающих дерматозами, направленных к
дерматовенерологу на первом этапе диспансеризации

№	Болезни кожи	Дети, больные хр. дерматозами	из них, направленные к дерматовенерологу*
1.	Себорейный дерматит	Всего (абс./%)	75/37,9 ¹
		Легкая (абс./%)	61/30,8 ¹
		Ср. (абс./%)	11/5,6
		Тяж. (абс./%)	3/1,5
2.	Акне	Всего (абс./%)	53/26,8 ¹
		Легкая (абс./%)	39/19,7
		Ср. (абс./%)	11/5,6
		Тяж. (абс./%)	3/1,5
3.	Аллерго-дерматозы	Всего (абс./%)	28/14,1 ¹
		Легкая (абс./%)	20/10,1
		Ср. (абс./%)	3/1,5
		Тяж. (абс./%)	5/2,5
4.	Другие дерматозы	Всего (абс./%)	9/4,5
		Легкая (абс./%)	3/1,5
		Ср. (абс./%)	6/3,0
		Тяж. (абс./%)	0/0,0

Примечание. *По данным 198 карт диспансеризации несовершеннолетнего (№ 030 – Д/с/у – 13), ¹ p<0,05

При ретроспективном анализе амбулаторных карт 99 детей исследуемой группы, дерматозы зафиксированы в 40 (40,4%), из них в 19 (19,2%) (ДИ 12%-28%) -хронические дерматозы. При клинико-инструментальном обследовании 99 детей данной группы заболевания кожи диагностированы у 65 (65,7%), хронические заболевания кожи у 46 (46,5%) (ДИ 37%-57%), из них впервые выявленные- у 33 (33,3%) детей (p<0,05).

В амбулаторных картах у 6 (6,1%) детей зафиксировано обращение к врачу-дерматовенерологу по поводу высыпаний при акне, у 5 (5,1%) – себорейного дерматита.

Ретроспективно диспансерное наблюдение детей по поводу атопического дерматита, которое осуществлялось в возрасте до 7 лет, отражено в картах 13

(14,6%) лиц. При физикальном исследовании клинические признаки атопического дерматита выявлены у 3 (3,0%) детей (табл. 23).

Как видно из табл. 23, смежных специалистов не настораживали клинические симптомы хронических дерматозов, протекающих в легкой и средней степени тяжести (себорейного дерматита, акне), дети не направлялись на консультацию к врачу-дерматовенерологу для оказания первичной медико-санитарной специализированной помощи.

Регистрация инфекционных заболеваний кожи отмечена в амбулаторных картах 28 (28,3%) детей. По поводу пиодермий получали лечение 14 (14,1%) детей, по два случая микоза гладкой кожи (микроспории) и педикулеза, также зарегистрирован случай чесотки.

Таблица 23

Регистрация в амбулаторных картах заболеваний кожи у детей
исследуемой группы (n=99)

№	Болезни кожи	Дети, больные хр. дерматозами	Дерматозы, зафиксированные в мед. документации *
1.	Себорейный дерматит	Всего (абс./%)	30/30,3 ¹
		Легкая (абс./%)	20/20,2
		Ср. (абс./%)	8/8,1
		Тяж. (абс./%)	2/2,0
2.	Акне	Всего (абс./%)	23/23,2 ¹
		Легкая (абс./%)	11/11,1
		Ср. (абс./%)	10/10,1
		Тяж. (абс./%)	2/2,0
3.	Аллерго-дерматозы	Всего (абс./%)	13/13,1
		Легкая (абс./%)	10/10,1
		Ср. (абс./%)	2/2,0
		Тяж. (абс./%)	1/1,0
4.	Другие дерматозы	Всего (абс./%)	7/7,1
		Легкая (абс./%)	4/4,0
		Ср. (абс./%)	3/3,0
		Тяж. (абс./%)	0/0,0

Примечание. *По данным 99 амбулаторных карт детей,¹ p<0,05

Необходимо отметить, что в амбулаторных картах диспансерное наблюдение, повторные консультации у врача-дерматовенеролога по поводу хронических дерматозов, а также направление на санаторно-курортное лечение детей, больных хроническими дерматозами, не зафиксировано.

Таким образом, установлена неполная регистрация хронических дерматозов, как в картах диспансеризации несовершеннолетнего (9,6%) (ДИ 6%-15%), так и в амбулаторных картах (19,2%) (ДИ 12%-28%), показатели которых ниже данных клинико-инструментального обследования детей (51,0% (ДИ 44%-58%), 46,5% (ДИ 37%-57%) соответственно, $p < 0,05$). Установлен недостаточный охват диспансерным наблюдением детей данных социально-уязвимых групп, не используется потенциал санаторно - курортной реабилитации детей с хроническими дерматозами.

ГЛАВА 4. Разработка и оценка эффективности обучающих семинаров по профилактике ИПШ с психолого-педагогическим сопровождением для детей сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации

4.1. Особенности психоэмоционального статуса детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации

Проведено исследование, направленное на изучение психоэмоционального благополучия (ПЭБ) 68 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в возрасте от 11 до 17 лет, медиана среднего возраста 13 лет (25 %: 75% МКИ – 11: 15). Эмпирическим критерием ПЭБ в исследовании выступили цветовые предпочтения, измеренные посредством восьмицветового теста М. Люшера в модификации Л.Н. Собчик (Собчик, Л.Н., 2001; Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И., 2000).

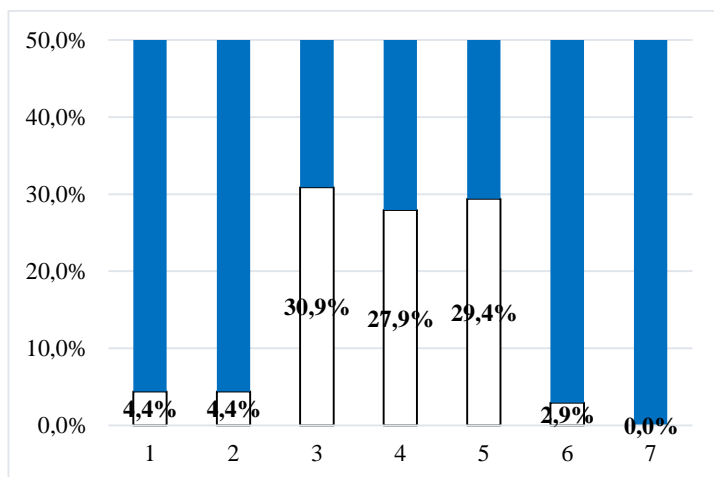


Рис. 5. Гистограмма значений показателя нервно-психического благополучия: **выраженность баллов: 1-2 балла** – аутогенная норма; оптимистичный эмоциональный настрой, высокий КПД, сохранность волевого самоконтроля; **3-4 балла** – незначительное отклонение от аутогенной нормы, способность справляться с обязанности в пределах средних по трудности требований, сохранность волевых усилий для преодоления усталости, но в самочувствии длинный «шлейф» сниженной работоспособности; требуется соблюдение режимов учебной деятельности и отдыха; **5-6-7 баллов** – повышенная утомляемость и отвлекаемость, высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности; преобладание тревоги, бессилия, установки на бездействие.

Показатель «Суммарное отклонение от аутогенной нормы» (СО) отражает показатель нервно-психической напряженности, присущей испытуемому. Эта напряженность заключается в неумеренно завышенном расходовании нервно-психических ресурсов при столь же неумеренно низком КПД. Чем больше величина СО, тем в большей мере силы человека расходуются на поддержание собственной психической целостности, на борьбу с внутриличностными проблемами, на волевое преодоление усталости в ущерб достижению субъективно значимых целей (Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И., 2000). Установлено, что лишь у 6 (8,8%) воспитанников наблюдалось отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности. У 40 (58,8%) – незначительное отклонение от аутогенной нормы и у 22 (32,4%) – высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, утомляемость (рис. 5).

Цветовой тест позволил вычислить «вегетативный коэффициент» (ВК), предложенный К. Шапошем, отражающий функциональный уровень организма (Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И., 2000). Теоретической основой выступает представление, что в тесте М. Люшера есть мобилизующие, ассоциированные с активностью цвета (красный и желтый) и цвета пассивные, ассоциированные с бездействием (синий, зеленый). Отношение к этим двум парам цветов отражает энергетическую установку, или функциональный уровень работоспособности организма (истощенность, установку на бездействие; либо избыточное возбуждение, суетливость).

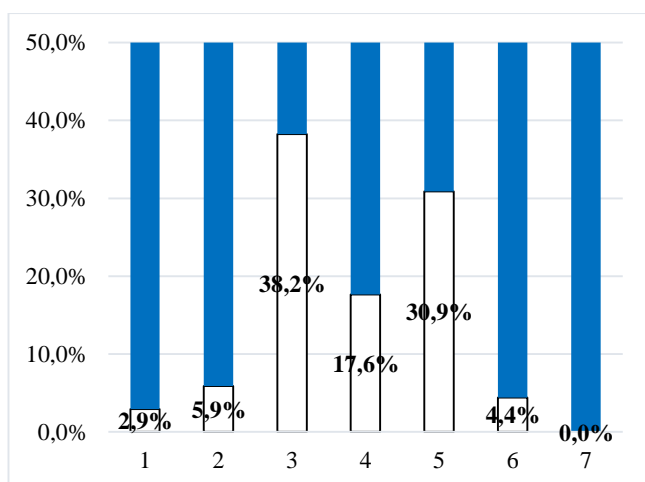


Рис. 6. Гистограмма значений показателя функциональной способности организма к энергозатратам: по оси x – выраженность в баллах, по оси y – число человек. Выраженность ВК: **1-2 балла** – истощенность, установка на бездействие; **3 балла** – установка на оптимизацию расходования сил; **4-5 баллов** – оптимальная мобилизация психических и физических ресурсов, установка на активное действие; **6-7 баллов** – избыточное возбуждение, суетливость

Выявлено, что оптимальную мобилизацию физических и психических ресурсов и установку на активное действие обнаруживают 48,5% подростков (диапазон 4-5 баллов). Невысокий энергетический потенциал, но достаточный для успешной деятельности в спокойных, но не экстремальных условиях – у 38,2% воспитанников; а избыточный, граничащий с суетливостью – у 4,4%. «Группа риска» – это 8,8% обучающихся, у которых зафиксированы истощенность, хроническое переутомление, пассивное реагирование на трудности, неготовность к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях (рис. 6).

Ключевым показателем ПЭБ, измеряемым в данной работе, выступила напряженность – фрустрированность потребностной сферы воспитанников интерната посредством теста восьми влечений Л. Сонди (в модификации Л.Н. Собчик – МПВ).

Установлено, что 30 (44,1%) (ДИ 32%-56%) подросткам свойственна напряженность следующих потребностей: парциальное влечение, проявляющееся в ожиданиях любви (h) (44,3%); агрессии и аутоагрессии (s)

(43,1%); мультилатеральность контактов, проявляющаяся в навязчивости в отношениях (m) (43,1%).

Высоковероятно, что напряженность данных потребностей у участников исследования-подростков нормативно обусловлена «пубертатным» возрастом, а также неблагоприятными средовыми условиями их социальной жизни, «протестными» отношениями со взрослыми и конформно-асоциальными со сверстниками, что подтверждают анамнезы их жизни.

Вопрос о типичности или специфичности подобного проявления потребностей в подростковом возрасте решался посредством привлечения контрольной группы в качестве сравнения, в которую вошли 34 подростка, находящиеся в благополучной жизненной ситуации. Медиана среднего возраста составила 13 лет (25%: 75% МКИ –12: 13). Установлено, что для детей пубертатного возраста социально-адаптированной группы, чрезмерно высокая напряженность и фрустрированность (неудовлетворённость) представленных потребностей не превышает 23,2% (ДИ 17%-29%) ($p < 0,05$). Факт согласуется с данными литературных источников, указывающих, что высокая (> 2 среднеквадратичных отклонения от среднего арифметического) напряженность – фрустрированность потребностей во влечении, а также навязчивости в отношениях, агрессии и аутоагрессии, наблюдается не более чем у 16,0% юношей-респондентов в пубертатном периоде (Собчик Н., 2003; Цыганюк И.И., 2007; Szondi L., 1960;).

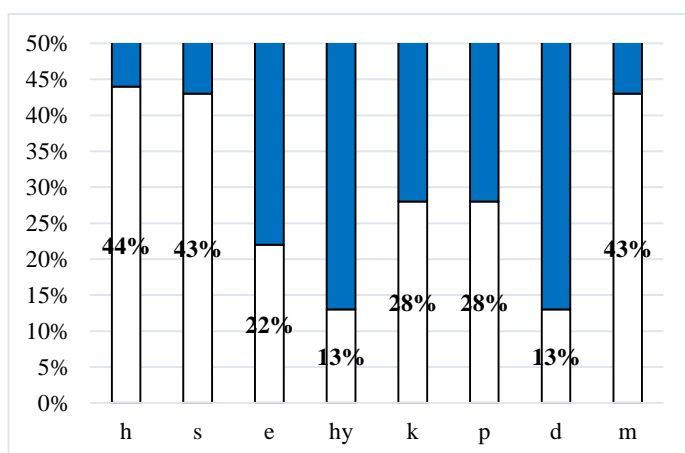


Рис. 7. Доля воспитанников с различной степенью напряженности потребностей (по их видам): напряженность и удовлетворенность (тест Л.

Сонди в модификации Л.Н. Собчик) Сексуальные потребности (влечения): h — парциальное влечение, проявляющееся в ожиданиях любви; s — фактор агрессии и аутоагрессии; Я-потребности: e — эпилептоидные тенденции (гнев, ревность и т. д.); hu — истерические проявления (демонстративность и т. д.); Пароксизмальные потребности (морально-этическое поведение): k — кататонные тенденции (замкнутость, обидчивость и т. д.); p — паранойяльные тенденции; Контактные потребности: d — депрессивно-меланхолические черты (грусть, тяга к занятиям чем-то необычным); m — мультилатеральность контактов, проявляющаяся в навязчивости в отношениях (повышенное настроение, поиск удовольствий в жизни).

Таким образом, при изучении психоэмоционального статуса детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, установлено, что лишь у 6 (8,8%) детей наблюдается отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности, у 62 (91,2%) (ДИ 82%-97%) определяются отклонения показателей ПЭБ, превышающие аналогичные данные у детей социально-адаптированной группы (23,2%) (ДИ 17%-29%) ($p < 0,05$), обуславливающих необходимость ППС при проведении обучающих семинаров. Выявлена «группа риска» детей, составляющая 8,8%, у которых зафиксирована истощенность, хроническое переутомление, пассивное реагирование на трудности, неготовность к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях, требующая индивидуальной работы с психологом.

Установлено, что 30 (44,1%) (ДИ 32%-56%) подросткам свойственна напряженность следующих потребностей: парциальное влечение, проявляющееся в ожиданиях любви (h) (44,3%); агрессии и аутоагрессии (s) (43,1%); мультилатеральность контактов, проявляющаяся в навязчивости в отношениях (m) (43,1%).

Напряженность данных потребностей обуславливает актуальность проведения обучающих семинаров по вопросам гигиенического воспитания, репродуктивного здоровья и профилактики ИППП.

4.2. Уровень информированности детей социально-уязвимых групп по вопросам инфекций, передаваемых половым путем и их профилактики

С целью изучения особенностей сексуального поведения, уровня информированности об ИППП и методах их профилактики проведено очное интервьюирование 176 детей исследуемой группы.

Установлено, что медиана среднего возраста сексуального дебюта **176 респондентов** составила 13 лет (25%: 75% МКИ – 11: 15). При этом ранний сексуальный дебют в возрасте 10–13 лет отметили 45 (25,6%) лиц, в 13–15 лет – 98 (55,7%) опрошенных, в 15–17 лет – 33 (18,8%) респондента.

За время сексуальной практики вступали в половые контакты с двумя половыми партнерами 45 (25,6%) опрошенных, с тремя и более 30 (17,0%) респондентов, на случайные половые связи указали 23 (13,1%).

Барьерные методы профилактики были известны 30 (17,0%) опрошенным.

Необходимо отметить, что 52 (29,5%) респондентов считали оральные контрацептивы эффективным методом предотвращения заражения ИППП.

Кроме того, выявлено, что 153 (86,9%) подростков никогда не использовали методы профилактики ИППП, а каждый третий считал гигиенические процедуры после половой связи наиболее эффективным способом, предотвращающим заражение ИППП (рис. 8).

На вопрос о возможности скрытого течения половых инфекций утвердительный ответ дали лишь 14 (8,0%) опрошенных, причем у 55 (31,3%) респондентов данный вопрос вызвал затруднение ответа.

