

4. Dolgov, V.V. Klinicheskaya laboratornaya diagnostika. Prakticheskoe rukovodstvo. 2012: 928.
5. Zav'yalova, O.A. Metod biokhimicheskogo analiza modifikatsii aminokislotnykh ostatkov al'bumina v syvorotke krovi. Aktual'nye problemy biomeditsiny - 2020: sbornik tezisev XXVI Vserossiiskoi konferentsii molodykh uchenykh s mezhdunarodnym uchastiem. 2020: 305-306.
6. Trofimov, D.V. Chelovecheskii faktor v provedenii biokhimicheskogo analiza krovi cheloveka. Elektronnyi nauchnyi zhurnal. 2016; 10-1(13):64-66.
7. Vilova T.V., Esipova A.A., Vilova K.G. Characteristics of structure of adult population treatment seeking with diseases of mucosal lining of mouth and skin. International research journal. 2016; 10-1(13):64-66.
8. Kondyurova E.B., Uspenskaya O.A., Fadeeva I.I. cytokine profile in the treatment of chronic generalized periodontitis. Actual problems in dentistry. 2020; 16(4):64-70. DOI: 10.18481/2077-7566-20-16-4-64-70
9. Naumova, V.N. Vzaimosvyaz' stomatologicheskikh i somaticheskikh zabolevanii (obzor literatury). Volgogradskii nauchno-meditsinskii zhurnal. 2016; 2: 25-28.
10. Uspenskaya O.A., Fadeeva I.I. Changes in blood parameters in patients with diseases of the oral mucosa on the background of oncopathology // Endodontics today. 2020; 18(1): 82-86. DOI: 10.36377/1683-2981-2020-18-1-82-86
11. Uspenskaya O. A., Shevchenko E. A., Fadeeva I. I., Kazarina N. V. The Influence of organ pathology on the development of diseases of the oral mucosa. Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. 2019. 1(6): 228-236. DOI: 10.33887/rjpbcs/2019.10.6.28
12. Krylov V.N., Malinovskaya S.L., Slobodyanyuk V.S., Malinovskii D.S. Vliyaniye etanola, geparina i protamin sul'fata na aktivnost' alaniini aspartataminotransferazy. Vestnik NNGU. 2011;2(1):98-101.
13. Silivonchik N. N., Lednik A. I., Levchuk O. P., Plotnikova L. I. Makro-aspartataminotransferaza. Gepatologiya i gastroenterologiya. 2021;1(5):25-29.
14. Shukshina S.S., Shiryayeva O.Yu. Dinamika aktivnosti transaminaz v zavisimosti ot fiziologicheskogo sostoyaniya. Fundamental'nye i prikladnye issledovaniya: problemy i rezul'taty. 2015;17:35-38.

УДК:618.14-007.43

© В.Ф. Аллаярова, Н.И. Никитин, 2022

В.Ф. Аллаярова, Н.И. Никитин
**СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ
 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОБКОВО-ПРЯМОКИШЕЧНОЙ МЫШЦЫ
 У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**
*ФГБОУ ВО «Башкирский медицинский государственный университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

У женщин репродуктивного возраста пролапс гениталий приводит к дисфункции органов тазового дна, что снижает качество их жизни. Для коррекции пролапса гениталий применение синтетических материалов нередко приводит к осложнениям в виде отторжения и прорезывания инородных имплантат.

Цель исследования в данной статье – оценка эффективности хирургического метода лечения ректоцеле у женщин репродуктивного возраста с применением лобково-прямокишечной мышцы.

Материал и методы. Под наблюдением находились 2 группы пациенток. У всех пациенток в анамнезе были роды через естественные родовые пути, медицинские аборт, выскабливания полости матки, отмечался родовой травматизм. Эффективность предложенного хирургического способа лечения ректоцеле отражали показатели динамического наблюдения и результаты профилометрии после операции. Эффективность лечения оценивали спустя 12 месяцев.

Результаты. Использование хирургического способа лечения ректоцеле с применением лобково-прямокишечной мышцы у пациенток (I-я группа) способствовало исключению рецидивов опущения и выпадения задней стенки влагалища в отличие от пациенток 2-й группы, которым была выполнена типичная леваторопластика.

