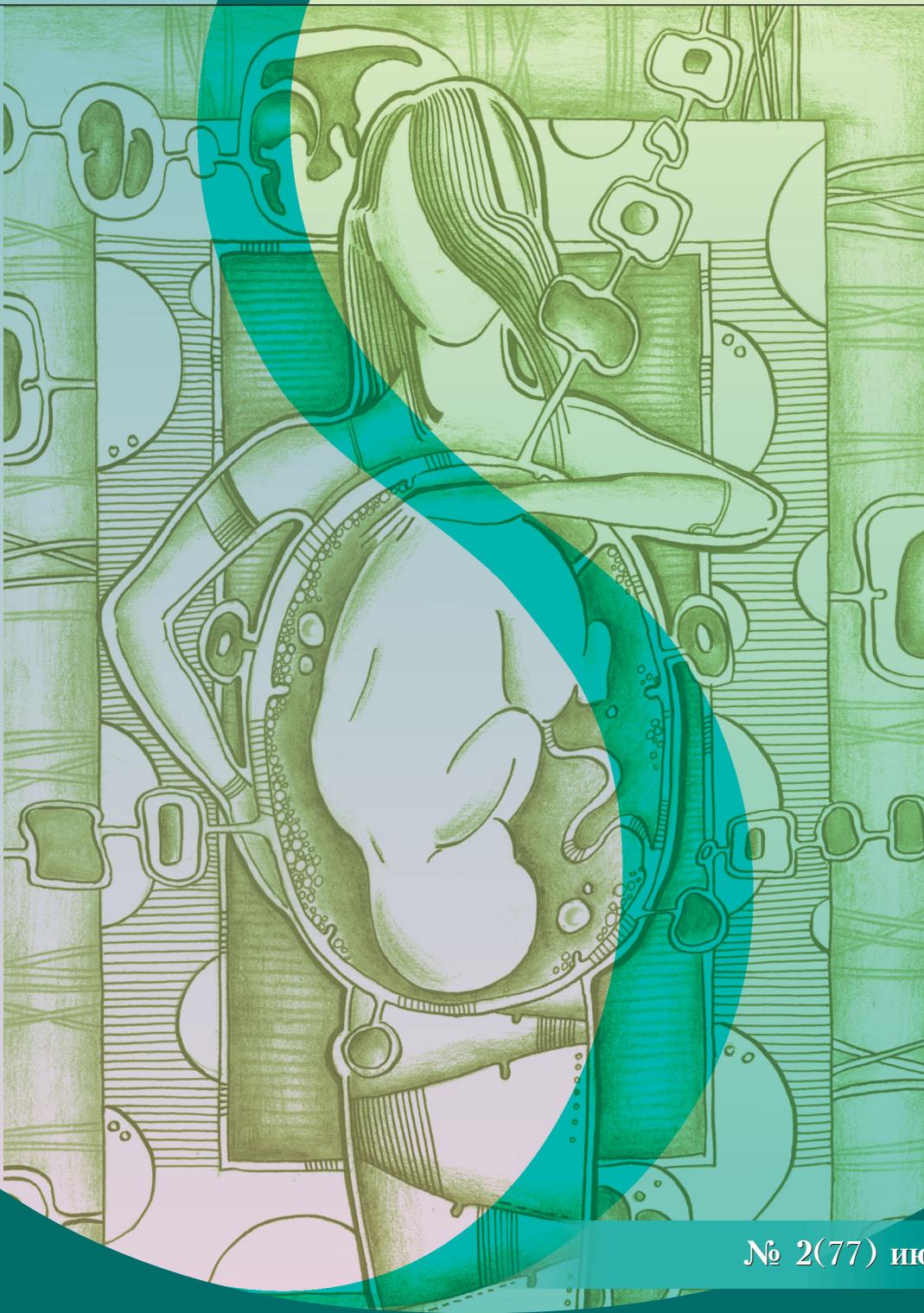


Рецензируемый научно-практический медицинский журнал

Мать и Дитя

в Кузбассе

Mother and Baby in Kuzbass



16+

№ 2(77) июнь 2019

ВЫ МОЖЕТЕ ИЗМЕНИТЬ

ЖИЗНЬ ВАШИХ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕПАРАТОМ ИЛАРИС®²⁻⁷



Иларис® — первый биологический препарат, одобренный для лечения 4 периодических лихорадок (FMF, HIDS/MKD, TRAPS, CAPS)¹

Иларис® — первый одобренный в РФ биологический препарат для лечения болезни Стилла¹



КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ИЛАРИС®

Канакинумаб: лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения, 150 мг. РУ: ЛП-001414.

Примечание: Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата, включая инструкцию по приготовлению раствора. **Показания к применению:** Аутогенсептические синдромы периодической лихорадки.

◆ Феропирин-ассоциированный периодический синдром (CAPS) у взрослых и детей в возрасте 2 лет и старше, включая:

— семейный холодовой аутоиммунитетный синдром (FCAS)/семейная холодовая крапивница (FCU); — синдром Мака-Уэлса (MWS); — младенческое мультисистемное воспалительное заболевание (MOMID)/хронический младенческий неврологический кожно-артротропный синдром (CINCA).

◆ Периодический синдром, ассоциированный с рецессорами к фактору некроза опухоли (TRAPS) у взрослых и детей в возрасте 2 лет и старше.

◆ Гипер-IgD-синдром с дефицитом макрофагов (HIDS/MKD) у взрослых и детей в возрасте 2 лет и старше, включая:

— гиперчувствительность к лекарственным препаратам (ИМРУ), включая детей в возрасте 2 лет и старше, включая при наличии противопоказаний к иммунотерапии колхицином или в комбинации с колхицином при отсутствии адекватного терапевтического ответа на монотерапию максимально переносимой дозой колхицина. **Активная фаза болезни Стилла, в том числе болезни Стилла взрослых (БСВ) и системного ювенильного опиатического артрита (СЮИА)** у пациентов от 2 лет и старше при неадекватном ответе на терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) с системными кортикоステroidными препаратами. Препарат Иларис® можно применять в монотерапии в комбинации с метотрексатом. **Острый подагрический артрит** с целью лечения частых острых приступов подагрического артрита и предупреждения развития новых приступов при неэффективности, непереносимости или при наличии противопоказаний к применению нестероидных противовоспалительных препаратов и/или колхицина у взрослых и детей в возрасте 2 лет и старше.

◆ Гиперчувствительность к лекарственным препаратам (ИМРУ), включая детей в возрасте 2 лет и старше, включая при невозможности проведения терапии повторными курсами глюкокортикоидами.

Способ применения и дозы: CAPS: 150 мг доза пальмации (при массе тела >15 кг) или 2 мг/кг (при массе тела <15 кг). Для детей в возрасте от 1 до 12 лет: 150 мг доза пальмации (при массе тела >15 кг). Если при стартовой дозе 150 мг или 2 мг/кг не получен удовлетворительный клинический ответ в течение 7 дней, возможно проведение второй инъекции препарата в дозе 150 мг (при массе тела <40 кг) и 2 мг/кг (при массе тела >15 кг и <40 кг). В последующем данным пациентам рекомендовано проводить поддерживающую терапию в дозе 300 мг (при массе тела <40 кг) или 4 мг/кг с интервалом 8 недель (при массе тела >15 кг и <40 кг). Если удовлетворительный клинический эффект не наблюдается в течение 7 дней после повышения дозы, возможно проведение третьей инъекции препарата Иларис® в дозе 300 мг (при массе тела >40 кг) или 4 мг/кг (при массе тела >15 кг и <40 кг) с интервалом 8 недель. Если при стартовой дозе 600 мг (при массе тела >40 кг) или 8 мг/кг (при массе тела >15 кг и <40 кг) с интервалом 8 недель, Третья инъекция в дозе 600 мг (при массе тела >40 кг) или 8 мг/кг (при массе тела >15 кг и <40 кг) с интервалом 8 недель. При отсутствии удовлетворительного клинического ответа в течение 7 дней возможно проведение второй инъекции препарата в дозе 150 мг (при массе тела >40 кг) или 2 мг/кг (при массе тела >15 кг). В последующем данным пациентам рекомендовано проводить поддерживающую терапию в дозе 300 мг (при массе тела <40 кг) или 4 мг/кг каждые 4 недели в виде п/к инъекции. **ФСВ и СЮИА:** рекомендованная доза у пациентов с массой тела >7,5 кг составляет 4 мг/кг (с увеличением до 300 мг) каждые 4 недели в виде п/к инъекции. **Подагрический артрит** — рекомендованная доза препарата у взрослых составляет 150 мг, препарат вводят п/к однократно во время обострения. Для достижения максимальной эффективности препарата необходимо вводить его можно раньше после начала приступа подагрического артрита. Пациентам с отсутствием терапевтического ответа на первую инъекцию не следует вводить препарат повторно. У пациентов с положительным откликом на терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и/или колхицином в комбинации с метотрексатом рекомендуется поддерживая терапия препаратором в дозе 8 мг/кг 1 инъекция о инъекциях ФНО в неделю.

◆ Туберкулез и оппортунистические инфекции: может увеличивать риск реакции туберкулеза или других оппортунистических инфекций. До, во время и после лечения следует наблюдать пациентов с целью выявления активного или潛伏ного туберкулезного инфицирования. Необходимо избегать контакта с пациентами, имеющими подтвержденную диагнозом туберкулеза. Для проведения альтернативного метода диагностики туберкулезной инфекции у пациентов с положительным результатом кожной туберкулиновой пробы. При выявлении туберкулезной инфекции лечение препаратом Иларис® не следует начинать или продолжать.

◆ Злокачественные новообразования: риск возникновения злокачественных новообразований у пациентов с ИМРУ неизвестен.

◆ Аллергические реакции: как и другие биотики, применяемые в форме инъекций, канакинумаб может вызывать реакции гиперчувствительности, об анафилактических, или анафилактических реакциях не сообщалось.

◆ Вакцинации: не следует применять одновременно с живыми вакцинами. **Неизвестно:** у пациентов с нейтропенией лечение канакинумабом начинать не следует.

Перед применением следует определить число нейтрофилов. **Синдром активации макрофагов у пациентов с БСВ и СЮИА:** Синдром активации макрофагов — известное жизнегрозящее состояние, которое может развиваться у пациентов с ревматическими заболеваниями, в частности с патологиями, связанными с активацией макрофагов. Врач должен подозревать синдром активации макрофагов в случае инфильтрации и/или инфильтрации тканей заболяния, известных как псевдорубор макрофагов для синдрома активации макрофагов. По данным клинических исследований препарата, не увеличивает риск развития синдрома активации макрофагов у пациентов с СЮИА, однако сделать окончательные выводы не представляется возможным.

◆ Побочное действие. Очень часто: инфекции (например, назофарингит, синусит, инфекции верхних дыхательных путей, тонылит, ринит, бронхит, инфекции мочевыводящих путей, инфекционные заболевания уха, гастроэнтерит, фарингит, пиевомони, кандидозный вульвовагинит, вирусная инфекция, грипп), головокружение/вертиго, боль в верхней части живота, реакции в месте введения препарата. С полным перечнем нежелательных реакций можно ознакомиться в инструкции по медицинскому применению.

◆ Взаимодействия. Субстраты изоферментов CYP450 с узким терапевтическим индексом: необходим терапевтический контроль эффективности или концентрации действующего вещества при инцивилизации терапии препаратором Иларис® при необходимости проводить индивидуальную коррекцию дозы.

TRAPS | FMF | CAPS | HIDS/MKD

СИНДРОМЫ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

СЮИА | БСВ БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА

ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Ссылка: 1 Иларис® (канакинумаб). Инструкция по медицинскому применению препарата Иларис® (канакинумаб) ЛП-001414. Доступно на сайте Государственного реестра лекарственных средств. Актуально на 14.08.17. Laskar K. et al. J Rheumatol 2017; 44(1):102-109. 3. Kope-Paul I et al. Pediatric Rheumatology 2017; 15(Suppl 2):P176. 4. Ozdogan H & Uzun S. Expert Rev Clin Immunol 2017; 13(5):393-404. 5. Rufero N, et al. NEJM 2012; 367(25):2396-2406. 6. Hornig G, et al. PLoS 2017; R307. 7. Festl E, et al. Clin Exp Rheumatol 2018 Mar 2. [Epub ahead of print]. <http://www.clinexpertmedicine.org/abstract.asp?r=12091> доступно к просмотру 28.07.2018. Использованные изображения не являются изображениями реальных пациентов. Только для медицинских и фармацевтических рабочих. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.



Мать и Дитя в Кузбассе

Рецензируемый научно-практический медицинский журнал

Основан в 2000 году

Главный редактор
Л.М. КАЗАКОВА

Учредитель и издатель:

НП «Издательский дом
«Медицина и просвещение»,
650066, Россия,
Кемеровская область,
г.Кемерово, пр. Октябрьский, 22
www.mednauki.ru
e-mail: m-i-d@mail.ru

Директор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных

**Руководитель
компьютерной группы:**

И.А. Коваленко

Адрес редакции:

650066, Россия,
Кемеровская область,
г.Кемерово, пр. Октябрьский, 22
www.mednauki.ru
e-mail: m-i-d@mail.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор).

Регистрационный номер:
серия Эл № ФС77-73145
от 22 июня 2018 г.

Подписано в печать: 5.06.2019 г.
Дата выхода в свет: 15.06.2019 г.

Тираж: 50 экземпляров

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Артымук Н.В., д.м.н., проф. (Кемерово) - зам. главного редактора, Давыдов Б.И., д.м.н., проф. (Кемерово), Котович М.М., д.м.н., проф. (Новокузнецк), Манеров Ф.К., д.м.н., проф. (Новокузнецк), Перевощикова Н.К., д.м.н., проф. (Кемерово), Ровда Ю.И., д.м.н., проф. (Кемерово) - зам. главного редактора, Черных Н.С., к.м.н., доц. (Кемерово) - ответственный секретарь

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Баринов С.В., д.м.н., проф. (Омск), Белоクリницкая Т.Е., д.м.н., проф. (Чита), Белоусова Т.В., д.м.н., проф. (Новосибирск), Блохин Б.М., д.м.н., проф. (Москва), Вавилова В.П., д.м.н., проф. (Кемерово), Галактионова М.Ю., д.м.н., доц. (Красноярск), Дубровина С.О., д.м.н., проф. (Ростов-на-Дону), Желев В.А., д.м.н., проф. (Томск), Заенько С.Н., д.м.н., проф. (Витебск, Респ. Беларусь), Захарова И.Н., д.м.н., проф. (Москва), Зеленина Е.М., к.м.н. (Кемерово), Игишева Л.Н., д.м.н., проф. (Кемерово), Казначеева Л.Ф., д.м.н., проф. (Новосибирск), Коськина Е.В., д.м.н., проф. (Кемерово), Кривцова Л.А., д.м.н., проф. (Омск), Леонтьева И.В., д.м.н., проф. (Москва), Ремнева О.В., д.м.н., проф. (Барнаул), Рычкова Л.В., д.м.н. (Иркутск), Санникова Н.Е., д.м.н., проф. (Екатеринбург), Скударнов Е.В., д.м.н., проф. (Барнаул), Соболева М.К., д.м.н., проф. (Новосибирск), Сутурина Л.В., д.м.н., проф. (Иркутск), Федоров А.В., д.м.н., проф. (Барнаул), Филиппов Г.П., д.м.н., проф. (Томск), Цхай В.Б., д.м.н., проф. (Красноярск), Черная Н.Л., д.м.н., проф. (Ярославль), Шабалдин А.В., д.м.н. (Кемерово), Al-Jefout M., MD, PhD (Karak, Jordan), Lech M.M., MD, PhD (Warsaw, Poland).

Решением Президиума Высшей аттестационной комиссии
Министерства образования и науки России журнал включен
в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий,
в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций
на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Обязательные экземпляры журнала направляются в ФГУП НТЦ "Информрегистр"
и в Президентскую библиотеку имени Б. Н. Ельцина

Публикуемые в журнале материалы входят в Российский Индекс научного
цитирования РИНЦ, индексируются Реферативным журналом ВИНИТИ РАН,
а также международными библиографическими базами данных
OCLC WorldCat, BASE, DOAJ, OpenAIRE, Google Scholar и OpenArchives.
Полнотекстовые версии журнала размещены в электронных базах данных научной
электронной библиотеки eLIBRARY.ru, электронно-библиотечной системы "Лань"
и научной электронной библиотеки "КиберЛенинка".

ОГЛАВЛЕНИЕ:

■ ОБЗОРЫ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Ткаченко Е.С., Голева О.П., Щербаков Д.В., Халикова А.Р.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ: СОСТОЯНИЕ ИЗУЧЕННОСТИ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР) 4

Григорян Э.С., Цхай В.Б., Гребенникова Э.К., Брехова И.С., Костарева О.В., Домрачева М.Я.

ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ФОРМА БЕСПЛОДИЯ: ЭТИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ...10

■ ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Утробин М.В., Юрьев С.Ю.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПОТЕРИ И ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

НА ОСНОВАНИИ ВЫЯВЛЕНИЯ КОМБИНАЦИЙ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ 15

Елгина С.И., Золоторевская О.С., Захаров И.С., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Бурова О.С., Малиновский В.А.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ,
ПРОВЕДЕНИИХ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 20

■ ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Артымук В.А.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: КОНСТИТУЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ, ОСНОВЫ И ГАРАНТИИ 24

■ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Цхай В.Б., Гладкая В.С., Брехова И.С., Брюховец С.М., Домрачева М.Я.,

Гребенникова Э.К., Полстяная Г.Н., Коновалов В.Н.

СЛУЧАЙ РОЖДЕНИЯ ГИГАНТСКОГО МИОМАТОЗНОГО УЗЛА

ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ 30

■ ОБМЕН ОПЫТОМ

Синевич О.Ю., Четверикова Т.Ю.

СОСТОЯНИЕ ВЕРБАЛЬНЫХ ПРАКТИК ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕЧИ,

ОСЛОЖНЁННОЙ МИНИМАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА 35

■ НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Дракина С.А., Переvoщикова Н.К., Муратова Р.Н., Нурмехамитова Н.В.

ПРОБИОТИКИ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 40

■ НЕКРОЛОГ

ЛЮДМИЛА ГРИГОРЬЕВНА БАЖЕНОВА

..... 47

* * *

Правила оформления научных статей, представляемых в журнал «Мать и Дитя в Кузбассе»,
размещены на сайте журнала www.mednauki.ru

Электронную версию журнала Вы можете найти на интернет-сайте www.mednauki.ru

Электронные версии статей доступны на сайте Научной Электронной Библиотеки по адресу www.elibrary.ru

CONTENTS:

■ SCIENCE LITERATURE REVIEWS

Tkachenko E.S., Goleva O.P., Sherbakov D.V., Khalikova A.R.

CEREBRAL PALSY: THE STATE OF KNOWLEDGE OF THE PROBLEM (REVIEW) 4

Grigoryan E.S., Tskhay V.B., Grebennikova E.K., Brehova I.S., Kostareva O.V., Domracheva M.Ya.

PIPE-PERITONEAL FORM OF INFERTILITY: ETIOLOGY, RISK FACTORS, MODERN METHODS OF TREATMENT 10

■ ORIGINAL ARTICLES

Utrobin M.V., Yuriev S.Yu.

FORMATION OF THE RISK GROUP OF LOSS AND COMPLICATIONS OF THE CURRENT PREGNANCY

BASED ON THE IDENTIFICATION OF COMBINATION OF GENETIC AND IMMUNOLOGICAL FACTORS 15

Elgina S.I., Zolotorevskaya O.S., Zakharov I.S., Mozes V.G., Rudaeva E.V., Burova O.S., Malinovskiy V.A.

THE EFFECT OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES CONDUCTED

IN THE FRAMEWORK OF THE MANDATORY HEALTH INSURANCE 20

■ LEGAL CONSULTATION

Artyuk V.A.

PUBLIC HEALTH IN THE RUSSIAN FEDERATION: CONSTITUTIONAL PRINCIPLES, BASICS AND WARRANTIES 24

■ CASE HISTORY

Tskhay V.B., Gladkaya V.S., Brehova I.S., Bruhovets S.M., Domracheva M.Ya.,

Grebennikova E.K., Polstyanaya G.N., Konovalov V.N.

CASE OF A GIANT MYOMA NODE BIRTH

AFTER UTERINE ARTERIES EMBOLIZATION 30

■ EXPERIENCE EXCHANGE

Sinevich O.Yu., Chetverikova T.Yu.

THE VERBAL PRACTICES CONDITION OF CHILDREN WITH SPEECH PATHOLOGY

COMPLICATED BY MINIMAL HEARING DISORDERS 35

■ AS ADVERTISING

Drakina S.A., Perevoschikova N.K., Muratova R.N., Nurmehamitova N.W.

PROBIOTICS AS PREVENTION SARS IN CHILDREN OF EARLY AGE 40

■ NECROLOGY

LYUDMILA GRIGOR'YEVNA BAZHENOVA

..... 47

* * *

ОБЗОРЫ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Статья поступила в редакцию 8.04.2019 г.

Ткаченко Е.С., Голева О.П., Щербаков Д.В., Халикова А.Р.

Омский государственный медицинский университет,
г. Омск, Россия

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ: СОСТОЯНИЕ ИЗУЧЕННОСТИ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР)

Цель исследования – провести аналитический обзор современных источников научной литературы, освещающих вопросы факторов риска, ассоциированных с развитием детского церебрального паралича, современными подходами к классификации и диагностике данной патологии.

Материалы и методы. Проведен анализ 34 отечественных и 12 зарубежных источников литературы по данной теме.

Результаты. По результатам анализа научных данных обновлено представление о распространенности детского церебрального паралича как в России, так и за рубежом. В обзоре описаны факторы риска, ассоциированные с развитием данной патологии, указаны основные подходы к классификации ДЦП, характерная клиническая картина, вопросы диагностики и лечения. Несмотря на наличие большого количества исследований, посвященных данной проблематике, на данном этапе нет единого мнения об этиологии и вопросы ранней диагностики остаются нерешенными до конца.

Заключение. Детский церебральный паралич по-прежнему остается актуальной проблемой для современного общества. Проведенный нами анализ свидетельствует о том, что данная патология является многофакторным заболеванием, и до настоящего времени нет единого мнения о преимущественном влиянии определенных факторов на развитие ДЦП. Также существует проблема ранней диагностики и начала лечебных мероприятий, что в свою очередь во многом определяет течение заболевания. Всё это указывает на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: детский церебральный паралич; распространенность патологии; факторы риска; клиническая картина; диагностика ДЦП; основные методы лечения и реабилитации.

Tkachenko E.S., Goleva O.P., Sherbakov D.V., Khalikova A.R.

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

CEREBRAL PALSY: THE STATE OF KNOWLEDGE OF THE PROBLEM (REVIEW)

The aim of the research – to carry out an analytical review of modern sources of scientific literature covering the issues of risk factors associated with the development of cerebral palsy, modern approaches to the classification and diagnosis of this pathology.

Materials and methods. The analysis of 34 domestic and 12 foreign sources of literature on this topic.

Results. Based on the results of the analysis of scientific data, the view of the prevalence of cerebral palsy both in Russia and abroad has been updated. The review describes the risk factors for the development of this pathology, the main approaches to the classification of cerebral palsy, the characteristic clinical picture, diagnosis and treatment. Despite the presence of a large number of studies on this issue, at this stage there is no consensus about the etiology and the issues of early diagnosis remain unresolved until the end.

Conclusion. Cerebral palsy is still an urgent problem for modern society. Our analysis shows that this pathology is a multifactorial disease, and so far there is no consensus on the predominant influence of certain factors on the development of cerebral palsy. There is also a problem of early diagnosis and the beginning of therapeutic measures, which in turn largely determines the course of the disease. All this points to the need for further study of the problem.

KEY WORDS: cerebral palsy; the prevalence of the disease; risk factors; clinical picture; diagnosis of cerebral palsy; main methods of treatment and rehabilitation.

Для современного общества детский церебральный паралич не перестает быть актуальной проблемой. Во-первых, совершенствование неонатальной помощи привело к значительному увеличению выживаемости детей с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС, недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, у которых риск формирования данной нозологии достаточно велик [1-4]. Во-вторых, в Российской Федерации, как и во всем мире, наблюдается повышение уровня детской инвалид-

ности, в формирование которой существенный вклад вносит детский церебральный паралич. Помимо этого, согласно прогнозам, ожидается дальнейший рост данного показателя [5-7]. Таким образом, активный темп развития медицины и внедрение в практическую деятельность новых методик выхаживания новорожденных не позволили снизить показатели заболеваемости детским церебральным параличом и инвалидности вследствие ДЦП.

Распространенность данного заболевания, по данным разных авторов, составляет от 1,5 до более чем 4 на 1000 новорожденных [8-10]. По данным зарубежных источников, популяционные оценки распространенности детского церебрального паралича широко варьируют. Так, в Австралии и Европе данный показатель составляет от 1,4 до 2,5 на 1000 живорожденных. При этом в Соединенных Штатах Америки, Египте и Тайване отмечается более высокая распрос-

Корреспонденцию адресовать:

ТКАЧЕНКО Екатерина Сергеевна,
644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12,
ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.
Тел.: 8 (3812) 65-03-88.
E-mail: ekat-korzhova@vandex.ru

траненность данного заболевания (более 3 на 1000 живорождений) [11, 12]. Распространенность детского церебрального паралича в Египте, по данным Н.Н. El-Tallawy с соавт., составляет 3,06 на 1000 живорождений [13]. При этом отечественными учеными отмечено, что показатели распространенности заболевания отличаются в разных регионах страны. Наиболее неблагополучными регионами по распространенности детского церебрального паралича являются Республика Марий Эл, Кемеровская область, Республика Калмыкия [14]. По данным В.Б. Зафировой и К.Р. Амлаева, в Ставропольском крае наблюдается рост заболеваемости детским церебральным параличом на 12,3 % [15].

Детский церебральный паралич (ДЦП) представляет собой группу стабильных, различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате дизонтогенеза мозга или его повреждения в раннем постнатальном периоде онтогенеза. Для клинической картины заболевания характерным является нарушение двигательной функции, связанной с неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией тонуса, парезами. Кроме того, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах. Также нередко наблюдаются различные неврологические и психические расстройства [16-20].