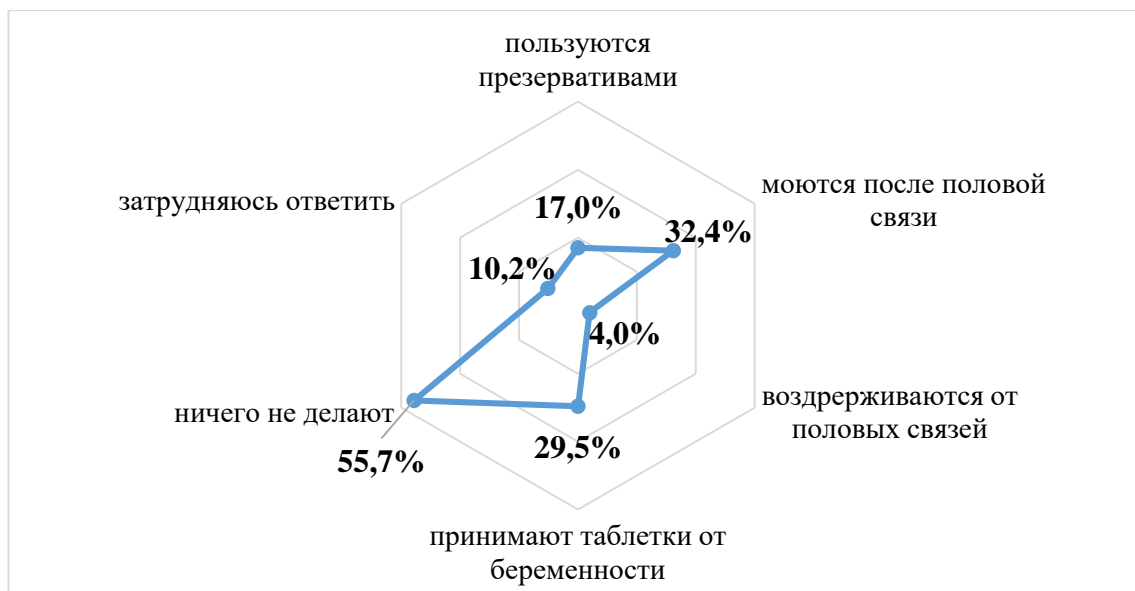


Рис. 8. Результаты ответов на вопрос анкеты «Возможно ты знаешь, какие способы профилактики половых инфекций используют подростки?» (n=176)

Таким образом, уровень информированности по вопросам профилактики ИППП у детей данной социальных групп не только низок, но и искажен.

Необходимо отметить, что 143 (81,3%) детей не использовали при первом половом контакте методы профилактики ИППП, что обуславливает необходимость проведения обучающих семинаров в более ранних возрастных группах (рис. 9).

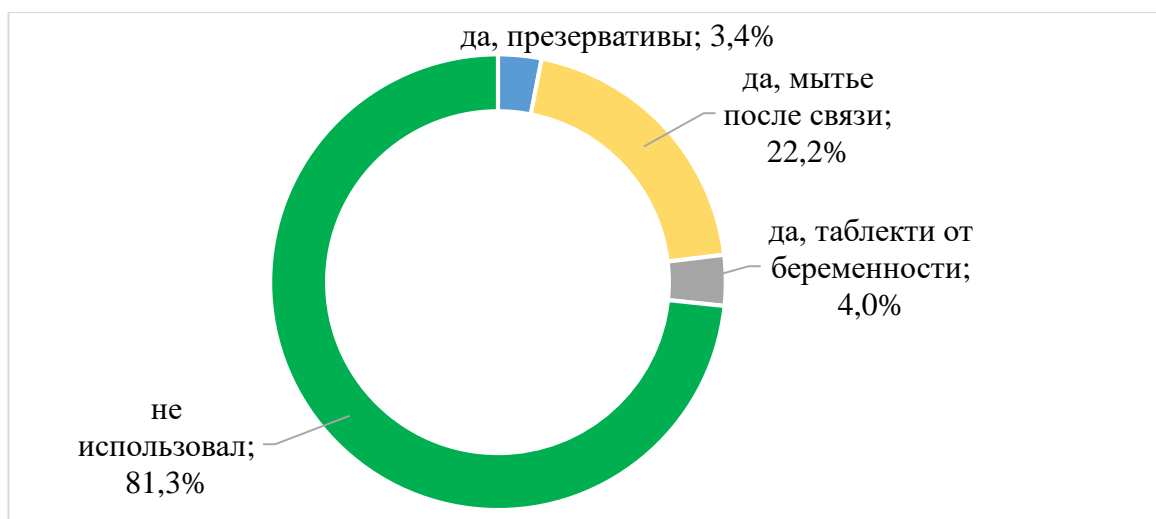


Рис. 9 Результаты ответов на вопрос анкеты «При первом половом контакте ты использовал (а) методы профилактики половых инфекций?» (n=176)

Предпочтительными источниками получения информации по вопросам половых инфекций у опрошенных были телевидение, интернет, а также друзья и знакомые (табл. 24).

Таблица 24

Результаты анкетирования детей

«Из каких источников ты получаешь информацию о половых инфекциях?»	Основная группа (n=88)		Группа сравнения (n=88)	
	абс.	%	абс.	%
телевидение	70	80,0	62	70,5
радио	15	17,1	6	6,8
книги, журналы, газеты	9	10,0	4	4,5
интернет	85	97,1	84	95,5
друзья	78	88,6	77	87,5
знакомые	68	77,1	45	51,1
медицинские работники	6	7,1	7	8,0
воспитатели	11	12,9	5	5,7

Обращает внимание низкая приверженность к обращению за медико-профилактической помощью, как к медицинским, так и к социальным работникам (табл. 25), а также низкая мотивация к получению информации по профилактике ИППП (табл. 26).

Таблица 25

Результаты анкетирования детей

«Как ты считаешь, к кому лучше обращаться в случае заражения половыми инфекциями?»	Основная группа (n=88)		Группа сравнения (n=88)	
	абс.	%	абс.	%
к друзьям	72	81,4	71	80,7
к врачу	6	7,1	9	10,2
можно самому узнать, как лечиться (например, посмотреть в интернете)	55	62,9	61	69,3
к воспитателю	11	12,9	5	5,7

Результаты анкетирования детей

«Где бы ты предпочел (а) узнать информацию о половых инфекциях?»	Основная группа (n=88)		Группа сравнения (n=88)	
	абс.	%	абс.	%
лекции	17	19,3	21	23,9
семинары	15	17,0	12	13,6
индивидуальные беседы	16	18,2	15	17,0
в информации не нуждаюсь	65	73,9	71	80,7

Оценка эффективности профилактических мероприятий для детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проведена в группах по 10-15 человек (88 чел.), прошедших обучение на образовательных семинарах с ППС и контрольной (88 чел.), участники которой информировались в традиционной форме.

Была изучена эффективность семинаров, проведенных с ППС и семинаров, проведенных в традиционной форме.

При анкетировании детей после обучающих семинаров установлено, что достоверно повысился уровень знаний как в основной, так и в контрольной группах по вопросам личной гигиены, репродуктивного здоровья, методам профилактики ИППП ($p < 0,05$).

Таблица 27

Сравнение исследуемых групп по уровню информированности детей исследуемых групп до и после двух формах обучающих семинаров

Уровень знаний по разделам:	Семинары с психолого-педагогическим сопровождением (n=88)				Семинары в традиционной форме (n=88)			
	До семинаров		После проведения семинаров		До семинаров		После проведения семинаров	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
«Личная гигиена»	26	30,0	80 ¹	91,4	22	25,0	72 ¹	81,8
«Репродуктивное здоровье»	6	7,1	78 ¹	88,6	8	9,1	67 ¹	76,1
«Методы профилактики ИППП»	8	8,6	85^{1,2}	97,1	9	10,2	49 ¹	55,7

Таблица 28

Сравнение исследуемых групп по уровню приверженность к обращению за медико-профилактической помощью к специалисту

Признак	Семинары с психолого-педагогическим сопровождением (n=88)				Семинары в традиционной форме (n=88)			
	До семинаров		После проведения семинаров		До семинаров		После проведения семинаров	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Медицинский работник	6	7,1	85^{1,2}	97,1	7	8,0	23	26,1
Социальный работник	9	10,2	76^{1,2}	86,4	5	5,7	19	21,6

Примечание. ¹P<0,05 разница в группе до и после обучающих семинаров,

²P<0,05 разница между основной и контрольной группами

Однако уровень знаний о методах профилактики ИППП был достоверно выше в группе детей, посещающих обучающие семинары с ППС ($p < 0,05$) (табл. 27).

Кроме того, после обучающих семинаров в случае возникновения проблемы со здоровьем к медицинскому работнику обратятся 85 (97,1%) (ДИ 90%-99%) респондентов основной группы и лишь 23 (26,1%) (ДИ 17%-37%) контрольной группы ($p < 0,05$) (табл. 28).

Таким образом, установлено, что уровень знаний о методах профилактики ИППП, потребность к получению знаний, а также приверженность детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, к обращению за медико-профилактической помощью к медицинским и социальным работникам выше у подростков, посещающих семинары с ППС по сравнению с семинарами в традиционной форме ($p < 0,05$).

ГЛАВА 5. Рациональные мероприятия, направленные на совершенствование междисциплинарного взаимодействия по вопросам медико-профилактической помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации

Совершенствование методов профилактики дерматозов у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, заключается в организационно-методическом руководстве кожно-венерологического диспансера (КВД), согласно приложению №1 приказа МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 924н, должно включать работу с медицинскими организациями, участвующим в диспансеризации детей социально-уязвимых групп.

Организационно-методическое руководство включает:

- контроль первого этапа диспансеризации (анализ заболеваемости дерматозами детей социально-уязвимых групп в курируемых медицинских организациях, обучающие семинары для смежных специалистов, в том числе, по образовательным программам в рамках НМО);
- оказание первичной медико-санитарной специализированной помощи детям на втором этапе диспансеризации, отбор больных для диспансерного наблюдения;
- проведение профилактических семинаров для детей социально-уязвимых групп с ППС.

1. Маршрутизация и виды оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации

1.1. Выявление детей с заболеваниями кожи и ИППП осуществляется врачами специалистами, а именно, врачами-педиатрами, врачами акушерами-гинекологами, врачами-урологами, врачами-дерматовенерологами при следующих обстоятельствах:

- при медицинских осмотрах, в том числе, при диспансеризации (Приказ Минздрава России от 07.10.2015 г. № 700н; Приказ Минздрава России от 11.04.2013 г. № 216н; Приказ Минздрава России от 15.02.2013 г. № 72н);

– при обследовании детей по поводу интеркуррентных заболеваний (Приказ Минздрава России от 07.10.2015 г. № 700н; Приказ Минздравсоцразвития России 16.04.2012 г. № 366н.);

– при самостоятельном обращении ребенка и/или законного представителя к врачам специалистам или врачу-дерматовенерологу (Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 924н; ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.).

Врачи-специалисты, в том числе, участвующие в первом этапе диспансеризации, при выявлении у ребенка высыпаний на коже и (или) слизистых оболочках, кожного зуда, выявлении симптомов или признаков ИППП, в том числе жалоб на симптомы уретрита, вульвовагинита и цервицита, направляют ребенка на дополнительную консультацию и (или) исследование к врачу-дерматовенерологу, с указанием даты и места их проведения (второй этап диспансеризации).

1.2. Врачи-педиатры оказывают первичную медико-санитарную помощь детям в соответствии с федеральными стандартами.

1.3. Первичная специализированная медико - санитарная помощь оказывается врачом-дерматовенерологом амбулаторно, либо в условиях дневного стационара.

1.4. При невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и наличии медицинских показаний больной ребенок направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

1.5. Врачи - педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями врача-дерматовенеролога.

1.6. Диспансерное наблюдение детей, заболевших ИППП, хроническими дерматозами осуществляется врачом-дерматовенерологом.

1.7. Дети с заболеваниями по профилю «дерматовенерология», при наличии медицинских показаний, направляются врачом-дерматовенерологом

для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

2. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятия по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации

2.1. Формирование у ребенка здоровьесберегающей модели поведения осуществляется врачом-дерматовенерологом подросткового специализированного центра профилактики и лечения ИППП кожно-венерологического диспансера или врачом-дерматовенерологом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, при взаимодействии с психологом, медицинским и социальными сотрудниками специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, врачом-педиатром отделения медико-социальной помощи детской поликлиники.

Первичная профилактика ИППП, осуществляемая врачом – дерматовенерологом, направлена на формирование у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, здоровьесберегающей мотивации, соблюдение правил личной гигиены, сохранение репродуктивного здоровья, профилактики ИППП. Одновременно работа проводится с родителями/законными представителями, медицинскими и социальными работниками детских социальных учреждений, а также смежными специалистами.

Рекомендовано ППС обучающих семинаров с учетом показателей ПЭБ детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В рамках НМО, врачу – дерматовенерологу рекомендовано повышение квалификации по программе дополнительного профессионального образования «Методы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации».

При проведении обучающих семинаров рекомендовано использование учебного пособия «Оказание медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, по профилю «дерматовенерология».

2.2. Вторичная профилактика, осуществляется медицинским работником социальных учреждений, а также врачом – дерматовенерологом, направлена на своевременное выявление заболеваний кожи и ИППП у детей – сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

При обнаружении у детей, проживающих в социальных учреждениях, заразных кожных заболеваний, дети временно помещаются в изолятор в приемно-карантинного отделения, оборудованного в соответствии с СанПин 2.4.3259-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», СанПин 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней». В учреждении проводится текущая и заключительная дезинфекция. Осматриваются контактные лица.

Врач – дерматовенеролог принимает участие во врачебном консультировании при решении вопросов профессионального обучения и рационального трудоустройства ребенка. Кроме того, фиксация в первичной медицинской документации частоты и характера обострений хронических дерматозов учитывается для определения категории годности к военной службе.

Необходимо фиксировать в первичной документации факт заболевания кожи, хронологию посещений, описание формы и стадии процесса.

2.3. Третичная профилактика, осуществляемая врачом – дерматовенерологом, направлена на профилактику осложнений. Включает клинико – серологический контроль детей, заболевших сифилисом, контроль излеченной ИППП, диспансерное наблюдение детей с хроническими дерматозами и ИППП и, в том числе, санаторно – курортное лечение с учетом

утвержденных нормативных документов, клинических рекомендаций (рис. 10).

Внедрение рациональных мероприятий в учреждениях СО способствовало выявлению у 197 (52,1%) детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, неинфекционных заболеваний кожи, и у 86 (22,8%) – инфекционных дерматозов.

Первичная медико-санитарная специализированная помощь оказана 63 (22,2%) детям с инфекционными дерматозами, из них: 50 (58,1%) детям с пиодермией, 6 (7,0%) – с простым пузырьковым лишаем, 7 (8,1%) – с отрубевидным лишаем; 129 (45,6%) детям с неинфекционными дерматозами, из них: 57 (28,9%) детям с акне, 40 (20,3%) - с себорейным дерматитом, 3 (1,5%) – с атопическим дерматитом, 22 (11,2%) – с контактным дерматитом, 4 (2,0%) – с экземой, 3 (1,5%) – с псориазом. Ребенок трихотилломанией направлен на консультацию к психиатру. Специализированная медицинская помощь оказана 5 (1,8%) детям.

Взяты под диспансерное наблюдение 134 (68,0%) ребенка с хроническими дерматозами, в том числе, с акне, экземой, ограниченным нейродермитом, атопическим дерматитом, ихтиозом, алопецией, псориазом, витилиго.

Согласно ст. 63 Трудового Кодекса РФ, с согласия одного из родителей (попечителя) и органа опеки и попечительства трудовой договор может быть заключен с лицом, получающим общее образование и достигшим возраста четырнадцати лет, для выполнения в свободное от получения образования время легкого труда, не причиняющего вреда его здоровью и без ущерба для освоения образовательной программы. Проведено врачебное профессиональное консультирование 33 (8,7%) детей, в возрасте 14-17 лет, больных атопическим дерматитом, экземой, псориазом, контактным дерматитом.

Проведены образовательные семинары для 205 подростков социально-уязвимых групп и для 24 медицинских и социальных работников на базах социальных учреждений г. Екатеринбурга и СО.

Результаты диссертационного исследования способствовали созданию и функционированию одного из направлений деятельности «Центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем, среди детей и подростков» на базе ГБУЗ СО СОКВД (Приказ Минздрава Свердловской области от 31.03.2017 г. № 41-п), оказывающий медико-профилактическую помощь детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. В течение 2017 г. в центр обратились 122 (32,3%) ребенка.



Приказ МЗ РФ от 11.04.2013 г. № 216н. 2 Приказ МЗ РФ от 15.02.2013 г. N 72н. 3 Приказ МЗ РФ от 07.10.2015 г. № 700н. 4 Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 924. 5. Приказ МЗСР 16.04.2012 г. N 366н. 6 ст. 20 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. 7 Повышение квалификации по программе ДПО в рамках НМО. 8 ПП РФ 27.11.2000 г. N 896. 9 Учебное пособие «Оказание медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации по профилю «дерматовенерология». 10 Приказ МЗ РФ от 05.05.2016 г. № 279н. 11 Приказ МЗ РФ от 05.05.2016 N 281н. 12 Приказ МЗСР РФ № 225 от 22.11.2004 г. 13 ПП РФ от 04.07.2013 г. N 565

Рис. 10. Рациональные мероприятия, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплён приоритет охраны здоровья детей. Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья.