Заключение. Предлагаемый способ коррекции ректоцеле с применением лобково-прямокишечной мышцы позволяет формировать стойкий лечебный эффект. Данный способ является надежной профилактикой рецидива выпадения прямой кишки без применения сетчатого имплантата.

Ключевые слова: пролапс гениталий, ректоцеле, лобково-прямокишечная мышца, рецидив, репродуктивный возраст.

V.F. Allayarova, N.I. Nikitin
**METHOD FOR SURGICAL TREATMENT OF RECTOCELE
 WITH THE USE OF THE PUBIC-RECTAL MUSCLE IN WOMEN
 OF REPRODUCTIVE AGE**

In women of reproductive age, genital prolapse leads to dysfunction of the pelvic floor organs, which reduces their quality of life. To correct genital prolapse, the use of synthetic materials often leads to complications in the form of rejection and eruption of foreign implants.

The purpose of the study in this article is to evaluate the effectiveness of the surgical method of treating rectocele in women of reproductive age using the pubic-rectal muscle.

Material and methods. 2 groups of patients were under observation. All patients had a history of childbirth through the natural birth canal, medical abortions, curettage of the uterine cavity, birth trauma was noted. The effectiveness of the proposed surgical method of rectocele treatment reflects the indicators of dynamic observation and the results of profilometry after surgery. The effectiveness of treatment was evaluated after 12 months.

Results. The use of a surgical method for the treatment of rectocele with the use of pubic-rectal muscle in patients (group I) contributed to the exclusion of relapses of prolapse and prolapse of the posterior vaginal wall, unlike patients of group 2, who underwent typical levatoroplasty.

Conclusion. The proposed method of rectocele correction with the use of the pubic-rectal muscle makes it possible to form a lasting therapeutic effect. This method is a reliable prevention of recurrence of rectal prolapse without the use of a mesh implant.

Key words: genital prolapse, rectocele, pubic-rectal muscle, relapse, reproductive age.

Несостоятельность мышц тазового дна – одна из самых распространенных гинекологических патологий, частота которых среди женщин репродуктивного возраста составляет 30% [1,2]. Пусковым механизмом пролапса гениталий является дефект опорных структур тазового дна, поэтому в основе хирургического лечения лежит устранение анатомических причин в виде разрыва лобково-шеечной и прямокишечно-влагалищной фасций. Развитие хирургических методов лечения несостоятельности тазового дна привело к созданию большого числа вариантов технических решений для достижения одной и той же цели [3]. В большинстве случаев различные способы технического выполнения мало различимы и не всегда приносят желаемый результат. Применение синтетических материалов для коррекции пролапса гениталий до недавнего времени носило «сезонно-модный» характер, пока авторы не столкнулись с избытком осложнений в виде отторжения и прорезывания инородных имплантат. Учеными ведётся постоянный поиск новых хирургических методов с целью восстановления функции тазовых органов [4]. Применение собственных тканей все больше приобретает актуальность при хирургическом лечении пролапса у женщин репродуктивного возраста [5,6]. Общие опорно-структурные элементы органов малого таза имеют риск повреждения во время беременности и родов. Большая группа мышц тазового дна объединяется термином «мышца поднимающая задний проход», она состоит из двух частей: подвздошно-копчиковой (диафрагмальной) и лобково-копчиковой (лобково-висцеральной). Лобково-прямокишечная мышца, охватывающая прямую кишку, является частью мышечных элементов лобково-копчиковой мышцы. Во время спазма лобково-прямокишечная мышца формирует своеобразный клапан, с помощью которого просвет заднепроходного канала превращается в щель. Процессы удержания мочи и кала при мочеиспускании и дефекации всецело зависят от функционирования мышц тазового дна и непосредственно лобково-прямокишечной мышцы [7]. Во время родов тазовое дно подвергается акушерской агрессии. После родов вновь происходят инволюционные процессы. Повреждение в родах мышцы, поднимающей задний проход, приводит к нарушению физиологических процессов в малом тазу, что отражается на качестве жизни женщины [8]. Изменения в половых органах в результате травмы задней спайки, рубцовые деформации стенок влагалища, низко расположенный мо-