Выраженность психических расстройств может варьировать от легких отклонений в эмоциональной сфере до тяжелых интеллектуальных нарушений. Таким образом, двигательные нарушения при ДЦП могут сочетаться с умственной отсталостью, эпилептическими припадками, трудностями восприятия и обучения. Иногда отмечаются патологические изменения со стороны зрения, слуха, чувствительности и различная патология со стороны внутренних органов, которые усугубляют степень задержки психомоторного развития [21, 22]. И, хотя термин «церебральный паралич» не отражает многообразия имеющихся при этом заболевании неврологических нарушений, его используют в мировой литературе, поскольку другого термина пока не предложено [23-26].

Для детского церебрального паралича характерно непрогрессирующее течение. Однако, по мере роста и развития ребенка, клиническая картина может меняться и вызывать впечатление, что процесс прогрессирует. Это связано с нарастанием декомпенсации, обусловленным все большим несоответствием между возможностями нервной системы и требованиями, предъявляемыми окружающей средой кирующему организму. Всё это приводит к ограничению

жизнедеятельности: трудности в самообслуживании, передвижении, психологические проблемы и проблемы, связанные с общением среди сверстников и с окружающими, сложности в реализации образовательного процесса и трудовой деятельности в будущем. Как следствие всего выше указанного, неизбежно происходит существенное снижение качества жизни детей с ДЦП и их ближайшего окружения [27-31].

Согласно Международной классификации (МКБ-10) выделяют: G80.0 Спастический церебральный паралич; G80.1 Спастическая диплегия; G80.2 Детская гемиплегия; G80.3 Дискинетический церебральный паралич; G80.4 Атаксический церебральный паралич; G80.8 Другой вид детского церебрального паралича.

Существует также значительное количество авторских клинических и функциональных классификаций церебрального паралича. В России наибольшее распространение получили классификации К.А. Семёновой (1972) и Л.О. Бадаляна с соавт. (1988) [32, 33]. Так, согласно клинической классификации, разработанной К.А. Семёновой, выделяются следующие формы ДЦП: двойная гемиплегия; гиперкинетическая форма; атонически-астатическая форма; гемиплегическая форма. Также выделяются стадии развития ДЦП: ранняя – до 4-5 месяцев; начальная резидуальная стадия – с 6 месяцев до 3 лет; поздняя резидуальная стадия – старше 3 лет.

Классификация Л.О. Бадаляна с соавт. заключается в распределении форм ДЦП по возрастным группам:

1. Ранний возраст: спастические формы (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия); дистоническая форма; гипотоническая форма;
2. Старший возраст: спастические формы (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия); гиперкинетическая форма; атаксическая форма; атонически-астатическая форма; смешанные формы (спастико-атаксическая, спастико-гиперкинетическая, атактико-гиперкинетическая).

Функциональная классификация ДЦП – GMFCS (Gross Motor Function Classification System – Система классификации больших моторных функций), предложенная R. Palisano с соавт. (1997 г.), заключается в учете степени развития моторики и ограничения движений в повседневной жизни для 5 возрастных групп пациентов с ДЦП: до 2 лет; от 2 до 4 лет; от 4 до 6 лет; от 6 до 12 лет; от 12 до 18 лет [34]. Согласно данной классификации, выделяются 5 уровней развития больших моторных функций:

- Уровень I – ходьба без ограничений;
- Уровень II – ходьба с ограничениями;

Сведения об авторах:

ТКАЧЕНКО Екатерина Сергеевна, аспирант, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: ekat-korzhova@vandex.ru

ГОЛЕВА Ольга Петровна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия.

ЩЕРБАКОВ Денис Викторович, канд. мед. наук, доцент, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия.

ХАЛИКОВА Адель Раильевна, ассистент, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия.

- Уровень III – ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения;
- Уровень IV – самостоятельное передвижение ограничено, могут использоваться моторизированные средства передвижения;
- Уровень V – полная зависимость ребёнка от окружающих – перевозка в коляске/инвалидном кресле.

Относительно этиологии церебрального паралича до настоящего времени нет единого мнения. Среди возможных причин развития ДЦП врачи называют преждевременные роды, асфиксию плода во время родов, вызванную обвитием пуповины вокруг шеи ребенка или попаданием околоплодных вод в его дыхательные пути; родовую травму и кровоизлияние в мозг. Кроме того, многочисленные наблюдения ученых показали, что помимо вышеуказанных причин, не меньшее значение имеет интоксикация плода во время беременности в результате болезни матери, нарушения питания, стрессовых состояний, наличия у матери хронических заболеваний или вредных привычек (алкоголизм, наркомания, курение), несовместимость матери и плода по резус-фактору крови.

Эпидемиологические исследования некоторых ученых позволяют выявить зависимость возникновения ДЦП от возраста матери: наибольшее число рожениц (60,8 %) были в возрасте от 19 до 30 лет, 29,2 % – от 30 до 39 лет, 3,1 % – старше 40 лет, 6,9 % матерей были моложе 18 лет. Кроме того, обнаружено наличие корреляционной связи между уровнем заболеваемости церебральным параличом и низкой массой тела ребенка при рождении [7, 10, 35]. Так, распространенность ДЦП составляет 59,5 на 1000 детей, родившихся с массой тела ниже 1500 г; 6,2 на 1000 детей с массой тела при рождении от 1500 до 2499 г; 1,1 на 1000 детей с массой тела 2500 г и более [9]. Становится все более ясной роль внутриутробной инфекции в формировании данной патологии [10]. Кроме того, к фактору риска развития детского церебрального паралича относят многоплодную беременность [9, 36-38]. Сообщается, что при одноплодной беременности частота заболевания составляет 0,2 %, при беременности двойней – 1,5 %, при вынашивании тройни – 8,0 %, а при вынашивании четырех плодов риск развития детского церебрального паралича возрастает до 43 % [22]. Также анализ причин, приводящих к возникновению ДЦП, показал, что в большинстве случаев выделить одну из них не представляется возможным, так как часто отмечается сочетание нескольких неблагоприятных факторов, как в периоде беременности, так и в родах [7, 10, 35].

Несмотря на то, что детский церебральный паралич неизлечимое заболевание, вовремя установленный диагноз определяет наибольшую эффективность в лечении и реабилитации/абилитации больных. Однако на практике диагноз «Детский церебральный паралич» зачастую устанавливается лишь при достижении ребенком 1 года, когда он «не пошел». При этом, ряд авторов указывают на необходимость начала лечебных мероприятий с трехмесячного возраста ребенка, так как в первые годы жизни мозг ребенка развивается наиболее интенсивно, что обуславливает высокую эффективность ранних реабилитационных мероприятий и своевременное осуществление комплекса лечебно-профилактических мероприятий предупреждает возможность развития дегенеративных изменений в тканях и во многом обеспечивает более благоприятное течение заболевания, и является одним из важных моментов в профилактике инвалидности вследствие ДЦП [39].

Несомненно, что для ранней диагностики очень важную роль играют данные физикального обследования. Как уже говорилось выше, клиническим симптомом при ДЦП в основным является спастичность, встречающаяся более чем в 80 % случаев и проявляющаяся повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов. В более редких случаях возможно как снижение мышечного тонуса и нарушение координации (атаксическая форма ДЦП), так и непостоянный характер его изменений (дискинетическая форма ДЦП). Однако при всех формах ДЦП могут наблюдаться патологические тонические рефлексы, которые более отчетливо проявляются при перемещении положения тела. Также патологическая синкинезическая активность при совершении произвольных движений, нарушение координаторных взаимодействий мышц синергистов и антагонистов, повышение общей рефлекторной возбудимости. К клинической картине также могут добавляться когнитивные и сенсорные нарушения, судороги. Из инструментальных методов диагностики рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии, которая является более чувствительным методом, чем компьютерная томография головного мозга, и делает возможным диагностировать поражение головного мозга на ранних стадиях, выявлять его постгипоксическое повреждение, ликвородинамические нарушения, врожденные аномалии развития головного мозга. Кроме того, рекомендуется проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ) или ЭЭГ-видеомониторинга. При этом ряд исследователей указывают на то, что ЭЭГ-видеомониторинг более предпочтителен, так как позволяет определять функциональную активность головно-

Information about authors:

TKACHENKO Ekaterina Sergeevna, postgraduate student, department of public health and health care, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.
E-mail: ekat-korzhova@vandex.ru

GOLEVA Olga Petrovna, doctor of medical sciences, professor, head of the department of public health and health care, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.

SHERBAKOV Denis Viktorovich, candidate of medical sciences, docent, department of public health and health care, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.

KHALIKOVA Adel Ravilevna, assistante, department of public health and health care, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.

го мозга [9, 33, 40, 41]. Также показана консультация профильных специалистов – невролога, хирурга, ортопеда и др. в зависимости от имеющегося симптомокомплекса.

Реабилитационные/абилитационные мероприятия для детей с церебральным параличом состоят из четырех этапов. Первым этапом является амбулаторное лечение, которое проводится на базе детской поликлиники с участием целой команды специалистов: педиатра, невролога, ортопеда, логопеда, дефектолога и психолога. Вторым этапом оказания помощи ребенку с ДЦП является стационарная помощь, которая обеспечивается работой неврологических отделений или неврологических и психоневрологических клиник. В третий этап входят специализированные детские сады, школы-интернаты. В данных учреждениях проводится комплексная лечебная, учебно-воспитательная и коррекционно-психологическая работа. Дети с тяжелыми формами заболевания обучаются на дому по обычной, вспомогательной или индивидуальной программам. Четвертым этапом является трудовое воспитание [42, 43].

Основными принципами реабилитации детей с ДЦП являются: раннее начало проведения реабилитационных мероприятий, непрерывность, комплексность, индивидуализация программы реабилитации, этапность, социальная направленность, использование методов контроля эффективности [44]. Комплекс лечебных мероприятий должен включать медикаментозное лечение, методы физической реабилитации (лечебную физкультуру, массаж, механотерапию, физиотерапию), ортезотерапию, психолого-педагогическую и логопедическую коррекцию, психотерапию, трудотерапию с элементами профориентации [45]. Медикаментозное лечение применяется с целью нормализации мышечного тонуса, предупреждения рубцово-спаечных процессов, коррекции психоэмоциональных нарушений. Кинезиотерапия является важнейшим элементом комплекса реабилитационных мероприятий. Целенаправленное воздействие на двигательный аппарат способствует развитию процессов адаптации и компенсации. Основными средствами являются: лечение положением, дыхательные упражнения, физические упражнения, ориентированные на укрепление общего состояния организма и восстановление локальных дефектов [46]. Основными задачами являются улучшение мозгового кровотока, увеличение общей двигательной активности, улучшение координации, тренировка кардиореспираторной и вестибулярной систем [18, 21]. Упражнения направлены на уменьшение мышечного гипертонуса, предупреждение и коррекцию контрактур, патологических синкинезий, увеличение объема движений и мышечной силы, становление компенсаторных навыков [1, 18].

Наряду с этим, проводится ортезирование в виде полумягкого шинирования верхней конечности в функционально правильном положении, нейроортопедические укладки, которые способствуют предупреждению контрактур, ношение жестких лонгет на нижних конечностях с целью восстановления пра-

вильного положения стопы [21]. Для повышения эффективности проводимые мероприятия целесообразно сочетать с массажем [22]. С целью восстановления амплитуды движения в суставах, координации, силы и трофики мышц используются тренажеры [18]. При неэффективности медикаментозной терапии рекомендуется хирургическое лечение, направленное на снижение дисбаланса мышц, коррекцию сколиоза, исправление неправильного положения конечности [7]. Физиотерапия включает применение электропроцедур (электрофорез, электромиостимуляция, переменное магнитное поле), тепловых процедур (парфинотерапия, грязелечение), иглорефлексотерапию, гидрокинезиотерапию и др.

Всё большую популярность приобретают иппотерапия и канистерапия. Лечебная верховая езда, или иппотерапия занимает особое место в реабилитации. Стоит отметить, что лошадь это не только средство передвижения, но еще и уникальный живой тренажер. Мощная мускулатура лошади массирует пораженные мышцы нижних конечностей, уменьшая спазм сведенных при ДЦП ног, согревает их, так как температура тела лошади 37-37,5 градусов. Сидя на движущейся лошади, пациент для сохранения равновесия инстинктивно включает в работу все мышцы тела, чего невозможно добиться даже при иной самой активной нагрузке. Ритмичные, плавные движения лошади успокаивают, снимают напряжение, вызванные болезнью. Кроме того, общение с животным улучшает эмоциональный фон ребенка.

Также особое значение в лечении и реабилитации детей с ДЦП имеет канистерапия – направление медицины, использующее в качестве средства лечения и реабилитации специально отобранных и обученных собак. Канистерапию используют в медицинской и социальной реабилитации как психотерапевтическую методику, способствующую развитию умственных и эмоциональных способностей, улучшению двигательных функций и моторики.

К возможным методам профилактики относят улучшение показателей состояния здоровья матерей, профилактику преждевременных родов и осложнённого течения беременности, пропаганду ведения здорового образа жизни обоих родителей.

Таким образом, несмотря на большое количество работ, посвященных детскому церебральному параличу, данная проблема по сей день остается актуальной. Нерешенными остаются вопросы своевременной диагностики данной патологии, а, следовательно, и раннего начала лечения детей с ДЦП. Среди ученых нет однозначного представления о преимущественном значении того или иного фактора, определяющего развитие детского церебрального паралича.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Alekseeva GJu, Sholomov II. Dynamics of indicators of disability in children with cerebral palsy in the city of Saratov. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2010; 6(1): 114-117. Russian (Алексеева Г.Ю., Шоломов И.И. Динамика показателей инвалидности у детей с заболеванием детским церебральным параличом в г. Саратов // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010; 6(1): 114-117.)
- Vanieva VJu. Technologies of correction of muscle tone disorders in children with cerebral palsy. *Sovremennye tehnologii v obrazovanii*. 2012; XII-1: 56-60. Russian (Ваннєва В.Ю. Технологии коррекции нарушений мышечного тонуса у детей с ДЦП // Современные технологии в образовании. 2012. № XII-1. С. 56-60.)
- Aronskind EV, Zjugzina EA, Kovtun OP, Lvova OA, Shershnev VN, Dugina EA et al. Evaluation of the effectiveness of spiral kinesiotherapy in children with cerebral palsy. *Neurosurgery and pediatric neurology*. 2013; 1(35): 30-34. Russian (Аронскинд Е.В., Зюзгина Е.А., Ковтун О.П., Львова О.А., Шершнев В.Н., Дугина Е.А. и др. Оценка эффективности метода спиральной кинезиотерапии у детей с ДЦП // Нейрохирургия и неврология детского возраста. 2013. № 1(35). С. 30-34.)
- Paclat AT, Braun K Van Naarden, Yeargin-Allsop M. Cerebral palsy: classification and epidemiology. *J. Cerebral palsy*. 2009; 20(3): 437. DOI: 10.1016/j.jcp.2009.06.001.
- Kolomenskaja AN. Improvement of the system of prevention of disability of children at high neurological risk in outpatient settings (since the neonatal period): abstract dis ... cand. med. sciences. M., 2010. 25 p. Russian (Коломенская А.Н. Совершенствование системы профилактики инвалидности детей высокого неврологического риска в амбулаторных условиях (начиная с периода новорожденности): автореф. дис ... канд. мед. наук. М., 2010. 25 с.)
- Cerebral palsies and epilepsy. Modern approaches to treatment: guidelines /ed.: Batysheva TT, Trepilev SV, Trepilev VM, Badaljan OL, Kvasova OV, Klimov JuA et al. M., 2016. 16 p. Russian (Детский церебральный паралич и эпилепсия. Современные подходы к лечению: методические рекомендации / под ред. Батышева Т.Т., Трепилец С.В., Трепилец В.М., Бадалян О.Л., Квасова О.В., Климов Ю.А. и др. М., 2016. 16 с.)
- Williams CM, Tinley P, Curtin M. Idiopathic toe walking and sensory processing dysfunction. *Journal of Foot and Ankle Research*. 2010; 3: 1-6. DOI: 10.1186/1757-1146-3-16.
- Kodaneva LN, Adjatullina NV. The possibility of hydro kinesitherapy in the rehabilitation of children with the disease Little. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta*. 2018; 1(155): 122-126. Russian (Коданева Л.Н., Адятуллина Н.В. Возможности гидрокинезотерапии в реабилитации детей с болезнью Литтля // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгafта. 2018. № 1(155). С. 122-126.)
- Baranov AA, Namazova-Baranova LS, Kurenkov AL, Klochkova OA, Karimova HM, Mamadjarov AM et al. Complex assessment of motor functions in patients with cerebral palsy. M: Pediatr, 2014. Russian (Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Куренков А.Л., Клочкива О.А., Каримова Х.М., Мамаджаров А.М. и др. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом. М: Педиатръ, 2014.)
- Stavsky M, Mor O, Mastrolia SA, Greenbaum S, Than NG, Erez O. Cerebral palsy – trends in epidemiology and recent development in prenatal mechanisms of disease, treatment, and prevention. *Front Pediatr*. 2017; 5: 21. DOI: 10.3389/fped.2017.00021.
- Graham HK, Rosenbaum P, Paneth N, Dan B, Lin JP, Damiano DL et al. Cerebral palsy. *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2016; 2: 15082. DOI: 10.1038/nrdp.2015.82.
- Woolfenden S, Galea C, Smithers-Sheedy H, Blair E, McIntyre S, Reid S et al. Impact of social disadvantage on cerebral palsy severity. *Dev Med Child Neurol*. 2018; 17. DOI: 10.1111/dmcn.14026.
- El-Tallawy HN, Farghaly WM, Shehata GA, Rageh TA, Metwally NA, Badry R et al. Cerebral palsy in Al-Quseir City, Egypt: prevalence, subtypes, and risk factors. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 1267-1272. DOI: 10.2147/NDT.S59599.
- Batysheva TT, Guzeva VI, Guzeva OV, Guzeva VV. Improving the availability and quality of medical care and rehabilitation of children with cerebral palsy. *Pediatr*. 2016; 7(1): 65-72. Russian (Батышева Т.Т., Гузева В.И., Гузева О.В., Гузева В.В. Совершенствование доступности и качества медицинской помощи и реабилитации детей с детским церебральным параличом // Педиатр. 2016. Т. 7, № 1. С. 65-72.)
- Zafirova VB, Amlae KR. Analysis of morbidity and disability of children in the North Caucasus Federal district and Stavropol territory. *International Research Journal*. 2015; 5-4(36): 64-65. Russian (Зафирова В.Б., Амлаев К.Р. Анализ заболеваемости и инвалидности детского населения в Северо-Кавказском федеральном округе и Ставропольском крае // Международный научно-исследовательский журнал. 2015. № 5-4(36). С. 64-65.)
- Troska ZA, Shershneva OA. Improvement of professional rehabilitation of children with cerebral palsy. *Scientific notes of the Russian State Social University*. 2015; 14(3/130): 156-167. Russian (Троска З.А., Шершнева О.А. Совершенствование профессиональной реабилитации детей, больных ДЦП // Ученые записки Российской государственного социального университета. 2015. № 14(3/130). С. 156-167.)
- Aronskind EV, Moroshek EA, Afanas'eva NA. Organization of assistance to children with cerebral palsy in the rehabilitation center «Healthy childhood». *Herald of physiotherapy and health resort therapy*. 2015; 21(2): 97-97. Russian (Аронскинд Е.В., Морошек Е.А., Афанас'ева Н.А. Организация помощи детям с ДЦП в реабилитационном центре «Здоровое детство» // Вестник физиотерапии и курортологии. 2015. Т. 21, № 2. С. 97-97.)
- Kozhevnikova VT. Modern technologies of physical rehabilitation of patients with the consequences of perinatal damage to the nervous system and cerebral palsy. M.: Madzhenta, 2013. Russian (Кожевникова В.Т. Современные технологии физической реабилитации больных с последствиями перинатального поражения нервной системы и детским церебральным параличом. М.: Маджента, 2013.)
- Nemkova SA. Cerebral palsy: modern technologies in complex diagnostics and rehabilitation of cognitive disorders. M.: Medpraktika-M, 2013. Russian (Немкова С.А. Детский церебральный паралич: современные технологии в комплексной диагностике и реабилитации когнитивных расстройств. М.: Медпрактика-М, 2013.)
- Nemkova SA, Maslova OI. The effectiveness of the method of dynamic proprioceptive correction in patients with cerebral palsy with cognitive impairment. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013; 8: 26-32. Russian (Немкова С.А., Маслова О.И. Эффективность применения метода динамической проприоцептивной коррекции у больных детским церебральным параличом с когнитивными нарушениями // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2013; 8: 26-32.)
- Bjornson K, Zhou C, Fatone S, Orendurff M, Stevenson R, Rashid S. The Effect of Ankle-Foot Orthoses on Community-Based Walking in Cerebral Palsy: A Clinical Pilot Study. *Pediatric Physical Therapy*. 2016; 28(2): 179-186. DOI: 10.1097/PEP.0000000000000242.
- Glew GM, Fan MY, Hagland S, Bjornson K, Beider S, McLaughlin JF. Survey of the Use of Massage for Children with Cerebral Palsy. *J. Ther Massage G. Bodywork*. 2010; 3(4): 10-15. DOI: 10.3822/jtmb.v3i4.47.
- Averkin AV. Development of components of social competence in adolescents with cerebral palsy in inclusive education: abstract dis ... cand. of psychology. Nizhniy Novgorod, 2012. 23 p. Russian (Аверкин А.В. Развитие компонентов социальной компетенции у подростков с детским церебральным параличом в условиях инклюзивного обучения: автореф. дис ... канд. психол. наук. Нижний Новгород, 2012. 23 с.)
- Zmanovskaja VA. Clinical variants of spastic forms of cerebral palsy and evaluation of botulinum toxin therapy effectiveness: abstract dis ... cand. med. sciences. Ekaterinburg, 2011. 23 p. Russian (Змановская В.А. Клинические варианты спастических форм детского церебрального паралича и оценка эффективности ботулинотерапии: автореф. дис ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2011. 23 с.)
- Nikitina EV, Vojtovich TN, Mamajko DM. Analysis of factors determining the development of cerebral palsy in a child. *Medical Journal*. 2010; 3(33): 108-109. Russian (Никитина Е.В., Войтович Т.Н., Мамайко Д.М. Анализ факторов, определяющих развитие ДЦП у ребёнка // Медицинский журнал. 2010. № 3(33). С. 108-109.)
- Bezuh SM. Principles of medical and social support for children suffering from cerebral palsy. *Scientific notes of the St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*. 2009; 12(2): 91-96. Russian (Безух С.М. Принципы медицинского и социального сопровождения детей, страдающих детским церебральным параличом // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2009. Т. 12, № 2. С. 91-96.)

27. Osokin VV. Conceptual evolution of the infantile cerebral palsy. *Modern Science: actual problems of theory and practice*. 2014; 9: 77-81. Russian (Осокин В.В. Эволюция представлений о детском церебральном параличе //Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения. 2014. № 9. С. 77-81.)
28. Rogov AV, Nechaeva EI, Levickij EF, Pashkov VK. Rehabilitation of patients with cerebral palsy using adaptive motion trainer. *Journal of Volgograd State Medical University*. 2013; 3(47): 109-112. Russian (Рогов А.В., Нечаева Е.И., Левицкий Е.Ф., Пашков В.К. Реабилитация больных детским церебральным параличом с применением адаптированных тренажеров //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2013. № 3(47). С. 109-112.)
29. Antipenko EA, Shulyndin AV, Gustov AV. Child cerebral paralysis in the case of adults. *Medical Almanac*. 2016; 5(45): 173-175. Russian (Антипенко Е.А., Шульдин А.В., Густов А.В. Детский церебральный паралич у взрослых //Медицинский альманах. 2016. № 5(45). С. 173-175.)
30. Andrejuk OG. Features of health status, prediction of its disorders in children born with a body weight of less than 1500 grams in the first year of life: abstract dis. ... cand. med. sciences. Ivanovo, 2011. 23 p. Russian (Андреюк О.Г. Особенности состояния здоровья, прогнозирование его нарушений у детей, рожденных с массой тела менее 1500 граммов, на первом году жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 2011. 23 с.)
31. Fil'kina OM, Andrejuk OG, Dolotova NV, Vorob'eva EA. Features of the state of health of children who were born with very low and extremely low weight of the body, on the first year of life. *Children's Medicine of the Northwest*. 2011; 2(3): 18-21. Russian (Филькина О.М., Андреюк О.Г., Долотова Н.В., Воробьева Е.А. Особенности состояния здоровья детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, на первом году жизни //Детская медицина Северо-Запада. 2011. Т. 2, № 3. С. 18-21.)
32. Semenova KA. On the classification of cerebral palsy. *Journal «Pediatrics» named after G.N. Speransky*. 1972; 2: 57. Russian (Семенова К.А. К вопросу о классификации детского церебрального паралича //Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 1972. № 2. С. 57.)
33. Badaljan LO, Zhurba LT, Timonina OV. Cerebral palsy. Kiev: Zdrov'e, 1988. Russian (Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. Киев: Здоровье, 1988.)
34. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galappi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1997; 39 (4): 214-223. DOI:10.1007/978-1-4471-5451-8_152.
35. Pjatakova GV, Mamajchuk II, Umnov VV. Psychological defense mechanisms of children with cerebral palsy in the context of mothers attitude to a child's disease. *Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery*. 2017; 5(3): 58-67. Russian (Пятакова Г.В., Мамайчук И.И., Умнов В.В. Психологические защитные механизмы у детей с ДЦП в контексте материнского отношения к болезни ребенка //Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2017. № 5(3). С. 58-67.)
36. Krasnopol'sky V.I., Novikova S.V., Civcivadze E.B., Zharova A.A. Management of pregnancy and delivery in multiple pregnancy. *Almanac of Clinical Medicine*. 2015; 37: 32-40. Russian (Краснопольский В.И., Новикова С.В., Цивцигадзе Е.Б., Жарова А.А. Ведение беременности и родов при многоголовой беременности //Альманах клинической медицины. 2015. № 37. С. 32-40.)
37. Gao J, Zhao B, He L, Sun M, Yu X, Wang L. Risk of cerebral palsy in Chinese children: A N:M matched case control study. *J Paediatr Child Health*. 2017; 53(5): 464-469. DOI: 10.1111/jpc.13479.
38. Shek NW, Hillman SC, Kilby MD. Single-twin demise: pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(2): 249-263.
39. Artemenkova LF. Rehabilitation activities in the system of work with young children diagnosed with cerebral palsy. *The world of science, culture and education*. 2016; 3(58): 76-78. Russian (Артеменкова Л.Ф. Реабилитационные мероприятия в системе работы с детьми раннего возраста с диагнозом ДЦП //Мир науки, культуры, образования. 2016. № 3(58). С. 76-78.)
40. Kurenkov AL, Batysheva TT, Vinogradov AV, Zjuzjaeva EK. Spasticity in cerebral palsy: diagnosis and treatment strategies. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012; 112(7-2): 24-28. Russian (Куренков А.Л., Батышева Т.Т., Виноградов А.В., Зюзяева Е.К. Спастичность при детском церебральном параличе: диагностика и стратегии лечения //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112, № 7-2. С. 24-28.)
41. Kurenkov AL, Klochkova OA, Zmanovskaja VA, Fal'kovskij IV, Kenis VM, Vladykina LN et al. The first Russian consensus on the use of multilevel injections of abobotulinumtoxin A in the treatment of spastic forms of cerebral palsy. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016; 116(11): 121-130. DOI: 10.17116/jnevro201611611121-130. Russian (Куренков А.Л., Клокчкова О.А., Эмановская В.А., Фальковский И.В., Кенис В.М., Владыкина Л.Н. и др. Первый Российский консенсус по применению многоуровневых инъекций абоботулинутохин А при лечении спастических форм детского церебрального паралича //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116, № 11. С. 121-130. DOI: 10.17116/jnevro201611611121-130)
42. Reshetova PS, Semjonov PA, Soboleva II, Soboleva EV. Humanistic paradigm of education in the pedagogical concept of N.I. Pirogov. *Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*. 2016; 4(15): 79-81. Russian (Решетова П.С., Семёнов П.А., Соболева И.И., Соболева Е.В. Гуманистическая парадигма воспитания в педагогической концепции Н.И. Пирогова //Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2016. № 4(15). С. 79-81.)
43. Reshetova PS, Semenov PA. Features of medical and rehabilitation care for children suffering from cerebral palsy. *Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*. 2017; 2(1/16): 101-105. Russian (Решетова П.С., Семенов П.А. Особенности медико-реабилитационной помощи детям, страдающим ДЦП //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2017. № 2(1/16). С. 101-105.)
44. Argunova GV. Evaluation of the effectiveness of complex correction of motor disorders in patients with the consequences of traumatic brain injury and cerebral palsy: abstract dis. ... cand. med. sciences. M., 2014. 25 p. Russian (Аргунова Г.В. Оценка эффективности комплексной коррекции двигательных нарушений у больных с последствиями черепно-мозговой травмы и детским церебральным параличом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014. 25 с.)
45. Sorsdahl AB, Moe-Nilssen R, Kaale H, RieberChange J, Strand LI. Change in basic motor abilities, quality of movement and everyday activities following intensive, goal-directed, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy. *BMC Pediatrics*. 2010; April(10): 26. DOI: 10.1186/1471-2431-10-26.
46. Zvereva ZV. Pathogenetic mechanisms of rehabilitation (habilitation) and pathogenetic symptomatic pharmacotherapy in cerebral palsy. *Pediatric practice*. 2010; Oktjabr': 56-61. Russian (Зверева З.В. Патогенетические механизмы реабилитации (абилитации) и патогенетическая симптоматическая фармакотерапия при детском церебральном параличе //Практика педиатра. 2010. Октябрь. С. 56-61.)