Нормативными документами за органами государственной власти РФ, а также субъектами РФ и местного самоуправления закреплена функция разработки и реализации программ, направленных на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни.

Кроме того, стратегией развития медицинской науки в РФ на период до 2025 г., утвержденной распоряжением Правительства РФ от 28.12.2012 г. № 2580-р, направления «педиатрия» и «репродуктивное здоровье» определены в числе приоритетных трендов. Целью данных научных платформ является подготовка и внедрение современных технологий, направленных на повышение качества медицинской помощи путем совершенствования ранней диагностики, профилактики и лечения наиболее значимых заболеваний в акушерстве, гинекологии, репродуктологии, андрологии и неонатологии, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья, повышение репродуктивного потенциала, снижение показателей заболеваемости.

Группой, требующей особого внимания общества и государства, являются дети, лишившиеся попечения родителей. В Российской Федерации (РФ) в 2015 г. число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, составило 624,9 тыс. человек (Доклад Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2016 г.).

В 2015 г. в РФ функционировали 166 домов ребенка на 15 685 мест, в которых воспитывалось 10 245 детей, в том числе 5 439 детей, оставшихся без попечения родителей и детей-сирот (в 2014 г. - 176 домов ребенка на 16 679 мест, в которых воспитывалось 11 530 детей, в том числе 6 892 ребенка,

оставшихся без попечения родителей и детей-сирот) (Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации, 2015 г.).

Согласно ежегодного доклада Уполномоченного по правам ребенка в СО по итогам деятельности в 2016 г., на 01.01.2017 г. зарегистрированных в органах опеки и попечительства 17 921 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, что составляет 4,0% от 451524 детей, проживающих в СО. При этом 2 362 детей проживают в государственных стационарных учреждениях.

В СО функционируют 78 учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. С 01.01.2016 года Министерству социальной политики СО переданы функции и полномочия учредителя в отношении государственных казенных образовательных учреждений СО для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подведомственных Министерству общего и профессионального образования СО (Постановление Правительства СО от 26.08.2015 г. № 761-ПП).

Полномочным представителем Президента РФ в УФО были даны поручения медицинским организациям разработать и реализовать методику профилактических осмотров детей данной социальной группы с целью сохранения их репродуктивного здоровья и раннего выявления заразных кожных заболеваний и хронических дерматозов, в рамках которого проведено диссертационное исследование.

Отечественные и зарубежные исследователи указывают на необходимость учета факторов риска девиантного поведения при разработке профилактических программ (Баринаева А.Н. и др., 2012; Peu M.D., 2014; Ssewamala F.M. et al., 2016; Mason-Jones A.J. et al., 2016; Nothling J., et al., 2016; Salam R.A. et al., 2016; Guedes A. et al., 2016; Hegarty K. et al., 2016; Leach C. et al., 2016; Pittenger S.L., et al., 2016; Uebel H. et al., 2016; Lopez L.M. et al., 2016).

Целью настоящего исследования стала разработка научно обоснованных рекомендаций, направленных на совершенствование

медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Задачи исследования включали изучение уровня и структуры заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; сравнительный анализ показателей заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с данными, зафиксированными в медицинской документации (карта диспансеризации несовершеннолетнего); определение психоэмоционального статуса детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; оценку эффективности проведения мероприятий по профилактике ИППП для детей социально-уязвимых групп с учетом психоэмоционального статуса до обучения и после него при двух формах образовательных семинаров; разработку рациональных мероприятий по совершенствованию междисциплинарного взаимодействия по вопросам медико-профилактической помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, определяющего этапы и преемственность в работе врачей-дерматовенерологов, психологов, врачей-педиатров, медицинских и социальных работников.

Исследование проводилось в несколько этапов. **На первом этапе** были проанализированы российские и зарубежные исследования, изучающие вопросы организации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, эпидемиологические и социальные аспекты заболеваемости кожи и ИППП среди детского населения в том числе, в социально-уязвимых группах. При анализе литературных источников, официальных статистических данных установлено, что высокие показатели заболеваемости кожи и подкожной клетчатки, характерные для детской популяции, не соответствуют показателям, приведенным в исследованиях по диспансеризации детей социально-уязвимых групп. Кроме того, установлено

негативное влияние социальных факторов на здоровье детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. При анализе данных исследований также установлена социальная значимость заболеваний кожи, обоснована необходимость своевременного выявления и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

На втором этапе нами была определена исследуемая группа, которая включала детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проживающих в семье и в социальных учреждениях СО. Всего детей, проживающих в семьях, было 61 (16,1%), из них 8 (2,1%) детей-сирот, 24 (6,3%) детей, оставшихся без попечения родителей, проживающих с родственниками, 17 (4,5%) детей, проживающих в полной семье, 12 (3,2%) детей, проживающих в неполной семье. Всего детей, проживающих в социальных учреждениях временного пребывания, было 216 (57,1%), из них 10 (2,6%) детей-сирот, 206 (57,2%) детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации: детей, оставшихся без попечения родителей, проживающих с родственниками, было 100 (26,5%), детей, проживающих в неполной семье 64 (17,0%), проживающих в полной семье 42 (11,1%). Всего детей, проживающих в социальных учреждениях постоянного пребывания, было 101 (26,7%), из них, 67 (17,7%) детей-сирот, 34 (9,0%) детей, оставшихся без попечения родителей. Таким образом, в исследования включены дети различных социальных групп.

Для характеристики состояния здоровья детей исследуемой группы проанализированы официальные статистические данные, полученные при профилактических осмотрах детей в России, в том числе, в различных социальных группах, а также данные первичной медицинской документации.

Установлено, что в 2015 г. в РФ число детей, прошедших профилактические осмотры, **составило 21,3 млн. человек** (2014 г. - 17,2 млн.; 2013 г. - 14,1 млн. человек). Из числа детей, прошедших профилактические осмотры, выявлены дети: с I группой здоровья – **29,8%** (2014 г. - 29,6%; 2013 г. - 25,8%); с II группой здоровья – **54,8%** (2014 г. - 55,7%; 2013 г. - 59,2%); с

III группой здоровья – **13,2%** (2014 г. - 12,9%; 2013 г. - 13,5%); с IV и V группами здоровья – **1,4% и 0,8%** соответственно (2014 г. - 0,8% и 1,0%; 2013 г. - 1,0% и 0,5% соответственно), что согласуется с данными, полученными в описательных кросс-секционных исследованиях (Аминов А.С. и др., 2013; Малямова Л.Н. и др., 2015; Сабанов В.И. и др., 2016). При выявлении заболеваний у детей осуществляется постановка на диспансерное наблюдение, проводятся соответствующие лечебно-реабилитационные мероприятия.

По данным государственного доклада о положении детей и семей, имеющих детей, в РФ, в 2015 г., дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, на основании данных диспансеризации были распределены по следующим группам здоровья: I группа составила – **16,8%** (в 2014 г. - **20%**; 2013 г. - **21%**); II группа – **51,2%** (2014 г. - 54,4%; 2013 г. - 53,3%, в %); III группа – **24,5%** (2014 г. - 22,2%; 2013 г. - 22,9%); IV и V группа – **2,0% и 5,5%** соответственно (2014 г. - 1,1% и 2,3% соответственно); 2013 г. - 1,6% и 1,2% соответственно). Таким образом, доля детей с III группой здоровья превышала показатель в детской популяции в целом.

По данным Минздрава России, полученным с использованием электронной базы данных результатов диспансеризации детей в 2015 г., установлено, что впервые выявленные заболевания составили – 28,8% от общего числа зарегистрированных заболеваний. В структуре выявленных заболеваний первое место занимают болезни костно-мышечной системы – 16,0%, на втором месте болезни глаза и его придаточного аппарата – 15,4%, на третьем месте болезни органов пищеварения – 14,4%, на четвертом месте болезни эндокринной системы – 10,4%, на пятом месте болезни нервной системы – 10,0%, на шестом месте психические расстройства и расстройства поведения – 9,8%, на седьмом месте болезни органов дыхания – 5,7%.

По данным Л.А. Рожавского (2009 г.), из общего числа прошедших диспансеризацию, находящихся в стационарных учреждениях Ленинградской

области детей-сирот к I группе здоровья было отнесено 2,7%, II – **35,4%**, III – **43,2%**, IV – 9,4%, V – 9,3%; детей, оставшихся без попечения родителей, к I группе здоровья было отнесено 1,4%, II – 35,3%, III – 42,7%, IV – 10,3%, V – 10,3%. В структуре общей заболеваемости преобладали психические расстройства и расстройства поведения, составили 21,0% от общего числа зарегистрированных болезней, болезни органов пищеварения – 12,4%, болезни нервной системы – 11,7%.

В рамках нашего исследования, обследованные дети были отнесены ко II группе здоровья (**60,9%**), а также установлен высокий удельный вес детей III группы (**29,2%**) здоровья, превышающий в два раза среднероссийский и среднеобластной показатель детской популяции. Также было отмечено, что вредные привычки зафиксированы у каждого второго ребенка обследуемой группы (у 52,5% детей). В структуре соматической патологии у обследованных детей ведущие рейтинговые места занимали заболевания органов пищеварения (78,8%), нервной (65,7%), дыхательной (43,4%) систем.

На третьем этапе нами было проведено клинико-инструментальное обследование детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, определены уровень и структура заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров. Кроме того, проведен сравнительный анализ показателей заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с данными, зафиксированными в медицинской документации.

Клинико-инструментальное обследование детей позволило выявить значительный удельный вес заболеваний кожи, что не противоречит официальным статистическим данным по заболеваемости дерматозами в детской популяции в целом. Так заболеваемость кожи и подкожной клетчатки в структуре общей заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет, и 15-17 лет занимает третье ранговое место (Здравоохранение в России, 2015 г). Кроме того, удельный вес хронических дерматозов, в том числе, атопического

дерматита, подлежащего официальному статистическому учету, в детской популяции составляет 9,0% (Кубанова А.А., 2016).

Проведение диспансеризации не предусматривает регистрацию больных острыми заболеваниями, поэтому изучение заболеваемости по результатам диспансерных осмотров позволяет определить уровень и динамику хронической патологии в детском возрасте (Бабцева А.Ф. и др., 2013). В соответствии с Порядком органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан организовано проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. Порядок предусматривает более углубленный характер диспансеризации по сравнению с диспансеризацией несовершеннолетних в популяции и включает расширенный набор специалистов и исследований во все возрастные периоды. Вместе с тем, в исследованиях удельный вес болезней кожи и подкожной клетчатки при прохождении диспансеризации детей, в том числе детей социально-уязвимых групп, не превышает 2,0%. Так по данным Л.А. Рожавского (2009 г.), доля заболеваний кожи у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, составляет лишь 0,3% (14 ранговое место), что согласуется с другими исследователями (Давыдова И.О. и др., 2014; Ахунова М.В., 2016). По данным И.О. Давыдовой и др., (2014 г.) у детей до трех лет удельный вес дерматозов составляет 1,9%, 4-6 лет - 2,9%; по данным М.В. Ахуновой (2016 г.), среднее число заболеваний кожи и подкожной клетчатки после диспансеризации составило $0,07 \pm 0,27$. В рамках нашего исследования, хронические дерматозы зарегистрированы у 52,1% обследуемых. При анализе первичной медицинской документации установлена неполная регистрация хронических дерматозов, как в картах диспансеризации несовершеннолетнего (9,6%) (ДИ 6%-15%), так и в амбулаторных картах (19,2%) (ДИ 12%-28%), показатели которых ниже данных клинико-инструментального обследования детей (51,0% (ДИ 44%-58%), 46,5% (ДИ 37%-57%) соответственно, $p < 0,05$).

На наш взгляд, данный факт является следствием отсутствия в перечне специалистов врача-дерматовенеролога, участвующих в диспансеризации детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, а также, недостаточной эффективностью I этапа диспансеризации, в том числе, низкой преемственностью врачей-педиатров с врачами-дерматовенерологами.

Кроме того, регистрация диспансерного наблюдения детей с хроническими дерматозами данной социальной группы не зафиксирована, не используется потенциал санаторно - курортной реабилитации детей. Л.А. Рожавский (2009 г.) отмечает, что в настоящее время, когда всё чаще говорят о стратегическом планировании в профилактике болезней, диспансерное наблюдение больных детей должно быть выдвинуто на передний план. Автор указывает, что несмотря на общеизвестность большей эффективности мероприятий на ранних этапах болезни, на диспансерный учёт часто берутся дети уже в тяжёлых, далеко зашедших стадиях. По мнению автора, необходимо по-новому взглянуть на возможности их диспансеризации, что позволяет организовать меры по вторичной профилактике, направленные на снижение частоты обострений, осложнений хронических болезней.

Дети с хроническими дерматозами нуждаются в своевременном лечении и диспансерном наблюдении. Заболевания кожи могут нарушать социальную адаптацию детей и подростков, при отсутствии терапии способствовать частым рецидивам, возникновением осложнений (Boralevi F. et al., 2013; Metz M. et al., 2013; Mortz C.G. et al., 2015; Asaumi T. et al., 2016; Chawla V. et al., 2016; Kouotou E.A. et al., 2016; Корусіок М.Е et al., 2016). При несвоевременно принятым по отношению к ним лечебно-оздоровительным мерам высок риск перехода этих детей в III и IV группы здоровья, что может негативно отразиться на профессиональной пригодности и определении возможности прохождения военной службы лицами мужского пола.

Под профессиональной пригодностью (по медицинским показаниям) понимается наиболее полное соответствие функциональных возможностей организма требованиям, предъявляемым профессиями, как в плане охраны

функционально неполноценного органа или системы, так и в плане преимущественного использования наиболее развитых функций. Профессионально пригодным следует считать подростка, способного успешно освоить профессию и работать в ней без ущерба для здоровья (Казаева О.В. и др., 2016). Кроме того, сохранение трудового потенциала для нужд российской промышленности - актуальная и серьезная проблема, особенно для небольших городов, при наблюдающейся тенденции к снижению показателей здоровья детей (Тулакин А.В. и др., 2013). В рамках нашего исследования заболевания кожи, которые могут потребовать решение вопроса о профессиональной ориентации в дальнейшем, выявлены у каждого восьмого подростка (у 11,8%), в том числе, псориаз, экзема, ограниченный нейродермит, атопический дерматит. Необходимо отметить, что 93,3% из них планировали получать среднее специальное образование, в том числе 73,3% по специальностям, имеющими медицинские противопоказания по кожным заболеваниям к допуску к определенным работам.

Военно-врачебная экспертиза базируется на трех основных законах (по В.В. Куликову): 1. Военно-врачебная экспертиза проводится методом медицинского освидетельствования, включающим оценку состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования. 2. Освидетельствование осуществляется при определенном врачебно-экспертном исходе, когда результаты обследования и лечения позволяют вынести экспертное заключение о категории годности к военной службе и дальнейшее лечение не приведет к ее изменению. В основе заключения лежит суждение о соответствии состояния здоровья гражданина условиям военной службы, особенностям воинской специальности, среде обитания. 3. Экспертный подход должен быть дифференцированным, с учетом функциональных способностей организма адаптироваться к условиям военной службы.

По данным И.М. Старовойтовой и др. (2014 г.), основным принципом военно-врачебной экспертизы является индивидуальная оценка категории

годности гражданина к военной службе с учетом характера заболеваний, степени их развития, частоты обострений, степени нарушения.

Медицинские критерии годности к военной службе включают своевременно установленный, точный, полный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, степени функциональных нарушений, тяжести и характера течения заболевания, наличия осложнений, а также стадии заболевания. Большое значение имеют клинический прогноз (ближайший и отдаленный). Оценка клинического и трудового прогноза базируется на анализе результатов комплексного лечения, характера течения заболевания и его осложнений, обратимости морфологических и функциональных нарушений.

Исследователи подчеркивают важность охвата диспансерным наблюдением молодых людей допризывного и призывного возраста (Бравве Ю.И. и др, 2013; Долгих В.В. и др., 2013; Минина Т.В. и др., 2013; Старовойтова И.М. и др., 2014).

В рамках нашего исследования, хронические дерматозы, входящие в перечень заболеваний, определяющий категории годности к военной службе зарегистрированы у 23,4% лиц мужского пола.

Является важным, что результаты, полученные в рамках данного исследования, свидетельствует о социальной значимости своевременного обследования врачом-дерматовенерологом детей данной социальной группы.

Расширение программ диспансеризации должно быть направлено на создание наиболее благоприятных условий для раннего выявления заболеваний и в последующем сохранения и укрепления здоровья детского населения. Большой практический интерес представляет оценка успешности ее реализации на I и II этапах, что позволяет обосновывать мероприятия по совершенствованию медицинской помощи детям, в том числе социально-уязвимых групп, что было проведено в нашем исследовании.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования организации медицинской помощи по результатам

проведенного обследования: своевременного направления для дальнейшего обследования, лечения и реабилитации детей с выявленными хроническими дерматозами; совершенствования профилактических мероприятий.