чеиспускательный канал, опущение и выпадение органов тазового дна способствуют формированию воспалительных процессов [9]. Разработан способ хирургического лечения ректоцеле, включающий заднюю кольпоперинеолевавторопластику с использованием лобково-прямокишечной мышцы и формированием дополнительной тканевой площадки в области задней стенки влагалища и прямой кишки (патент на изобретение №2752027 от 13.01.21 г.) [10]. Задняя леваторопластика имеет ряд недостатков: не устраняется дефект фасции передней стенки прямой кишки, не полностью происходит мобилизация прямой кишки, т.е. прямая кишка остается за мышцами, поднимающими задний проход, а также в ряде случаев в послеоперационном периоде происходят рецидив выпадения прямой кишки и формирование вновь ректоцеле [10]. Это требует поиска новых реконструктивно-пластических операций для коррекции данной патологии с целью улучшения качества жизни пациентов.

Материал и методы

Целью исследования явилась оценка эффективности хирургического метода лечения ректоцеле у женщин репродуктивного возраста с применением лобково-прямокишечной мышцы. В течение 12 месяцев 68 женщинам репродуктивного возраста проведены оперативное лечение по поводу ректоцеле и рандомизированное исследование в гинекологии ГБУЗ РБ ГКБ №13 г. Уфы. В 1-ю группу вошли 38 женщин, которым была выполнена хирургическая коррекция ректоцеле с использованием лобково-прямокишечной мышцы, 30 пациенткам 2-й группы произведена классическая задняя кольпоперинеолевавторопластика. Пациентки обеих групп были обследованы в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»». Средний возраст больных с ректоцеле составил $36,8 \pm 0,3$ года. У большинства пациенток (81,6%) в прошлом были двое и более родов. Средняя длительность заболевания составила 5 лет (58,1%). Сбор анамнеза и влагалищное исследование позволяют диагностировать ректоцеле, во время которого выясняется состояние задней стенки влагалища и мышцы, поднимающей задний проход, сфинктера прямой кишки, наличие разрывов влагалища после родов, время возникновения запоров и степень опорожнения прямой кишки. У 18 (90%) больных 1-й группы в родах проводились акушерские

манипуляции: амниотомия – 12 (60%), родостимуляция – 11 (55%), эпизиотомия и перинеотомия – 16 (80%). После этих манипуляций возникли осложнения: разрывы шейки матки, мягких тканей влагалища и промежности – 16 (80%). Роды с массой плода более 4000 г были у 4 (20%) женщин.

Пациенткам 2-й группы в процессе родов проводились: амниотомия – 9 (45%), родостимуляция – 10 (50%), эпизиотомия и перинеотомия – 5 (40%), осложнения: разрывы шейки матки, мягких тканей влагалища и промежности – 8 (40%) женщин. Роды с массой плода более 4000 г были у 6 (30%) родильниц. Акушерский анамнез, пособие и травматизм в родах практически идентичны в обеих группах. У пациенток 1- и 2-й групп выявлено 56% нарушений биоценоза влагалища в форме неспецифического вульвовагинита, цервицита, бактериального вагиноза. На наличие запоров в анамнезе указывали 68,9% пациенток. Основной причиной запоров является приобретенный анатомический дефект прямой кишки и ректоцеле. Ручное исследование прямой кишки и влагалища позволяет обнаружить дефект передней стенки прямой кишки, разрыв фасции задней стенки влагалища, внутреннюю инвагинацию прямой кишки. При объективном осмотре выявлено смещение мочевого пузыря, матки и стенок влагалища в дистальном направлении вследствие повышения внутрибрюшного давления, что свидетельствует о наличии у пациентки синдрома опущения промежности. Зияние половой щели и свисание стенки кишки в просвет влагалища являются признаком ректоцеле. Предлагаемый метод хирургического лечения ректоцеле осуществляется следующим образом. Выполняют основные этапы задней кольпоперинеолеваторопластики: на большие половые губы, слизистую влагалища и кожу над задней спайкой накладывают зубчатые зажимы, обозначая контуры выкраиваемого лоскута, скальпелем производят надрезы по намеченной границе, проходящие через все слои влагалища (рис. 1).