Статья поступила в редакцию 10.04.2019 г.

Григорян Э.С., Цхай В.Б., Гребенникова Э.К., Брехова И.С., Костарева О.В., Домрачева М.Я.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск, Россия

ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ФОРМА БЕСПЛОДИЯ: ЭТИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

На сегодняшний день существует множество исследований, посвященных лечению тубально-перитонеального бесплодия. Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в настоящее время в лечении женщин, страдающих тубальным бесплодием, доступны два варианта: оперативное лечение и вспомогательные репродуктивные технологии. Многочисленные исследования отечественной и зарубежной литературы указывают на то, что до настоящего времени проблема эффективного лечения тубально-перитонеального бесплодия остается до конца нерешенной. Так же для планирования семьи остается актуальной и неизученной проблема оценки овариального резерва и снижения фолликулярного пула после оперативного вмешательства на маточных трубах.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: бесплодие; хирургическое лечение; послеоперационный спаечный процесс.

Grigoryan E.S., Tskhay V.B., Grebennikova E.K., Brehova I.S., Kostareva O.V., Domracheva M.Ya.
Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

PIPE-PERITONEAL FORM OF INFERTILITY: ETIOLOGY, RISK FACTORS, MODERN METHODS OF TREATMENT

To date, there are many studies on the treatment of tubal-peritoneal infertility. Analysis of the literature suggests that currently in the treatment of women suffering from tubal infertility, two options are available: surgical treatment and assisted reproductive technologies. Numerous studies of domestic and foreign literature indicate that, to date, the problem of effective treatment of tubal-peritoneal infertility remains unresolved until the end. Also for family planning, the problem of assessing the ovarian reserve and reducing the follicular pool after surgery on the fallopian tubes remains unmet and unstudied.

KEY WORDS: infertility; surgery; postoperative adhesions.

ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ФОРМА БЕСПЛОДИЯ (ТПФБ)

По данным многочисленных исследований в современной гинекологии, бесплодие в браке является одной из наиболее важных и сложных медико-социальных проблем. Во всем мире около 15 % супружеских пар страдают бесплодием [1, 2, 10]. В Российской Федерации эта цифра составляет около 21 %, из которых до 68 % приходится на бесплодие, ассоциированное с тубально-перитонеальным фактором [3-5, 11, 16]. В Красноярском крае, в связи с увеличением гинекологической заболеваемости за последние 5 лет, увеличилась и частота встречаемости бесплодия на 89 % [6, 19, 37].

Причинами возникновения тубально-перитонального фактора бесплодия могут служить функциональные расстройства и органические поражения маточных труб [7, 21, 28]. Инфекции передаваемые половым путем (ИППП) и, как следствие, воспалительные заболевания малого таза, оперативные вмешательства на органах малого таза (операции на матке, придатках, кишечнике), инвазивные диагностические и лечебные процедуры (гистеросальпингография, гидротубация, диагностические выскабливания полости матки), ос-

ложнения после прерывания беременности (самопроизвольные и искусственные аборты), доброкачественные опухоли малого таза, в том числе и наружный эндометриоз — все это является причинами органических поражений маточных труб и является причиной перитонеальной формы бесплодия [8]. Немаловажным является и роль туберкулеза органов малого таза в развитии спаечного процесса в малом тазу. По данным некоторых исследований, туберкулез матки и маточных труб выявляют у 12 % пациенток с бесплодием [9].

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) составляют 60-65 % всех гинекологических заболеваний. Показатель заболеваемости ВЗОМТ за первое десятилетие XXI века существенно возрос. Преимущественно, ими страдают сексуально активные женщины детородного возраста, что крайне неблагоприятно отражается в дальнейшем на их репродуктивном здоровье: у каждой четвертой женщины, перенесшей ВЗОМТ, впоследствии диагностируют бесплодие. Не стоит забывать, что извращение сексуального поведения девочек-подростков в сочетании с низким уровнем их знаний о контрацепции лежит в основе снижения репродуктивного потенциала [10, 39].

Выраженный воспалительный процесс в маточных трубах с последующим слипанием фимбрий в местах гибели ресниччатого эпителия и рубцеванием приводит к грубым анатомическим изменениям труб по типу мешотчатых воспалительных псевдоопухолей — гидросальпингосов. При длительном существовании гидросальпингосов ресниччатые клетки погибают, и

Корреспонденцию адресовать:

ГРИГОРЯН Эвелина Саркисовна,
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1,
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России.
Тел.: +7 (391) 220-13-95.
E-mail: evel-na@mail.ru

прогноз излеченности и восстановления функции трубы приближается к нулевому [11, 12, 17].

По мнению В.Е. Радзинского, значимый вклад в распространение инфекционно-воспалительных заболеваний вносит аборт – противоестественный по своей сути метод регулирования рождаемости, ломающий все противоинфекционные барьеры, данные женщины природой [13, 25, 29].

Зачастую причинами эктопической беременности и невынашивания беременности являются последствия восходящей инфекции [14, 15]. Как правило, у пациенток данной группы формируются трубно-перитонеальные спайки (ТПС). В 2005 году Е.А. Николайчик было проведено исследование, в котором определялся видовой состав выделенных микроорганизмов из цервикального канала у пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия. Наиболее часто выявлялась смешанная условно патогенная микрофлора: эпидермальный стафилококк (69,23 %), золотистый стафилококк (12,5 %), E. Coli (53,57 %), Proteus vulgaris (15,38 %), Entercoccus faecalis (65 %) и Streptococcus hemoliticus (11,53 %). Возбудители из группы ИППП выявлялись у большой доли пациенток: Chlamydia trachomatis – 45,19 %, Ureaplasma urealyticum – 47,1 %, Mycoplasma hominis – 28,84 %, Trichomonas vaginalis – 23,07 %, Neisseria gonorrhoeae – 11,53 %. Кроме того, у 20,19 % обследованных женщин выявлены грибы рода Candida, у 18 % – ключевые клетки. У 82 (78,84 %) пациенток были выявлены микробные ассоциации [16]. При этом не стоит забывать, что необоснованное антибактериальное, противомикробное лечение также повышает частоту и вероятность хронизации инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза [13].

Сведения об авторах:

ГРИГОРЯН Эвелина Саркисовна, аспирант, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия. E-mail: evel-na@mail.ru

ЦХАЙ Виталий Борисович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: tchai@yandex.ru

ГРЕБЕННИКОВА Эльвира Константиновна, канд. мед. наук, доцент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: ilay_m@mail.ru

БРЕХОВА Ирина Сергеевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: ibrehova@mail.ru

КОСТАРЕВА Ольга Васильевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия.

ДОМРАЧЕВА Марина Яковлевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: m-domracheva@mail.ru

Information about authors:

GRIGORYAN Evelina Sarkisovna, postgraduate student, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: evel-na@mail.ru

TSKHAY Vitaly Borisovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: tchai@yandex.ru

GREBENNKOVA Elvira Konstantinovna, candidate of medical sciences, docent, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: ilay_m@mail.ru

BREKHOVA Irina Sergeevna, candidate of medical sciences, docent, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: ibrehova@mail.ru

KOSTAREVA Olga Vasilevna, candidate of medical sciences, docent, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia.

DOMRACHEVA Marina Yakovlevna, candidate of medical sciences, docent, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: m-domracheva@mail.ru

Следует отметить, что образование спаечного процесса в малом тазу обусловлено не только ВЗОМТ, но и оперативными вмешательствами [17-19]. По разным статистическим данным, частота образования спаек после гинекологических операций колеблется от 55 до 100 %, что может быть связано с тяжестью ранее перенесенных оперативных вмешательств, технической оснащенностью операционной, техникой хирурга, а также множеством других факторов. Большое количество исследований посвящено изучению послеоперационных спаек [20-22, 35, 42], а также спаек, ассоциированных с эндометриозом [23, 24, 40].

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ТПФБ

На сегодняшний день существует множество исследований, посвященных лечению ТПФ бесплодия. Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в настоящее время в лечении женщин, страдающих трубным бесплодием, доступны два варианта: оперативное лечение и вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) [25-27].

В связи с внедрением в клинику лапароскопического доступа, в повседневной гинекологической практике широко распространены органосохраняющие реконструктивно-пластические операции на органах малого таза, которые у 90 % женщин приводят к восстановлению проходимости маточных труб [28]. Однако, с проведением органосохраняющих операций, на маточной трубе формируется соединительнотканый рубец. Формирование послеоперационного рубца, как правило, является причиной развития стриктуры маточной трубы в месте вмешательства. Подобный

исход не может полностью восстановить функциональную способность маточных труб, что обуславливает большое число наблюдений эктопической беременности (9,1-21,6 %) и бесплодия [29-31].

В исследовании Е.Д. Дубинской (2012), целью которого явилась оценка эффективности оперативного лечения пациенток с бесплодием и ТПС, оценивалась частота наступления беременности после проведенного лечения в течение 24 месяцев. Критерием эффективности лечения больных с бесплодием и спаечным процессом в малом тазу был показатель наступления маточной беременности. Результаты данной работы продемонстрировали, что вероятность наступления беременности является максимальной (36,4 %) при I-II стадии распространения спаечного процесса в первые 6-12 месяцев после проведения оперативного лечения [18, 32]. Проведенное исследование показывает, что к настоящему времени эффективность хирургического лечения бесплодия при ТПБ довольно низкая. Это связано, прежде всего, с необратимыми изменениями в маточных трубах, сформировавшимися на этапе острого воспалительного процесса в придатках матки, а также отсутствием эффективных средств профилактики послеоперационного спайкообразования.

Технология экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и перенос эмбриона (ПЭ) значительно усовершенствовались за последнее десятилетие. В США показатель рождения живого ребёнка на один цикл достигает до 27-30 % [33, 43]. По частоте наступления беременности в программе ЭКО результаты в ведущих центрах России практически не отличаются от зарубежных – 26,2-32 % [1, 34].

Данные литературы, обобщающие клиническую эффективность лечения больных с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, свидетельствуют, что метод ЭКО является наиболее перспективным для реализации репродуктивной функции у пациенток с выраженными изменениями маточных труб [35].

В других исследованиях приведены данные преимущества реконструктивной микрохирургии по сравнению с экстракорпоральным оплодотворением. Данное оперативное лечение заключается в идеальном восстановлении репродуктивных возможностей женщины к естественному зачатию (повторные беременности возможны без дальнейшей терапии), это выражается в высоком послеоперационном коэффициенте рождаемости [36].

Длительность бесплодия, выраженная функциональных и анатомических изменений в маточных

трубах, наличие хронических воспалительно-инфекционных заболеваний, оказывающих общее и местное иммуносупрессивное действие на организм женщины, снижают частоту наступления беременности у пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия с наличием гидросальпинксов до 8-14 % [11, 14, 37, 38].

Во многих медицинских учреждениях, где осуществляется лечение трубно-перитонеального фактора бесплодия методом ВРТ ЭКО, предлагается предварительная двусторонняя тубэктомия с тем, чтобы улучшить результаты ЭКО [39, 40]. Однако многими исследователями было подтверждено неблагоприятное влияние тубэктомии на овариальный резерв, что нередко сопровождалось нарушением менструального цикла и снижением овариального резерва [2, 5, 41, 42]. Также, в ходе некоторых работ было выявлено, что у пациенток с удаленными маточными трубами беременность после ЭКО и ПЭ наступает реже, чем у больных с сохраненными воспалительно-измененными маточными трубами, но при этом ранние эмбриональные потери минимальны [22, 43].

Эффективность лечения бесплодия методом ЭКО зависит, в том числе, и от возраста пациенток. Так, в исследовании М.И. Базиной (2015) частота наступления беременности после ЭКО среди пациенток с трубным бесплодием (ТБ) оказалась высокой у женщин молодого репродуктивного возраста при длительности бесплодия 5 лет и менее (73,9 % от числа эмбриопереносов). У пациенток с ТБ в позднем репродуктивном возрасте эффективность программ ВРТ была почти в 3 раза ниже – 25,9 % от числа эмбриопереносов [43].

Итак, результаты многочисленных исследований отечественной и зарубежной литературы указывают на то, что до настоящего времени проблема эффективного лечения ТПФБ остается до конца нерешенной. Также для планирования семьи остается актуальной и неизученной проблема оценки овариального резерва и снижения фолликулярного пула после оперативного вмешательства на маточных трубах.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Abashidze AA. Evaluation of the effectiveness of endovideosurgical treatment of tubal-peritoneal infertility: abstract dis. ... cand. med. sciences. M.: RUDN, 2014. 32 p. Russian (Абашидзе А.А. Оценка эффективности эндовоудиохирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: РУДН, 2014. 32 с.)
2. Avrukevich EA. Tubal-peritoneal infertility: diagnosis and treatment. Smolensky Medical Almanac. 2017; 1: 17-20. Russian (Аврукевич Е.А. Трубно-перитонеальное бесплодие: Диагностика и лечение // Смоленский медицинский альманах. 2017. № 1. С. 17-20.)
3. Arkhipova MP, Khamoshina MB, Tchotchaeva AI, Purshaeva ESh, Litchak NV, Zulumyan TN. Russia's reproductive potential: statistical data, problems and prospects for improvement. Doctor.Ru. 2013; 1(79): 70-74. Russian (Архипова М.П., Хамошина М.Б., Чотчаева А.И., Пуршаева Э.Ш., Личак Н.В., Зулумян Т.Н. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы улучшения //Доктор.Ру. 2013. № 1(79). С. 70-74.)
4. Bazina MI, Syromyatnikova SA, Emelianova EYu, Savalova NS. Tubal infertility: effectiveness of assisted-reproductive technologies in women living in Krasnoyarsk Region. Doctor.Ru. 2015; 11(12): 8-12. Russian (Базина М.И., Сыромятникова С.А., Емельянова Е.Ю., Савалова Н.С.

- Эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с трубным бесплодием в Красноярском крае. //Доктор.Ру. 2015. № 11(112). С. 8-12.)
5. Barren marriage. Modern approaches to diagnosis and treatment: a guide /ed. GT Sukhikh, TA Nazarenko. M.: GEOTAR-Media, 2010. 784 p. Russian (Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство /под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, 2010. 784 с.)
 6. Dubinskaya ED. Pelvic peritoneal adhesions (etiology, pathogenesis, diagnosis, prevention: abstract dis. ... doct. med. sciences. M.: RUDN, 2012. 36 p. Russian (Дубинская Е.Д. Тазовые перитонеальные спайки (этиология, патогенез, диагностика, профилактика): автореф. дис. ... докт. мед. наук. М.: РУДН, 2012. 36 с.)
 7. Gasparov AS, Dubinskaya ED. Pelvic peritoneal adhesions (etiology, pathogenesis, diagnosis, prevention). M.: MIA, 2013. 168 p. Russian (Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д. Тазовые перитонеальные спайки (этиология, патогенез, диагностика, профилактика). М.: МИА, 2013. 168 с.)
 8. Buravchenko NB, Zdanovskii VM. Optimization of embryo implantation conditions in the treatment of infertility using ART. *Russian Journal of Human Reproduction*. 2009; 3: 49-53. Russian (Буравченко Н.В., Здановский В.М. Оптимизация условий имплантации эмбрионов при лечении бесплодия с помощью ВРТ //Проблемы репродукции. 2009. № 3. С. 49-53.)
 9. Karimov ZD, Zhumadilova AR. The tube-ovarian pus formation: the modern aspects of the diagnosis and the treatment. *Russian Sklifosovsky Journal «Emergency Medical Care»*. 2014; 1: 24-29. Russian (Каримов З.Д., Жумадилова А.Р. Тубоовариальные гнойные образования: современные аспекты диагностики и лечения //Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2014. № 1. С. 24-29.)
 10. Konovalova AV, Sologatin AA, Naumenko AA, Stepanov KI. Tubal infertility and in vitro fertilization. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2011; 11(2): 75-78. Russian (Коновалова А.В., Сологатина А.А., Науменко А.А., Степанов К.И. Трубное бесплодие и экстракорпоральное оплодотворение //Российский вестник акушера-гинеколога. 2011. Т. 11, № 2. С. 75-78.)
 11. Korsak VS. Register of centers of ART of Russia. Report for 2009. *Russian Journal of Human Reproduction*. 2012; 1: 8-16. Russian (Корсак В.С. Регистр центров ВРТ России. Отчет за 2009 год //Проблемы репродукции. 2012. № 1. С. 8-16.)
 12. Korobkov DM, Abramova SV. The tube-peritoneal factor in the structure of infertility in women of reproductive age. Academic Publishing Center, 2016. P. 32-34. Russian (Коробков Д.М., Абрамова С.В. Трубно-перитонеальный фактор в структуре бесплодия у женщин репродуктивного возраста. Научно-издательский центр «Академический», 2016. С. 32-34.)
 13. Korobkov DM. Tuboperitoneal infertility in women of reproductive age and his clinic-factor analysis. *Bulletin of science and practice*. 2016; 12(13): 186-189. Russian (Коробков Д.М. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин репродуктивного возраста и его клинико-факторный анализ //Бюллетень науки и практики. 2016. № 12(13). С. 186-189.)
 14. Shtyrov SV, Krasnopol'skaya KV, Machanskie OV, Chechenova FN. Outcomes of reconstructive plastic surgery for tubal-peritoneal infertility factor. *Russian Journal of Human Reproduction*. 2001; 3: 12-15. Russian (Краснопольская К.В., Штыров С.В., Мачанская О.В., Чеченова Ф.Н. Исходы реконструктивно-пластических операций при трубно-перитонеальном факторе бесплодия //Проблемы репродукции. 2001. № 3. С. 12-15.)
 15. Kulakova VI, Manukhina IB, Savelyeva GM. Gynecology: national leadership. M.: GEOTAR-Media, 2011. 1088 p. Russian (Кулакова В.И., Манухина И.Б., Савельева Г.М. Гинекология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1088 с.)
 16. Nikolaychik EA. Improving the effectiveness of treatment of tubal-peritoneal infertility in women: abstract dis. ... cand. med. sciences. Tomsk, 2005. 18 p. Russian (Николайчик Е.А. Повышение эффективности лечения трубно-перитонеального бесплодия у женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2005. 18 с.)
 17. Makarov IO, Ovsyannikova TV, Shemanaeva TV, Kullikov IA, Guriev TD. Ultrasound diagnosis of infertility. *Obstetrics, Gynecology, and Reproduction*. 2013; 7(2): 20-22. Russian (Макаров И.О., Овсянникова Т.В., Шеманаева Т.В., Куликов И.А., Гуриев Т.Д. УЗ-диагностика при бесплодии //Акушерство, гинекология и репродукция. 2013. Т. 7, № 2. С. 20-22.)
 18. Orazmuradov AA, Kakhzyan AA, Toktar LR, Mayskova IU, Lapina NV. Prognosis of pelvic adhesiogenesis after ectopic pregnancy. *RUDN Journal of Medicine*. 2007; 5: 216-223. Russian (Оразмурадов А.А., Кахжян А.А., Токтар Л.Р., Майскова И.Ю., Лапина Н.В. Прогнозирование степени спаечного процесса после внебеременности //Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2007. № 5. С. 216-223.)
 19. Petrovich EA, Manukhin IB. An innovation approach to treatment of tubo-peritoneal infertility. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2010; 9(6): 5-10. Russian (Петрович Е.А., Манухин И.Б. Инновационный подход к лечению трубно-перитонеального бесплодия //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2010. Т. 9, № 6. С. 5-10.)
 20. Tokova Z.Z., Korneeva I.E., Medvedeva E.N., Baranov I.I., Abubakirov A.N. Gynecological history of women admitted for treatment in assisted reproductive technology programs. *Gynecology*. 2013; 15(5): 56-58. Russian (Токова З.З., Корнеева И.Е., Медведева Е.Н., Баранов И.И., Абубакиров А.Н. Гинекологический анамнез женщин, поступивших для лечения в программы вспомогательных репродуктивных технологий //Гинекология. 2013. Т. 15, № 5. С. 56-58.)
 21. Slepneva GZ, Khomenko NV, Elizarieva TYu. Development of maternity and childhood services. Organization of obstetric and gynecological care in the Krasnoyarsk Territory: inform. letter. Krasnoyarsk, 2014. 62 p. Russian (Слепнева Г.З., Хоменко Н.В., Елизареева Т.Ю. Развитие службы материнства и детства. Организация акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае: информ. письмо. Красноярск, 2014. 62 с.)
 22. Churilov AV, Miminoshvili TV. Evaluation of efficiency of diagnostics of acute inflammatory diseases of uterine appendages for clinical laboratory methods. 2017; 13(2): 191-194. *University Clinic*. Russian (Чурилов А.В., Миминошвили Т.В. Оценка эффективности острых воспалительных заболеваний придатков матки клинико-лабораторными методами //Университетская клиника. 2017. Т. 13, № 2. С. 191-194.)
 23. Fatkullin IF, Alyev ShA. Modern principles of adhesions diagnosis in abdominal surgery. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2010; 1: 84-88. Russian (Фаткуллин И.Ф., Альев Ш.А. Современные принципы диагностики спайкообразования в абдоминальной хирургии //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. № 1. С. 84-88.)
 24. Yakovleva NV. Optimization of surgical treatment of patients with infertility using efferent methods. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2013; 4: 51. Russian (Яковlevа Н.В. Оптимизация хирургического лечения пациенток с бесплодием с использованием эффеरентных методов //Медицина и образование в Сибири. 2013. № 4. С. 51.)
 25. Gomel V. The place of reconstructive tubal surgery in the era of assisted reproductive techniques. *Reprod Biomed Online*. 2015 Dec; 31(6): 722-731. doi: 10.1016/j.rbmo.2015.09.010. Epub 2015 Sep 21.
 26. Alpay Z, Ozgonenel MS, Savasan S et al. Possible role of natural immune response against altered fibroblasts in the development of post-operative adhesions. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2006; 55: 420-427.
 27. Herington JL. Development and prevention of postsurgical adhesions in a chimeric mouse model of experimental endometriosis. *Fertil. Steril.* 2011; 95(4): 1295-1301.
 28. Gomel V, Koninckx PR. Microsurgical principles and postoperative adhesions: lessons from the past. *Fertil Steril*. 2016 Oct; 106(5): 1025-1031.
 29. Mais V, Angioli R, Coccia E, Fagotti A, Landi S, Melis GB et al. Prevention of postoperative abdominal adhesions in gynecological surgery. Consensus paper of an Italian gynecologists' task force on adhesions. *Minerva Ginecol*. 2011; 63(1): 47-70.
 30. Robertson D, Lefebvre G, Leyland N et al. SOGC clinical practice guidelines: Adhesion prevention in gynaecological surgery: no. 243, June 2010. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2010; 111(2): 193-197.
 31. Bolnick A, Bolnick J, Diamond MP. Postoperative adhesions as a consequence of pelvic surgery. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015 May-Jun; 22(4): 549-563.
 32. Koninckx PR, Gomel V. Introduction: Quality of pelvic surgery and postoperative adhesions. *Fertil Steril*. 2016 Oct; 106(5): 991-993.
 33. Guney G, Kaya C, Oto G, Yildirim S, Ozdemir H, Tokmak A. Effects of quercetin and surigel for preventing adhesions after gynecological surgery: A rat uterine horn model. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017 Jan; 43(1): 179-184.
 34. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society of Reproductive Surgeons. Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013 May; 99(6): 1550-1555.