На четвертом этапе нами было проведено изучение показателей психоэмоционального состояния и работоспособности и напряженности–фрустрированности потребностной сферы, для разработки профилактических мероприятий по вопросам гигиенического воспитания, репродуктивного здоровья, ИППП, методам их профилактики для детей исследуемой группы.

Дети и подростки имеют низкий уровень знаний по вопросам ИППП и методам их профилактики, что согласуется с данными отчетственных и зарубежных исследователей (Загртдинова Р.М. и др., 2014; Samkange-Zeeb F. et al., 2011; Luseno W.K. et al., 2014; Behling J. et al. 2015; Hallfors D.D. et al., 2015).

Распоряжением Правительства РФ от 29.05.2015 г. № 996-р утверждена «Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года», которая определяет воспитание детей как стратегический общенациональный приоритет, требующий консолидации усилий различных институтов гражданского общества и органов управления на федеральном, региональном и муниципальном уровнях (Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации, 2015 г.).

Согласно рекомендаций Минобрнауки РФ от 13.01.2016 г. № ВК-15/07, должны быть созданы службы ранней помощи, которые могут функционировать как самостоятельные организации или структурные подразделения на базе дошкольных образовательных организаций, отдельных образовательных организаций, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы, центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, с целью раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения детей, в том числе, детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

По данным авторов, ПЭБ рассматривается как функционально-динамическое образование, нормальный уровень которого способствует позитивному развитию личности и непосредственно зависит от внешних и внутренних (индивидуально-психологических) предпосылок (Девяткина Е.В., 2015; Белослудцева Г.И. и др., 2016).

По данным М.В. Кузнецовой (2011 г.), приоритетным является обеспечение детям качественного обучения в соответствии с интересами и склонностями, уровнем развития, состоянием здоровья, а также гарантия защиты прав личности ребёнка независимо от места его проживания и социального положения, в том числе, детей, оставшихся без попечения, детей-сирот. В исследовании автором подчеркнут приоритет ППС в системе образования, рассматриваемое ранее другими авторами, как комплексное, целенаправленное, непрерывное, поэтапное воздействие на индивидуально-личностное развитие в специально организованных условиях, как единство диагностической, реабилитационной, коррекционноразвивающей, психопрофилактической, консультативной работы, как процесс обеспечения актуализации потенциала развития и саморазвития ребёнка, создания условий для перевода его из позиции объекта в позицию субъекта собственной жизнедеятельности. Автором адаптирована модель ППС образования детей-сирот раннего возраста в условиях Дома ребенка, с учетом особенностей индивидуально-личностного развития, с использованием теоретических современных психолого-педагогических исследований.

T.R. Thurman et al. (2016 г.) в своих исследованиях указывают на достоверно значимые результаты по первичной и вторичной профилактики ВИЧ-инфекции с учетом групповой работы с детьми-сиротами и детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, при ППС. Т.В. Красносельских и др. (2016 г.) также указывают на необходимость межведомственного взаимодействия, учета психологических особенностей при разработке профилактических программ для социально-уязвимых групп, в том числе, детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В работе М.Ю. Васильевой (2012 г.)

проведен анализ различных форм профилактической работы с несовершеннолетними, а именно, лекции с использованием мультимедийной презентации, беседы с врачами специализированных подростковых центров, изучение информационной печатной продукции, статистически значимые результаты получены при каждой форме работы, однако установлена более высокая результативность профилактических мероприятий с использованием специализированного интернет-сайта, содержащего информацию об ИППП и методах их профилактики.

Опираясь на данные отечественных и зарубежных исследователей нами была выдвинута гипотеза о необходимости ППС детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, при проведении профилактических мероприятий по вопросам гигиенического воспитания, репродуктивного здоровья, ИППП и методам их профилактики в форме семинаров.

Для определения ПЭБ детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, были использованы цветовые предпочтения, измеренные посредством восьмицветового теста М. Люшера (в модификации Л.Н. Собчик) и напряженность – фрустрированность потребностной сферы, посредством теста восьми влечений Л. Сонди (в модификации Л.Н. Собчик – МПВ).

По данным Л.Н. Собчик (2001 г.), опыт применения восьмицветового теста Люшера в отечественных условиях не только подтвердил его эффективность, но и его преимущество перед многими другими личностными тестами в том, что он лишен культурно-этнических основ и не провоцирует (в отличие от большинства других, особенно вербальных тестов) реакций защитного характера. Методика выявляет не столько осознанное, субъективное отношение испытуемого к цветовым эталонам, сколько его неосознанные реакции, что позволяет считать метод глубинным, проективным. В модификации Л.Н. Собчик тест позволяет определить личностные особенности конкретного индивида в конкретной ситуации. В

связи с этим методика показала себя как эффективный инструмент психодиагностического исследования при решении вопросов профотбора, профориентации; нашла применение как дифференциально-диагностический инструмент и в качестве индикатора степени выраженности эмоциональной напряженности, а также при изучении динамики состояния под воздействием психотерапии или медикаментозного лечения. Опыт применения методики Люшера в контексте комплексного исследования с использованием личностного теста Сонди достоверно показал феноменологический параллелизм результатов (Собчик Л.Н., 2003).

В результате нашего исследования, при использовании цветового теста М. Люшера в модификации Л.Н. Собчик, было установлено, что лишь у 6 (8,8%) детей наблюдается отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности, у 62 (91,2%) (ДИ 82%-97%) определяются отклонения показателей ПЭБ, обуславливающих необходимость ППС при проведении обучающих семинаров. Выявлена «группа риска» детей, составляющая 8,8%, у которых зафиксирована истощенность, хроническое переутомление, пассивное реагирование на трудности, неготовность к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях, требующая индивидуальной работы с психологом. Кроме того, при исследовании напряженности – фрустрированности потребностной сферы (в терминах теории Л. Сонди), 44,0% (ДИ 32%-56%) детям была свойственна напряженность следующих потребностей: парциальное влечение, проявляющееся в ожиданиях любви (h) (44,3%); агрессии и аутоагрессии (s) (43,1%); мультилатеральность контактов, проявляющаяся в навязчивости в отношениях (m) (43,1%).

Высоковероятно, что напряженность данных потребностей у участников исследования - подростков нормативно обусловлена «пубертатным» возрастом, а также неблагоприятными средовыми условиями их социальной жизни.

Напряженность данных потребностей определила актуальность разработки программы и проведения обучающих семинаров по вопросам

гигиенического воспитания, репродуктивного здоровья и профилактики ИППП с ППС и оценки уровня знаний об ИППП и методах их профилактики, приверженности детей к обращению к специалистам за медико-профилактической помощью.

В рамках исследования установлено, что уровень знаний о методах профилактики ИППП, потребность к получению знаний, а также приверженность детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, к обращению за помощью к медицинским и социальным работникам выше у лиц, посещающих семинары с ППС по сравнению с семинарами в традиционной форме ($p < 0,05$).

На пятом этапе нами разработаны рациональные мероприятия, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, определяющие этапы и преемственность в работе врачей-дерматовенерологов, психологов, врачей-педиатров, медицинских и социальных работников, с учетом современной нормативной базы.

Совершенствование методов профилактики дерматозов у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, заключается в организационно-методическом руководстве КВД, согласно приложению №1 приказа МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 924н, должно включать работу с медицинскими организациями, участвующим в диспансеризации детей социально-уязвимых групп.

Организационно-методическое руководство включает:

- контроль первого этапа диспансеризации (анализ заболеваемости дерматозами детей социально-уязвимых групп в курируемых медицинских организациях, обучающие семинары для смежных специалистов, в том числе, по образовательным программам в рамках НМО);

- оказание первичной медико-санитарной специализированной помощи детям на втором этапе диспансеризации, отбор больных для диспансерного наблюдения;

- проведение профилактических семинаров для детей социально-уязвимых групп с ППС.

Мероприятия включает маршрутизацию и виды оказания медицинской помощи, и организацию профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, при взаимодействии педиатрической и дерматовенерологической служб и специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации.

Ориентируясь на ФЗ от 29.12.2010 г. № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» и с учетом социальных особенностей детей исследуемой группы разработана и аккредитована в рамках НМО дополнительная профессиональная образовательная программа цикла тематического усовершенствования врачей «Методы профилактики инфекций, передаваемых половым путем у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации» с целью совершенствования у врачей-дерматовенерологов профессиональных компетенций по формированию у обучающихся здоровьесберегающей мотивации, направленной на соблюдение правил личной гигиены, сохранение репродуктивного здоровья, профилактики ИППП. Программа ориентирована не только на взаимодействие врача-дерматовенеролога с детьми различных социальных групп, но и на работу с медицинскими и социальными работниками, в том числе, сотрудниками социальных и образовательных учреждений, что согласуется с данными исследователей (Макарова В.И. и др., 2011; Матханова Т.А., 2013;)

При проведении обучающих семинаров рекомендовано использование учебного пособия «Оказание медицинской помощи детям-сиротам и детям,

оказавшимся в трудной жизненной ситуации, по профилю «дерматовенерология», разработанного в рамках диссертационного исследования.

Апробация программы семинаров с ППС для подростков, медицинских и социальных работников, осуществлялась на базах социальных учреждений г. Екатеринбурга и СО, в том числе, в МАУ «ДГП № 13», где организован Центр здоровья по формированию здорового образа жизни на базе отделения медико-социальной помощи детям и подросткам.

Результаты нашего диссертационного исследования способствовали созданию и функционированию одного из направлений деятельности «Центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым, среди детей и подростков» на базе ГБУЗ СО СОКВД (Приказ Минздрава Свердловской области от 31.03.2017 г. № 41-н), оказывающий медико-профилактическую помощь детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

ВЫВОДЫ

1. При клинико-инструментальном обследовании 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, заболеваемость дерматозами по данным медицинских осмотров на 100 осмотренных составила 74,9%, хроническими дерматозами – 52,1%. В структуре заболеваемости у детей всех возрастных групп первое ранговое место приходилось на заболевания блока «Дерматит и экзема» (L20-L30); на втором месте у детей возрастных групп 0-6 и 7-12 лет – заболевания блока «Инфекции кожи и подкожной клетчатки» (L00-L08), 13-17 лет - «Болезни придатков кожи». Заболевания кожи, требующие врачебного консультирования при решении вопросов профессионального обучения и рационального трудоустройства, диагностированы у 45 (11,8%) детей; дерматозы из перечня, определяющего категорию годности к военной службе – у 47 (23,4%) лиц мужского пола, что свидетельствует о социальной значимости обследования врачом-дерматовенерологом детей данных социально-уязвимых групп.

2. Установлена неполная регистрация хронических дерматозов детей социально-уязвимых групп: в первичной медицинской документации показатели заболеваемости составляют 9,6% (ДИ 6%-15%), при клинико-инструментальном обследовании - 51,0% (ДИ 44%-58%) ($p < 0,05$). Результаты сравнительного анализа первичной медицинской документации свидетельствуют о низкой преемственности первого и второго этапов диспансеризации: при экспертизе карт диспансеризации несовершеннолетнего направлены на консультацию к врачу-дерматовенерологу 31 (15,7%) (ДИ 11%-21%) ребенок, при клинико-инструментальном обследовании требовалась консультация врача-дерматовенеролога 101 (51,0%) (ДИ 44%-58%) ребенку ($p < 0,05$).

3. Установлено, что у 62 (91,2%) (ДИ 82%-97%) детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, определяются отклонения показателей психоэмоционального благополучия, 30 (44,0%) (ДИ 32%-56%) детям свойственна напряженность следующих потребностей: парциальное

влечение, проявляющееся в ожиданиях любви (44,3%); агрессии и аутоагрессии (43,1%); мультilaterальность контактов, проявляющейся в навязчивости в отношениях (43,1%), превышающей показатели у детей социально-адаптированной группы (23,2%) (ДИ 17%-29%) ($p < 0,05$). Выявленные признаки свидетельствуют о необходимости проведения профилактических мероприятий для детей социально-уязвимых групп с психолого-педагогическим сопровождением.

4. Выявлено, что уровень знаний о методах профилактики ИППП, приверженности к обращению за помощью к медицинским и социальным работникам выше у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, посещающих семинары с психолого-педагогическим сопровождением (97,1%, (ДИ 90%-99%); 97,1%, (ДИ 90%-99%); 86,4%, (ДИ 79%-93%) по сравнению с детьми, обучающимися на семинарах, проведенных в традиционной форме (55,7%, (ДИ 45%-66%); 26,1%, (ДИ 17%-37%); 21,6%, (ДИ 14%-32%) ($p < 0,05$).

5. Разработаны и научно обоснованы рациональные мероприятия по совершенствованию междисциплинарного взаимодействия по вопросам оказания медико-профилактической помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, определяющие этапы и преемственность в работе врачей-дерматовенерологов, психологов, врачей-педиатров, медицинских и социальных работников.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Организационно-методическое руководство по выявлению лиц с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки и ИППП должно включать работу врача-дерматовенеролога с медицинскими организациями, участвующим в диспансеризации детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Междисциплинарное взаимодействие, координируемое врачом-дерматовенерологом КВД, направлено на повышение эффективности, как первого, так и второго этапов диспансеризации, а также проведение профилактических мероприятий для детей социально-уязвимых групп.

2. Проведение образовательной программы обучающих семинаров в социальных учреждениях для детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с целью повышения уровня их знаний по вопросам гигиенического воспитания, ИППП, методов их профилактики, приверженности к обращению к медицинским и социальным работникам.

3. Разработанная образовательная программа в рамках программы НМО способствует совершенствованию у врачей-дерматовенерологов профессиональных компетенций по формированию у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, здоровьесберегающей мотивации, соблюдение правил личной гигиены, сохранение репродуктивного здоровья, профилактики ИППП.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВИЧ-инфекция – инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека;
ВК – вегетативный коэффициент;
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения;
ЕС- Европейский союз;
ИОТМЭ – индекс оценки тяжести микробной экземы;
ИППП – инфекции, передаваемые половым путем;
КПД – коэффициент полезного действия;
МПВ – метод портретных выборов;
НРП – несоциализированное расстройство поведения;
ППЦНС – перинатальное поражение центральной нервной системы;
ПЭБ – психоэмоциональное благополучие;
РОДВК – Российской общество дерматовенерологов и косметологов;
РОССТАТ - Федеральная служба государственной статистики;
РФ – Российская Федерация;
СО – Свердловская область;
СО – суммарное отклонение
СОП – социально опасное положение;
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита;
УФО – Уральский федеральный округ;
ФЗ – Федеральный закон;
ЦНС – центральная нервная система;
CTSG - Chlamydia trachomatis Study Group;
DASI – Dyshidrotic Eczema Area and Index;
PASI – Psoriasis Area and Severity Index;
SALT –Severity Alopecia Tool;
SCOREPI – SCORe de Reparation de IEPIderme;
VIMAN –VItiligo MAN.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алисиевич, Е.С. вопросу об определении понятия «уязвимые группы» в международном праве прав человека / Т.С. Алисиевич // Евразийский юридический журнал. – 2013. – № 1 (56). – С. 29-33.
2. Аминов, А.С. Мониторинг состояния здоровья и физического развития подростков 12 – 15 лет в различных условиях проживания / А.С. Аминов, А.В. Ненашева, Е.В. Задорина и др. // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2013. – Т. 13, № 4. – С. 48-53.
3. Андреев, С.В. Факторы риска возникновения и развития сифилиса (обзор литературы) [Электронный ресурс] / С.В. Андреев // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=10120>, свободный. (Дата обращения: 19.01.2016 г.).
4. Астафьева, Н.Г. Профессиональная и социальная активность как важные характеристики качества жизни трудоспособных лиц с заболеваниями кожи / Н.Г. Астафьева, М.Г. Еремина // Социология медицины. – 2014. – № 1 (24). – С. 51-59.
5. Асхаков, М.С. Возбудители инфекционных уретритов / М.С. Асхаков, Н.В. Чеботарева, В.В. Чеботарев // Вестник молодого ученого. – 2014. – № 3 – 4. – С. 50-55.
6. Ахмерова, С.Г. Показатели годности к военной службе, мотивационные установки и состояние здоровья юношей допризывного и призывного возраста / С.Г. Ахмерова, А.В. Ляхович, Э.Е. Федин // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. 17, № 3. – С. 184.
7. Ахунова, М.В. Итоги диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и эффективность оздоровления / М.В. Ахунова // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 2. – С. 72 – 76.
8. Баранов, А.А. Инновационные технологии в деятельности центров здоровья для детей [Электронный ресурс] / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Т.В. Яковлева и др. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – № 6 (34). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/528/30/lang,ru/>, свободный. (Дата обращения: 27.10.2016 г.)
9. Барринова, А.Н. Инфекции, передающиеся половым путем в группах риска в России: монография / А.Н. Барринова, С.Л. Плавинский, К.М. Ерошина. – СПб.: Изд – во Лема, 2012. – 185 с.
10. Бебенин, А.А. Особенности пренатального и перинатального периода онтогенеза детей с неорганическим энкопрезом / А.А. Бебенин, К.Ю. Ретюнский // Уральский медицинский журнал. – 2014. – № 7. – С. 43-46.