Последовательно проводится диссекция намеченных лоскутов влагалища и удаляются излишки ткани. Обнажают *mm. levatores ani*. Прямую кишку отделяют от задней стенки влагалища и максимально смещают к заднему своду. Обнажают и визуализируют ректальные дужки лобково-прямокишечной мышцы (*m. Puborectalis*). Сближают лобково-прямокишечную мышцу и ретрагировавшую периректальную фасцию тремя-пятью рассасывающими швами, захватывая ткани в швы

как можно дальше в латеральном направлении и погружая прямую кишку пальцем до образования крепкой тканевой пластинки (площадки) длиной 4 см над передней стенкой прямой кишки (рис. 2).



Рис. 1. Границы операционной раны

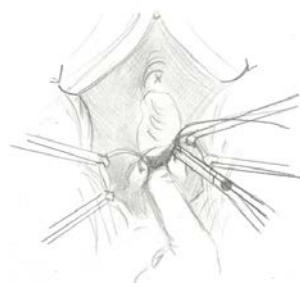


Рис. 2. Ушивание лобково-прямокишечной мышцы

Попеременно накладывают швы на видимые и не обнаженные участки *mm. levatores ani* слева и справа, затем сшивают их попарно (рис. 3).

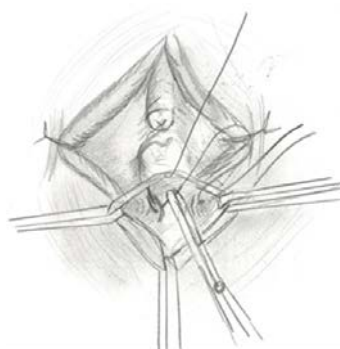


Рис. 3. Ушивание мышцы, поднимающей задний проход

Подкожную ткань и кожу над мышцами, поднимающими задний проход, зашивают узловыми швами в продольном направлении. Края раны слизистой влагалища сшивают вибрилом в продольном направлении непрерывным швом. Использовали пакет анализа данных Statistica 10.0 для статической обработки всего материала.

Результаты исследования

Методом профилометрии определялось исходное состояние запирающего аппарата прямой кишки, которое меняется после хи-

рургического лечения. Профилометрия проводилась в обеих группах через 6 месяцев после хирургического вмешательства. Анализ результатов распределения давления в анальном канале представлен в табл. 1 и 2. Эффективность предложенного хирургического способа лечения ректоцеле отражают показатели динамического наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде и результаты профилометрии. Установлено довольно высокое давление в анальном канале в 1-й группе по сравнению со 2-й группой, после хирургического лечения ректоцеле, методом, позволяющим осуществлять качественную функцию – удержание кала, а при расслаблении способствовать акту дефекации.

Таблица 1
Данные профилометрии пациенток 1-й группы
через 6 месяцев после операции

Показатели профилометрии	В покое	Волевое сокращение
В анальном канале:		
Максимальное давление (мм рт. ст.)	110,8±11,4	147,1±12,6
Среднее давление (мм рт. ст.)	62,2±8,2	86,6±8,9
Коэффициент асимметрии, ед.	19,8±2,3	19,2±2,6
В зоне высокого давления:		
Длина зоны, см	3,2±0,5	3,7±0,6
Среднее давление (мм рт. ст.)	72,1±9,7	107,1±12,5
Коэффициент асимметрии, ед.	21,5±2,1	18,9±2,2

У пациенток 1-й группы через 6 месяцев после оперативного вмешательства по поводу ректоцеле при профилометрии определены следующие показатели: максимальное давление в анальном канале при волевом сокращении составляет 147,1±12,6 мм рт. ст., а длина зоны анального канала – 3,7±0,65, что способствует удовлетворительному акту дефекации и значительному улучшению качества жизни. Улучшение результатов лечения

характеризуют показатели профилометрии в зоне высокого давления: среднее давление в покое – 72,1±9,7, при волевом сокращении – 107,1±12,5 в сравнении с пациентками 2-й группы в покое – 62,2±8,2, при волевом сокращении – 86,6±8,9, что свидетельствует об эффективности функции мышцы, поднимающей задний проход.