35. Ngowa JD, Kasia JM, Georges NT, Nkongo V, Sone C, Fongang E. Comparison of hysterosalpingograms with laparoscopy in the diagnostic of tubal factor of female infertility at the Yaounde General Hospital, Cameroon. *Pan Afr Med J.* 2015 Nov 19; 22: 264.
36. Kuo CY, Baker H, Fries MH, Yoo JJ, Kim PCW, Fisher JP. Bioengineering Strategies to Treat Female Infertility. *Tissue Eng Part B Rev.* 2017 Jun; 23(3): 294-306.
37. Hu C, Chen Y, Hou H, Chen X, Kong X, Yin L, Zhu L. Analysis of reoperation for infertility women with tubal pregnancy after conservative surgery. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2014 Mar 25; 94(11): 848-851.
38. Promberger R, Simek IM, Nouri K, Obermaier K, Kurz C, Ott J. Accuracy of Tubal Patency Assessment in Diagnostic Hysteroscopy Compared with Laparoscopy in Infertile Women: A Retrospective Cohort Study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018 Jul-Aug; 25(5): 794-799.
39. Li Z, Sun Y, Min W, Zhang D. Correlation between overexpression of transforming growth factor-beta 1 in occluded fallopian tubes and post-surgical pregnancy among infertile women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 Jan; 112(1): 11-14.
40. Singh S, Bhandari S, Agarwal P, Chittawar P, Thakur R. Chlamydia antibody testing helps in identifying females with possible tubal infertility. *Int J Reprod Biomed (Yazd).* 2016 Mar; 14(3): 187-192.
41. Hou HY, Chen YQ, Chen X, Hu CX, Yang ZH, Chen J, Kong XL. Related factors associated with pelvic adhesion and its influence on fallopian tube recanalization in infertile patients. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2012 Nov; 47(11): 823-828.
42. Schippert C, Hille U, Bassler C, Soergel P, Hollwitz B, Garcia-Rocha GJ. Organ-preserving and reconstructive microsurgery of the fallopian tubes in tubal infertility: still an alternative to in vitro fertilization (IVF). *J Reconstr Microsurg.* 2010 Jul; 26(5): 317-323. doi: 10.1055/s-0030-1249315. Epub 2010 Mar 1.
43. Tsiami A, Chairani A, Mavridis D, Siskou M, Assimakopoulos E, Sotiriadis A. Surgical treatment for hydrosalpinx prior to in-vitro fertilization on embryo transfer: a network meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016 Oct; 48(4): 434-445. doi: 10.1002/uog.15900. Epub 2016 Sep 13.

* * *

Статья поступила в редакцию 8.04.2019 г.

Утробин М.В., Юрьев С.Ю.

Сибирский Федеральный Научно-Клинический Центр ФМБА России,

г. Северск, Россия,

Сибирский Государственный Медицинский Университет,

г. Томск, Россия

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПОТЕРИ И ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ОСНОВАНИИ ВЫЯВЛЕНИЯ КОМБИНАЦИЙ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Цель исследования – разработать и патогенетически обосновать новый диагностический комплекс, включающий комбинации мутаций генов системы гемостаза и фолатного цикла с аутоиммунными нарушениями, которые повышают риск потери и осложнений течения беременности.

Материалы и методы исследования. Проведено двухэтапное исследование женщин репродуктивного возраста. На проспективном этапе в исследовании приняли участие 113 женщин с ретрохориальными гематомами. Женщины были разделены на 2 группы (с угрожающим и несостоявшимся выкидышем). На ретроспективном этапе изучена первичная документация 309 женщин, которых разделили на 3 группы: с привычным и спорадическим выкидышем, нормальной репродукцией. Изучена связь комбинаций мутаций генов системы гемостаза (PAI-1, FII FV), фолатного цикла (MTHFR) и повышенного уровня эмбриотропных антител с потерей и осложнениями течения беременности.

Результаты. Определены ассоциации наличия комбинаций мутаций генов PAI-1, FV, FII, MTHFR и повышения уровня антител к Fc-фрагменту иммуноглобулина, тироглобулину со спонтанным выкидышем у женщин с ретрохориальной гематомой, привычным выкидышем, истмико-цервикальной недостаточностью, преждевременным разрывом плодных оболочек ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, выявление комбинаций генетических (мутации генов PAI-1, FV, FII, MTHFR) и иммунологических (повышение уровня антител к Fc-фрагменту иммуноглобулина и/или тироглобулину) изменений позволяют на предгравидарном этапе и на ранних сроках беременности сформировать группы повышенного риска по развитию потери и осложнений течения (ИЧН, ПРПО) беременности, начать персонифицированную терапию. Своевременная патогенетически обоснованная терапия снижает риск развития осложнений течения беременности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: потеря беременности; истмико-цервикальная недостаточность; преждевременный разрыв плодных оболочек; аутоантитела; мутации генов системы гемостаза и фолатного цикла.

Utrobin M.V., Yuriev S.Yu.

Siberian Federal Scientific Clinical Center, Seversk, Russia,
Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

FORMATION OF THE RISK GROUP OF LOSS AND COMPLICATIONS OF THE CURRENT PREGNANCY BASED ON THE IDENTIFICATION OF COMBINATION OF GENETIC AND IMMUNOLOGICAL FACTORS

The aim of the research – develop and pathogenetically substantiate a new diagnostic complex, including combinations of mutations of the genes of the hemostasis system and the folate cycle with autoimmune disorders, which increase the risk of loss and complications of the course of pregnancy.

Materials and methods. A two-stage study of women of reproductive age. At the prospective stage, 113 women with retrochorial hematoma participated in the study. Women were divided into 2 groups (with threatened and failed miscarriage). At the retrospective stage, primary documentation of 309 women was studied, which were divided into 3 groups: with habitual and sporadic miscarriage, normal reproduction. The association of mutations in the hemostasis system (PAI-1, FII FV), folate cycle (MTHFR) and elevated levels of embryotrophic antibodies with the loss and complications of pregnancy was studied.

Results. Associations of the presence of PAI-1, FV, FII, MTHFR gene mutations and increased levels of antibodies to immunoglobulin Fc-fragment, thyroglobulin with spontaneous miscarriage in women with retrochorial hematoma, common miscarriage, cervical insufficiency, premature rupture of fetal membranes ($p < 0.05$).

Conclusion. Thus, the identification of combinations of genetic (mutations of the PAI-1, FV, FII, MTHFR genes) and immunological (increased levels of antibodies to the immunoglobulin Fc-fragment, thyroglobulin) allows changes at the pregravid stage and early pregnancy to form groups of increased risk of developing loss and pregnancy complications, start personalized therapy. Timely pathogenetic therapy will reduce the risk of pregnancy complications.

KEY WORDS: pregnancy loss; cervical insufficiency; premature rupture of fetal membranes; autoantibodies; gene mutations of the hemostasis system and the folate cycle.

Cнижение частоты потери и осложнений течения беременности является актуальной проблемой современного здравоохранения. В отечественных и зарубежных публикациях последних лет отражен продолжающийся поиск ранних пре-

дикторов и методов профилактики невынашивания [1-4].

На ранних сроках беременности заслуживает внимания факт формирования ретрохориальной гематомы (РХГ). Кровотечение из половых путей в пер-

вом триместре имеют 25 % женщин, из них у каждой пятой диагностируется РХГ [5]. Частота потери беременности у женщин с РХГ доходит до 40,0 % [6]. Формирование РХГ также ассоциируется с привычным невынашиванием [7], укорочением шейки матки и преждевременными родами [8], наследственными тромбофилиями [9].

Обсуждается концепция «тромботической готовности организма», согласно которой мутации генов системы гемостаза не являются синонимом тромбофилии. Тромботическая готовность формируется при взаимодействии мутаций генов и дополнительных факторов (автоиммунные процессы). Каскад патологических реакций чаще всего запускает беременность, оперативное лечение, другие внешние факторы [10].

В развитии осложнений беременности важное значение имеет эндокринная, автоиммунная патология и воспалительные процессы. Женщины с аномальным тиреоидным статусом имеют повышенный риск невынашивания. Потерю беременности связывают с автоиммунной реактивностью и повышенным уровнем эндометриальных цитокинов [11]. Отслойка хориона и имеющиеся хронические воспалительные процессы способствуют развитию воспалительных поражений плаценты различной степени выраженности. При этом нарушается баланс про-и противовоспалительных цитокинов, что активирует энзимы (протеазы, проколлагеназы), вызывающие деградацию коллагена. Разрушение коллагена определяет неблагоприятные исходы беременности: спонтанные выкидыши, разрыв плодных оболочек, преждевременные роды [12].

Формирование групп высокого риска по осложнённому течению беременности оптимально проводить на предгравидарном этапе и ранних сроках беременности, что даёт возможность проведения ранней персонифицированной терапии.

Цель исследования – разработать и патогенетически обосновать новый диагностический комплекс, включающий комбинации мутаций генов системы гемостаза и фолатного цикла с автоиммунными нарушениями, которые повышают риск потери и осложнений течения беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На проспективном этапе исследования проведено обследование и наблюдение 113 женщин репродуктивного возраста с формированием ретрохориальной гематомы (РХГ) в сроке беременности 6-12 недель по данным эхографии. Женщин разделили на 2 группы. В основную группу включены 84 женщины с угрожающим выкидышем, которым была назначена

патогенетическая терапия, проведен мониторинг течения беременности. В группу сравнения включены 29 женщин с несостоявшимся выкидышем. Женщины группы сравнения до подтверждения неразвивающейся беременности не получали патогенетической терапии.

В дополнение к стандартному обследованию проведена оценка наличия полиморфных вариантов генов системы гемостаза, фолатного цикла, а также уровня 12 видов эмбриотропных антител. Методом ПЦР определены полиморфные варианты 20210 G->A гена протромбина (FII), мутации Лейден 1691 G->A коагуляционного фактора V (FV), 675 4G/5G (5G->4G) гена ингибитора активатора плазминогена (PAI-1), термолабильного варианта A222V (677 C->T) метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR). Методом ИФА определен уровень антиантител к хорионическому гонадотропину человека (ХГЧ), инсулину, тироглобулину, двусpirальной ДНК, бета-2-гликопротеину I, Fc-фрагменту иммуноглобулина, коллагену, белку S100, мембранныму антигену сперматозоидов (Spr-06), специальному антигену клеток почек (KiM-05), антигену эндотелия сосудов (ANCA) и мембранным тромбоцитам (TrM-03). С целью исключения хромосомных аномалий в случае неразвивающейся беременности после эвакуации продукта зачатия проведено цитогенетическое исследование abortusов по методике «G bands by trypsin using Giemsa».

На следующем (ретроспективном) этапе изучена первичная документация 309 женщин репродуктивного возраста с различными исходами беременностей. В основную группу включены 82 женщины с привычным выкидышем, в группу сравнения – 136 женщин со спорадическим выкидышем, в контрольную группу – 91 женщина с нормальной репродуктивной функцией. На данном этапе оценивалась связь изучаемых генетических и иммунологических комбинаций с привычным выкидышем.

Анализ результатов проведен с использованием статистической программы IBM SPSS Statistics 17.0. Гипотеза о принадлежности выборки некоторому закону распределения проверялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. В случае нормального распределения данные исследования оценивали при помощи средней арифметической и стандартного квадратичного отклонения. Для оценки значимости различий двух несвязанных выборок применён параметрический метод (*t*-критерий Стьюдента). При распределении, не соответствующем нормальному, для оценки показателей применяли медиану, 5-й и 95-й процентили, непараметрический метод (*U*-критерий Манна-Уитни). Сравнение связанных выборок проведено с помощью *W*-критерий Вилкоксона. Качественные показатели выражали в абсолютных и относительных величинах, для расчета статистической значимости различий (*p*) применен χ^2 Пирсона. Для определения влияния изучаемого фактора на исход произведен расчет относительного риска (RR) с доверительным интервалом (95%CI). Эффективность диагностического метода исследования оценивали с помощью чувствительности (Se) и специфичности

Корреспонденцию адресовать:

ЮРЬЕВ Сергей Юрьевич,
636035, г. Северск Томской области, ул. Мира, д. 4,
ФГБУ СибФНЦ ФМБА России.
Тел.: 8 (3823) 54-37-03.
E-mail: sergei.yuriev@gmail.com

(Sp). Значения считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На проспективном этапе исследования выявлено, что среди женщин с формированием РХГ в первом триместре превалируют повторно беременные (73,5 % (83/113)) первородящие (57,5 % (65/113)), анамнез которых с высокой частотой отягощен медицинскими abortionами (31,0 % (35/113)) и выкидышами (42,5 % (48/113)).

Мутации генов системы гемостаза и фолатного цикла имеют 92,0 % (104/113) женщин с РХГ. У женщин с угрожающим выкидышем генетические изменения в различных сочетаниях выявлены в 97,6 % (82/84) случаев, у женщин с несостоявшимся выкидышем – в 75,9 % (22/29) ($p = 0,001$).

По всем 12 видам аутоантител имело место отклонение индивидуального уровня иммунитета в виде гиперреактивной или гипоактивной реакции. Наибольшие статистически значимые различия между клиническими группами наблюдались по антителам к Fc-фрагменту иммуноглобулина (маркер воспалительного процесса, ревматоидный фактор) и тироглобулину (маркер тиреоидита). Гипоактивная реакция аутоиммунитета в проведенном исследовании выявлена в единичных случаях, в подавляющем количестве случаев изменение уровня аутоиммунитета представлено гиперреактивной реакцией, поэтому в дальнейшем проведен анализ повышения уровня аутоантител (табл.).

Повышение уровня аутоантител в группе женщин с несостоявшимся выкидышем наблюдалось чаще, чем

в группе с угрожающим, что доказывает значимость аутоиммунных процессов различной локализации в запуске необратимых патологических изменений хориона и эмбриона, приводящих к прекращению развития беременности.

Комбинации мутаций генов системы гемостаза и фолатного цикла с повышением уровня антител к Fc-фрагменту иммуноглобулина и/или тироглобулину выявлены у 35,4 % (40/113) женщин, так же чаще в группе с несостоявшимся выкидышем, чем с угрожающим (соответственно 65,5 % (19/29), 25,0 % (21/84), $p = 0,0001$).

У женщин с РХГ, имеющих изучаемые комбинации генетических и иммунологических изменений, беременность в 2,8 раза чаще завершилась выкидышем в сравнении с женщинами без данных комбинаций (RR 2,808, 95%CI, 1,569-5,026, Se 0,606, Sp 0,750). Наибольшее значение имели комбинации мутаций в генах MTHFR и/или FII с повышением уровня антител к Fc-фрагменту иммуноглобулина (соответственно RR 2,089, 95%CI 1,024-4,259, Se 0,121, Sp 0,963; RR 3,500, 95%CI 2,612-4,691, Se 0,030, Sp 1,000).

Найденные изменения позволяют предполагать следующую последовательность взаимодействия различных факторов в качестве механизма формирования гестационных осложнений. Генетически детерминированная патология системы гемостаза и фолатного цикла под воздействием аутоиммунных процессов приводит организм женщины в состояние «тромботической готовности» [10], которая реализуется на фоне беременности в критический период формирования кровообращения (8-16 недель, максимум в 8 недель). Развиваются эндотелиопатия, кровотечение, микротромбозы, что повышает риск выкидыша.

Таблица
Частота повышения уровня эмбриотропных антител у женщин с РХГ
Table
The frequency of increasing the level of embryotropic antibodies in women with RCH

Показатель повышения уровня аутоантител	Женщины с РХГ (n = 113)		Женщины с угрожающим выкидышем (n = 84)		Женщины с несостоявшимся выкидышем (n = 29)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Антитела к Fc-фрагменту иммуноглобулина и/или тироглобулину*	47	41,6	21	25,0	26	89,7
Антитела к Fc-фрагменту иммуноглобулина*	17	15,0	5	6,0	12	41,4
Антитела к тироглобулину*	39	34,5	18	21,4	21	72,4

Примечание: * $p=0,0001$.

Note: * $p = 0.0001$.

Сведения об авторах:

УТРОБИН Максим Владимирович, заведующий отделением медицинской реабилитации пациентов с гинекологическими и урологическими заболеваниями, филиал ТНИИКиФ, ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, г. Северск, Россия; соискатель, кафедра акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск, Россия. E-mail: umv71@sibmail.com

ЮРЬЕВ Сергей Юрьевич, доктор мед. наук, профессор, кафедра акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск, Россия; начальник, Перинатальный центр, СКБ, ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, г. Северск, Россия. E-mail: sergeiuryiev@gmail.com

Information about authors:

UTROBIN Maksim Vladimirovich, head of the OMRGU, Branch of TNIIKif, Siberian Federal Scientific Clinical Center, Seversk, Tomsk region, Russia. E-mail: umv71@sibmail.com

YURYEV Sergei Yurievich, doctor of medical sciences, professor, department of obstetrics and gynecology, Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; head of the Perinatal Center, SKB, Siberian Federal Scientific Clinical Center, Seversk, Tomsk region, Russia. E-mail: sergeiuryiev@gmail.com

Мониторинг течения беременности позволил выявить у женщин с РХГ, сформировавшейся в первом триместре, следующие осложнения: плацентарную недостаточность с внутриутробной задержкой развития плода (27,4 % (23/84)), преэклампсию (22,6 % (19/84)), истмико-цервикальную недостаточность (ИЦН) (11,9 % (10/84)), преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) (16,7 % (14/84)), преждевременные роды (15,5 % (13/84)).

Комбинация мутации в гене PAI-1 с повышением уровня антител к тироглобулину ассоциировалась с ИЦН (RR 5,556, 95%CI 1,926-16,028, Se 0,400, Sp 0,932); комбинации мутаций генов PAI-1 и/или MTHFR с повышением уровня антител к Fc-фрагменту иммуноглобулина – с ПРПО (соответственно RR 5,455, 95%CI 2,480-11,998, Se 0,214, Sp 0,986 и RR 4,500, 95%CI 1,731-11,700, Se 0,143, Sp 0,986). Механизм патогенеза таких комбинаций, вероятно, основан на нарушении регуляции экспрессии белков. Так, белок PAI-1 участвует в протеолитическом каскаде в процессе ремоделирования тканей. Увеличение экспрессии белка физиологично для секреторной фазы менструального цикла, однако чрезмерные его количества ассоциированы с тонким эндометрием и нарушенной имплантацией. Повышенная экспрессия PAI-1 служит для временной и пространственной модуляции инициируемого плазмином перицеллюлярного протеолиза. Доказано, что регуляцию экспрессии PAI-1 опосредует трансформирующий фактор роста $\beta 2$. Наличие полиморфизма не позволяет контролировать стабильность иммуносупрессии при аутоиммунном воспалительном процессе [13, 14]. Кроме того, аутоантитела напрямую стимулируют выработку провоспалительных цитокинов, которые активируют комплекс энзимов, приводящих к деградации коллагена [12]. В результате повышается риск ПРПО, ИЦН и, как следствие, выкидышей, преждевременных родов.

Для проверки влияния выявленных комбинаций генетических и иммунологических изменений на исход беременности проведено ретроспективное исследование. При анализе первичной документации 309 женщин комбинации выявлены в 34,3 % (106/309) случаев. В группе с привычным выкидышем изучаемые комбинации диагностированы у 50,0 % (41/82) женщин, что чаще, чем в группе со спорадическим выкидышем и нормальной репродукцией (соответственно 27,9 % (38/136), $p = 0,002$ и 29,7 % (27/91), $p = 0,007$). Частота выявления изучаемых комбинаций в группах со спорадическим выкидышем и нормальной репродуктивной функцией не имеет статистически значимых различий ($p = 0,778$).

Изучаемые комбинации генетических и иммунологических изменений чаще встречаются при привычном невынашивании, чем у женщин со спорадическим выкидышем и нормальной репродукцией (соответственно RR 1,759, 95%CI 1,261-2,456, Se 0,500, Sp 0,721; RR 1,544, 95%CI 1,136-2,099, Se 0,500, Sp 0,703). Риск привычного выкидыша относительно спорадического наиболее выраженено увеличиваются комбинации мутаций в генах MTHFR и/или FII с повышением уровня антител к Fc-фрагменту иммуноглобулина (соответственно RR 1,705, 95%CI 1,069-2,719, Se 0,098, Sp 0,963 и RR 2,679, 95%CI 2,255-3,183, Se 0,012, Sp 1,000). Риск привычного выкидыша относительно нормальной репродукции увеличиваются те же комбинации (соответственно RR 1,592, 95%CI 1,068-2,373, Se 0,098, Sp 0,967 и RR 2,123, 95%CI 1,812-2,488, Se 0,012, Sp 1,000) и комбинация мутации в гене FII с повышением уровня антител к тироглобулину (RR 2,123, 95%CI 1,812-2,488, Se 0,012, Sp 1,000).

Результаты ретроспективного исследования подтверждают, что изучаемые комбинации генетических и иммунологических изменений можно считать высокоспецифичными предикторами осложнений течения беременности. Полученные данные согласуются с имеющимися современными исследованиями, отражающими влияние иммунологической, сосудистой, гемостазиологической дезадаптации на течение и исход беременности [1, 3, 10].

ВЫВОДЫ

Таким образом, выявление комбинаций генетических (мутации генов PAI-1, FV, FII, MTHFR) и иммунологических (повышение уровня антител к Fc-фрагменту иммуноглобулина и/или тироглобулину) изменений позволяют на предгравидарном этапе и на ранних сроках беременности сформировать группы повышенного риска по развитию потери и осложнений течения (ИЦН, ПРПО) беременности, начать персонифицированную терапию. Своевременная патогенетически обоснованная терапия снижает риск развития осложнений течения беременности.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Lipatov IS, Tezikov YuV, Tyutyunnik VL, Kan NE, Protasov AD, Martynova NV et al. Prevention of early pregnancy loss. *Obstetrics and gynecology*. 2017; 1: 24-32. Russian (Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Протасов А.Д., Мартынова Н.В. и др. Профилактика потерь беременности ранних сроков //Акушерство и гинекология. 2017. № 1. С. 24-32.)
2. Radzinsky VE, Ordiyants IM, Pobedinskaya OS, Zykov EV. Progesterone and reproductive losses. *Obstetrics and gynecology*. 2017; 8: 109-114. Russian (Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Побединская О.С., Зыков Е.В. Прогестерон и репродуктивные потери //Акушерство и гинекология. 2017. № 8. С. 109-114.)
3. Savel'eva GM, Kurtser MA, Panina OB, Sichinava LG, Alekseyenkova MV, Konoplyannikov AG, Latyshkevich OA. Pregravid preparation in the prevention of preterm labour. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2017; 16(6): 24-29. Russian (Савельева Г.М., Курцер М.А., Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Алексеенкова М.В., Коноплянников А.Г., Латышкевич О.А. Прегравидарная подготовка в профилактике преждевременных родов //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017. Т. 16, № 6. С. 24-29.)

4. Carp HJ. Progestogens in the prevention of miscarriage. *Horm Mol Biol Clin Investig.* 2016 Aug 1; 27(2): 55-62.
5. Sukur YE, Goc G, Kose O, Acmaz G, Ozmen B, Atabekoglu CS et al. The effects of subchorionic hematoma on pregnancy outcome in patients with threatened abortion. *J. Turk. Ger. Gynecol. Assoc.* 2014; 15(4): 239-242.
6. Biesiada L, Krekora M, Krasomski G. Subchorionic hematoma as a risk factor of pregnancy and delivery in women with threatening abortion. *Ginekol Pol.* 2010 Dec; 81(12): 902-906.
7. Sidelnikova VM, Sukhikh GT. Miscarriage: a guide for practitioners. M.: MIA, 2010. 986 p. Russian (Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей. М.: МИА, 2010. 986 с.)
8. Palatnik A, Grobman WA. The relationship between first-trimester subchorionic hematoma, cervical length, and preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Sep; 213(3): 403.
9. Nikolaeva AE, Kutueva FR, Kayka IA, Papayan LP, Kapustin SI, Namestnikov et al. The clinical significance of retrochorial hematoma in pregnant women with risk factors for the occurrence of reproductive losses. Experience of conducting in the conditions of female consultation. *Obstetrics and gynecology.* 2011; 5: 94-98. Russian (Николаева А.Е., Кутуева Ф.Р., Каика И.А., Папаян Л.П., Капустин С.И., Наместников Ю.А. и др. Клиническое значение ретрохориальная гематомы у беременных, имеющих факторы риска по возникновению родуктивных потерь. Опыт ведения в условиях женской консультации //Акушерство и гинекология. 2011. № 5. С. 94-98.).
10. Momot AP. Evolution of ideas about thrombophilia and its role in human pathology. *Problems of clinical medicine.* 2012; 1: 10-15. Russian (Момот А.П. Эволюция представлений о тромбофилии и её роли в патологии человека //Проблемы клинической медицины. 2012. № 1. С. 10-15.).
11. Twig G, Shina A, Amital H, Shoenfeld Y. Pathogenesis of infertility and recurrent pregnancy loss in thyroid autoimmunity. *J Autoimmun.* 2012 May; 38(2-3): J275-J281.
12. Moore RM, Novak JB, Kumar D, Mansour JM, Mercer BM, Moore JJ. Alpha-lipoic acid inhibits tumor necrosis factor-induced remodeling and weakening of human fetal membranes. *Biol Reprod.* 2009 Apr; 80(4): 781-787.
13. Freytag J, Wilkins-Port CE, Higgins CE, Higgins SP, Samarakoon R, Higgins PJ. PAI-1 Mediates the TGF- β 1 to EGF-Induced «Scatter» Response in Transformed Human Keratinocytes. *J Invest Dermatol.* 2010; 130(9): 2179-2190.
14. Krylova YuS, Kvetnoy IM, Aylamazyan EK. Endometrial receptivity: molecular mechanisms of implant regulation. *Journal of Obstetrics and Female Diseases.* 2013; 62(2): 63-74. Russian (Крылова Ю.С., Кветной И.М., Айламазян Э.К. Рецептивность эндометрия: молекулярные механизмы регуляции имплантации //Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. 62, № 2. С. 63-74.).

* * *

Статья поступила в редакцию 4.05.2019 г.

Елгина С.И., Золоторевская О.С., Захаров И.С.,
Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Бурова О.С., Малиновский В.А.
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемеровская городская клиническая поликлиника № 20,
г. Кемерово, Россия

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Объект исследования. 77 женщин, обратившихся в женскую консультацию в 2016-2018 гг. по поводу бесплодия.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт женщин, обратившихся в женскую консультацию в 2016-2018 гг. по поводу бесплодия. Диагноз при обращении у женщин поставлен в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-10). Бесплодные пары обследованы согласно приказу МЗ РФ № 107н от 30.08.12 г. Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel.