11. Белослудцева, Г.И. Особенности процесса социально-психологической адаптации детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей / Г.И. Белослудцева, Е.А. Климова // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы I Международной (71 Всерос.) науч. – практ. конф. молодых ученых и студентов, 13 – 15 апр. 2016 г., г. Екатеринбург / Уральский гос. медицинский университет. – Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2016. – Т. 2. – С. 1848-1852.
12. Бравве, Ю.И. Проблемы медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу в Новосибирской области / Ю.И. Бравве, Е.Г. Шведов, А.И. Бабенко // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2013. - № 2. – С. 89-92.
13. Буланова, Э.В. Анализ уровня знаний девочек/девушек по вопросам подготовки к будущему материнству / Э.В. Буланова // Сборник научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». – М.: ИД «Городец», 2016. – С. 23-24.
14. Буторин, Г.Г. Клинические и клинико-динамические проблемы детской и подростковой невропатии: монография / Г.Г. Буторин, Н.Е. Буторина. — Челябинск: Изд – во Сити-Принт, 2015. — 252 с.
15. Буторина, Н.Е. Затяжные системные расстройства в детском возрасте (клиника, патогенез, терапия) / Н.Е. Буторина, К.Ю. Ретюнский. – Екатеринбург: Экспресс-дизайн, 2005. – С. 121-123.
16. Валова, Ю.А. Мотив самоактуализации в сексуальном поведении девушек – подростков [Электронный ресурс] / Ю.А. Валова // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 4. – Режим доступа: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2012_4_3153.pdf, свободный. (Дата обращения: 11.02.2016 г.)
17. Васильева, М.Ю. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди несовершеннолетних посредством повышения их информированности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10 / Васильева Мария Юрьевна. – М., 2012. – 25 с.
18. Власкина, М.Н. Нарушение родительской привязанности как основа девиантного поведения детей – сирот, детей, оставшихся без попечения родителей / М.Н. Власкина, Я.Ю. Курбанова // Проблемы девиантного поведения подростков в современном обществе: материалы Всерос. науч. – практ. конф.. – Южно-Сахалинск: Изд – во ИРОСО, 2015. – С. 34-36.
19. ВОЗ. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. – 2007. – 70 с.

20. Волкова, Е.Н. Кожные симптомы и синдромы у детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания / Е.Н. Волкова, В.А. Стаханов, О.К. Киселевич и др. // Российский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 23-26.
21. Волкова, Н.В. Комплексная терапия *acne vulgaris* с учетом коморбидных психических расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10 / Волкова Наталья Владимировна. – Екатеринбург, 2013. – 28 с.
22. Волошин, В.В. Медико-социальные и эпидемиологические аспекты инфекций, передаваемых половым путем, у лиц участников сексуального насилия: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10 / Волошин Виталий Владимирович. – Новосибирск, 2012. – 22 с.
23. Воробьева, И.В. Модель профилактики и предупреждения вандального поведения при деформациях и деструкциях целостной сферы молодежи / И.В. Воробьева, О.В. Кружкова // Образование и наука. – 2015. – № 3. – С. 71-86.
24. Гомберг, М.А. Инфекции, передаваемые половым путем, и урогенитальные инфекции в Европе (обзор симпозиума, прошедшего в рамках XXVIII конгресса международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем) / М. А. Гомберг // *Consilium Medicum. Дерматология*. – 2014. – № 4. – С. 4-8.
25. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации за 2015 г.
26. Гусев, Д.В. Проблема любви в контексте воздействия цветового спектра на психоэмоциональное состояние личности подростков / Д.В. Гусев, Г.А. Пьявченко // *Позиция. Философские проблемы науки и техники*. – 2012. – Т. 6, № 6. – С. 66-69.
27. Давыдова, И.О. Применение кластерного анализа для оценки результатов диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей / И.О. Давыдова, С.В. Нотова, М.В. Фомина и др. // *Оренбургский медицинский вестник*. – 2014. – № 2 (6). – С. 31-35.
28. Девяткина, Е.В. Профессионально-педагогическая деятельность педагогов, работающих по коррекции девиаций в поведении подростков / Е.В. Девяткина // *Проблемы девиантного поведения подростков в современном обществе: материалы Всерос. науч. – практ. конф.* – Южно-Сахалинск: Изд – во ИРОСО, 2015. – С. 37-39.
29. Демьянова, О.Б. Рецидивирующие баланопоститы сочетанной этиологии: связь с орально-генитальными контактами и выбор эффективного метода терапии / О.Б. Демьянова, А.Г. Буравкова // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 2014. – № 2. – С. 47-54.

30. Дмитриева, Н.В. Профилактика суицидальных проявлений как фактор обеспечения личной безопасности осужденных в местах лишения свободы / Н.В. Дмитриева, Л.С. Качкина // Прикладная юридическая психология. – 2015. - № 1. – С. 61-65.

31. Доклад об итогах деятельности Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2015 году. Доклад Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. М.; 2015: – 65 с.

32. Доклад об итогах деятельности фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2016 году. Доклад Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. М.; 2016: 156.

33. Добрецкая, К.В. Символизм кожи и проблемы современной психодерматологии / К. В. Добрецкая // Вестник Харьковского национального университета. Серия: Психология. 2012. – Т. 49, № 1009. – С. 165-168.

34. Дороженок, И.Ю. Дисморфофобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса / И.Ю. Дороженок, Е.Н. Матюшенко, О.Ю. Олисова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. - № 1. – С. 42-47.

35. Дугина, Е.А. Инновационные профилактические технологии в работе ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум» / Е.А. Дугина // доклад в рамках семинара «Организация диспансерного наблюдения. Ведение пациентов с сердечно – сосудистыми заболеваниями». – Екатеринбург, 29.10.2015 г.

36. Долгих, В.В. Здоровье допризывников: анализ современных тенденций (по материалам Сибирского региона) / В.В. Долгих, Е.Л. Смирнов, Д.В. Кулеш и др. // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2013. - № 2 (42). – С. 148-151.

37. Загртдинова, Р.М. Репродуктивное здоровье подростков и факторы, способствующие распространению сексуально-трансмиссивных инфекций, среди несовершеннолетних в Удмуртской области / Р.М. Загртдинова, Е.В. Димакова, А.Л. Боголюбская // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – № 6. – С. 87-90.

38. Залевский, Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. [Текст]. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1993. – 272 с.

39. Змановская, Е.В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е.В. Змановская, В.Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2016. – 352 с.

40. Здравоохранение в России. 2015: статистический сборник / Росстат. – М., 2015. – 174 с.

41. Зыкова, Н.А. Индивидуально-психологические особенности подростков с функциональными нарушениями сердечного ритма

[Электронный ресурс] / Н.А. Зыкова, Г.Н. Артемьева // Мир науки. – 2017. – Т. 5, № 1. - Режим доступа: <http://mir-nauki.com/PDF/30PSMN117.pdf>, свободный. (Дата обращения: 17.06.2017 г.).

42. Иглина, Н. Г. Перинатальная психология [Электронный ресурс] / Н. Г. Иглина, О. В. Магденко, Д. В. Конах. — Новосибирск: НГПУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD – ROM).

43. Игнатенко, И.Е. Аутодеструктивные заболевания кожи: диагностика и принципы ведения больных / И.Е. Игнатенко // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2013. – № 3. – С. 44-51.

44. Игнатенко, И.Е. Аутодеструктивные заболевания кожи: клинико-диагностические аспекты, оптимизация тактики ведения больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10 / Игнатенко Ирина Евгеньевна. – Екатеринбург, 2013. – 24 с.

45. Игумнов, С.А. Алекситимия как фактор риска развития аддиктивного поведения молодежи / С.А. Игумнов, С.И. Замогильный, Ю.А. Николкина // Сборник научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». – М.: ИД «Городец», 2016. – С. 49-51.

46. Казаева, О.В. Современные аспекты врачебного профессионального консультирования подростков / О.В. Казаева, О.Н. Сучкова // Наука молодых. – 2016. - № 3. – С. 11-15.

47. Калиниченко, О.В. Мнение опекунов и специалистов в области опеки о проблемах оказания медико-социальной помощи детям, лишившимся попечения родителей [Электронный ресурс] / О.В. Калиниченко // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22016>, свободный. (Дата обращения: 17.06.2016 г.).

48. Калиниченко, О.В. Состояние здоровья и организация оказания медико-социальной помощи детям, лишившимся попечения родителей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Калиниченко Олег Владимирович. – СПб, 2015. – 23 с.

49. Камалов, А.А. Факторы риска развития инфекционно-воспалительного процесса нижних мочевых путей / А.А. Камалов, Л.А. Ходырева, А.А. Дудурева и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – № 2. – С. 63-67.

50. Киясов, И.А. Современные тенденции заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, и пути ее профилактики / И.А. Киясов, Ф.В. Хузаханов // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 2. – С. 51-55.

51. Киселева, А.В. Дерматозы, сопровождающиеся кожным зудом, у детей-воспитанников Дома ребенка / А.В. Киселева, А.В. Павликов, Т.А. Кузнецова // Педиатр. – 2010. – Т. 1, № 1. – М. 41.
52. Комарова, С.Ю. Проблемы и перспективы помощи детям в прогнозе репродуктивного статуса мегаполиса / С.Ю. Комарова // Уральский медицинский журнал. – 2013. – № 9 (114). – С. 10-13.
53. "Конвенция о правах ребенка" (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989). – Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=9959&dst=0&rnd=0.45941909517510005#0>, свободный. (Дата обращения: 19.01.2015 г.).
54. "Конвенция Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений" (CETS N 201) [рус., англ.] (Заклучена в г. Лансароте 25.10.2007). Информационный банк "Международное право".
55. Кононова, Т.А. Теоретические основы психодиагностики: учеб. пособие / Т.А. Кононова, М.В. Чихачев. – Новосибирск: Новосибирский военный институт внутренних войск имени генерала армии И.К. Яковлева МВД России, 2014 г. – 120 с.
56. Коробейникова, Э.А. Особенности кожных проявлений ВИЧ – инфекции у детей и взрослых / Э.А. Коробейникова, Н.В. Курина, М.В. Фомичева, А.В. Вавилова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. – № 3. – С. 63-64.
57. Корчагина, Г.А. Молодежь выбирает здоровье. Программы и методы профилактики наркомании: учебно-методическое пособие / Г.А. Корчагина; под ред. Л.П. Симбирцевой. – СПб.: Изд – во Островитянин, 2010. – 64 с.
58. Красносельских, Т.В. Инфекции, передаваемые половым путем, в субпопуляциях повышенного поведенческого риска: мультидисциплинарные модели профилактики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.10 / Красносельских Татьяна Валерьевна. – СПб., 2014. – 34 с.
59. Красносельских, Т.В. Стратегии и методологические основы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в субпопуляциях повышенного поведенческого риска / Т.В. Красносельских, Е.В. Соколовский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2016. – № 1. – С. 21-31.
60. Кубанов, А.А. Эпидемиологические особенности инфекций, передаваемых половым путем, среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних лиц / А.А. Кубанов, М.Р. Рахматулина, Е.А. Соболева // Лечащий врач. – 2015. – № 4. – С. 76.
61. Кубанов, А.А. Заболеваемость уrogenитальными инфекциями среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних / А.А. Кубанов, Д.В.

Рюмин, Е.А. Соболева // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2015. – Т. 18, № 4. – С. 59-61.

62. Кубанов, А.А. Особенности девиантного поведения беспризорных и безнадзорных подростков (по данным социально реабилитационного центра для несовершеннолетних) / А.А. Кубанов, Д.В. Рюмин, Е.А. Соболева // Российский педиатрический журнал. – 2015. – Т. 18, № 6. – С. 24-27.

63. Кубанов, А.А. Аспекты патогенеза и современной терапии акне / А.А. Кубанов, Т.А. Сысоева, А.С. Бишарова и др. // Лечащий врач. – 2016. – № 11. – С. 30-33.

64. Кубанова, А.А. Организация оказания помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013-2015 / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2016. – № 3. – С. 12-28.

65. Кудрявцев, И.А. Психологические маркеры суицидального риска по результатам тестов Л. Сонди и М. Люшера / И.А., Кудрявцев, Е.Э. Декало // Российский психиатрический журнал. – 2012. - № 5. – С. 56-65.

66. Кузнецова, М.В. Психолого-педагогическое сопровождение образования детей-сирот раннего возраста в условиях Дома ребёнка: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Марина Валерьевна Кузнецова. – Курск, 2011. – 27 с.

67. Кузнецова, Ю.Н. Медико – социальные аспекты инфекций, передаваемых половым путем, в период формирования репродуктивного здоровья: алгоритмы диагностики, дифференцированной терапии и профилактики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.10 / Кузнецова Юлия Николаевна. – Екатеринбург, 2013. – 46 с.

68. Кузьмин, С.А. Анализ результатов работы лечебно-профилактических учреждений Оренбургской области по медицинскому обеспечению подготовки юношей к военной службе / С.А. Кузьмин // Вестник ОГУ. – 2010. - № 12 (118). – С. 137-141.

69. Кунгуров, Н.В. Алгоритм эпидемиологического расследования случаев приобретенного сифилиса и гонококковой инфекции у детей дошкольного и младшего школьного возраста: метод. рекомендации для врачей-дерматовенерологов / Н.В. Кунгуров, Н.П. Малишевская, Т.А. Сырнева, Е.В. Попова, Г.Г. Коробова; Уральский научно – исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии. – Екатеринбург, 2013. – 24 с.

70. Ларионова, С.О. Девиантное поведение как научно-педагогическая проблема / С.О. Ларионова // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 1. – С. 90-94.
71. Ларин, А.Н. Практика работы с детьми, оставшимися без попечения родителей, в развитых зарубежных странах [Электронный ресурс] / А.Н. Ларин, И.Н. Коноплева // *Психологическая наука и образование*. – 2013. – № 3. – С. 160-164. – Режим доступа: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2013_3_3417.pdf, свободный. (Дата обращения: 25.09.2016г.)
72. Львов, А.Н. Соматоформный и амплифицированный зуд / А.Н. Львов, С.И. Бобко, Д.В. Романов // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2013. - № 4. – С. 39-43.
73. Малишевская, Н.П. Состояние заболеваемости и диспансерного наблюдения больных хроническими дерматозами населения Свердловской области / Н.П. Малишевская, М.В. Пазина // *Современные вопросы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии*. – 2010. - № 6. – С. 57-63.
74. Малямова, Л. Н. Оценка состояния здоровья детского населения Свердловской области по результатам диспансеризации 2011–2013 гг. / Л. Н. Малямова, Е. В. Ануфриева // *Управление рисками, влияющими на уровень социальной безопасности детства: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием*. — Екатеринбург: ИПЦ УрФУ, 2015. — С. 29-40.
75. Макарова, В.И. Образовательная деятельность в учреждениях интернатного типа по формированию здорового образа жизни подростков [Электронный ресурс] / В.И. Макарова, В.А. Плаксин, Н.Ю. Плаклина // *Современные проблемы науки и образования*. – 2011. - № 6 – С. 64. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=5257>, свободный. (Дата обращения: 22.10.2016 г.)
76. Малярчук, А.П. Заболеваемость чесоткой и другими дерматозами в детском социально значимом коллективе / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Ю.В. Лопатина и др. // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2011. – № 4. – С. 27-32.
77. Мартынюк, О.Б. Исследование гендерных различий мотивационно-ценностной сферы подростков / О.Б. Мартынюк, А.А., Сердюк // *Проблемы современного педагогического образования*. – 2015. - № 46 - 1. – С. 100-112.
78. Матханова, Т.А. Формирование знаний, умений, навыков у детей школьного возраста, воспитывающихся в условиях социальной депривации, направленных на сохранение, укрепления личного здоровья / Т.А. Матханова // *Формы и методы социальной работы в различных сферах*

жизнедеятельности: матер. II Международной науч.-практ. конф. – Улан-Удэ, 2013. - С. 233-236.

79. Мачарадзе, Д. Ш. Кожные пробы: методика проведения, роль в диагностике аллергических болезней и подготовке к проведению АСИТ: методическое пособие / Д. Ш. Мачарадзе. – М.: Береста-Пресс, 2012. – 107 с.

80. Медведева, О.В. Организация медико-социальной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации / О.В. Медведева, А.В. Дмитриев, Е.И. Петрова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 305-307.

81. Медик, В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения / В. А. Медик ; Новгород. науч. центр. Сев.-Зап. отд-ние РАМН. - М. : Медицина, 2003. - 508 с.

82. Мерзлякова, Т. Г. Ежегодный доклад Уполномоченного по правам человека в Свердловской области: 2016 год / Т. Г. Мерзлякова. – Екатеринбург: Изд – во АМБ, 2017. – 176 с.