Таблица 2
Данные профилометрии у пациенток 2-й группы
через 6 месяцев после операции

Показатели профилометрии	В покое	Волевое сокращение
В анальном канале:		
Максимальное давление (мм рт. ст.)	102,8±11,4	121,1±12,6
Среднее давление (мм рт. ст.)	48,2±8,2	61,6±8,9
Коэффициент асимметрии, ед.	16,8±2,3	17,2±2,6
В зоне высокого давления:		
Длина зоны, см	2,2±0,5	2,7±0,65
Среднее давление (мм рт. ст.)	62,1±9,7	87,1±12,5
Коэффициент асимметрии, ед.	18,5±2,1	17,9±2,2

Сравнительные показатели профилометрии у пациенток 1-й и 2-й групп через 6 месяцев после операции значительно отличаются друг от друга, что свидетельствует об эффективности предлагаемого способа хирургического лечения ректоцеле. Однако в связи с небольшим периодом наблюдения (6 мес.) считаем необходимым продолжать исследования в указанном направлении.

Выводы

Предлагаемый хирургический способ коррекции ректоцеле с применением лобково-прямокишечной мышцы позволяет сформировать стойкий лечебный эффект. Этот способ является надежной профилактикой рецидива выпадения прямой кишки, обеспечивает в связи с отсутствием необходимости использования сетчатого имплантата, экономию средств.

Сведения об авторах статьи:

Аллаярова Виктория Флоровна – врач акушер-гинеколог ГБУЗ РБ ГКБ №13. Адрес: 450112, г. Уфа, ул. Нежинская, 28. E-mail: medicine19041988@mail.ru. ORCID: 0000-0003-1771-554X.

Никитин Николай Ильич – к.м.н. доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: geninik.nikitin@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-3178-9078.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский, В.Е. Гинекология: учебник / В.Е. Радзинский, А.М. Фуks. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1104 с.
2. Кулавский, В.А. Несостоятельность мышц тазового дна женщин / В.А. Кулавский, Н.И. Никитин, Е.В. Кулавский // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2012. – Т.50. – №3. – с. 8-12.
3. Гинекология: национальное руководство. Изд. 2-е, дополн. / под ред. Г. М. Савельева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1008 с.
4. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия v. 2.0 / В.Е. Радзинский. – М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017. – 872 с.
5. Гомел, В. Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии / В. Гомел, Э.И. Брилл. – М.: «Лаборатория знаний». – 2015. – 439 с.
6. Бантиш, М.С., Каррам М.М. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии. – М.: ООО «Издательство «МИА», 2018. – 1384 с.
7. Метод хирургического лечения ректоцеле, сочетанного с апиальным пролапсом / А.Я. Ильканич [и др.] // *Вестник СурГУ. Медицина*. – 2020. – Т. 43, № 1. – С. 30-38.
8. Аллаярова В.Ф., Никитин Н.И. Способ хирургического лечения ректоцеле с использованием лобково-прямокишечной мышцы // Патент на изобретение РФ №2752027 от 13.01.2021.
9. Шкарупа, Д. Д. Протезирующая реконструкция тазового дна влагалищным доступом: современный взгляд на проблему / Д. Д. Шкарупа, Н. Д. Кубин // *Экспериментальная и клиническая урология*. – 2015. – № 1. – С. 88-93.
10. Бактериальный вагиноз: учебное пособие / Ф.Ф. Бадретдинова [и др.]. – Уфа: Изд-во БГМУ, 2017. – 75 с.