Результаты. Беременность наступила у 16 пациенток (20,8 %), не наступила – у 21 (27,3 %). В настоящее время 21 пациентка (27,3 %) состоит в очереди на вступление в программу ВРТ или на этапе стимуляции, 19 (24,6 %) – на этапе подготовки. Беременность завершилась родами у 9 женщин (11,7 %, в том числе родами двойней у 5,2 %), самопроизвольным выкидышем в раннем сроке – у 1 (1,3 %), неразвивающейся беременностью – у 1 (1,3 %). Пять пациенток (6,5 %) в настоящий момент вынашивают беременность.

Заключение. Таким образом, у большинства женщин ведущей причиной бесплодия является трубно-перитонеальный фактор, преимущественно обусловленный перенесенными и сопутствующими гинекологическими заболеваниями. Применение ВРТ является оправданным и эффективным методом преодоления бесплодия у супружеских пар, доля положительных исходов ВРТ соответствует среднестатистическим данным.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вспомогательные репродуктивные технологии; бесплодие; экстракорпоральное оплодотворение; беременность; овариальный резерв.

Elgina S.I., Zolotorevskaya O.S., Zakharov I.S., Mozes V.G., Rudaeva E.V., Burova O.S., Malinovskiy V.A.
Kemerovo State Medical University,
Clinical Polyclinic N 20, Kemerovo, Russia

THE EFFECT OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES CONDUCTED IN THE FRAMEWORK OF THE MANDATORY HEALTH INSURANCE

Objective. Seventy-seven women who applied to the female outpatient health center for infertility reason in 2016-2018.

Materials and methods. A prospective analysis of outpatient charts of women who applied to the female outpatient health center in 2016-2018 for infertility reason was conducted. The diagnosis on presentation was made in accordance with the International Classification of Diseases (ICD-10). Infertile couples were examined according to the order of the Ministry of Health N 107n of 30.08.12. Statistical data analysis was carried out using the Microsoft Office Excel application package.

Results. Sixteen patients (20.8 %) conceived, and 21 (27.3 %) – did not conceive. Currently, 21 patients (27.3 %) are in the waiting list to be included in the ART Program or are at the stage of stimulation, 19 (24.6 %) – are at the preparatory stage. Pregnancy resulted in childbirth in 9 women (11.7 %, including twins in 5.2 %), spontaneous miscarriage in the early period – in 1 (1.3 %), non-developing pregnancy – in 1 (1.3 %). Five patients (6.5 %) are currently pregnant.

Conclusion. Thus, most women had the tubal-peritoneal factor as the leading cause of infertility, mainly due to past and concomitant gynecological diseases. The use of ART is a justified and effective method of overcoming infertility in married couples, the proportion of positive outcomes of ART corresponds to the average data.

KEY WORDS: assisted reproductive technologies; infertility; In Vitro Fertilization; pregnancy; ovarian reserve.

Cовременная репродуктивная медицина в Российской Федерации находится на достаточно высоком уровне [1]. Показатели инфертности также являются высокими (частота бесплод-

ных браков достигает 17,5 %), без тенденции к снижению [2]. Укрепление репродуктивного здоровья населения становится одной из основных задач государства. Бесплодные пары имеют право на бесплатное лечение с использованием всех доступных средств, в том числе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [3]. Однако доля потерь беременности в результате их применения в течение нескольких лет не претерпевает существенных изменений, что связано с большим числом различных факторов, влияющих на репродуктивный процесс [4-8].

Корреспонденцию адресовать:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.
Тел.: 8 (3842) 73-48-56.
E-mail:elginas.i@mail.ru

Поиск прогностических критериев эффективности и совершенствование методов ВРТ являются актуальными для исследователей в области репродуктологии.

Цель исследования – оценка результатов преодоления бесплодия с помощью ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось с информированного согласия женщин на базе ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20» г. Кемерово. Исследование одобрено комитетом по этике и доказательности медицинских исследований ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России и соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2013 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава России от 19.06.2003 г. № 266.

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 77 женщин, обратившихся в женскую консультацию в 2016-2018 гг. по поводу бесплодия. Диагноз при обращении у женщин поставлен в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-10). Бесплодные пары обследованы согласно приказу МЗ РФ № 107н от 30.08.12 г.

Критерии включения в исследование: женщины репродуктивного возраста, территориально прикрепленные к ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20», проживающие на территории Кемеровской области, обратившиеся в женскую консультацию по поводу бесплодия. Критерии исключения из исследования: девушки-подростки до 18 лет включительно и женщины старше 47 лет, отсутствие информированного согласия для участия в исследовании.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2010 (лицензионное соглашение 74017-40-0000106-57177) и StatSoftStatistica 6.1 (лицензионное соглашение BXXR006D092218FAN11).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст женщин составил $33 \pm 4,1$ года ($\min = 24$ года; $\max = 42$ года), мужчин – $34 \pm$

4,5 года ($\min = 23$ года; $\max = 49$ лет). Средняя продолжительность бесплодия – $6,6 \pm 2,8$ лет.

Первичное бесплодие встречалось в 42 случаях (54,5 %), вторичное – в 35 (45,5 %). В 45,5 % случаев бесплодие было обусловлено нарушением репродуктивной функции женщин, в 29,9 % – мужчин, в 22,0 % – обоих супружеских. Доля пар с бесплодием неясного генеза составила 2,6 %.

В структуре бесплодного брака преобладали изолированные формы бесплодия (65,0 %), сочетанные нарушения отмечены у 35,0 % супружеских пар.

Среди причин инфертильности у мужчин выявлены астено-, некрозооспермия – 43,2 % или сочетание патозооспермии с патологией репродуктивных органов: хронический простатит – 34,0 %, варикоцеле – 22,7 %, эпидидимит – 6,8 %.

Среди причин бесплодия у женщин лидировал трубно-перитонеальный фактор (48,0 %), вторую и третью позиции занимали эндокринный (23,4 %) и маточный (15,6 %) факторы. Большинство причин женского бесплодия обусловлено ранее перенесенными гинекологическими заболеваниями, которые развивались преимущественно после начала половой жизни: хронические воспалительные заболевания органов малого таза неспецифической этиологии (28,6 %), инфекции, предающиеся половым путем (23,4 %). У 5,2 % женщин с бесплодием диагностирован эндометриоз. Кроме того, патологический процесс в репродуктивной системе женщин был обусловлен патологией матки (миома тела матки была у 19,5 %, гиперпластические процессы эндометрия – у 11,7 %) и патологией яичников – у 11,7 %, в том числе у 6,5 % – синдромом поликистозных яичников.

У 39,0 % женщин с бесплодием выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: аборты выполнялись у 26,7 % пациенток. Случаи неразвивающейся беременности, внemаточной беременности и выкидыши встречались у 20,0 %, 26,7 % и 26,7 % женщин, соответственно. Женщины с бесплодием в среднем имели $1,4 \pm 0,2$ количество абортов. У 30 женщин имелись нарушения менструальной функции: альгоменорея – 20,8 %, полименорея – 13,0 %, гипermenорея – 13,0 %, опсоменорея – 3,9 %, гипоменорея – 1,3 %.

У всех пациенток выявлена экстрагенитальная патология. Заболевания эндокринной системы отмечены у 28 пациенток (36,4 %). У них в 27,3 % слу-

Сведения об авторах:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

ЗОЛОТОРЕВСКАЯ Ольга Сергеевна, врач акушер-гинеколог, ГБУЗ КО КГКП № 20, г. Кемерово, Россия. E-mail: halepa-o@yandex.ru

ЗАХАРОВ Игорь Сергеевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: isza@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru

БУРОВА Ольга Сергеевна, студентка 6 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: burova.bur95@yandex.ru

МАЛИНОВСКИЙ Владислав Александрович, студент 6 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vladislav-9509@mail.ru

чаев диагностирован субклинический гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреоидита или гипоплазии щитовидной железы, в 15,6 % – ожирение и нарушение толерантности к глюкозе, в 5,2 % –adenома гипофиза с гиперпролактинемией. Кроме того, у женщин выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит) – у 16 (20,8 %), диффузно-кистозная мастопатия – у 15 (19,5 %), вегетососудистая дистония – у 12 (15,6 %), хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы – у 13 (16,9 %).

Среди исследуемых женщин 54 пациентки (70,1 %) направлены на преодоление бесплодия с помощью ВРТ впервые. У остальных женщин (29,9 %) в анамнезе имелись попытки применения ВРТ в клиниках Сибирского Федерального округа (гг. Кемерово, Новокузнецк, Красноярск, Новосибирск). Среднее количество попыток составило $2,4 \pm 1,2$.

Значения антиミュллерова гормона соответствовали нормальному уровню у 16 женщин (20,8 %), нормальному низкому уровню – у 28 (36,4 %), низкому – у 25 (32,5 %), высокому – у 7 (9,1 %), очень низкому – у 1 (1,2 %).

Прегравидарная подготовка выполнялась всем исследуемым с бесплодием согласно клиническому протоколу в полном объеме [9]. По результатам комплексного обследования и лечения супружеских пар в бесплодном браке применены следующие ВРТ: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) у 35 женщин (45,5 %), ЭКО+интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ) – у 21 (27,3 %), ЭКО + ИКСИ + метод отбора зрелых сперматозоидов (ПИКСИ) – у 16 (20,8 %). У 5 женщин (6,4 %) проводился цикл ВРТ с донорской спермой.

Беременность наступила у 16 пациенток (20,8 %), не наступила – у 21 (27,3 %). В настоящее время 21 пациентка (27,3 %) состоит в очереди на вступление в программу ВРТ или на этапе стимуляции, 19 женщин (24,6 %) находятся на этапе подготовки.

Беременность завершилась родами у 9 женщин (11,7 %, в том числе родами двойней у 5,2 %), самопроизвольным выкидышем в раннем сроке – у 1 (1,3 %), неразвивающейся беременностью – у 1 (1,3 %). Пять пациенток (6,5 %) в настоящий момент вынашивают беременность.

Information about authors:

- ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru
- ZOLOTOREVSKAYA Olga Sergeevna, obstetrician-gynecologist, Clinical Polyclinic N 20, Kemerovo, Russia. E-mail: halepa-o@yandex.ru
- ZAKHAROV Igor Sergeevich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: isza@mail.ru
- MOSES Vadim Gelevich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru
- RUDAEVA Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru
- BUROVA Olga Sergeevna, 6th year student of the medical faculty, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: burova.bur95@yandex.ru
- MALINOVSKY Vladislav Alexandrovich, 6th year student of the medical faculty, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vladislav-9509@mail.ru

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методика ЭКО и оборудование для него постоянно совершенствуются, и следствием этого является стабильный рост эффективности методов ВРТ [10-15]. Как показывают многочисленные исследования, средняя частота наступления беременности в расчете на один цикл ВРТ составляет во всем мире около 30-40 % [16, 17]. При оценке эффективности методов ВРТ важно понимать разницу между процентом наступления беременности и процентом нормальных родов. Беременность не всегда заканчивается нормальными родами, и даже слово «беременность» может употребляться в различных значениях. Следует отличать биохимическую беременность от клинической. Биохимическая беременность – это беременность, определенная на очень раннем сроке по анализу мочи или крови на содержание ХГЧ (обычно через 2 недели после переноса эмбрионов в полость матки), но прервавшаяся до того, как плодное яйцо достигло размера, видимого с помощью ультразвукового аппарата (обычно не ранее 3 недель после переноса эмбрионов в полость матки). Клиническая беременность – это беременность, определяемая во время ультразвукового исследования, но и она может впоследствии прерваться.

Кроме того, изучая результативность ВРТ, процент беременностей или родов может варьировать в зависимости от того, какой знаменатель используется в формуле, то есть в расчете на начатый цикл ВРТ, на пункцию или на перенос эмбрионов. Процент беременностей в цикле ВРТ всегда выше в расчете на пункцию и еще выше в расчете на перенос эмбрионов. В результатах нашего исследования оценена результативность ВРТ по наступлению клинической беременности после постановки женщины на учет в женской консультации. Это соответствовало 16 пациенткам и составило 20,8 % от всех женщин, обратившихся за медицинской помощью по поводу бесплодия и 43,2 % от женщин, которым проведена процедура ВРТ. Цифра не окончательная, так как остаются женщины, состоящие в очереди на получение квоты, на этапе подготовки, стимуляции.

ВЫВОДЫ

Таким образом, у большинства женщин ведущей причиной бесплодия является трубно-перитонеаль-



ный фактор, преимущественно обусловленный перенесенными и сопутствующими гинекологическими заболеваниями. Применение ВРТ является оправданным и эффективным методом преодоления бесплодия у супружеских пар. Доля положительных исходов ВРТ соответствует среднестатистическим данным.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Radzinsky VE, Fux AM. Gynecology. Moscow: GEOTAR-Media. 2014; 1000. Russian (Радзинский В.Е., Фукс А. М. Гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1000 с.)
2. Radzinsky VE. Infertile couple. Moscow: GEOTAR-Media. 2018; 404. Russian (Бесплодный брак: версии и контраверсии /под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 404 с.)
3. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of August 30, 2012 N 107n «On the use of assisted reproductive technologies, contraindications and limitations to their use». Russian (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»)
4. Venturella R, Vaiarelli A, Cimadomo D, Pedri S, Lico D, Mazzilli R et al. State of the art and emerging drug therapies for female infertility. *Gynecol Endocrinol.* 2019 Apr; 29: 1-7.
5. Vannuccini S, Ferrata C, Perelli F, Pinzauti S, Severi FM, Reis FM et al. Peripartum and postpartum outcomes in uncomplicated term pregnancy following ART: a retrospective cohort study from two Italian obstetric units. *Hum Reprod Open.* 2018 Jul 24; 2018(3).
6. Davies MJ, Rumbold AR, Moore VM. Assisted reproductive technologies: a hierarchy of risks for conception, pregnancy outcomes and treatment decisions. *J Dev Orig Health Dis.* 2017 Aug; 8(4): 443-447.
7. Lindsay TJ, Vitrikas KR. Evaluation and treatment of infertility. *Am Fam Physician.* 2015; 91(5): 308-314.
8. Rusanova NE. Assisted reproductive technologies in Russia: history, problems, demographic prospects. *The Journal of Social Policy Studies.* 2013; 11(1): 69-86. Russian (Русанова Н.Е. Вспомогательные репродуктивные технологии в России: история, проблемы, демографические перспективы. //Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11, № 1. С. 69-86.)
9. Pregravid preparation: clinical protocol /ed. by Radzinsky VE. M.: Editorial Board Status Praesens, 2016. 80 p. Russian (Прегравидарная подготовка: клинический протокол /под ред. В.Е. Радзинского. М.: Редакция журнала Status Praesens, 2016. 80 с.)
10. Skora D, Frankfurter D. Adverse perinatal events associated with ART. *Semin Reprod Med.* 2012 Apr; 30(2): 84-91.
11. Luke B, Stern JE, Kotelchuck M, Declercq ER, Anderka M, Diop H. Birth Outcomes by Infertility Treatment: Analyses of the Population-Based Cohort: Massachusetts Outcomes Study of Assisted Reproductive Technologies (MOSART). *J Reprod Med.* 2016 Mar-Apr; 61(3-4): 114-127.
12. Palomba S, Homburg R, Santagni S, La Sala GB, Orvieto R. Risk of adverse pregnancy and perinatal outcomes after high technology infertility treatment: a comprehensive systematic review. *Reprod Biol Endocrinol.* 2016 Nov 4; 14(1): 76.
13. ESHRE Capri Workshop Group. A prognosis-based approach to infertility: understanding the role of time. *Hum Reprod.* 2017 Aug 1; 32(8): 1556-1559.
14. Sunderam S, Kissin DM, Zhang Y, Folger SG, Boulet SL, Warner L et al. Assisted Reproductive Technology Surveillance – United States. *MMWR Surveill Summ.* 2019 Apr 26; 68(4): 1-23.
15. Yu B, Fritz R, Xie X, Negassa A, Jindal S, Vega M, Buyuk E. The impact of using donor sperm in assisted reproductive technology cycles on perinatal outcomes. *Fertil Steril.* 2018 Dec; 110(7): 1285-1289.
16. Dyer S, Chambers GM, de Mouzon J, Nygren KG, Zegers-Hochschild F, Mansour R et al. International committee for monitoring assisted reproductive technologies world report: Assisted reproductive technologies 2008, 2009 and 2010. *Human reproduction.* 2016; 31(7): 1588-1609.
17. Saveljeva GM, Sukhikh GT, Serov VN, Radzinsky VE, Manukhin IB. Gynecology. National guideline. Moscow: GEOTAR-Media, 2017. 989 p. Russian (Национальное руководство по гинекологии /под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 989 с.)

* * *

Статья поступила в редакцию 25.05.2019 г.

Артымук В.А.

НО Коллегия адвокатов № 4 Рудничного района г. Кемерово,
г. Кемерово, Россия

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: КОНСТИТУЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ, ОСНОВЫ И ГАРАНТИИ

Цель исследования – провести анализ нормативно-правовой базы охраны здоровья населения, материнства и детства в Российской Федерации.

Материалы и методы. Проведен анализ современной научной литературы, а также нормативно-правовой по вопросам охраны здоровья населения и социальной поддержки материнства в Российской Федерации. Проведена сравнительная оценка эффективности систем здравоохранения и социального обеспечения материнства в странах постсоветского пространства. Показано, что меры по защите материнства и детства в России носят комплексный пронаталистский характер, однако имеют ряд проблем. Женщины во время беременности, родов и ухода за ребенком в России могут рассчитывать на социальную защиту, которая зачастую выше, чем во многих европейских странах.

Заключение. В настоящее время конституционные принципы, основы и гарантии в здравоохранении представлены в международных договорах, Конституции РФ, Федеральных законах, законах субъектов РФ и иных нормативно-правовых актах. Большие перспективы представляет реализация принятой в 2018 г. отраслевой программы «Здравоохранение». Новый подход к разработке стратегического планирования в сфере здравоохранения основывается на основных принципах, характеризующих особенности здравоохранения как отрасли деятельности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: здравоохранение; конституционные принципы; социальная поддержка материнства; финансирование.

Artymuk V.A.

Bar Association of Advocates N 4, Kemerovo, Russia

PUBLIC HEALTH IN THE RUSSIAN FEDERATION: CONSTITUTIONAL PRINCIPLES, BASICS AND WARRANTIES

The purpose of the study is to analyze the regulatory framework for the protection of public health, motherhood and childhood in the Russian Federation.

Materials and methods. The analysis of modern scientific literature, as well as regulatory and legal on issues of public health and social support of maternity in the Russian Federation. A comparative assessment of the effectiveness of health systems and social welfare of maternity in the post-Soviet countries. It is shown that measures to protect motherhood and childhood in Russia are complex and pronatalistic, but they have a few problems. Women during pregnancy, childbirth and child care in Russia can rely on social protection, which is often higher than in many European countries.

Conclusion. Currently, constitutional principles, fundamentals and guarantees in health care are presented in international treaties, the Constitution of the Russian Federation, Federal laws, laws of constituent entities of the Russian Federation and other regulatory and legal acts. Great prospects are the implementation adopted in 2018 sectoral program «Health». A new approach to the development of strategic planning in the field of health is based on the basic principles that characterize the characteristics of health care as a branch of activity.

KEY WORDS: health care; constitutional principles; social support for maternity; financing.

Здравоохранение – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи [1].

Корреспонденцию адресовать:

АРТЫМУК Владимир Анатольевич,
650002, г. Кемерово, ул. Институтская, д. 1,
НО Коллегия адвокатов № 4 Рудничного района г. Кемерово.
Тел.: 8 (3842) 64-32-89.
E-mail: adv-artymuk@mail.ru

Ряд исследователей, например, Глушенко А.Н., рассматривают здравоохранение как составной элемент структуры социальной сферы жизни общества, первоочередная цель которой – сохранение и укрепление здоровья населения [2].

По мнению Зудина А.Б., система здравоохранения обеспечивает национальную безопасность государства, поскольку без здоровых граждан невозможно добиться роста производства и обеспечить обороноспособность [3]. Некоторые исследователи, в частности Васильев В.П., трактуют здравоохранение как основу формирования как социального, так и человеческого капитала общества [4].

К принципам государственной системы здравоохранения, по мнению Богма, следует относить: государственный характер; бесплатность и общедоступность; профилактическую направленность; единство науки и практики, лечения и профилактики; преемственность в оказании медицинской помощи; общественный характер; интернационализм. Система здра-

воохранения в Российской Федерации выступает одним из элементов совокупности социальных институтов, является фундаментальным с точки зрения физического развития общества и, как следствие, государства. При этом общество представляет собой сложную систему взаимосвязанных социальных институтов [5].

Безусловно, понятие здравоохранение наиболее широко и исчерпывающе дает ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан». Данный нормативно-правовой акт определяет здравоохранение как социальную функцию государства, которое призвано и обязуется к ее исполнению Конституцией РФ [6]. Конституцией РФ гарантировано право граждан на беспрепятственный доступ к услугам медицины и здравоохранения [6].

Ст. 2 признает права и свободы граждан высшей ценностью и называет их соблюдение обязанностью государства [6].

Ст. 7. определяет Российскую Федерацию как социальное государство, политика которого направлена, в том числе, на охрану здоровья граждан [6].

Согласно, ст. 41 ч. 1, каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [6].

Ст. 41 ч. 2. устанавливает, что в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию [6].

Ст. 41 ч. 3. определяет, что скрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом [6].

В комментарии к статье 41 Конституции РФ указано, что здоровье – одно из высших благ человека, без которого могут утратить значение многие другие блага, возможность пользоваться другими правами (выбор профессии, свобода передвижения и др.) [6].

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами Российской Федерации, признавая основополагающую роль охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни общества и подтверждая ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, стремясь к совершенствованию правового регулирования и закрепляя приоритет прав и свобод человека и граж-

данина в области охраны здоровья, настоящие Основы устанавливают правовые, организационные и экономические принципы в области охраны здоровья граждан [6].

Согласно 323 ФЗ, основными принципами здравоохранения являются: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи и охраны здоровья детей; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; доступность и качество, а также недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; соблюдение врачебной тайны [1].

По защите материнства и детства в России основным документом является Конституция РФ, основы поддержки закреплены в ч. 1 ст. 38. Также существуют меры по поощрению рождаемости, поддержке института семьи, охране интересов детей, которые закреплены в семейном, административном, трудовом кодексах [6].

Меры по защите материнства и детства носят комплексный характер и включают в себя развитую систему мер. Основные цели политики государства в отношении материнства и детства следующие: повышение числа браков и снижение числа разводов; снижение показателей детской, материнской и младенческой смертности; создание эффективной системы заботы о детях-сиротах; сокращение числа безнадзорных детей и детей из неблагополучных семей.

Данная социальная политика влечет за собой значительные бюджетные расходы по направлениям: формирование фонда заработной платы для женщин в бюджетных отраслях, таких, как здравоохранение, культура, наука, образование; пособия по безработице и пособия на детей; пособия по беременности и родам, а также пособия по уходу за ребенком; пособия при рождении, либо при передаче ребенка на воспитание в семью; пенсии детям-инвалидам; выплата материнского капитала и т.д. [7].

Указом Президента РФ, новым Законом о детских пособиях № 418-ФЗ с 1 января 2018 года введен в действие целый комплекс мер, направленных на поддержку семей, в которых воспитывается подрастающее поколение. Новые пособия по уходу за детьми до 1,5 лет уже выплачиваются с января 2018 года. Размер рассчитывается, исходя из прожиточного минимума региона. Средняя сумма составит 10-10,5 тыс. рублей. Она выдается за первого ребенка из бюджетных средств [8].

Однако, по мнению некоторых авторов, в частности, Грек Н.В. в своей работе указывает, что современное законодательство в сфере социальной по-

Сведения об авторах:

АРТЫМУК Владимир Анатольевич, адвокат, НО Коллегия адвокатов № 4 Рудничного района г. Кемерово, г. Кемерово, Россия. E-mail: adv-artymuk@mail.ru

литики воплощает гендерный дисбаланс. Все бенефиции, связанные с деторождением и уходом за ребенком, смещаются в сторону материнских выплат, однако являются бесполезными без наличия в семье активного кормильца-мужчины – основного источника финансов семьи [9].

Родовой сертификат как образец инновационной социальной практики также продолжает демонстрировать некоторые несовершенства. Отчасти это касается поведения женщин, которые проигнорировали своевременное получение данного документа, отчасти проблемы приписываются самой системе родовспоможения. Неформальные платежи в сфере медицины, низкая информированность о принципе действия родовых сертификатов препятствуют успешной реализации вышеуказанной социальной программы [9].

Социальная защита государством проявляется, в том числе, в предоставлении оплачиваемого отпуска во время беременности и по уходу за ребенком. Так, особенности отпуска по беременности и родам в странах «постсоветского пространства» представлены в таблице 1.

В странах «постсоветского пространства» продолжительность отпуска по уходу за ребенком составляет 16-20 месяцев, что соответствует этому показателю, в среднем, в странах Западной Европы. Наибольшая продолжительность отпуска зарегистрирована в Хорватии – 58 месяцев со 100 %-м покрытием, наименьшая – в Исландии – 13 месяцев.

**Таблица 1
Особенности отпуска по беременности и родам
в странах «постсоветского пространства» [10]**

**Table 1
Features of maternity leave in the countries
of the «post-Soviet space» [10]**

Страна	Поставщик материнского пособия	Источник финансирования	Продолжительность отпуска, недели	% соотношение к зарплате в покрываемый период
Беларусь	Государственное социальное страхование	Работодатель и правительство	18	100 %
Латвия	Государственное социальное страхование	Работодатель и работник	16	80 %
Литва	Социальное страхование	Работодатель и правительство	18	100 %
Молдова	Социальное обеспечение	Работодатель, работник и правительство	18	100 %
Россия	Фонд социального страхования	Работодатель	20	100 %
Украина	Социальное обеспечение	Работодатель, работник и правительство	18	100 %
Эстония	Социальное обеспечение	Работодатель	20	100 %

Information about authors:

ARTYMUK Vladimir Anatolyevich, advocate, Bar Association of Advocates No. 4 of Mine District of Kemerovo, Kemerovo, Russia. E-mail: adv-artymuk@mail.ru

Россия не является эталоном в осуществлении социальной защиты материнства и детства, однако женщины во время беременности, родов и ухода за ребенком могут рассчитывать на социальную защиту, которая будет выше, чем во многих европейских странах. И, несмотря на то, что страны Европы занимают лидирующие позиции по социальной защите населения во всем мире, Российской Федерации, зачастую, предоставляют женщинам более благоприятные условия [10].