83. Микиртичан, Г.Л. Медико-социальная характеристика семьи ребенка 13 – 18 лет, страдающего хронической дерматологической патологией / Г.Л. Микиртичан, И.А. Горланов, Т.В. Каурова // Педиатр. – 2011. – Т. 2, № 3. – С. 55-60.

84. Мирская, Н.Б. Состояние костно-мышечной системы юношей допризывного возраста как показатель годности к военной службе / Н.Б. Мирская, А.В. Ляхович, А.Н. Коломенская и др. // Военно-медицинский журнал. – 2012. - № 6. – С. 17-21.

85. Минина, Т.В. Распространенность ЛОР - патологии у лиц призывного возраста и её влияние на категорию годности к военной службе, на примере одного из районов г. Челябинска / Т.В. Минина, М.Ю. Коркмазов // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2013. - № 3 (22). – С. 88-91.

86. Мирский, В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты): руководство для врачей / В.Е. Мирский, С.В. Рищук. – СПб.: СпецЛит. – 2012. – 479 с.

87. Можаров, Н.С. Склонность к аутоагрессивному поведению у детей, с перинатальным поражением центральной нервной системы / Н.С. Можаров, Е.А. Тараканова, О.В. Поплавская // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 35-36.

88. Мурашкин, Н.Н. Современные особенности клинического полиморфизма, эпидемиологических и медико-социальных характеристик дерматозов с хроническим течением в детском возрасте: на примере

Краснодарского края: автореферат дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.10, 14.02.03 / Мурашкин Николай Николаевич; М., 2011. - 33 с.

89. Найдёнова, А.В. Модель психического детей-сирот: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Найдёнова Антонина Вячеславовна. – М., 2012. – 28 с.

90. Новиков, В.В. Влияние родительской депривации на структуру мотивационной сферы у детей с НРП / В.В. Новиков. С.С. Петров // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2006. - №. 2. – С. 11.

91. Ножнинова, О.В. Состояние здоровья и организация медико-социальной помощи детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Ножнинова Ольга Викторовна; М., 2009. - 144 с.

92. Носачева, О.А. Психоземotionalное состояние детей и подростков с угревой болезнью / О.А. Носачева, Г.А. Каркашадзе, Л.С. Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 43-47.

93. О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей: постановление Правительства РФ от 24.05.2014 г. № 481 г. Москва. Собрание законодательства Российской Федерации от 02.06.2014: № 22: ст. 2887.

94. О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: федеральный закон от 21.12.1996 г. № 159 – ФЗ (ред. от 01.05.2017). Российская газета. 27.12.1996: № 248.

95. О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию: федеральный закон от 29.12.10 г. № 436 – ФЗ (ред. от 01.05.2017). Российская газета. 31.12.2010: № 297.

96. О комплексной оценке состояния здоровья детей: приказ Минздрава РФ от 30.12.2003 г. № 621. Газета "АКДИ - Экономика и жизнь", 03.2004: № 12.

97. О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям – сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей: постановление Правительства Российской Федерации от 14.02.2013 г. № 116 г. Москва (ред. от 02.07.2013). Российская газета. 19.02.2013: № 35.

98. О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: Указ Президента Российской Федерации от 28.12.12 г. № 1688. Российская газета. 29.12.2012: № 302.

99. О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование: приказ Минздрава России от 07.10.2015 г. № 700н (ред. от 11.10.2016). Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 21.12.2015: № 51.

100. О передаче функций и полномочий учредителя в отношении государственных казенных образовательных учреждений Свердловской области для детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подведомственных Министерству общего и профессионального образования Свердловской области: постановление Правительства Свердловской области от 26.08.2015 года № 761 – ПП. Областная газета. 29.08.2015: № 157 (7723).

101. О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно – курортное лечение: приказ Минздрава России от 22.11.2004 г. № 256 (ред. от 15.12.2014). Российская газета. 22.12.2014: № 283.

102. О порядке оказания медицинской помощи больным по медицинской реабилитации: проект приказа Минздравсоцразвития России от 12 июля 2010 г.

103. О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних: приказ Минздрава России от 10.08.2017 г. № 514н. Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. 21.08.2017.

104. О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них: приказ Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1346н. Российская газета. 25.04.2013: № 90/1.

105. О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: Приказ Минздрава России от 15 февраля 2013 г. № 72н. Российская газета. 14.05.2013: № 100.

106. О судебной практике по делам преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности: постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 04.12.2014 г. № 16 г. Москва. Российская газета. 12.12.2014: № 6556 (284).

107. Об образовании в Российской Федерации: федеральный закон от 29.12.12 г. № 273 – ФЗ. Российская газета. 31.12.2012: № 303.

108. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ (ред. от 03.07.2016). Российская газета. 23.11.2011: № 5639 (263).

109. Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: федеральный закон от 24.06.1999 №

120 – ФЗ (в ред. от 07.06.2017 № 109 – ФЗ). Российская газета. 20.06.1999: № 121.

110. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 124 – ФЗ (ред. от 28.12.2016). Собрание законодательства Российской Федерации от 03.08.1998 г: № 31: ст. 3802.

111. Об установлении условий, на которых несовершеннолетние проходят медицинские осмотры, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом, диспансеризацию, диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию и на которых несовершеннолетним оказывается медицинская помощь, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях: постановление правительства Свердловской области от 28.08.2013 № 1063 – ПП. Областная газета. 04.09.2013: № 408-409.

112. Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294. Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru). 26.12.2016.

113. Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда: приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. N 302н (ред. от 05.12.2014). Российская газета. 28.10.2011: № 243.

114. Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения: приказ Минздрава России от 05.05.2016 г. № 281н. Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru). 31.05.2016.

115. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих: постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 (ред. от 13.07.2012). Российская газета. 07.12.2014: № 271.

116. Об утверждении положения о военно-врачебной комиссии: постановление Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 (ред. от 30.03.2017). Собрание законодательства Российской Федерации. 15.07.2013: № 28: ст. 3831.

117. Об утверждении примерных положений о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации: постановление Правительства РФ 27 ноября 2000 г. № 896. Российская газета (выпуск выходного дня № 49).09.12.2000: № 235.

118. Об утверждении Порядка диспансеризации детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью: приказ Минздрава России от 11.04.2013 г. № 216н. Российская газета. 31.05.2013: № 116.

119. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология»: приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 924н. Российская газета. 11.04.2013: № 78/1.

120. Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи: приказ Минздравсоцразвития России 16.04.2012 г. № 366н. Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 22.10.2012: № 43.

121. Об утверждении порядка организации санаторно – курортного лечения: приказ Минздрава России от 05.05.2016 г. № 279н. Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 25.07.2016: № 30.

122. Об утверждении СанПин 2.4.3259 – 15 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы организаций для детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.02.2015 г. № 8. Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru). 30.12.2016.

123. Об утверждении СП 3.1/3.2.3146-13 (вместе с "СП 3.1/3.2.3146-13. Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила"): постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 16.12.2013 № 65. Российская газета. 06.07.2014: №100.

124. Об утверждении стандарта санаторно – курортной помощи больным дерматитом и экземой, папулосквамозными нарушениями, крапивницей, эритемой, другими болезнями кожи и подкожной клетчатки: приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 г. № 225.

125. Поликлиническая педиатрия: диспансеризация детей: учебное пособие для студентов педиатрического и лечебного факультетов / под общ. ред. А.Ф. Бабцевой, Е.Б. Романцовой. – Благовещенск: Буквица, 2013. – 115 с.

126. Плешков, П.В. Бактериальные ИППП, у девушек-подростков: современные клинико-социальные аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10 / Плешков Павел Владимирович. – СПб., 2010. – 21 с.

127. Польская, Н.А. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / Н.А. Польская, Н.В. Власова // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – № 4. – С. 176-190.

128. Померанцев, О.Н. Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико – социальная проблема / О.Н. Померанцев, Н.Н. Потекаев // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – № 6. – С. 4-6.

129. Программа «Модернизация педагогического образования в Российской Федерации». Аналитическая справка о ходе реализации проекта. – М., 2015. – 40 с.

130. Прохорова, Ж.В. Возможные способы коррекции психоэмоциональных изменений у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией / Ж.В. Прохорова, Н.А. Фомина, В.В. Долгих // Сибирский медицинский журнал. - 2011. – Т. 102, № 3. – С. 61-63.

131. Пузин, С.Н. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально-значимых заболеваний / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, О.Т. Богова и др. // Медико – социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – № 3. – С. 3-10.

132. Рахматулина, М.Р. Проект Глобальной стратегии по профилактике ИППП и борьбе с ними на 2016 – 2021 годы / М.Р. Рахматулина // Новости РОДВК. – 2016. – № 2. – С. 8-9.

133. Рахматулина, М.Р. Современные подходы к терапии вульвовагинитов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, с учетом антибактериальной резистентности инфекционных агентов / М.Р. Рахматулина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 2. – С. 44-52.

134. Рахматулина, М.Р. Современные представления о роли генитальных микоплазм в развитии патологических процессов урогенитальной системы, методах их диагностики и лечения у детей / М.Р. Рахматулина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 1. – С. 15-23.

135. Рахматулина, М.Р. Тактика диагностики и терапии урогенитальной микоплазменной инфекции согласно федеральным клиническим рекомендациям / М.Р. Рахматулина // Фарматека. – 2016. – № 3. – С. 33-38.

136. Рахматулина, М.Р., Особенности сексуального поведения подростков различных социальных групп / М.Р. Рахматулина, М.Ю. Васильева // Репродуктивное здоровье подростков. – 2011. – № 4. – С. 86-93.

137. Рахматулина, М.Р. Подростковые специализированные центры профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем: итоги работы и перспективы развития / М.Р. Рахматулина, М.Ю. Васильева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 5. – С. 32-40.

138. Рахматулина, М.Р. Современные представления о генетической вариабельности генитальных микоплазм и их роли в развитии воспалительных заболеваний мочеполовой системы / М.Р. Рахматулина, С.В. Кириченко // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 3. – С. 17-25.

139. Рахматулина, М.Р. Сексуальные дисфункции у мужчин, больных инфекциями, передаваемыми половым путем / М.Р. Рахматулина, О.Ф. Филон // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 2. – С. 33-41.

140. Рахматулина, М.Р. ИППП, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков / М.Р. Рахматулина, А.А. Шашкова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 4. – С. 30-37.

141. Рекомендации Министерства образования и науки Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей от 13 января 2016 г. № ВК – 15/07.

142. Ретюнский, К.Ю. Обоснование принципов комплексной терапии и реабилитации детей с гиперкинетическим расстройством / К.Ю. Ретюнский, Т.С. Петренко // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2012. – № 1. – С. 16-20.

143. Рожавский, Л.А. Некоторые итоги диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях Ленинградской области детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в 2008 г. [Электронный ресурс] / Л.А. Рожавский // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – № 4. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/148/30/lang.ru/>, свободный. (Дата обращения 06.03.2017 г.).

144. Сабанов, В.И. Возрастно-половые градации состояния здоровья детей по результатам профилактических медицинских осмотров как первый этап диспансеризации детского населения / В.И. Сабанов, О.Ф. Девляшова, Е.В. Пелих // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 1. – С. 56-62.

145. Санакоева, Э.Г. Заболеваемость акне лиц молодого возраста в различных социально значимых коллективах / Э.Г. Санакоева // Военно-медицинский журнал. – 2014. – № 10. – С. 66-67.

146. Сидорова, Т.Б. Особенности психолого-педагогической поддержки первокурсников в процессе адаптации к условиям колледжа / Т. Б. Сидорова,

Л.А. Вараксина // Научные исследования в образовании. – 2009. - № 10. – С. 49-51.

147. Собчик, Л.Н. МЦВ – метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: практическое руководство / Л.Н. Собчик. – СПб.: Изд-во Речь, 2001. – 112 с.

148. Собчик, Л.Н. Модифицированная методика Сонди. Тест восьми влечений / Л.Н. Собчик. – СПб.: Изд-во Речь, 2003. – 128 с.

149. Собчик, Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – СПб.: Издательство «Речь», 2003. – С. 624.

150. Соколова, Т.В. Особенности течения и ведения больных микробной экземой, осложненной кандидозом / Т.В. Соколова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. – № 1. – С. 13-19.

151. Старовойтова, И.М. О единстве экспертных подходов при осуществлении медико – социальной и военно-врачебной экспертизы / И.М. Старовойтова, К.А. Саркисов, Н.П. Потехин др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. - № 3. – С. 53-57.

152. Сырнева, Т.А. Структура и объем профилактической работы в кожно-венерологических учреждениях / Т.А. Сырнева, Н.П. Малишевская, М.А. Уфимцева // Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 8. – С. 16-19.

153. Сырнева, Т.А. К вопросу об организации медико-социальной помощи детям – сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей / Т.А. Сырнева, М.А. Уфимцева, К.И. Николаева и др. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – Т. 59, № 3. – С. 40-42.

154. Тамразова, О.Б. Зуд у детей / О.Б. Тамразова // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2014. – № 4. – С. 27-37.

155. Тимофеев, В.И. Цветовой тест Люшера / В.И. Тимофеев, Ю.И. Филимоненко // Методическое руководство. – СПб: Изд-во Иматон, 2000. – с. 31.

156. Троицкая, Л.А. Особенности эмоциональной сферы у детей с моногенными болезнями соединительной ткани и рахитоподобными заболеваниями / Л.А. Троицкая, В.А. Ерохина, П.В. Новиков, А.Н. Семякина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – Т. 58, № 3.– С. 42-46.

157. Трудовой кодекс Российской Федерации. – Москва: Проспект, 2016. – 256 с.

158. Тулакин, А.В. Проблема сохранения здоровья кадрового потенциала промышленных территорий с гигиенических позиций / А.В. Тулакин, Н.И. Новичкова, Т.Н. Ершова и др. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. - № 5. – С. 16-19.

159. Уфимцева, М.А. Модель управления заболеваемостью сифилисом в современных условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.10 / Уфимцева Марина Анатольевна. – Екатеринбург, 2011. – 43 с.
160. Уфимцева, М.А. Клинико-эпидемиологические особенности сифилиса на территориях Урала, Сибири и Дальнего Востока / М.А. Уфимцева, Н.П. Малишевская, Т.А. Сырнева // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2009. – Т. 2, № 2. – С. 68-73.
161. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
162. Ходарев, С.В. Диспансеризация и медицинская реабилитация детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации / С.В. Ходарев, Т.В. Выгонская // Главный врач. – 2011. – № 3 (26). – С. 11-15.
163. Цыганюк, И.И. Тест Сонди диагностика эмоционального состояния, влечений и потребностей [Текст] / И. И. Цыганюк. - Изд. 2-е. - СПб. : [б. и.], 2007. - 128 с.
164. Чернов, С.А. Модель системной развивающей психолого-педагогической помощи подросткам / С.А. Чернов, О.В. Чернова // Современные проблемы науки и образования. – 2016. - № 3. – С. 254. – Режим доступа: <https://science-education.ru/article/view?id=24571>, свободный (Дата обращения 16.05.2017 г.)
165. Чернядьев, С.А. Об информационной компетентности студентов медицинского вуза / С.А. Чернядьев, М.А. Уфимцева, Ю.М. Бочкарев и др. // Высшее образование в России. – 2016. – № 1 (197). – С. 157-159.
166. Шавалиева, Г.Т. Психологические аспекты психического состояния при восприятии образов / Г.Т. Шавалиева // Современные исследования социальных проблем (электронный журнал). – 2015.– Т. 49, № 5. – С. 382-392.
167. Шавловская, О.А. Психодерматология: взгляд на проблему / О.А. Шавловская // Consilium medicum. Дерматология. – 2015. – № 1. – С. 27-32.
168. Шаталова, А.Ю. Анализ факторов риска и клинико-лабораторных особенностей воспалительных заболеваний мочеполового тракта у женщин репродуктивного возраста / А.Ю. Шаталова, М.Р. Рахматулина, К.И. Плахова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 1. – С. 43-48.
169. Шашкова, А.А. Поведенческие и социальные факторы риска у подростков Астраханской области и меры профилактики распространения передаваемых половым путем инфекций / А.А. Шашкова, М.Р. Рахматулина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2015. – № 4. – С. 84-92.