REFERENCES

1. Radzinsky, V.E. Gynecology: textbook / V.E. Radzinsky, A.M. Fuks // GEOTAR – Media. 2014.: 1000. (In Russ.)

2. Kulavskij, V.A. Nesostoyatel'nost' myshc tazovogo dna zhenshchin / V.A. Kulavskij, N.I. Nikitin, E.V. Kulavskij // Mat' i ditya v Kuzbasse. 2012; 50(3): 276. (In Russ.)
3. Ginekologiya. Nacional'noe rukovodstvo. Izd. 2-e, dopoln. / pod red. G. M. Savel'eva; kolektiv avtorov Suhikh G. T. [i dr.] // Moskva: GEOTAR-Media, 2020.: 1008. (In Russ.)
4. Radzinsky, V.E. Akusherskaya agressiya v. 2.0 (Obstetric aggression v 2.0) / V.E. Radzinsky // M.: LLC Status Praesens Publishing House. 2017.: 872 (In Russ.)
5. Gomel, V. Reconstructive and reproductive surgery in gynecology/ V. Gomel, E.I. Brill // Publishing house "Laboratory of knowledge". – Moscow. – 2015.: 439 (In Russ.)
6. Baggish, M.S., Karam M.M. Atlas anatomii tazy i ginekologicheskoi khirurgii. – LLC MIA Publishing House, 2018.:1384 p.
7. Method of surgical treatment of rectocele combined with apical prolapsed / A. Ya. Ilkanich [et al.] // Vestnik SurGU. Medicina. 2020; 43(1): 30-38.
8. Allayarova V.F., Nikitin N.I. A method of surgical treatment of rectocele using the puborectalis muscle // Patent for the invention of the Russian Federation No. 2752027 dated 01/13/2021 (In Russ.)
9. Shkarupa, D.D. Protezirovushchaya rekonstrukciya tazovogo dna vlagalishchnym dostupom: sovremennyy vzglyad na problemu / D.D. Shkarupa, N.D. Kubin // Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya. 2015;1:88–93. (In Russ.)
10. Bakteriálny vaginoz: uchebnoe posobie / F.F. Badretdinova [et al.] // Tutorial. – Ufa. 2017.: 75 p. (In Russ.)

УДК 618.1 – 08 – 053.81
© Коллектив авторов, 2022

С.Ю. Муслимова¹, Э.М. Зулкарнеева¹,
А.Д. Идрисов², Д.Р. Джафарова¹, И.В. Сахаутдинова¹
**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК БАШКИРСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ИМИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ**
¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа
²ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ РБ, г. Уфа

Цель исследования: выявить особенности репродуктивного поведения студенток в зависимости от продолжительности обучения в медицинском университете, их осведомленность о современных методах контрацепции и предпочтения в их использовании, распространенность гинекологической патологии.

Материал и методы. Объектом исследования явились 298 студенток I, III, VI курсов Башкирского государственного медицинского университета. Предметом исследования выбраны: репродуктивное поведение обучающихся девушек, их осведомленность о методах контрацепции и гинекологическая заболеваемость. Авторами было проведено анонимное анкетирование студенток с помощью анкеты, разработанной под руководством Е.В. Уваровой, для проведения профилактических осмотров девушек-подростков. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программной системы «Windows XP professional» в приложении «Microsoft Excel».

Результаты. Данные анкетирования свидетельствуют о недостаточных знаниях учащихся университета о профилактике гинекологической заболеваемости и эффективной контрацепции, что диктует необходимость внедрения факультативного обучения с первого курса методам планирования семьи.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, приемлемость методов контрацепции, студентки медицинских вузов.

S.Yu. Muslimova, E.M. Zulkarneeva,
A.D. Idrisov, D.R. Dzafarova, I.V. Sakhautdinova
**REPRODUCTIVE HEALTH OF STUDENTS OF BASHKIR STATE MEDICAL
UNIVERSITY AND THEIR ACCEPTABILITY OF VARIOUS METHODS
OF CONTRACEPTION**

Purpose of the study: to identify the characteristics of female students' reproductive behavior, their awareness of modern methods of contraception and preferences in their use, the prevalence of gynecological pathology in the course of training at a medical university.

Material and methods. The object of the study was 298 students I, III, VI th courses of Bashkir State Medical University. The subject of the study was reproductive behavior, their awareness of contraceptive methods and gynecological morbidity. The authors conducted an anonymous questionnaire of female students using a questionnaire developed under the direction of E.V. Uvarova to carry out preventive examinations of teenage girls. Statistical processing of the material was carried out using the Windows XP professional software system in the Microsoft Excel app.

Results. The survey data testify to the lack of knowledge of university students about the prevention of gynecological morbidity and effective contraception, which dictates the need for the introduction of optional training from the first year on family planning methods.

Key words: reproductive health, acceptability of methods of contraception, medical students.

В принятой ВОЗ стратегии в области репродуктивного здоровья подчеркивается, что репродуктивное и сексуальное здоровье имеет фундаментальное значение как для отдельных лиц, супружеских пар и семей, так и для социально-экономического развития общин и наций [1]. В число задач национально-го проекта «Демография» 2018-2024 гг. вхо-

дят: увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, создание системы мотивации к здоровому образу жизни с включением пропаганды здорового питания, мотивирование и отказ от вредных привычек.

Решение этих задач невозможно без формирования установок по здоровому образу жизни у студентов медицинских вузов. По-