Таким образом, в настоящее время современная социальная политика России носит пронаталистский характер, что выражается в интенсивном стимулировании репродуктивного поведения, в том числе и социальными мерами по финансовой поддержке материнства [9].

Государственная медицина существует в России уже более 400 лет. Основополагающим ее принципом еще в XVI веке была признана необходимость государственной заботы о состоянии больных и немощных. В отличие от стран Западной Европы с сильными общественными институтами и традициями, становление отечественного здравоохранения в основном проходило в недрах российской государственности: от первых государственных учреждений – Аптекарского приказа (1581 г.), Медицинской канцелярии (1721-1762 гг.), Медицинской коллегии (1763-1803 гг.) до создания земской медицины, затем фабрично- заводской и городской. Единое государственное здравоохранение было создано в 1918 году. Оно объединило все ранее существовавшие системы и формы российской медицины, основывающиеся на таких принципах, как бесплатность и доступность, профилактика, единство науки и практики, участие населения в мероприятиях по охране здоровья. Эти принципы сделали в свое время отечественную государственную медицину важным достоянием российского здравоохранения. И в настоящее время ряд исследователей считает отказ от отлаженной и проверенной временем системе государственной медицины с ее принципами шагом назад в поступательном развитии российского здравоохранения [11].

Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения составлен аналитиками агентства Bloomberg на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка (The Most Efficient Health Care). В рейтинг включены 56 стран мира. Критерием оценки эффективности системы здравоохранения являлась



Таблица 2
Эффективность системы здравоохранения
в странах «постсоветского пространства»
Table 2
The effectiveness of the health care system
in the countries of the «post-Soviet space»

Ранг Ранг	Ранг 5 лет назад	Динамика	Страна	Эффективность	Ожидаемая продолжительность жизни	% от ВВП	Абс., \$
44	45	1	Казахстан	39,2	72	3,9	379
49	48	-1	Беларусь	35,3	73,6	6,1	352
53	55	2	Россия	31,3	71,2	5,6	524
54	55	-1	Азербайджан	29,6	71,9	6,7	368

ожидалась продолжительность жизни при рождении, кроме того, оценивались относительные затраты на здравоохранение в процентах от ВВП, а также абсолютные затраты на душу населения в год. Т.е., наиболее эффективной системой здравоохранения считалась та, которая позволяла добиться наибольшей продолжительности жизни при наименьших затратах [12].

Наиболее эффективным признано здравоохранение в Гонконге, которое оценено в 87,3 баллов по шкале Блумберга при ожидаемой продолжительности жизни 84,3 года и затратах, соответственно, 5,7 % от ВВП и 2222 \$ на душу населения.

Следует отметить, что в этом рейтинге в 2018 году находились только 4 страны из бывшего «постсоветского пространства»: Казахстан, Беларусь, Россия и Азербайджан (табл. 2).

Россия располагается в рейтинге на 53 месте, за последние 5 лет ей удалось подняться вверх на 2 пункта (с 55 места). При этом эффективность здравоохранения в России оценивается в 31,3 баллов по шкале Блумберга при ожидаемой продолжительности жизни 71,2 год и затратах 5,6 % от ВВП и 524 \$ в абсолютных значениях на душу населения [12].

Самое дорогое здравоохранение в США, однако, его эффективность оценивается всего в 29,6 баллов. Эта страна занимает 54 место в рейтинге Блумберга по эффективности здравоохранения. Затраты 16,8 % от ВВП и 9536 \$ в абсолютных значениях позволяют США достичь ожидаемой продолжительности жизни 78,7 лет [12].

В 2018 году наиболее эффективной из стран постсоветского пространства признана система здравоохранения в республике Казахстан – 39,2 баллов. При этом самая высокая ожидаемая продолжительность жизни среди стран «постсоветского пространства» была в республике Беларусь – 73,6 лет. Наибольшие относительные затраты на здравоохранение в 2018 году были в республике Азербайджан – 6,7 %, а абсолютные затраты – в России – 524 \$ [12].

В настоящее время социально-экономические условия жизни населения в России, хотя и постоянно улучшаются, но до сих пор почти четверть населения находится за «чертой бедности», а медицинское обслуживание имеет существенные недостатки. Тем не менее, по мнению Зудина А.Б. (2018), здравоохранение России в последние десять лет интенсивно реорганизуется и модернизируется [3].

Ухудшение всех показателей здоровья населения в России с 1990-х гг. придало им статус угроз национальной безопасности. На протяжении многих десятилетий наблюдались следующие проблемы: неблагополучные показатели младенческой смертности, высокие темпы прироста социальных заболеваний (туберкулёз, СПИД, наркомания), низкая средняя продолжительность жизни в сравнении с западными

странами, высокий разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин (13 лет), «сверхсмертность» мужчин в трудоспособном возрасте [13].

Принятые меры социальной политики в области здравоохранения в последние 5-7 лет несколько улучшили ситуацию, выражющуюся в увеличении средней продолжительности предстоящей жизни, снижении младенческой смертности. Несмотря на проведение ряда организационно-экономических реформ и закрепление в законодательстве социально одобряемых принципов, область здравоохранения находится в сложной ситуации: увеличилась смертность, качеством медицины не удовлетворена значительная часть населения, постоянно ощущается недостаток финансирования. Кроме того, заслуживает особого внимания, что ожидаемая продолжительность жизни женщин в России больше по сравнению с мужчинами на 10 лет, а в других странах этот разрыв составляет всего от 3 (Китай) до 6,5 лет (Франция, Япония) [14].

Меры социальной политики в области здравоохранения дают некоторый прирост значений удовлетворенности населения этой сферой, однако за последние пять лет он составил всего 4,7 п.п. Главный итог опроса – почти 60 % россиян не удовлетворены медицинской помощью. Субъективное мнение о «болезнях» российского здравоохранения сводится к трем главным проблемам, каждая из которых многоаспектна: качество, профессионализм, материальная база [4].

В настоящее время Указом президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года» определены основные стратегии развития: обеспечение устойчивого естественного роста численности населения РФ, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году – до 80 лет), снижение смертности населения трудоспособного возраста (до 350 на 100 тыс. населения), снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 на 100 тыс.) и смертности от новообразований (до 185 случаев на 100 тыс.), а также младенческой смертности до 4,5 случаев на 1 тыс.), ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в

год, обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу, увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом (до 1 млрд долларов США в год) [15].

Во исполнение этого Указа Минздравом России разработан паспорт наципроекта «Здравоохранение», который включает в себя восемь федеральных проектов: «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» и «Развитие экспорта медицинских услуг» [16].

Важной задачей проекта является создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Единая государственная информационная система обеспечит единый цифровой контур в сфере здравоохранения, взаимодействующий с государственными информационными системами в сфере здравоохранения 85 субъектов Российской Федерации, медицинскими информационными системами медицинских организаций, с Единым порталом государственных услуг и функций для предоставления услуг и сервисов гражданина в личном кабинете пациента «Мое здоровье» в 2019 г., далее – ежегодно [16].

Планируется, что 90 % медицинских организаций обеспечат межведомственное электронное взаимодействие, в том числе с учреждениями медико-социальной экспертизы, к концу 2021 г. А к концу 2021 г

820 тыс. автоматизированных рабочих мест медицинских работников будет организовано при внедрении и эксплуатации медицинских информационных систем, соответствующих требованиям Минздрава России в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения субъектов РФ. В 85 субъектах состоится подключение к единой телемедицинской системе и к концу 2022 г. будет завершено внедрение государственных информационных систем в сфере здравоохранения, соответствующих требованиям Минздрава России, и подключение к ним всех медицинских организаций субъекта Российской Федерации, создание на их платформе централизованных систем, что обеспечит преемственность оказания медицинской помощи, маршрутизацию пациентов и мониторинг оказания медицинской помощи по отдельным профилям заболеваний, а также будет внедрена система электронных рецептов и автоматизированное управление льготным лекарственным обеспечением к концу 2023 г. [16].

Запланировано, что бюджет национального проекта в целом составит 1725,8 млрд руб. Источниками будут являться: федеральный бюджет – 1366,7 млрд руб., государственные внебюджетные фонды – 94,0 млрд руб., внебюджетные источники – 265,0 млрд руб., бюджеты субъектов РФ – 0,1 млрд руб [16].

По мнению ряда исследователей, новый подход к разработке стратегического планирования в сфере здравоохранения в настоящее время должен основываться на основных принципах, характеризующих особенности здравоохранения как отрасли деятельности [4].

Таким образом, в настоящее время конституционные принципы, основы и гарантии в здравоохранении представлены в международных договорах, Конституции РФ, Федеральных законах, законах субъектов РФ, иных нормативно-правовых актах. Большие перспективы представляет реализация принятой в 2018 г. отраслевой программы «Здравоохранение».

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Federal Law «On the Principles of Health Protection of Citizens in the Russian Federation» of 11/21/2011 N 323-FZ. Appeal date: 24.05.2019. Russian (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ. Дата обращения: 24.05.2019.)
2. Glushchenko AN. To the discussion on the concept of «the health care system of the Russian Federation»: the administrative and legal aspect. *Bulletin of South Ural State University. Series «Law»*. 2012; 43: 278–286. Russian (Глущенко А.Н. К дискуссии о понятии «система здравоохранения Российской Федерации»: административно-правовой аспект //Вестник ЮУрГУ. Серия «Право». 2012. № 43. С. 80-84.)
3. Zudin AB. Prerequisites for reforming the Russian health care system. *Russian dental journal*. 2017; 21(3): 157-159. Russian (Зудин А.Б. Предпосылки реформирования Российской системы здравоохранения //Российский стоматологический журнал. 2017; 21(3). С.157-159.)
4. Vasilev VP. On the Material and Financial Provision of Health Care. *Sociological Studies*. 2017; 3: 150-154. Russian (Васильев В.П. О материально-финансовом обеспечении здравоохранения //Социологические исследования. 2017. № 3. С. 150-154.)
5. Bogma KA. Features of state policy in the field of health. *Healthcare of the Russian Federation*. 2016; 60(3): 162-167. DOI: 10.18821 / 0044-197X-2016-60-3-162-167. Russian (Богма К.А. Особенности государственной политики в сфере здравоохранения //Здравоохранение Российской Федерации. 2016. № 60(3). С. 162-167. DOI: 10.18821/0044-197X-2016-60-3-162-167.)
6. Constitution of the Russian Federation (adopted by popular vote on 12/12/1993) (with amendments introduced by the RF laws on amendments to the RF Constitution of 12/30/2008 N 6-FKL, of 12/30/2008 N 7-FKL, of 02.02.2014 N 2-FKL, dated July 21, 2014 N 11-FKL). Rus-

- sian (Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ)
7. Frolkin PP, Mautaliev RV. State policy on social protection of motherhood and childhood in the Russian Federation: problems and prospects. *Information security of regions*. 2012; 1(10): 106-109. Russian (Фролкин П.П., Маятлиев Р.В. Государственная политика по социальной защите материнства и детства в Российской Федерации: проблемы и перспективы //Информационная безопасность регионов. 2012. № 1(10). С. 106-109.)
 8. Federal Law «On monthly payments to families with children» dated 28.12.2017 N 418-ФЗ. Appeal date 24.05.2019. Russian (Федеральный закон «О ежемесячных выплатах семьям, имеющим детей» от 28.12.2017 N 418-ФЗ. Дата обращения 24.05.2019.)
 9. Greek NV. Social support for motherhood in Russia: a gender analysis of modern social reforms: on the example of maternity capital and birth certificates: Authoref. dis. ... cand. soc. sciences. Saratov, 2012. 22 p. Russian (Грек Н.В. Социальная поддержка материнства в России: гендерный анализ современных социальных реформ: на примере материнского капитала и родовых сертификатов: Автореф. дис. ... канд. соц. наук. Саратов, 2012. 22 с.)
 10. Malolychenko E.V. International Experience of Social Protection of Motherhood. Economy. Right. Management: a collection of works of young researchers of BSU. 2018. P. 1-6. <http://izdatelstvo.bgu.ru/epm/dl.ashx?id=3515>. Russian (Малолыченко Е.В. Международный опыт социальной защиты материнства //Экономика. Право. Менеджмент: сб. трудов молодых исследователей БГУ. 2018. С. 1-6. <http://izdatelstvo.bgu.ru/epm/dl.ashx?id=3515>.)
 11. Zhilskaya LV. The social function of the state for the protection and promotion of public health and its implementation in the Russian Federation: Abstract dis. ... doctors of law. St. Petersburg, 2006. 29 p. Russian (Жильская Л.В.Социальная функция государства по охране и укреплению здоровья населения и ее реализация в Российской Федерации : Автореф. дис. ... докт. юрид. наук. СПб., 2006. 29 с.)
 12. Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data 2018.
 13. Tagaeva TO., Kazantseva LK. Public health and healthcare in Russia. *ECO journal (ECOnomics and industrial Engineering)*. 2017; 2: 63-81. Russian (Тагаева Т.О., Казанцева Л.К. Общественное здоровье и здравоохранение в России //Всероссийский экономический журнал «ЭКО». 2017. № 2. С. 63-81.)
 14. Akhmeduev ASh. Development problems and imperatives of health care reform in Russia and regions. *Regional economy: theory and practice*. 2018; 16(5): 884-901. <https://doi.org/10.24891/re.16.5.884>. Russian (Ахмедев А.Ш. Проблемы развития и императивы реформирования здравоохранения в России и регионах //Региональная экономика: теория и практика. 2018. Т. 16, № 5. С. 884-901. <https://doi.org/10.24891/re.16.5.884>.)
 15. Presidential Decree of 07.05.2018 No. 204 «On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024». Russian (Указ президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года».)
 16. Passport of the national project «Health», approved by the Presidium of the Presidential Council for Strategic Development and National Projects, Protocol No. 16 of December 24, 2017. Russian (Паспорт национального проекта «Здравоохранение», утв. Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16.)

* * *

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Статья поступила в редакцию 10.04.2019 г.

Цхай В.Б., Гладкая В.С., Брехова И.С., Брюховец С.М., Домрачева М.Я.,
Гребенникова Э.К., Полстянная Г.Н., Коновалов В.Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
КГБУЗ Краевая Клиническая Больница,
г. Красноярск, Россия

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова,
г. Абакан, Республика Хакасия, Россия

СЛУЧАЙ РОЖДЕНИЯ ГИГАНТСКОГО МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Метод эмболизации маточных артерий (ЭМА) в настоящее время нашел широкое распространение в гинекологической практике и является альтернативой гистерэктомии у женщин с симптомной миомой матки. Решение о проведении ЭМА у женщин с большими и гигантскими миоматозными узлами в большинстве случаев является крайне сложным в связи с потенциальным риском возникновения серьезных постоперационных осложнений. В данной статье представлен случай благоприятного исхода после проведения ЭМА у пациентки 45 лет с наличием гигантского миоматозного узла, отказывающейся от оперативного вмешательства и гистерэктомии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: миома матки; эмболизация маточных артерий (ЭМА); гистерэктомия;
некроз миоматозного узла; экспульсия миоматозного узла.

Tskhay V.B., Gladkaya V.S., Brehova I.S., Bruhovets S.M., Domracheva M.Ya.,

Grebennikova E.K., Polstyanaya G.N., Konovalov V.N.

Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University,

Krasnoyarsk Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk, Russia,

Katanov N.F. Khakass State University, Abakan, Republic of Khakassia, Russia

CASE OF A GIANT MYOMA NODE BIRTH AFTER UTERINE ARTERIES EMBOLIZATION

Uterine artery embolization (UAE) is currently widely used in gynecological practice and is an alternative to hysterectomy in women with symptomatic uterine myoma. The decision to perform UAE in women with large and giant uterine fibroids is, in most cases, extremely difficult due to the potential risk of serious postoperative complications. This article presents the case of a favorable outcome after the EMA in a 45 year-patient with the giant myoma node who refused to have surgery and hysterectomy.

KEY WORDS: uterine myoma; uterine artery embolization (UAE); hysterectomy;
myoma node necrosis; myoma node expulse.

Миома матки (лейомиома) является широко распространенным гинекологическим заболеванием, которое встречается у 35-40 % женщин старше 35 лет, после 40 лет она диагностируется в 60-70 % случаев [1-3].

Миома матки может достигать достаточно больших и даже гигантских размеров – больше 20 недель беременности. Клиническая картина при миоме отличается широким разнообразием и зависит от возраста пациентки, длительности заболевания, локализации и величины опухоли [4, 5]. Симптоматически заболевание может проявляться обильными аномальными маточными кровотечениями и постгеморрагической анемией, синдромом хронической тазовой боли, синдромом сдавления соседних органов, перекрутом ножки миоматозного узла или матки и некрозом миоматозного узла, что встречается при значительных размерах миомы матки [3-5]. Крайне

редкими осложнениями при миоме матки являются перекрут матки и развитие гемоперитонеума из-за спонтанного кровотечения из лейомиомы матки [6-8].

В настоящее время все большее число пациенток выбирают для себя органосберегающие, минимально инвазионные методы лечения при наличии симптомной миомы матки. Это привело к более широкому использованию нерезективных методов лечения, таких как эмболизация маточных артерий (ЭМА), фокусированное ультразвуковое вмешательство (ФУЗ) и радиочастотная абляция (РЧА) миомы [9-10].

Из нерезективных методов лечения миомы матки ЭМА является наиболее распространенным и широко применяемым методом, являющимся в определенной мере альтернативой гистерэктомии [12-14]. Лейомиомы матки, некротизированные и полностью инфаркттированные после процедуры ЭМА, не представляли рецидивов в течение длительного периода наблюдения [15]. При этом проведение процедуры ЭМА может предотвращать тяжелые вагинальные кровотечения в течение 24 часов после процедуры у 90 % пациентов [16].

Тихомиров А.Л. в своей монографии пишет: «В некоторых случаях ЭМА может способствоватьному исчезновению миомы, инициируя экспульсию

Корреспонденцию адресовать:

ЦХАЙ Виталий Борисович,
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1,
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России.
Тел.: +7 (391) 220-13-95.
E-mail: tchai@yandex.ru

миоматозного узла из полости матки. Реализация подобного эффекта ЭМА возможна при подслизистом расположении миомы, реже встречается, но также возможна, при расположении узла ближе к полости матки. В подобных случаях наблюдается постепенное смещение узла в сторону полости матки с последующим его изгнанием и выздоровлением пациентки. При наличии крупных подслизистых миоматозных узлов разрушение и последующая экспульсия миомы может сопровождаться общей воспалительной реакцией и интоксикацией, которые быстро проходят после изгнания узла» [13].

В своей статье мы представляем случай экспульсии гигантского миоматозного узла у женщины с симптомной миомой матки, который произошел через 3 месяца после проведения ЭМА и закончился полным выздоровлением пациентки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка 45 лет, проживающая в Республике Хакасия, отмечала жалобы на длительные обильные менструации, ощущение слабости, быструю утомляемость (со снижением гемоглобина до 84 г/л).

Акушерско-гинекологический анамнез: Месячные с 12 лет, по 5 дней, умеренные, безболезненные, установились сразу. Половая жизнь с 22 лет, брак первый. Родов трое, последние в 2001 году, без особенностей. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингофорит — длительная ремиссия. Использовала барьерную контрацепцию. Соматически здоровья.

Анамнез заболевания: Миома матки впервые выявлена в 2013 году (матка увеличена до 6 недель беременности), с единичным миоматозным узлом. Наблюдалась у гинеколога по месту жительства регулярно, 2 раза в год выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) матки. За время наблюдения отмечалось медленное ежегодное увеличение размеров узла. В 2017 году отмечено увеличение размеров матки соответственно 12 неделям беременности, стали беспокоить обильные длительные менструации до 10 дней, снижение гемоглобина до 84 г/л. В 2017 году проведен трехмесячный курс лечения Улипристаном, ацетатом, по результатам которого клинического

эффекта не отмечено, продолжался дальнейший прогрессирующий рост миоматозного узла. По данным объективного обследования в феврале 2018 года отмечено увеличение размеров матки до 20 недель беременности. По данным УЗ исследования установлено наличие большого миоматозного узла на передней стенке матки, размерами 145 × 125 мм, с центрипитальным ростом. Пациентке была произведена диагностическая гистероскопия с последующим выскабливанием полости матки. Гистологическое исследование эндометрия: железистая гиперплазия с участками хронического воспаления. С учетом наличия миомы матки больших размеров, быстрым ростом миоматозного узла, обильными маточными кровотечениями, приводящими к тяжелой постгеморрагической анемии, пациентке по месту жительства предложено оперативное лечение в объеме гистерэктомии. От оперативного лечения пациентка категорически отказалась.

В марте 2018 года пациентка самостоятельно обратилась в гинекологическое отделение ККЦОМД г. Красноярска для проведения эмболизации маточных артерий. После проведения всех необходимых диагностических мероприятий 22 марта 2018 года выполнена ЭМА. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки: менструации регулярные, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация в начале июня 2018 года. В начале июня отмечает появление интенсивных болей внизу живота, повышение температуры тела до 38°C. Пациентка за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала медикаментозные препараты (доксициклин и ацетилсалicyловую кислоту) — без эффекта. Через 5 дней от начала заболевания пациентка обратилась за медицинской помощью в гинекологическое отделение ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница им. Г.Я. Ремищевской».

Состояние пациентки при поступлении в стационар расценено как средней степени тяжести. Отмечена бледность кожных покровов. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Сведения об авторах:

ЦХАЙ Виталий Борисович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: tchai@yandex.ru

ГЛАДКАЯ Валентина Сергеевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра общепрофессиональных дисциплин, медико-психологического социального института, ФГБОУ ВО ХГУ им. Н.Ф. Катанова, г. Абакан, Республика Хакасия, Россия. E-mail: vgladkaya@mail.ru

БРЕХОВА Ирина Сергеевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: ibrehova@mail.ru

БРЮХОВЕЦ Сергей Михайлович, врач-рентгенолог, КГБУЗ ККБ, г. Красноярск, Россия.

ДОМРАЧЕВА Марина Яковлевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: m-domracheva@mail.ru

ГРЕБЕННИКОВА Эльвира Константиновна, канд. мед. наук, доцент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: ilay_m@mail.ru

ПОЛСТЯННАЯ Галина Николаевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия.

КОНОВАЛОВ Вячеслав Николаевич, ассистент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО КрасГМУ Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: slavka_2004@mail.ru

вали. По данным вагинального исследования отмечено: шейка матки частично размягчена, укорочена до 2,5 см, раскрытие маточного зева 3-4 см, в цервикальном канале отмечено наличие некротической ткани в виде вареного мяса. Размеры матки увеличены до 15 недель беременности. Матка плотная, подвижная, болезненная при пальпации. Придатки не определялись с обеих сторон. Выделения из половых путей гноино-серого цвета, обильные.

По данным УЗИ: размеры матки $146 \times 122 \times 150$ мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. Полость матки расширена до 40 мм, заполнена гетерогенным содержимым неоднородной структуры (рис. 1). В клиническом анализе крови: лейкоциты $14,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 61 мм/час, гемоглобин – 109 г/л. По результатам бактериологического посева из цервикального канала выделена *E. coli*.

В первый день поступления в стационар пациентке назначена инфузционная и антибактериальная терапия (цефатоксим и метрогил). На следующий день после нормализации температуры тела под внутриенной анестезией произведен инструментальный куретаж полости матки и удаление патологических тканей в большом количестве (рис. 2). Одномоментно полностью удалить некротизированные ткани из полости матки технически не предоставлялось возможным. В последующие дни продолжена инфузционная и антибактериальная терапия. После нормализации температуры тела, купирования болевого синдрома и стабилизации общего состояния пациентка выпущена на 9-е сутки пребывания в стационаре под наблюдение врача женской консультации. По результатам гистологического исследования удаленных тканей из полости матки верифицирована ткань некротизированного миоматозного узла.

В процессе дальнейшего амбулаторного наблюдения за пациенткой отмечено уменьшение размеров как самой матки, так и её полости (рис. 3, 4). Осмотры, включая УЗ исследование, проводились один раз в три месяца после очередной менструации.

По результатам осмотра пациентки через 7 месяцев после удаления некротизированного миоматозного узла и 10 месяцев после проведенной ЭМА отмечено удовлетворительное состояние пациентки

Рисунок 1
Эхограмма матки (с наличием некротических тканей в полости матки)
Picture 1
Echogram of the uterus (with the presence of necrotic tissue in the uterus)



Рисунок 2
Удаленные из полости матки ткани некротизированного миоматозного узла
Picture 2
Necrotized myoma node tissue removed from the uterine cavity



Information about authors:

TSKHAY Vitaly Borisovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: tchai@yandex.ru

GLADKAYA Valentina Sergeevna, candidate of medical sciences, docent, department of general professional disciplines, medical-psychological-social institute, Katanov N.F. Khakass State University, Abakan, Republic of Khakassia, Russia. E-mail: vgladkaya@mail.ru

BREKHOVA Irina Sergeevna, candidate of medical sciences, docent, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: ibrekhova@mail.ru

BRUKHOVETS Sergey Mikhailovich, radiologist, Krasnoyarsk Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk, Russia.

DOMRACHEVA Marina Yakovlevna, candidate of medical sciences, docent, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: m-domracheva@mail.ru

GREBENNIKOVA Elvira Konstantinovna, candidate of medical sciences, docent, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: ilay_m@mail.ru

POLSTYANAYA Galina Nikolaevna, candidate of medical sciences, docent, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia.

KONOVALOV Vyacheslav Nikolaevich, assistant, department of perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: slavka_2004@mail.ru

и отсутствие каких-либо жалоб. Менструальный цикл регулярный, месячные по 2-3 дня, безболезненные, по количеству кровопотери – умеренные, но последние три месяца стали скучными. В течение трех месяцев периодически беспокоят приливы 2-3 раза в сутки.

По данным *вагинального осмотра*: Шейка матки без видимой патологии. Матка определяется нормальных размеров, подвижная, безболезненная, своды свободные, придатки не пальпируются. По результатам УЗ исследования: размеры матки 56 × 45 × 48 мм, контур матки нечеткий, имеется неоднородность передней стенки. Срединное М-эхо 3,5 мм. Полость матки слегка деформирована. Длина шейки матки 3,5 см. Яичники не визуализируются.