170. Шевякова, И.А. Здоровье детей дошкольного возраста из социально неблагополучных семей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08, 14.02.03 / Шевякова Ирина Александровна. – Ижевск, 2012. – 24 с.
171. Юдинцева, Н.Н. Суждения о себе и других подростков-сирот из школ-интернатов / Н.Н. Юдинцева // Вестник МГОУ. – 2012. - № 2. – С. 69-77.
172. XVIII Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», 13 – 15 февраля 2015 г. // Педиатрическая фармакология. – 2015. – Т.12, № 2. – С. 249-258.
173. Abajobir, A.A. Substantiated childhood maltreatment and intimate partner violence victimization in young adulthood: a birth cohort study / A.A. Abajobir, S. Kisely, G.M. Williams, A.M. Clavarino, J.M. Najman // Journal of Youth Adolescence. – 2016. - Vol. 46, № 1. - P. 165-179.
174. Abeid, M. Evaluation of a training program for health care workers to improve the quality of care for rape survivors: a quasi-experimental design study in Morogoro, Tanzania / P. Muganyizi, R. Mpenbeni, E. Darj, P. Axemo // Global Health Action. – 2016. – Vol. 9. - P. 1-11.
175. Ablett, K. Parental, child, and adolescent experience of chronic skin conditions: A meta-ethnography and review of the qualitative literature / K. Ablett, A.R. Thompson // Body Image. - 2016. – Vol. 19. – P. 175-185.
176. Alonazi, W.B. The impact of chronic disease on orphans' quality of life living in extended social care services: a cross sectional analysis / W.B. Alonazi // Health and Quality of Life Outcomes. - 2016. – Vol. 14, № 55. – P. 2-6.
177. Anderson, K.L. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Scabies in a Dermatology Office / K.L. Anderson, L.C. Strowd // J Am Board Fam Med. – 2017. - Vol. 30, № 1. – P. 78-84.
178. Anderson, S.L. Predicting risky sexual behavior: the unique and interactive roles of childhood conduct disorder symptoms and callous-unemotional traits / S.L. Anderson, Y. Zheng, R.J. McMahon // Journal of Abnormal Child Psychology. - 2016. - Vol. 10. - P. 1-10.
179. Aneni, E. Mobile primary healthcare services and health outcomes of children in rural Namibia / E. Aneni, I.H. De Beer, L. Hanson, B. Rijnen, A.T. Brenan, F.G. Feeley // Rural Remote Health. - 2013. - Vol. 13, № 3. – P. 2380.
180. Asami, T. Assessment of QOL by urticaria activity score in pediatric patients with chronic urticarial / T. Asami // Alerugi. – 2016. - Vol. 65, № 1. - P. 41-48.
181. Asikhia, O.A. A case study of school support and the psychological, emotional and behavioural consequences of HIV and AIDS on adolescents / O.A. Asikhia, K. Mohangi // SAHARA J. – 2015. – Vol. 12. – P. 123-133.

182. Behling, J. Evaluating HIV Prevention Programs: Herpes Simplex Virus Type 2 Antibodies as Biomarker for Sexual Risk Behavior in Young Adults in Resource-Poor Countries [Электронный источник] / J. Behling, A.K. Chan, C. Zeh, C. Nekesa, L. Heinzerling // PLoS ONE. – 2015. - Vol. 10, № 5. – Режим доступа: doi: 10.1371/journal.pone.0128370, свободный. (Дата обращения: 17.02.2017 г.).

183. Behnam, B. Psychological Impairments in the Patients with Acne / B. Behnam, R. Taheri, R. Ghorbani, P. Allameh // Indian Journal of Dermatology. – 2013. – Vol.58, № 1. – P. 26-29.

184. Bez, Y. High social phobia frequency and related disability in patients with acne vulgaris / Y. Bez, Y. Yesilova, M. Kaya, A. Sir // Eur J Dermatol. – 2011. Vol. 21, № 5. – P. 756–760.

185. Bianchi, P. Effects of a New Emollient-Based Treatment on Skin Microflora Balance and Barrier Function in Children with Mild Atopic Dermatitis / P. Bianchi, J. Theunis, C. Casas, et al. // Pediatric Dermatology. – 2016. – Vol. 33, № 2. – P. 165-171.

186. Boralevi, F. Long-term emollient therapy improves xerosis in children with atopic dermatitis / F. Boralevi, M. Saint Aroman, A. Delarue, H. Raudsepp, A. Kaszuba, M. Bylaite, G.S. Tiplica // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2014. – Vol. 28, № 11. – P. 1456-1462.

187. Brown, M.J. Sex disparities in adverse childhood experiences and HIV/STIs: mediation of psychopathology and sexual behaviors / M.J. Brown, S.W. Masho, R.A. Pepera, B. Mezuk, R.A. Pugsley, S.A. Cohen // AIDS Behav. – 2016. – P. 1-17.

188. Castelo-Soccio, L. Pediatric Dermatology / L. Castelo-Soccio, P. McMahon // The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. – 2017. – Vol. 10, № 3. – P. 8-15.

189. Chae, S. Timing of Orphanhood, Early Sexual Debut, and Early Marriage in Four Sub-Saharan African Countries / S. Chae // Studies in Family Planning. – 2013. – Vol. 44, № 2. – P. 123-146

190. Chang, Y.S. Mechanism of Sleep Disturbance in Children with Atopic Dermatitis and the Role of the Circadian Rhythm and Melatonin / Y.S. Chang, B.L. Chiang // International Journal of Molecular Sciences. – 2016. – Vol. 17, № 4. – P. 462.

191. Chawla, V. Parental perception of efficacy of antihistamines for pruritus in pediatric atopic dermatitis / V. Chawla, M.B. Hogan, S. Moonie, G.L. Fenwick, A. Hooft, N.W. Wilson // Allergy Asthma Proc. – 2016. – Vol. 37, № 2. – P. 157-163.

192. Chen, M. Parental absence, child victimization, and psychological well-being in rural China / M. Chen, K.L. Chan // *Child Abuse & Neglect*. – 2016. - Vol. 59. – P. 45-54.
193. Cho, H. Discordance of HIV and HSV-2 Biomarkers and Self-reported Sexual Behavior among Orphan Adolescents in Western Kenya / H. Cho, W. Luseno, C. Halpern, et al. // *Sexually transmitted infections*. – 2015. – Vol. 91, № 4. – P. 260-265.
194. Diamond, G. Orphan rocker tracks: a variant of friction melanosis in an institutionalized child / G. Diamond, D. Ben Amitai // *PediatrDermatol*. – 2013. – Vol. 30, № 6. – P. 198-199.
195. Escueta, M. Adverse childhood experiences, psychosocial well-being and cognitive development among orphans and abandoned children in five low income countries / M. Escueta, K. Whetten, J. Ostermann, K. O'Donnell // *BMC International Health and Human Rights*. – 2014. – Vol. 14. – P. 6.
196. Ezzedine, K. Living with vitiligo: results from a national survey indicate differences between skin phototypes / K. Ezzedine, P.E. Grimes, J.M. Meurant, J. Seneschal, C. Léauté-Labrèze, F. Ballanger, T. Jouary, C. Taïeb, A. Taïeb // *Br J Dermatol*. – 2015. – Vol. 173, № 2. – P. 607-609.
197. Fabbrocini, G. Acne Scars: Pathogenesis, Classification and Treatment / G. Fabbrocini, M. Annunziata, V. D'Arco, et al. // *Dermatol Res Pract*. - 2010. - P. 1–13.
198. Farrington, D. Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: a systematic review and meta-analysis / D. Farrington // *Psychological Bulletin*. – 2012. - Vol. 138, № 2. - P. 175-210.
199. Fredriksson, T. Severe psoriasis--oral therapy with a new retinoid / T. Fredriksson U., Pettersson // *Dermatologica*. – 1978.– Vol. 157 (4). – P. 238–244.
200. Fried, R. Psychosocial sequelae related to acne: looking beyond the physical / R. Fried, A.J. Friedman // *J. Drugs Dermatol*. – 2010. – Vol. 9. – P. 50-52.
201. Gee, S.N. A survey assessment of the recognition and treatment of psychocutaneous disorders in the outpatient dermatology setting: how prepared are we? / S.N. Gee, L. Zakhary, N. Keuthen, D. Kroshinsky, A.B. Kimball // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 2013. – Vol. 68, № 1. – P. 47-52.
202. Gieler, U. Acne and quality of life - impact and management / U. Gieler, T. Gieler, J.P. Kupfer // *J EurAcadDermatolVenereol*. – 2015. – Vol. 4. – P. 12-14.
203. Gray, C.L. Potentially traumatic experiences and sexual health among orphaned and separated adolescents in five low- and middle-income countries / C.L.

Gray, K. Whetten, L.C. Messer, R.A. Whetten, J. Ostermann, K. O. Donnell, N.M. Thielman, B.W. Pence // *AIDS Care*. – 2016. – Vol. 28, № 7. – P. 857-865.

204. Guedes, A. Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children / A. Guedes, S. Bott, C. Garcia-Moreno, M. Colombini // *Global Health Action*. – 2016. – Vol. 9. – P. 315-316.

205. Gupta, A. Quality of life in acne vulgaris: Relationship to clinical severity and demographic data / A. Gupta, Y.K. Sharma, K.N. Dash, N.D. Chaudhari, S. Jethani // *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. – 2016. – Vol. 82, № 3. – P. 292-297.

206. Hagman, B.T. Drinking correlates of DSM-IV alcohol use disorder diagnostic orphans in college students / B.T. Hagman, A.M. Cohn // *The American Journal on Addictions*. – 2012. – Vol. 21. – P. 233–242.

207. Hallfors, D.D. Disclosure of HSV-2 Serological Test Results in the Context of an Adolescent HIV Prevention Trial in Kenya / D.D. Hallfors, H. Cho, I. Mbai, et al. // *Sexually transmitted infections*. – 2015. – Vol. 91, № 6. – P. 395-400.

208. Hedayat, K. Quality of life in patients with vitiligo: a cross-sectional study based on Vitiligo Quality of Life index (VitiQoL) / K. Hedayat, M. Karbakhsh, M. Ghiasi, et al. // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2016. - Vol. 14. – P. 86.

209. Hegarty, K. Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care / K. Hegarty, L. Tarzia, L. Hooker, A. Taft // *International Review of Psychiatry*. – 2016. - Vol. 28, № 5. – P. 519-532.

210. Heredia, N.I. Association of parental social support with energy balance-related behaviors in low-income and ethnically diverse children: a cross-sectional study / N.I. Heredia, N. Ranjit, J.L. Warren, A.E. Evans // *BMC Public Health*. – 2016. – Vol. 16. – P. 1182.

211. Hornor, G. Child sexual abuse revictimization: child demographics, familial psychosocial factors, and sexual abuse case characteristics / G. Hornor, B.A. Fischer // *Journal Forensic Nurs*. – 2016. – Vol. 12, № 4. – P. 151-159.

212. Hosteing, S. A stereotypical clinical presentation of childhood linear purpura of the arms: Analysis of six cases / S. Hosteing, C. Uthurriague, F. Boralevi, J. Mazereeuw-Hautier // *Arch Pediatr*. – 2017. – Vol. 24, № 1. – P. 45-51.

213. Jafferany, M. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study / M. Jafferany, A. Vander Stoep, A. Dumitrescu, R.L. Hornung // *International Journal of Dermatology*. – 2010. – Vol. 49, № 7. – P. 784-789.

214. Jaschek, G. Association of child maltreatment and depressive symptoms among Puerto Rican youth / G. Jaschek, O. Carter-Pokras, X. He, S. Lee, G. Canino // *Child Abuse Negl*. – 2016. – Vol. 58. – P. 63-71.

215. Janković, S. Quality of life in patients with alopecia areata: a hospital-based cross-sectional study / S. Janković, J. Perić, N. Maksimović, A. Ćirković, J. Marinković, J. Janković, V. Reljić, L. Medenica // *J EurAcadDermatolVenereol.* – 2016. – Vol. 30, № 5. – P. 840-846.

216. Jennings, L. Effect of savings-led economic empowerment on HIV preventive practices among orphaned adolescents in rural Uganda: results from the Suubi-Maka randomized experiment / L. Jennings, F.M. Ssewamala, P. Nabunya // *AIDS Care.* – 2016. – Vol. 28, № 3. – P. 273-282.

217. Jones, S.C. Lost in translation: a focus group study of parents' and adolescents' interpretations of underage drinking and parental supply / S.C. Jones, K. Andrews, N. Berry // *BMC Public Health.* – 2016. – Vol. 16. – P. 561.

218. Jones, S.C. Combining Social Norms and Social Marketing to Address Underage Drinking: Development and Process Evaluation of a Whole-of-Community Intervention [Электронный ресурс] / S.C. Jones, K. Andrews, K. Francis // *PLoS One.* – 2017. – Vol.12. – Режим доступа: doi: 10.1371/journal.pone.0169872, свободный. (Дата обращения: 24.11.2016 г.).

219. Juma, M. Cultural practices and sexual risk behaviour among adolescent orphans and non-orphans: a qualitative study on perceptions from a community in western Kenya / M. Juma, I. Askew, J. Alaii, L.K. Bartholomew, B. Van den Born // *BMC Public Health.* – 2014. – Vol. 14. – P. 84.

220. Karimli, L. Do savings mediate changes in adolescents' future orientation and health-related outcomes? Findings from randomized experiment in Uganda / L. Karimli, F.M. Ssewamala // *The Journal of adolescent health.* – 2015. – Vol. 57, № 4. – P. 425-432.

221. Katayama, I. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2017 / I. Katayama, M. Aihara, Y. Ohya, H. Saeki, N. Shimojo, S. Shoji, M. Taniguchi, H. Yamada Japanese Society of Allergology // *Allergology International.* – 2017. - № 66. – P. 230-247.

222. Kobangué, L. Scabies: epidemiological, clinical and therapeutic features in Bangui / L. Kobangué, P. Guéréndo, J. Abéyé, P. Namdito, M.D. Mballa, G. Gresenguet // *Bull SocPatholExot.* – 2014. – Vol. 107, № 1. – P. 10-14.

223. Koblenzer, C.S. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta / C.S. Koblenzer, R. Gupta // *Semin. Cutan. Med. Surg.* – 2013. – Vol. 32, № 2. – P. 95-100.

224. Kopyciok, M.E. Prevalence and Characteristics of Pruritus: A One-Week Cross-sectional Study in a German Dermatology Practice / M.E. Kopyciok, H.F. Ständer, N. Osada, S. Steinke, S. Ständer // *ActaDermVenereol.* – 2016. – Vol.96, №1. – P.50-55.

225. Kouotou, E.A. Prevalence and drivers of human scabies among children and adolescents living and studying in Cameroonian boarding schools / E.A. Kouotou, M.K. Kouawa, A.C. Zoung-KanyiBissek // *Parasites & Vectors*. – 2016. – Vol. 9. – P. 400.

226. Kuo, C. Cumulative Effects of HIV Illness and Caring for Children Orphaned by AIDS on Anxiety Symptoms Among Adults Caring for Children in HIV-Endemic South Africa / C. Kuo, L. Cluver, M. Casale, T. Lane // *AIDS Patient Care and STDs*. – 2014. – Vol. 28, № 6. – P. 318-326.

227. Le, M.T. Polyvictimization among children and adolescents in low- and lower-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis [Электронный ресурс] / M.T. Le, S. Holton, L. Romero, J. Fisher // *Trauma, Violence & Abuse*. – 2016. – Режим доступа: doi: <https://doi.org/10.1177/1524838016659489>, свободный. (Дата обращения: 03.09.2016 г.).

228. Leach, C. The relationship between children's age and disclosures of sexual abuse during forensic interviews / C. Leach, M.B. Powell, S.J. Sharman, J. Anglim // *Child Maltreatment*. – 2017. – Vol. 22, № 1. – P. 79-88.

229. Lee, Y. Educational Programs for the Management of Childhood Atopic Dermatitis: An Integrative Review / Y. Lee, J. Oh // *Asian Nurs Res*. – 2015. – Vol. 9, № 3. – P. 185-193.

230. Le, Maître M. Validation of a clinical evaluation score for irritative dermatitis: SCOREPI / M. Le Maître, B. Crickx, J.P. Lacour, et al. // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. – 2013. – Vol. 27 (9). – P. 1138–1142.

231. Levine, T.A. Early childhood neurodevelopment after intrauterine growth restriction: a systematic review / T.A. Levine, R.E. Grunau, F.M. McAuliffe, R. Pinnamaneni, A. Foran, F.A. Alderdice // *Pediatrics*. – 2015. – Vol. 135, № 1. – P. 126-141.

232. Little, K.M. A Review of Evidence for Transmission of HIV From Children to Breastfeeding Women and Implications for Prevention / K.M. Little, P.H. Kilmarx, A.W. Taylor, C.E. Rose, E.D. Rivadeneira, S.R. Nesheim // *The Pediatric infectious disease journal*. – 2012. – Vol. 31, № 9. – P. 938-942.

233. Lopez, L.M. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents [Электронный ресурс] / L.M. Lopez, A. Bernholc, M. Chen, E.E. Tolley // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2016. – Vol. 29, № 6. – Режим доступа: doi: [10.1002/14651858.CD006417.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3), свободный. (Дата обращения: 13.03.2017 г.).

234. Lopez, L.M. Brief educational strategies for improving contraception use in young people [Электронный ресурс] / L.M. Lopez, T.W. Grey, E.E. Tolley, M. Chen // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2016. – Vol. 30, № 3. – Режим доступа:

doi: 10.1002/14651858.CD012025.pub2, свободный. (Дата обращения: 18.05.2017 г.).

235. Luseno, W.K. Use of HIV and HSV-2 Biomarkers in Sub-Saharan Adolescent Prevention Research: A Comparison of Two Approaches / W.K. Luseno, D.D. Hallfors, H. Cho, et al. // *The Journal of Primary Prevention*. – 2014. – Vol. 35, № 3. – P. 181-191.