ОБСУЖДЕНИЕ

После того, как McLucas выступил за то, чтобы гинекологи приобретали навыки проведения ЭМА для лечения симптоматических миом матки, общество врачей интервенционной радиологии ответило предупредительным комментарием об уровне технической квалификации, который необходим для поддержания оптимальных результатов ЭМА [12]. Сотрудничество между гинекологом и интервенционным рентгенологом необходимо для оптимизации безопасности и эффективности ЭМА. Основными кандидатами на эту процедуру являются женщины с симптомной миомой матки, которые больше не имеют репродуктивных планов, но хотят избежать гистерэктомии или имеют высокие риски для выполнения хирургических операций. Врач гинеколог, вероятно, будет главным консультантом для таких пациенток, поэтому они должны строго учитывать показания, противопоказания, ожидаемые результаты и возможные осложнения после проведения ЭМА.

Развитие гнойно-септических осложнений на фоне постинфарктного некроза миоматозного узла после ЭМА является редким, но очень грозным осложнением. Чаще всего это осложнение отмечается у пациенток с множественной миомой матки и большими размерами миоматозных узлов. Мы представили собственный случай благополучного исхода после ЭМА у женщины с симптомной миомой матки и наличием гигантского миоматозного узла, который закончился его экспульсией и полным выздоровлением пациентки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Ryan GL, Syrop CH, Van Voorhis BJ. Role, epidemiology, and natural history of benign uterine mass lesions. *Clin Obstet Gynecol*. 2005; 48: 312-324.
- Wallach EE, Vlahos NF. Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management. *Obstet Gynecol*. 2004; 104: 393-406.
- Istre O. Management of symptomatic fibroids: conservative surgical treatment modalities other than abdominal or laparoscopic myomectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008; 22(4): 735-747.
- Levai AM, Rotar IC, Muresan D. Torsion of a uterineleiomyoma – a rare cause of hemoperitoneum; a case report and review of the literature. *Med Ultrason*. 2019; 21(1): 77-82.
- Sidorova I.S. Uterine fibroids. M: Medical Information Agency, 2003. 256 p. Russian (Сидорова И.С. Миома матки. М: Медицинское информационное агентство, 2003. 256 с.)
- Tong C, Wang Y, Liu Z, Zhao Y, Xu Y, Wang W. Spontaneous reduction of an incarcerated gravid uterus after myomectomy in the second trimester: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(9): e14731.
- Lotterman S. Massive hemoperitoneum resulting from spontaneous rupture of uterineleiomyoma. *Am J Emerg Med*. 2008; 26(8): 974.e1-2.

Рисунок 3
Эхограмма матки через 4 месяца после удаления некротизированного миоматозного узла
Picture 3
Echogram of the uterus 4 months after removal of necrotized myoma node

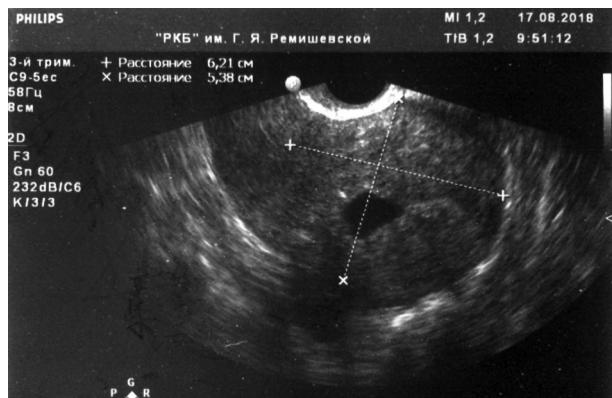
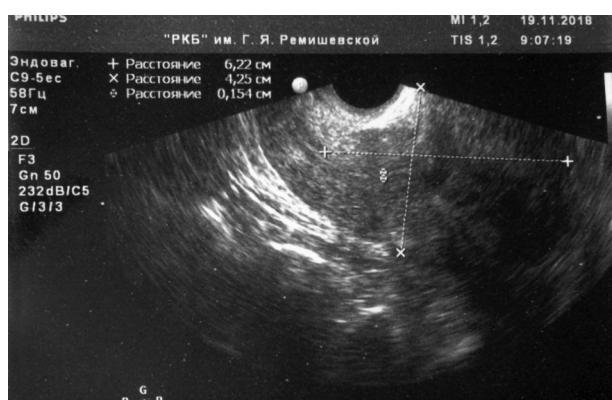


Рисунок 4
Эхограмма матки через 7 месяцев после удаления некротизированного миоматозного узла
Picture 4
Echogram of the uterus 7 months after removal of the necrotized myoma node



Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

8. Althobaiti FA, Alsaadi KK, Althobaiti AA. A Case of Hemoperitoneum Due to Spontaneous Bleeding from a Uterine Leiomyoma. *Am J Case Rep.* 2019; 20: 167-170.
9. van der Kooy SM, Ankum WM, Hehenkamp WJ. Review of nonsurgical/minimally invasive treatments for uterine fibroids. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2012 Dec; 24(6): 368-375.
10. Stovall DW. Alternatives to hysterectomy: focus on global endometrial ablation, uterine fibroid embolization, and magnetic resonance-guided focused ultrasound. *Menopause.* 2011; 18(4): 437-444.
11. Taheri M, Galo L, Potts C, Sakhel K, Quinn SD. Nonresective treatments for uterine fibroids: a systematic review of uterine and fibroid volume reductions. *Int J Hyperthermia.* 2019; 1: 1-7.
12. Marshburn PB, Matthews ML, Hurst BS. Uterine artery embolization as a treatment option for uterine myomas. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2006; 33(1): 125-144.
13. Tikhomirov AL. Myoma. Pathogenetic rationale for conservative treatment. M: CJSC Farm-synthesis, 2013. 319 p. Russian (Тихомиров А.Л. Миома. Патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М: ЗАО Фарм-синтез, 2013. 319 с.)
14. Zurawin RK, Fischer JH 2nd, Amir L. The effect of a gynecologist-interventional radiologist relationship on selection of treatment modality for the patient with uterine myoma. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17(2): 214-221.
15. Chung YJ, Kang SY, Chun HJ, Rha SE, Cho HH, Kim JH, Kim MR. Development of a Model for the Prediction of Treatment Response of Uterine Leiomyomas after Uterine Artery Embolization. *Int J Med Sci.* 2018; 15(14): 1771-1777.
16. Scheuring-Muenkler C, Koesters C, Powerski MJ, Grieser C, Froeling V, Kroencke TJ. Clinical long-term outcome after uterine artery embolization: sustained symptom control and improvement of quality of life. *J Vasc Interv Radiol.* 2013; 24: 765-771.

* * *

Статья поступила в редакцию 19.02.2019 г.

Синевич О.Ю., Четверикова Т.Ю.

Омский государственный педагогический университет,
г. Омск, Россия

СОСТОЯНИЕ ВЕРБАЛЬНЫХ ПРАКТИК ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕЧИ, ОСЛОЖНЁННОЙ МИНИМАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

В статье отражено состояние вербальных практик детей младшего школьного возраста с патологией речи, осложнённой минимальными нарушениями слуха. Описаны результаты проведенного исследования с участием детей, страдающих дизартрией и ринолалией в сочетании со снижением слуха в диапазоне от 15 до 25 дБ. Описаны стратегии речевого поведения младших школьников с названным комплексным нарушением при репродукции и самостоятельном построении сложного синтаксического целого, а также при вербальных интеракциях со взрослыми и сверстниками. Установлена степень развития у испытуемых речевых умений на материале устных монологов и диалогических высказываний. Выявлены специфические типы ошибок, которые обусловлены негативным влиянием речевой патологии в сочетании со слуховой депривацией, что препятствует полноценному социально-личностному и коммуникативному развитию детей, снижая качество их жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: минимальные нарушения слуха; тяжелые нарушения речи; дизартрия; ринолалия; вербальные практики; диалогическая и монологическая речь; сложный дефект развития.

Sinevich O.Yu., Chetverikova T.Yu.

Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia

THE VERBAL PRACTICES CONDITION OF CHILDREN WITH SPEECH PATHOLOGY COMPLICATED BY MINIMAL HEARING DISORDERS

The article reflects the state of verbal practices of primary school age children with speech pathology complicated by minimal hearing impairment. The results of the study involving children with dysarthria and rhinolalia in combination with hearing loss in the range of 15 to 25 dB are described. The article also covers the strategies of speech behavior of younger students with the titled complex disorder in reproduction and self-construction of a complex syntactic whole, as well as verbal interactions with adults and peers. The degree of the test speech skills development on the content of oral monologues and dialogical statements is established. The specific types of errors caused by the negative influence of speech pathology in combination with auditory deprivation, which prevents the full social, personal and communicative development of children, reducing the quality of their lives are revealed.

KEY WORDS: minimal hearing impairment; severe speech disorders; dysarthria; rhinolalia; verbal practices; dialogic and monologue speech; complex developmental defect.

Проблема слуховой депривации характеризуется высокой медицинской, социально-психологической и педагогической значимостью. Даже незначительное снижение слуха оказывает негативное влияние на речевое и когнитивное развитие ребёнка, препятствует полноценному формированию его эмоциональной и личностной сферы.

Современная наука располагает обширными материалами, в которых отражена феноменология глухоты и тугоухости. В различных аспектах описано влияние патологии слуха на развитие у детей психических процессов. Одновременно с этим практически не освещены вопросы, касающиеся состояния вербальной практики и готовности к социальным интеракциям тех детей, у которых минимальные расстройства слуховой функции сочетаются с тяжёлыми нарушениями речи (ТНР).

Как следует из современных научных источников, в России ежегодно рождаются 2-3 младенца с

патологией слухового анализатора из расчёта на тысячу новорождённых [1]. При этом центральные расстройства слуха имеют порядка 12 % детей [2].

Как установлено А.Г. Кисиной, у 37,4 % детей с патологией слуха отмечается сложный дефект развития: помимо слуха, поражёнными оказываются другие органы и системы. Доминирующие позиции в сложной структуре нарушения занимает поражение центральной нервной системы. Этот показатель составляет 75,4 %. Кроме того, весьма распространёнными являются нарушения зрительного анализатора (14 %), сердечно-сосудистой (более 5 %) и эндокринной (около 3 %) систем. Реже фиксируются иные заболевания, в их числе онкологические (1,8 %) и заболевания крови (0,9 %) [3].

Согласно результатам исследования с участием 477 испытуемых в возрасте от 4 до 12 лет, проведенного Е.Л. Черкасовой, у 28 % детей дошкольного возраста и 27 % учащихся начальной школы речевая патология осложняется минимальными нарушениями слухового анализатора [4].

В науке минимальные нарушения слуха (МНС), фиксируемые в диапазоне от 15 до 20 дБ, трактуют в качестве условной границы между сохранной слуховой функцией и тугоухостью. В сочетании с патологией речи МНС накладывают крайне негатив-

Корреспонденцию адресовать:

СИНЕВИЧ Ольга Юрьевна,
644099, г. Омск, Набережная Тухачевского, д. 14,
ФГБОУ ВО ОмГПУ Минобрнауки России.
Тел.: +7 (3812) 23-12-20.

E-mail: sinevich.olga@mail.ru

ный отпечаток на развитие у ребёнка социокультурных и коммуникативных навыков. Возникающее при названной сложной структуре нарушения сужение сенсорной базы приводит кискажённому восприятию звучаний, неверному пониманию содержания речи окружающих людей и сложностям вербального взаимодействия с ними, а также к трудностям самостоятельного программирования и продуцирования высказываний.

Несомненная значимость рассматриваемой проблемы, для решения которой требуются определение содержания и последующая реализация как медико-реабилитационных, так и психолого-педагогических мероприятий. Изложенное выше привело к необходимости проведения исследования. Его цель заключалась в оценке вербальной практики детей младшего школьного возраста с тяжёлыми нарушениями речи (ТНР), осложнёнными МНС. Экспериментальную выборку составили ученики начальных классов в возрасте 8-9 лет в составе 74 человек. Из них, 24 ребёнка обучаются в системе специального образования по специальному (адаптированному) программам. Остальные дети (50 человек) интегрированы в массовые классы школ общего типа: их обучение реализуется совместно с нормотипичными сверстниками по традиционным общеобразовательным программам.

Анализ медицинской документации позволил констатировать, что у 23 % детей отмечались ранее перенесенные отиты, в том числе гнойные. У 35,1 % испытуемых МНС имеют неясную этиологию, между тем в анамнезе содержатся сведения о вирусных инфекциях (ветряная оспа, грипп), что могло явиться причиной слуховой депривации. В свою очередь, у 41,9 % испытуемых диагностированы аденоидные вегетации. У всех детей отмечается общее недоразвитие речи, обусловленное ринолалией (12,2 %) и дизартрией (87,8 %).

Оценка состояния вербальной практики младших школьников с ТНР, осложнёнными МНС, осуществлялась с использованием двух диагностических методик:

- пересказ рассказа Нины Артюховой «Трусиха» (текст рассказа не был знаком испытуемым);
- самостоятельное продуцирование сложного синтаксического целого по иллюстрации Е. Карпович к рассказу В. Осеевой «Волшебное слово».

Выбор речевого и иллюстративного материала был обусловлен возрастными интересами и возможностями детей, составивших экспериментальную выборку.

Кроме указанного выше диагностического инструментария, использовался метод наблюдения. Наблюдению подвергались вербальные инициативы детей при взаимодействии со взрослыми и сверстниками во время учебных занятий и за рамками учебной де-

ятельности. Результаты наблюдений обсуждались с педагогами и родителями обучающихся, что позволяло вносить необходимые коррективы для получения объективных данных.

Речевая продукция испытуемых, состояние их вербальной практики в целом подвергались оценке с использованием следующих критериев:

- самостоятельность и адекватность выполнения предложенных заданий (в соответствии с инструкцией экспериментатора);
- структурно-смысловая организация высказывания: степень завершённости речевого продукта, его логичность, содержательность; информативность, достоверность передаваемых сведений;
- грамматическое оформление высказываний, в том числе разнообразие употребляемых конструкций, наличие/отсутствие грамматических ошибок;
- лексическое наполнение синтаксических конструкций, в том числе уместность словаупотребления, способность пользоваться синонимами и антонимами, образными средствами языка, в том числе средствами вторичной номинации;
- состояние фонетической стороны устной речи;
- адекватность интонационного оформления высказываний.

Остановимся на результатах, полученных по каждой диагностической методике.

Пересказ предложенного текста

Испытуемые (100 %) поняли содержание инструкции, проявили интерес к рассказу, который зачитывался им в немного замедленном темпе, голосом несколько повышенной громкости с его модуляциями по высоте, чтобы обеспечить выразительность речи в соответствии с содержанием реплик и эмоциональным состоянием героев рассказа. Расстояние от экспериментатора до испытуемых во время проведения исследования не превышало 1 метра.

Перед репродукцией предложенного сложного синтаксического целого испытуемым предлагалось сообщить, о ком рассказ, что произошло с главной героиней и другими персонажами. После этого испытуемые приступали к самостояльному воспроизведению текста: ожидалась подробная передача воспринятой на слух информации в условиях индивидуального собеседования.

Установлено, что в процессе репродукции текста дети (100 %) стремились передать его сюжет, но делали это свёрнуто, фрагментарно и со значительными паузами, что свидетельствует о трудностях программирования высказывания и его последующего оформления вербальными средствами.

В 87,8 % случаев была исключена информация о том, чего боялась главная героиня. Кроме того, 73 % респондентов не сообщили о содержании игр

Сведения об авторах:

СИНЕВИЧ Ольга Юрьевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра дефектологического образования, ФГБОУ ВО ОмГПУ, г. Омск, Россия. E-mail: sinovich.olga@mail.ru

ЧЕТВЕРИКОВА Татьяна Юрьевна, канд. пед. наук, доцент, зав. кафедрой дефектологического образования, ФГБОУ ВО ОмГПУ, г. Омск, Россия. E-mail: t_chet@omgpu.ru

детей. При репродукции текста 52,7 % испытуемых не называли имена персонажей и кличку собаки.

Многочисленными оказались случаи искажения содержания отдельных фрагментов текста. Это может быть проиллюстрировано следующими примерами речевой продукции испытуемых: «варили обед на кухне» (вместо «варили обед для кукол»); «ребята бросили всё, рассыпали» (вместо «бросились врассыпную»); «у неё лопнула нитка» (вместо «она захлопнула калитку»). Приведенные примеры, их анализ позволяют констатировать, что содержание текста было воспринято детьми с искажениями. Испытуемым не удалось точно понять семантический аспект сложного синтаксического целого. В то же время, младшие школьники сумели осознать, что дети испугались собаки и стали прятаться от неё.

При репродукции рассказа дети (100 %) исключали отдельные микротемы. Например, не сообщалось, откуда и почему послышались крики, по какой причине пёс оказался на детской площадке. Не было представлено описание собаки. Никто из респондентов на этапе обсуждения идеи рассказа не смог объяснить смысл его названия. Более того, 23 % испытуемых отметили, что рассказ назван неверно, так как это не соответствует поведению главной героини.

В процессе верbalного оформления собственной речевой продукции все младшие школьники с ТНР, осложнёнными МНС, пользовались преимущественно простыми и малораспространёнными предложениями, средняя длина которых составила 4-5 слов. Только в 12,2 % случаев отмечалось употребление однородных членов предложения. В основном в структуру синтаксических конструкций испытуемые (100 %) включали имена существительные и глаголы, реже использовались лексические единицы других самостоятельных частей речи: прилагательные, наречия и местоимения. Отмечались неоправданные замены одних предлогов другими, а также аграмматизмы, обусловленные неверным употреблением лексических единиц в контексте: в несоответствующем падеже (имена существительные и прилагательные), лице и времени (глаголы). Зафиксирована низкая способность 100 % испытуемых к осуществлению словаобразовательной деятельности. Это нашло выражение в неверном выборе производящей основы и словообразующих аффиксов для продуктивизации лексических единиц в соответствии с языковой нормой.

В речевой продукции 100 % испытуемых отмечалось неоправданно частое использование одних и тех же лексем, что свидетельствует о недоразвитии синонимии и антонимии. Кроме того, дети не оперировали образными средствами языка, демонстрировали их буквальное понимание, либо, напротив, полное непонимание и, как результат, неадекватное толко-

вание. Аналогичные типы ошибок были выявлены С.Н. Викжанович при проведении исследования с участием детей-инофонов, имеющих продвинутый уровень речевого развития [5]. В то же время, младшие школьники с ТНР, осложнёнными МНС, демонстрируют лучшее состояние импрессивной стороны речи, чем их слышащие сверстники, для которых русский язык не является родным и находится в начальной стадии освоения.

Отметим также, в процессе пересказа текста были зафиксированы допущенные младшими школьниками ошибки такого типа: парадигмы («приманили» вместо «принимали»), персеверации («плапала» вместо «плакала»), вставки («холопнула» вместо «хлопнула»). Кроме того, отмечались многочисленные замены звуков, а также добавление и усечение слогов, особенно это касается лексических единиц со сложной слоговой структурой. В 100 % случаев отмечались грубые искажения при воспроизведении слов, включающих звуки высокой и средней частоты. Это свидетельствует о неполноте фонетической стороны речи детей, что, несомненно, обусловлено минимальными нарушениями слухового анализа.

Остановимся на анализе и обсуждении данных, полученных по второй диагностической методике.

Составление рассказа с опорой на иллюстрацию

Младшие школьники (100 %) с интересом отнеслись к представленному изображению, внимательно рассматривали его. Некоторые дети (24,3 %) старались словесно обозначить отдельные объекты ещё до того, как им предстояло составить рассказ.

Выявлено, что респонденты (100 %) смогли правильно определить место действия, без особых сложностей назвали изображённых персонажей, сделали предположение о том, с какой просьбой мальчик обратился к бабушке, что было ясно из проиллюстрированной ситуации. Одновременно с этим испытуемые затруднялись обеспечить адекватную структурно-семантическую организацию собственного рассказа: опускали зачин (в 87,8 % случаев) и концовку (в 68,9 % случаев), «сворачивали» основную часть продуктируемого текста. Итогом речевой деятельности испытуемых (90,5 %) стал набор отдельных фраз, между которыми прослеживалось тематическое единство, но отсутствовала логика в повествовании.

В основном младшие школьники старались предоставить информацию лишь о том, что изображено на переднем плане иллюстрации. При этом детьми опускались детали, в том числе значимые для передачи содержания в соответствии с изображённым событием. Так, испытуемые не описали помещение, в котором находились персонажи (79,7 %),

Information about authors:

SINEVICH Olga Yurievna, candidate of medical sciences, docent, department of defectology education, Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia. E-mail: sinevich.olga@mail.ru

CHETVERIKOVA Tatiana Yurievna, candidate of pedagogical sciences, docent, head of the department of defectology education, Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia. E-mail: t_chet@omgpu.ru

не включили информацию об их внешнем виде, одежде (70,2 %), не сообщали об эмоциональном состоянии героев (66,2 %). В результате речевая продукция школьников с ТНР, осложнёнными МНС, оказывалась бедной с точки зрения содержания, информативно неполной, незавершённой. Продуцируя тексты, ученики затруднялись определить логику изложения информации, то есть осуществить планирование высказывания с выбором необходимых языковых единиц в виде слов, словосочетаний, предложений. Младшие школьники продемонстрировали недоразвитие умения пользоваться средствами межфразовой связи, не употребляли в их качестве вводные слова, союзы.

Считаем важным указать на недостатки словоупотребления, которые имели место в высказываниях учащихся. Так, ожидаемое от испытуемых словосочетание «испекла пироги» заменялось другими, явившимися неточными, лишенными информативности, искажающими суть изображённой ситуации: «сделала работу», «сварила пирогов», «наделала булки». Такие ошибки обусловлены спецификой вторичных нарушений учащихся с патологией речи, отягощённой слуховой депривацией.

Укажем также, что при обследовании детей по второй диагностической методике были зафиксированы и такие типы ошибок, о которых сообщалось при обсуждении результатов, полученных по первой методике.

Более того, как при пересказе заданного текста, так и при самостоятельном составлении рассказа с опорой на иллюстрацию, испытуемые (100 %) не смогли обеспечить адекватное интонационное оформление собственной речевой продукции. Отмечалось отсутствие адекватных модуляций голоса по силе, высоте; наблюдалось монотонное воспроизведение фраз. Это лишало речь выразительности, эмоциональности.

Нами, как сообщалось выше, осуществлялось наблюдение за вербальными инициативами школьников с ТНР, осложнёнными МНС. Отмечено, что дети неохотно идут на контакт как во время уроков, так и в процессе внеурочной деятельности. Ученики стремятся поддерживать общение только с хорошо знакомыми взрослыми и сверстниками. У 16,2 % младших школьников обнаружены проявления речевого негативизма: эти респонденты стремятся избегать общения, не поддерживают диалогов, особенно со сверстниками. Учащиеся не проявляют инициативы в тех случаях, когда необходимо установить контакты, чтобы обеспечить передачу и получение той или иной информации.

Кроме того, в процессе исследования были зафиксированы указанные ниже особенности и трудности, свидетельствующие о неполноценности навыков вербальной коммуникации, что препятствует социальному и культурному развитию рассматриваемой нозологической группы испытуемых:

- отсутствие обращения к собеседнику по имени (особенно к сверстнику) на начальном этапе организации диалога (позвать, организовать словес-

ную коммуникацию, чтобы получить информацию или поделиться ею, что-либо уточнить и т.п.);

- трудности самостоятельного формулирования содержательных реплик при обращении к сверстникам и взрослым;
- склонность к вопросо-ответному диалогу. Так, дети лучше всего понимают смысловые значения реплик в тех диалогах, где реплики сменяют друг друга в форме вопросов и ответов. Реплики же, высказанные собеседником в форме повествовательных предложений, восклицаний или встречных вопросов, вызывают затруднения;
- слабое умение развивать тему в диалоге, информировать собеседника по всем интересующим его вопросам;
- сложности постановки вопроса;
- неполный учёт информированности собеседника о содержании общения, а также наличие повторов, возвращений к сказанному ранее.

Полученные в ходе исследования данные были обобщены и подвергнуты оценке с использованием ряда параметров, зафиксированных в таблице. Это позволило установить степень развития речевых навыков детей с ТНР, осложнёнными МНС.

Как следует из содержания представленной таблицы, дети не только обладают неполноценными речевыми средствами для структурирования реплик, построения сложного синтаксического целого, но и характеризуются наличием коммуникативных барьеров. Это осложняет их интеракции с окружающими людьми, препятствует осуществлению полноценных вербальных практик. В частности, около 50 % респондентов затрудняются поддерживать и корректно завершать диалог с учётом условий и ситуации общения; более 70 % испытуемых в процессе коммуникативного взаимодействия не могут ясно представить собеседнику свою позицию.

Полученные в ходе исследования результаты позволяют сформулировать следующие выводы.

Дети с патологией речи, осложнённой минимальной слуховой дисфункцией, характеризуются недоразвитием вербальных практик. Это находит выражение в слабо развитой способности оперировать языковыми средствами для передачи информации и коммуникативного взаимодействия как со взрослыми, так и со сверстниками. Более доступной для детей речевой формой является диалог, в отличие от монолога. Это в полной мере соответствует онтогенетическим закономерностям развития и совершенствования данных форм словесной речи.

При построении реплик, репродукции текста и самостоятельном рассказывании младшие школьники допускают специфические типы ошибок, затрудняясь наполнить высказывания информацией и обеспечить их адекватную структурно-семантическую организацию. Наибольшую сложность вызывает самостоятельное планирование и последующая речевая реализация сложного синтаксического целого. Средства межфразовой связи являются бедными, однообразными, прослеживается неточность словоупотребления. Длина фразы оказывается не-

Таблица
Степень развития речевых навыков испытуемых
Table
The degree of development of speech skills of subjects

Оцениваемые речевые навыки	Степень развития (в %): высокая (1), хорошая (2), удовлетворительная (3), низкая (4), очень низкая (5)				
	1	2	3	4	5
На уровне диалога					
Способность вступать в диалог, учитывая готовность собеседника к общению	0	0	37,8	55,4	6,8
Способность поддерживать и корректно завершать диалог с учётом условий и ситуации общения (выслушивать партнёра; быть инициативным, использовать переспрос)	0	0	28,4	23	48,6
Способность излагать своё мнение, выражать согласие / возражение, приводить примеры	0	0	0	24,3	75,7
Способность верно (с точки зрения содержания и структуры) строить реплики	0	25,7	29,7	44,6	0
На уровне устного монолога					
Способность верно структурировать развёрнутое сообщение, обеспечивая связь его частей	0	0	13,5	83,8	2,7
Способность раскрывать тему, не отклоняться от неё	0	0	28,4	68,9	2,7
Способность верно и точно использовать предложения (простые и сложные), словосочетания, лексику, применять средства межфразовой связи	0	0	5,4	14,9	79,7
На уровне обеих речевых форм					
Способность выразительно воспроизводить фразы, обеспечивать модуляцию голоса по силе и высоте	0	0	2,7	18,9	78,4
Способность точно передавать информацию, насыщать высказывание содержанием	0	0	12,2	83,8	4
Способность пользоваться образными средствами языка, средствами вторичной номинации	0	0	0	17,6	82,4

большой. Школьники редко строят сложные синтаксические конструкции, а также предложения с однородными членами, не пользуются средствами вторичной номинации.