236. Makigami, K. Risk factors of scabies in psychiatric and long-term care hospitals: a nationwide mail-in survey in Japan / K. Makigami, N. Ohtaki, N. Ishii, S. Yasumura // *J Dermatol*. – 2009. – Vol. 36, № 9. – P. 491-498.

237. Marazzo, J.M. Interventions to prevent sexually transmitted infections, including HIV infection / J.M. Marazzo, W. Cates // *Clinical Infectious Disease* – 2011. – Vol. 53. – P. 64-78.

238. Marino, J.L. Teenage mothers / J.L. Marino, L.N. Lewis, D. Bateson, M. Hickey, S.R. Skinner // *Aust. Fam. Physician*. – 2016. – Vol. 45, № 10. – P. 712-717.

239. Mason-Jones, A.J. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents [Электронный ресурс] / A.J. Mason-Jones, D. Sinclair, C. Mathews, A. Kagee, A. Hillman, C. Lombard // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2016. – Vol. 11. – Режим доступа: doi: 10.1002/14651858.CD006417.pub3, свободный. (Дата обращения: 09.04.2017 г.).

240. Matteredne, U. Is the impact of atopic disease on children and adolescents' health related quality of life modified by mental health? Results from a population-based cross-sectional study / U. Matteredne, C. Apfelbacher // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2013. – Vol. 11. – P. 115.

241. Matteredne, U. Peer-relationship-problems account for quality of life impairments in pediatric psoriasis / U. Matteredne, C. Apfelbacher // *J Psychosomatic Research* – 2016. – Vol. 84. – P. 31-36.

242. Metz, M. Chronic pruritus associated with dermatologic disease in infancy and childhood: up date from an interdisciplinary group of dermatologists and pediatricians / M. Metz, U. Wahn, U. Gieler, P. Stock, J. Schmitt, U. Blume-Peytavi // *Pediatric Allergy and Immunology*. – 2013. – Vol. 24, № 6. – P. 527-539.

243. Mkandawire, P. Orphan Status and Time to First Sex among Adolescents in Northern Malawi / P. Mkandawire, E. Tenkorang, I. Luginaah // *AIDS and Behavior*. – 2013. – Vol. 17. – P. 939-950.

244. Mortz, C.G. Atopic dermatitis from adolescence to adulthood in the TOACS cohort: prevalence, persistence and comorbidities / C.G. Mortz, K.E. Andersen, C. Dellgren, T. Barington, C. Bindslev-Jensen // *Allergy*. – 2015. – Vol. 70, № 7. – P. 836-845.

245. Murray, E. Differential effect of intrauterine growth restriction on childhood neurodevelopment: a systematic review / E. Murray, M. Fernandes, M. Fazel, S.H. Kennedy, J. Villar, A. Stein // *BJOG*. – 2015. – Vol. 22, № 8. – P. 1062-1072.

246. Nabunya, P. Family Economic Strengthening and Parenting Stress Among Caregivers of AIDS-Orphaned Children: Results from a Cluster Randomized Clinical Trial in Uganda / P. Nabunya, F.M. Ssewamala, V. Ilic // *Children and youth services review*. – 2014. – Vol. 44. – P. 417-421.

247. Napolitano, M. Systemic Treatment of Pediatric Psoriasis: A Review / M. Napolitano, M. Megna, A. Balato, et al. // *Dermatology and Therapy*. – 2016. – Vol. 6, № 2. – P. 125-142.

248. Napolitano, M. Psoriasis in Children: A Review / M. Napolitano, M. Megna, A. Balato, M. Scalvenzi, T. Cirillo, L. Gallo, F. Ayala, N. Balato // *CurrPediatr Rev*. – 2015. – Vol. 11, № 1. – P. 10-26.

249. Nguyen, C.M. Psychodermatologic Effects of Atopic Dermatitis and Acne: A Review on Self-Esteem and Identity / C.M. Nguyen, J. Koo, K.M. Cordoro // *Pediatric Dermatol*. – 2016. – Vol. 33, № 2. – P. 129-135.

250. Nomura, Y. Roles of perinatal problems on adolescent antisocial behaviors among children born after 33 completed weeks: a prospective investigation / Y. Nomura, K. Rajendran, J. Brooks-Gunn, J.H. Newcorn // *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. – 2008. – Vol. 49, № 10. – P. 1108-1117.

251. Nothling, J. Differences in abuse, neglect, and exposure to community violence in adolescents with and without PTSD and depression / J. Nothling, S. Suliman, L. Martin, C. Simmons, S. Seedat // *Journal of Interpersonal Violence*. – 2016. – P. 1-27.

252. Nyamukapaa, C.A. Causes and consequences of psychological distress among orphans in eastern Zimbabwe / C.A. Nyamukapaa, S. Gregson, M. Wambeb, P. Mushoreb, B. Lopmana, Z. Mupambireyib, K. Nhungob, M.C.H. Jukes // *AIDS Care*. – 2010. - Vol. 22, № 8. – P. 988-996.

253. Nutten, S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors / S. Nutten // *Annals of nutrition and metabolism*. – 2015. - № 66. – Suppl.1. – P. 8-16.

254. Oei, J.L. Neonatal Abstinence Syndrome and High School Performance [Электронный ресурс] / J.L. Oei, E. Melhuish, H. Uebel, N. Azzam, C. Breen, L. Burns, L. Hilde, B. Bajuk, M.E. Abdel-Latif, M. Ward, J.M. Feller, J. Falconer, S. Clews, J. Eastwood, A. Li, I.M. Wright // *Pediatrics*. - 2017. – Vol. 139, № 2. – Режим доступа: doi: 10.1542/peds.2016-2651, свободный. (Дата обращения: 27.10.2016 г.).

255. Olsen, E.A. National Alopecia Areata Foundation / E.A. Olsen, M.K. Hordinsky, V.H. Price, et al. // *J Am Acad Dermatol.* – 2004. – Vol. 51 (3). – P. 440–447.

256. Operario, D. HIV infection and sexual risk behaviour among youth who have experienced orphanhood: systematic review and meta-analysis / D. Operario, K. Underhill, C. Chuong, L. Cluver // *Journal of the International AIDS Society.* – 2011. – Vol. 14. – P. 14-25.

257. Orion, E. Psychological factors in skin diseases: stress and skin: facts and controversies / E. Orion, R. Wolf // *Clinics in Dermatology.* – 2013. – Vol. 31, № 6. – P. 707-711.

258. Orphans: Press centre. UNICEF. Available from: http://www.unicef.org/media/media_45279.html. Accessed 30 June 2015. P. 1-14.

259. Pascoe, J.M. Mediators and Adverse Effects of Child Poverty in the United States [Электронный ресурс] / J.M. Pascoe, D.L. Wood, J.H. Duffee, A. Kuo // *Pediatrics.* – 2016. – Vol. 137. - № 4 – Режим доступа: doi: 10.1542/peds.2016-0340, свободный. (Дата обращения: 17.03.2017 г.).

260. Peilian, C. Impact of Parental HIV/AIDS on Children's Psychological Well-Being: A Systematic Review of Global Literature / C. Peilian, L. Xiaoming // *AIDS Behavior.* – 2013. – Vol. 17. – P. 2554–2574.

261. Petersen, I. Psychosocial challenges and protective influences for socio-emotional coping of HIV+ adolescents in South Africa. A qualitative investigation / I. Petersen, A. Bhana, N. Myeza, et al. // *AIDS care.* – 2010. – Vol. 22, № 8. – P. 970-978.

262. Peu, M.D. Health promotion strategies for families with adolescents orphaned by HIV and AIDS / M.D. Peu // *International Nursing Review.* – 2014. – Vol. 61, № 2. – P. 228–236.

263. Pickett, K. Educational interventions to improve quality of life in people with chronic inflammatory skin diseases: systematic reviews of clinical effectiveness and cost-effectiveness / K. Pickett, E. Loveman, N. Kalita, G.K. Frampton, J. Jones // *Health Technol Assess.* – 2015. – Vol. 19, № 86. – P. 1-176.

264. Pittenger, S.L. Psychological Distress and revictimization risk in youth victims of sexual abuse / S.L. Pittenger, A. Schreier, K. Meidlinger, J.K. Pogue, K. Theimer, M.F. Flood, D.J. Hansen // *Journal of Interpersonal Violence.* – 2016. – P. 1-31. Режим доступа: doi: <https://doi.org/10.1177/0886260516658755>, свободный. (Дата обращения: 03.02.2017 г.).

265. Pinson, R. Psoriasis in children / R. Pinson, B. Sotoodian, L. Fiorillo // *Psoriasis: Targets and Therapy.* – 2016, № 6. – P. 121-129.

266. Plewig, G. Acne and rosacea / G. Plewig, A.M. Kligman 3rd ed. Berlin: Springer. – 2000.

267. Pufall, E.L. The impact of HIV on children's education in eastern Zimbabwe / E.L. Pufall, C. Nyamukapa, J.W. Eaton, et al. // *AIDS Care*. – 2014. – Vol. 26, № 9. – P. 1136-1143.

268. Relvas, M. Pediatric psoriasis / M. Relvas, T. Torres // *American Journal of Clinical Dermatology*. – 2017. – P. 1-15. Режим доступа: doi: 10.1007 / s40257-017-0294-9, свободный. (Дата обращения 25.06.2017 г.).

269. Ring, H.C. Artefactual skin lesions in children and adolescents: review of the literature and two cases of factitious purpura / H.C. Ring, I.M. Miller, E. Benfeldt, G.B. Jemec // *Int J Dermatol*. – 2015. – Vol. 54, № 1. – P. 27-32.

270. Salam, R.A. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions / R.A. Salam, A. Faggah, N. Sajjad, Z.C. Lassi, J.K. Das, M. Kaufman, Z.A. Bhutta // *Journal of Adolescent Health*. – 2016. – Vol. 59 – P. 11-28.

271. Samkange-Zeeb, F.N. Awareness and knowledge of sexually transmitted disease (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature / F.N. Samkange-Zeeb, L. Spallek, H. Zeeb // *BMC Public Health*. - 2011. - Vol. 11. – P. 727.

272. Sender, L. Adolescent and young adult patients with cancer: a milieu of unique features / L. Sender, K.B. Zabokrtsky // *Nat Rev ClinOncol*. – 2015. - Vol. 12, № 8. – P. 465-480.

273. Sexually Transmitted Disease / Centers for Disease Control and Prevention National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. – Atlanta.: STD Surveillance, 2014. - P.149. (<https://www.cdc.gov/std/stats14/default.htm>).

274. Słowińska, M., Metoda oceny nasilenia zmian skórnych u pacjentów z bielactwem (wskaźnik VIMAN) / M. Słowińska, E. Szymańska, L. Rudnicka // *Dermatologia Estetyczna*. – 2001. – Vol. 3 (5). – P. 200–210.

275. Spoth, R. Universal Family-Focused Intervention with Young Adolescents: Effects on Health-Risking Sexual Behaviors and STDs Among Young Adults / R. Spoth, C. Scott, L. Trudeau // *Prevention science*. - 2014. - Vol. 15, № 1. – P. 47-58.

276. Ssewamala, F.M. Applying a Family-Level Economic Strengthening Intervention to Improve Education and Health-Related Outcomes of School-Going AIDS-Orphaned Children: Lessons from a Randomized Experiment in Southern Uganda / F.M. Ssewamala, L. Karimli, N. Torsten, J.S. Wang, C.K. Han, V. Ilic, P. Nabunya // *Prevention Science*. – 2016. – Vol. 17. – P. 134–143.

277. Stover, M.W. Opioids in Pregnancy and Neonatal Abstinence Syndrome / M.W. Stover, J.M. Davis // *Seminars in perinatology*. – 2015. - Vol. 39, № 7. – P. 561-565.

278. Szondi, L. Lehrbruch der experimentellen Triebdiagnostik. Band I-III / - Bern und Stuttgart.:HansHuber, 1960 (1972).

279. Takahashi, S. Detection of Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, and Ureaplasmaparvum DNAs in urine from asymptomatic healthy young Japanese men / S. Takahashi, K. Takeyama, S. Miyamoto, K. Ichihara et. al. // J Infect Chemother. - 2006. - Vol. 12, № 5. – P. 269-271.

280. Talbot, A. Treating Psychological Trauma Among Rwandan Orphans Is Associated With a Reduction in HIV Risk-Taking Behaviors: A Pilot Study / A. Talbot, C. Uwihoreye, C. Kamen, P. Grant, L. McGlynn, L. Mugabe, M. Nshimyumukiza, P. Dongier, D. Slamowitz, C. Padilla, J. Uvamahoro, I. Musayidire, A. Mukarubuga, A. Zolopa // AIDS Education and Prevention. – 2013. - Vol. 25, № 6. – P. 468-479.

281. Tegethoff, M. Chronology of Onset of Mental Disorders and Physical Diseases in Mental-Physical Comorbidity - A National Representative Survey of Adolescents [Электронный ресурс] / M. Tegethoff, E. Stalujanis, A. Belardi, G. Meinlschmidt // PLoS ONE. – 2016. - Vol. 11, № 10. – Режим доступа: doi: 10.1371/journal.pone.0165196, свободный. (Дата обращения: 05.12.2017 г.).

282. Thurman, T.R. Psychological and behavioral interventions to reduce HIV risk: evidence from a randomized control trial among orphaned and vulnerable adolescents in South Africa / T.R. Thurman, R. Kidman, T.W. Carton, P. Chiroro // AIDS Care. - 2016. - Vol. 28, № 1. – P. 8–15.

283. Tuong, W. Effect of Automated Online Counseling on Clinical Outcomes and Quality of Life Among Adolescents With Acne Vulgaris: A Randomized Clinical Trial / W. Tuong, A.S. Wang, A.W. Armstrong // JAMA dermatology. - 2015. - Vol. 151, № 9. – P. 970-975.

284. Uebel, H. Epidemiological Evidence for a Decreasing Incidence of Neonatal Abstinence Syndrome, 2000-11 / H. Uebel, I.M. Wright, L.Burns, L. Hilder, B. Bajuk, C. Breen, M.E. Abdel-Latif, M. Ward, J. Eastwood, J.M. Feller, J. Falconer, S. Clews, J.L. Oei // Paediatr Perinat Epidemiol. – 2016. - Vol. 30, № 3. – P. 267-273.

285. Ukleba, K.O. The influence of perinatal hypoxic-ischemic disorders of central nervous system on adolescent academic achievements and behavioural deviations / K.O. Ukleba, I.V. Pavlenishvili, D.Z. Zurabashvili // Georgian Med News. – 2013. – Vol. 218. – P. 58-62.

286. Van Driessche, F. Current Management of Pediatric Vitiligo / F. Van Driessche, N. Silverberg // Paediatr Drugs. – 2015. - Vol. 17, № 4. - P. 303-313.

287. Vilar, G.N. Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris / G.N. Vilar, L.A. Santos, J.F. SobralFilho // *Anais Brasileiros de Dermatologia*. – 2015. - Vol. 90, № 5. – P. 622-629.

288. Vocks, E. The Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index - A score developed for the assessment of dyshidrotic eczema / E. Vocks, S.G. Plötz, J. Ring // *Dermatology*. – 1999. – Vol. 198 (3). – P. 265–269.

289. Wang, A.S. Effectiveness of a novel interactive health care education tool on clinical outcomes and quality of life in acne patients: A randomized controlled pilot study / A.S. Wang, J. Wu, W. Tuong, C. Schupp, A.W. Armstrong // *J. Dermatolog Treat.* – 2015. - Vol. 26, № 5. – P. 435-439.

290. Wang, H. Dysfunctional gut microbiota and relative co-abundance network in infantile eczema / H. Wang, Y. Li, X. Feng, Y. Li, W. Wang, C. Qiu, J. Xu, Z. Yang, Z. Li, Q. Zhou, K. Yao, H. Wang, Y. Li., D. Li, W. Dai, Y. Zheng // *Gut Pathog.* – 2016. – Vol. 22. – P. 8-36.

291. Watson, W. Atopic dermatitis / Watson W., Kapur S. // *Allergy, Asthma Clin. Immunol.* - 2011. - Vol. 7. - P. S4.

292. Whaitiri, S. Genital gonorrhoeain children: determining the source and mode of infection / S. Whaitiri, P. Kelly // *Arch. Dis. Child.* – 2011. – Vol. 96. – P. 247-251.

293. White, A.B. Antiretroviral interventions for preventing breast milk transmission of HIV [Электронный ресурс] / A.B. White, J.F. Mirjahangir, H. Horvath, F. Anglemeyer, J.S. Read // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2014. – Vol. 10. – Режим доступа: doi: 10.1002/14651858.CD011323, свободный. (Дата обращения: 22.05.2017 г.).

294. World Health Organization. Guidelines on the Treatment of Skin and Oral HIV-Associated Conditions in Children and Adults / World Health Organization. – Switzerland: NLM classification: WC 503.5, 2014. – P. 102.