Неполноценность речи детей прослеживается не только на верхней языковой границе, которой является синтаксис. Грубо нарушенной оказывается нижняя граница языка, что находит выражение в многочисленных искажениях фонетических элементов. Неадекватное восприятие лексических единиц, словосочетаний и фраз по причине полноценности

слухового анализатора не осознаётся этими детьми и воспринимается в качестве нормативного, что приводит к переносу ошибок по типу ослишек в самостоятельно построенные высказывания.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Lalaiants MR, Bliznets YeA, Markova TG. The results of audiological examination of children presenting with sensorineural loss of hearing due to GJB2 gene mutations during the first year of life. *Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2011; 3: 31-35. Russian (Лалаянц М.Р., Близнец Е.А., Маркова Т.Г. Результаты аудиологического обследования детей первого года жизни с сенсоневральной тугоухостью, обусловленной мутациями в гене GJB2 // Вестник оториноларингологии. 2011. № 3. С. 31-35.)
2. Garbaruk ES, Koroleva IV. Audiological screening of newborns: A manual for doctors. St. Petersburg: St. Petersburg SRI ear, throat, nose and speech, 2009. 28 p. Russian (Гарбарук Е.С., Королева И.В. Аудиологический скрининг новорожденных: Пособие для врачей. СПб.: СПб НИИ уха, горла, носа и речи, 2009. 28 с.)
3. Kisina AG. Early diagnosis of hearing loss and deafness in children and their rehabilitation: The author's abstract of the dissertation of the candidate of medical sciences. M., 2013. 25 p. Russian (Кисина А.Г. Ранняя диагностика тугоухости и глухоты у детей и их реабилитация: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03. М., 2013. 25 с.)
4. Cherkasova EL. Speech disorders with minimal impairment of auditory function (diagnosis and correction): A manual for students of pedagogical universities in the specialty «Defectology». M: ARKTI, 2003. 192 p. Russian (Черкасова Е.Л. Нарушения речи при минимальных расстройствах слуховой функции (диагностика и коррекция): Учебное пособие для студентов педагогических университетов по специальности «Дефектология». М.: АРКТИ, 2003. 192 с.)
5. Vikzhanovich SN. Specifics of speech of children bilinguals. *International research journal*. 2016; 4-3(46): 22-24. Russian (Викжанович С.Н. Специфика речевого развития детей-инофонов // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 4-3(46). С. 22-24.)



Статья поступила в редакцию 18.04.2019 г.

Дракина С.А., Переображенова Н.К., Муратова Р.Н., Нурмехамитова Н.В.

Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово, Россия

ПРОБИОТИКИ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Профилактика и лечение острых респираторных инфекций в период адаптации детей к ДОУ продолжает оставаться актуальной. Специфическую профилактику ОРВИ создать практически невозможно, поэтому все чаще прибегают к средствам неспецифической профилактики, одним из которых является использование пробиотиков.

Цель исследования – снижение заболеваемости ОРВИ у организованных детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 75 детей раннего возраста, посещающих ясельную группу ДОУ № 239. Основную группу составили 50 детей (средний возраст $28,32 \pm 5,65$ мес.), которые в предэпидемический период получали жидкие пробиотики по схеме: в течение месяца за 30 минут до еды перед обедом «Бифидум БАГ» – 3 мл, перед полдником «Трилакт» – 3 мл. Контрольную группу составили 25 детей (средний возраст $27,61 \pm 6,18$ мес.).

Результаты исследования и их обсуждение. Через месяц приема пробиотиков в мазках на флору носоглотки регистрируется статистически значимое уменьшение числа *S. aureus* в зеве и носу; *Str. Mutans*, *S. epidermidis*, *Neisseria sicca*, *Str. Oralis*, *Str. Mitis* – в носовых ходах. Усиление местного иммунитета подтверждается и значимым уменьшением в носоглоточном секрете числа нейтрофилов, эозинофилов и увеличением числа клеток цилиндрического эпителия, повышением уровня лизоцима и IgA, значительным снижением или полным исчезновением патологических изменений в носоглотке детей. У всех ребят, принимавших «Бифидум БАГ» и «Трилакт», наступила нормализация функций желудочно-кишечного тракта. Отмечено восстановление аппетита и исчезновение запоров, которые у детей раннего возраста связаны со снижением количества бифидофлоры. При исследовании в динамике показателей копрограммы зарегистрированы статистически значимые сокращения количества слизи и лейкоцитов, улучшения в плотности кала. В семь раз сократилось число детей, носителей йодофильтной флоры – основного показателя выраженных дисбиотических нарушений кишечника.

Результаты катамнестических наблюдений в течение года за детьми основной группы подтверждают сохранение общего иммунного пула и возросшую неспецифическую резистентность организма. Так, в период болезни ОРВИ отсутствовали проявления интоксикации, сохранялся аппетит и сон, достаточная двигательная активность. В носоглотке – легкие катаральные проявления в виде гиперемии зева, рыхлой задней стенки, слизистого отделяемого из носа. Практически в два раза сократилась продолжительность болезни и отсутствовали гнойные осложнения (отит и пневмония).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинической и микробиологической эффективности пробиотиков «Бифидум БАГ» и «Трилакт» производства АО «Вектор-БиАльгам» (г. Новосибирск).

Основными причинами различных заболеваний детей в периоде адаптации к ДОУ являются встреча с новой микрофлорой и сильный стресс. Все это приводит к подавлению иммунитета, срыву адаптационных возможностей ребенка и, как результат, возникновению и развитию болезни. Своевременный профилактический прием пробиотиков «Бифидум БАГ» и «Трилакт», обладающих иммуностимулирующим и антитоксическим действием, способных оказывать локальный и системный противовоспалительный эффект, позволяет уменьшить не только желудочно-кишечные, но и вне-кишечные проявления воспаления и дает возможность малышу более спокойно адаптироваться к посещению ДОУ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пробиотик; дети раннего возраста; острые респираторные инфекции; профилактика; Трилакт; Бифидум БАГ.

Drakina S.A., Perevoschikova N.K., Muratova R.N., Nurmehamitova N.W.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

PROBIOTICS AS PREVENTION SARS IN CHILDREN OF EARLY AGE

Prevention and treatment of acute respiratory infections during the period of adaptation of children to DOE continues to be relevant. Specific prevention of ARD to create almost impossible, therefore, increasingly resorting to the means of non-specific preventive maintenance. One of which is the use of probiotics.

Aim – reduction in the incidence of acute respiratory viral infections in organized early childhood.

Materials and methods. The study included 75 infants attending the nursery, Kindergarten № 239. The main group consisted of 50 children (mean age 28.32 ± 5.65 months.), which in the pre-epidemic period were given a liquid probiotics according to the scheme: during the month 30 minutes before a meal: before dinner «Bifidum BUG» – 3 ml before afternoon tea «Triact» – 3 ml the control group consisted of 25 children (average age of 27.61 ± 6.18 months.).

The results of the study and their discussion. The analysis of the obtained clinical and laboratory results allows us to draw conclusions about the positive effect of liquid probiotics «Bifidum BUG» and «Trilact» produced by «Vector-Bialgam» (Novosibirsk) on the health of children. So, after a month of taking probiotics smears on the flora of the nasopharynx recorded a statistically significant decrease in the number of *S. aureus* in the throat and nose; *Str. Mutans*, *S. epidermidis*, *Neisseria sicca*, *Str. Oralis*, *Str. Mitis* in the nasal passages. The strengthening of local immunity is confirmed by a significant decrease in the number of neutrophils, eosinophils in the nasopharyngeal secretion and an increase in the number of cylindrical epithelial cells, an increase in the level of lysozyme and IgA, a significant decrease or complete disappearance of pathological changes in the nasopharynx of children. All the guys who took «Bifidum BUG» and «Trilact», came the normalization of the gastrointestinal tract. There is a restoration of appetite and the disappearance of constipation, which in young children are associated with a decrease in the amount of bifidoflora. In the study of the dynamics of the program recorded statistically significant reduction in the number of mucus and white blood cells, improvements in the density of feces. Seven times redu-

ced the number of children, bearers of iodophilic flora – the main indicator of the expressed dysbiotic disorders of the intestine.

The results of follow-up during the year for children of the main group confirm the preservation of the total immune pool and increased nonspecific resistance of the body. Thus, during the period of SARS disease, there were no manifestations of intoxication, appetite and sleep, sufficient motor activity. In the nasopharynx – light catarrhal manifestations in the form of hyperemia of the pharynx, loose posterior wall, mucous discharge from the nose. The duration of the disease was almost halved, and there were no purulent complications (otitis media and pneumonia).

Conclusion. The results indicate the high clinical and microbiological efficacy of probiotic «Bifidum BUG» and «Trilact» NPO «Vector-Bialgam» (Novosibirsk).

The main causes of various diseases of children in the period of adaptation to DOW is a meeting with a new microflora and severe stress. All this leads to the suppression of immunity, disruption of adaptive capabilities of the child and, as a result, the emergence and development of the disease. Timely prophylactic administration of probiotic «Bifidum BUG» and «Trilact» possessing immunostimulating and anti-toxic effect, is able to exert local and systemic anti-inflammatory effect, reduces not only the gastrointestinal but also extraintestinal manifestations of inflammation and gives opportunity to more calmly to adapt the child to visit kindergarten.

KEY WORDS: *probiotic; children; acute respiratory infections; prevention; Trilact; Bifidum BAG.*

Проблема адаптации детей к дошкольным образовательным учреждениям (ДОУ) является междисциплинарной и чрезвычайно актуальной, особенно последние годы, в связи с меняющейся социально-культурной средой подрастающего поколения. Снизился возраст поступления детей в ДОУ до 2-1,5 лет, что резко меняет привычные для них условия жизни и создает стрессовые ситуации. У детей в период адаптации нередко нарушаются аппетит, сон, эмоциональное состояние, наблюдается потеря уже сформировавшихся положительных привычек и навыков. Все это может приводить к ухудшению физического развития, потере массы тела, снижению иммунитета и, как следствие, частым заболеваниям [1, 2]. Большую часть дня дети раннего возраста проводят в ДОУ, однако фактическая наполняемость ясельных групп низкая в связи с частыми заболеваниями детей и, как правило, острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ).

Несмотря на усилия медицинского сообщества, заболеваемость респираторными вирусными инфекциями не снижается, приобретая в зимнее время характер эпидемии [3-5]. Специфическую профилактику ОРВИ создать практически невозможно из-за высокой контагиозности вирусов, скорости и массовости поражения, выраженной изменчивости антигенных свойств вирусов, появления все новых серотипов вируса, быстро развивающейся устойчивости к препаратам. Поэтому в настоящее время наиболее актуальными считаются средства неспецифической профилактики ОРВИ, ведущими из которых являются рациональное питание, профилактический прием пробиотиков [6-8]. У детей, склонных к респираторной вирусной инфекции, особенно у часто болеющих, получающих антибиотики, имеется недостаточность по ряду факторов иммунитета, обусловленная изменениями в микробиоценозе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Защитная роль кишечной микро-

лоры связана с продукцией бактериоцинов, подкислением окружающей среды, образованием биопленки, конкуренцией с патогенами за питательные и ростовые факторы, регенерацией слизистых оболочек, стимуляцией синтеза секреторных иммуноглобулинов, способствующих нейтрализации вирусов [9, 10].

При ряде патологических состояний, в т.ч. при осложненном течении ОРВИ у детей, пробиотики обладают иммуностимулирующим действием на сниженные показатели Т- и В-клеточного иммунитета, повышают avidность антител периферической крови, стимулируют продукцию цитокинов и способность к усилению индукции интерферонов [11], обладают прямым антитоксическим действием, способностью нейтрализовать цито- и энтеротоксины вирусов и бактерий, энтеропатогенных и энтеротоксигенных эшерихий, клоstrидий, холеры [12]. Пробиотики повышают образование антител (IgG, IgA, IgM) В-лимфоцитами, усиливая иммунный ответ пациента на фоне инфекций и после вакцинаций [13]. Противовоспалительный эффект, оказываемый пробиотиками, может быть не только локальным, но и системным, и сопровождается снижением как желудочно-кишечных, так и внекишечных проявлений воспаления [14]. Применению пробиотиков с профилактической и лечебной целью посвящено достаточно много исследований [15, 16].

Последние годы все большую популярность приобретают мультиштаммовые и мультивидовые пробиотики [17, 18]. Среди мультиштаммовых особое место занимают пробиотики жидкие, имеющие ряд преимуществ по сравнению с традиционно используемыми сухими (лиофильно высушенной массой бактерий). Временная реализация действия активных бактерий жидкого пробиотика минимальна – начинают работать сразу, как только оказываются в кишечнике, обладают выраженной антагонистической активностью и способностью адгезии к слизистой оболочке кишечника. Жидкие пробиотики содержат метаболиты бактерий, среди которых особо значимы короткоцепочные жирные кислоты (летучие жирные кислоты – ЛЖК). Именно ЛЖК в основном определяют снижение pH кишечного содержимого, обеспечивая защиту от патогенных бактерий и условно-патогенной микрофлоры (УПМ), поддерживают целостность

Корреспонденцию адресовать:

ДРАКИНА Светлана Альбертовна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.

Тел.: 8 (3842) 73-48-56.

E-mail: sdrakina@yandex.ru

и обеспечивают энергетические потребности слизистой кишечника. Со способностью ЛЖК регулировать апоптоз клеток связан их антиканцерогенный эффект. ЛЖК необходимы для поддержания водно-электролитного баланса и регуляции моторики кишечника [19].

К современным жидким мультиштаммовым пробиотикам относятся производимые научно-производственным предприятием «Вектор-БиАльгам» (Новосибирск, наукоград Кольцово) пробиотики «Трилакт» и «Бифидум-БАГ», содержащие активные бактерии, продукты их жизнедеятельности и летучие жирные кислоты.

Уникальный симбиотический консорциум «Трилакт» содержит 5 штаммов лактобактерий видов *L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. casei*, способных расти при pH 3,8 и ниже, что обеспечивает им возможность без потерь проходить через кислую среду желудка. Титр лактобактерий не менее 10^9 КОЕ/мл. Пробиотик «Трилакт», помимо продуктов жизнедеятельности бактерий, содержит витамины гр. В, витамин С. Действие пробиотика «Трилакт» обеспечивает подавление роста и размножение патогенных микроорганизмов и УПМ, восстановление кишечной среды, нормобиоценоза и моторики кишечника, стимуляцию иммунной системы, участие в детоксикации организма.

Жидкий пробиотик «Бифидум БАГ» – уникальный симбиотический консорциум антагонистически активных видов бифидобактерий, включает 6 штаммов видов *B. bifidum* и *B. longum*, выращенных в среде, богатой витаминами группы В и РР, физиологичен для любого возраста. Концентрация бифидобактерий не менее 10^{10} КОЕ/мл. Бактерии в составе пробиотика «Бифидум БАГ» обладают выраженной способностью к колонизации кишечника, высокой антагонистической активностью по отношению к патогенным микроорганизмам, устойчивы к агрессивным средам ЖКТ, к воздействию кислорода. Применение жидкого пробиотика «Бифидум БАГ» обеспечивает восстановление нормобиоценоза кишечника, восстановление кишечной среды, снижение концентрации аллергенов в кишечнике, иммуномодулирующий эффект, повышение противовирусной защиты, насыщение организма витаминами и микрэлементами.

Ребенку до 1,5 лет можно назначать только «Бифидум БАГ», с 1,5 лет – «Бифидум БАГ» и «Трилакт». В литературе представлена эффективность жидких пробиотиков «Трилакт» и «Бифидум БАГ» в лечении детей с кишечными инфекциями, аллергодерматозами, при хронической соматической патологии [20-24].

Цель исследования – снижение заболеваемости ОРВИ у организованных детей раннего возраста.

Сведения об авторах:

ДРАКИНА Светлана Альбертовна, канд. мед. наук, доцент, кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: sdrakina@yandex.ru

ПЕРЕВОЩИКОВА Нина Константиновна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: nkp42@mail.ru

МУРАТОВА Раиса Николаевна, зав. бактериологической лабораторией, ГАУЗ КО КГДКБ № 7, г. Кемерово, Россия. E-mail: kb-7@mail.ru

НУРМЕХАМИТОВА Наталья Владиславовна, врач-бактериолог, ГАУЗ КО КГДКБ № 7, г. Кемерово, Россия. E-mail: kb-7@mail.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 75 детей раннего возраста, посещающих ясельную группу ДОУ № 239 г. Кемерово. В качестве критериев включения в исследование использовались: возраст от 2 до 3 лет, наличие добровольного информированного согласия родителей. В качестве критериев исключения – наличие вакцинации против гриппа и отсутствие добровольного информированного согласия родителей. Все дети были разделены на 2 группы – основную и контрольную. Основную группу составили 50 детей (средний возраст $28,32 \pm 5,65$ мес.), которые в предэпидемический период получали жидкие пробиотики по схеме: в течение месяца за 30 минут до еды перед обедом «Бифидум БАГ» – 3 мл, перед полдником «Трилакт» – 3 мл. Контрольную группу составили 25 детей (средний возраст $27,61 \pm 6,18$ мес.), не получавшие пробиотики и лекарственные препараты в период обследования и наблюдения.

Оценка переносимости и эффективности пробиотиков проводилась путем ежедневных клинических осмотров пациентов, включающих регистрацию температуры тела, состояние функций желудочно-кишечного тракта (наличие диспепсических явлений, кратность и характер стула, состояние аппетита), особенностей эмоционального фона, возможных аллергических реакций.

Для определения эффективности пробиотиков в качестве контроля использовались следующие методы: анкетные данные и опрос родителей, анализ амбулаторных карт, уровень резистентности к ОРВИ, клинико-лабораторные показатели, оценка соматического здоровья, бактериологический посев из верхних дыхательных путей, показатели местного иммунитета – назоцитограмма, уровень лизоцима и секреторного иммуноглобулина А). Назоцитограмму выполняли путем взятия мазка ватным тампоном со слизистой оболочки носа. В цитограммах назального секрета оценивали число клеток цилиндрического и плоского эпителия, эозинофилов, нейтрофилов, адсорбционную способность клеток плоского эпителия. Активность лизоцима в назальном секрете оценивалась нефелометрическим способом по методу В.Т. Дорофейчук. Оценку активности содержания sIgA осуществляли методом простой радиальной иммунодиффузии в геле по Г. Манчини.

Материалом для бактериологического исследования являлся мазок из зева и носа, забранный стерильным одноразовым зондом-тампоном, вмонтированным в стерильную сухую пробирку (тубсер). Зabor материала из передних отделов носа осуществляли одним стерильным ватным тампоном из обеих по-

ловин носа. Сбор материала из зева проводили с поверхности миндалин стерильным ватным тампоном. При этом обязательным условием являлось взятие материала натощак. Посев на плотные питательные среды: 5 % кровяной агар, желточно-солевой агар, агар с грецей кровью (ША). Посев производился на среды, хранившиеся при комнатной температуре или согретые в термостате. При посеве тампоном материал втирали в среду со всей поверхности тампона на небольшом участке в 1-2 кв. см, а затем штрихами по всей поверхности питательной среды. Чашки Петри инкубировали в термостате при температуре 37°C в течение 48 часов. Агар с грецей кровью (шоколадный агар) термостатировали при 37°C в атмосфере с 5-10 % CO₂.

По результатам исследования в программе «EXCEL 2003» была сформирована база данных, на основе которой проводился статистический анализ с помощью программы «STATISTICA 8.0» для Windows (лицензионное соглашение 74017-640-0000106-57177). Математическая обработка результатов исследований проводилась с использованием описательных статистик: вычислялась средняя арифметическая вариационного ряда (M), ошибка средней арифметической ($\pm m$). Для определения достоверности различий качественных признаков использовался анализ таблиц сопряженностей с вычислением точного значения критерия «хи-квадрат» Пирсона и точного критерия Фишера. Выбор непараметрических методик обусловлен отсутствием нормального распределения в изучаемых выборках. Различия между средними величинами в сравниваемых группах считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ анамнестических данных показал, что поглавляющее большинство детей обеих групп проживали в полных семьях (82 % и 92 % соответственно). В большинстве случаев как среди матерей (75 % и 80 % соответственно), так и среди отцов (64 % и 76 % соответственно) встречалось высшее образование.

Из анамнеза состояния здоровья родителей известно, что практически каждый второй родитель основной группы и каждый третий контрольной имел заболевания ЖКТ в виде гастрита, дискинезии желудочно-кишечного тракта (56 % и 36 % соответственно). Аллергические заболевания встречались у 16 % родителей основной группы и 12 % контрольной.

Грудное вскармливание до двух месяцев было прекращено у 2 % детей основной и 24 % контрольной групп, в интервале от 10 до 12 мес. — у 15 %

основной и 36 % контрольной, естественное вскармливание до 1 года 6 мес. продолжалось у 18 % детей основной группы и 20 % контрольной.

Физическое и нервно-психическое развитие детей в обеих группах было одинаковым: среднее гармоничное у каждого второго ребенка, у каждого третьего дисгармоничное за счет дефицита массы тела, у каждого пятого — за счет избытка массы тела.

При анализе заболеваемости детей было отмечено отсутствие у всех наблюдавших хронической соматической патологии. Чаще всего до года жизни ОРВИ 3-4 раза перенесли 66 % детей основной и 68 % контрольной группы, ≥ 5 раз — 34 % детей основной и 24 % контрольной. Запоры до года встречались у каждого третьего ребенка основной (30 %) и каждого четвертого (24 %) контрольной, старше года запоры сохранялись у каждого четвертого ребенка обеих групп. Практически каждый третий ребенок основной (34 %) и контрольной (32 %) групп имели пониженный аппетит. Аллергические заболевания в виде атопического дерматита регистрировались у 14 % детей основной и 12 % контрольной группы.

Все дети как основной, так и контрольной групп до поступления в ДОУ принимали антибиотики, препаратом выбора у 44 % детей основной группы и 32 % контрольной являлся флемоксин солютаб; 26 % основной и 16 % контрольной получали цедекс, 24 % детей обеих групп — супракс, 6 % основной и 16 % контрольной — сумамед, 12 % детей контрольной группы — азитромицин. Каждый второй родитель обеих групп антибиотикотерапию использовал по своему усмотрению.

По окончании приема пробиотиков «Трилакт» и «Бифидум БАГ» у детей основной группы отмечалось восстановление аппетита, исчезли запоры. При исследовании копrogramмы в динамике у детей основной группы отмечались положительные изменения (табл. 1), документированные статистически значимым уменьшением плотности кала, сокращением количества слизи, лейкоцитов, практически в 7 раз сократилось количество детей — носителей йодофильтной флоры.

Клинически выраженное улучшение состояния носоглотки сопровождалось статистически значимым уменьшением в носоглоточном секрете числа нейтрофилов и эозинофилов, увеличением числа клеток цилиндрического эпителия (табл. 2).

Исследование показателей местной защиты слизистых в носовом секрете выявило статистически значимое увеличение концентрации лизоцима и секреторного иммуноглобулина A, в то время как среди детей контрольной группы данные показатели снижались (рис.).

Information about authors:

DRAKINA Svetlana Albertovna, candidate of medical sciences, docent, department of polyclinic pediatrics and propaedeutics childhood diseases, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: sdrakina@yandex.ru

PEREVOSCIKOVA Nina Konstantinovna, doctor of medical sciences, professor, head of department of polyclinic pediatrics and propaedeutics childhood diseases, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: nkp42@mail.ru

MURATOVA Raisa Nikolaevna, head of the bacteriology laboratory, Kemerovo City Children's Clinical Hospital N 7, Kemerovo, Russia. E-mail: kb-7@mail.ru

NURMEHAMITOVA Natalia Vladislavovna, bacteriologist, Kemerovo City Children's Clinical Hospital N 7, Kemerovo, Russia. E-mail: kb-7@mail.ru

Таблица 1
Динамика копрограммы у детей раннего возраста
после приема пробиотиков «Трилакт» и «Бифидум БАГ»
Table 1
Dynamics coprogram in children of early age
after taking probiotics «Trilact» and «Bifidum BAG»

Показатели	Группы				Р парные	
	Основная группа (n = 50)		Контрольная группа (n = 25)			
	До (1)	После (2)	До (3)	После (4)		
Плотность кала	16 (32 %)	6 (12 %)	8 (32 %)	7 (28 %)	P ₁₋₂ = 0,0142	
Слизь	15 (30 %)	0	7 (28 %)	7 (28 %)	P ₁₋₂ = 0,0001 P ₂₋₄ = 0,002	
Йодофильтальная флора	20 (40 %)	3 (6 %)	6 (24 %)	7 (28 %)	P ₁₋₂ = 0,0001 P ₂₋₄ = 0,0131	
Лейкоциты	16 (32 %)	2 (4 %)	5 (20 %)	6 (24 %)	P ₁₋₂ = 0,0002 P ₂₋₄ = 0,0143	

Таблица 2
Динамика назоцитограммы у детей раннего возраста
после приема пробиотиков «Трилакт» и «Бифидум БАГ» (M ± m)
Table 2
Dynamics of nasoцитограммы in children of early age
after taking probiotics «Trilact» and «Bifidum BAG» (M ± m)

Показатели	Группы				Р парные	
	Основная группа (n = 50)		Контрольная группа (n = 25)			
	До (1)	После (2)	До (3)	После (4)		
Цилиндрический эпителий	19,68 ± 1,57	25,12 ± 1,21	21,6 ± 1,26	18,88 ± 1,37	P ₁₋₂ = 0,0078 P ₂₋₄ = 0,0021	
Нейтрофилы	25,76 ± 2,43	18,48 ± 1,36	19,04 ± 1,35	21,32 ± 2,21	P ₁₋₂ = 0,0226	
Эозинофилы	6,4 ± 0,41	3,36 ± 0,39	5,92 ± 0,36	5,12 ± 0,38	P ₁₋₂ = 0,001 P ₂₋₄ = 0,0042	

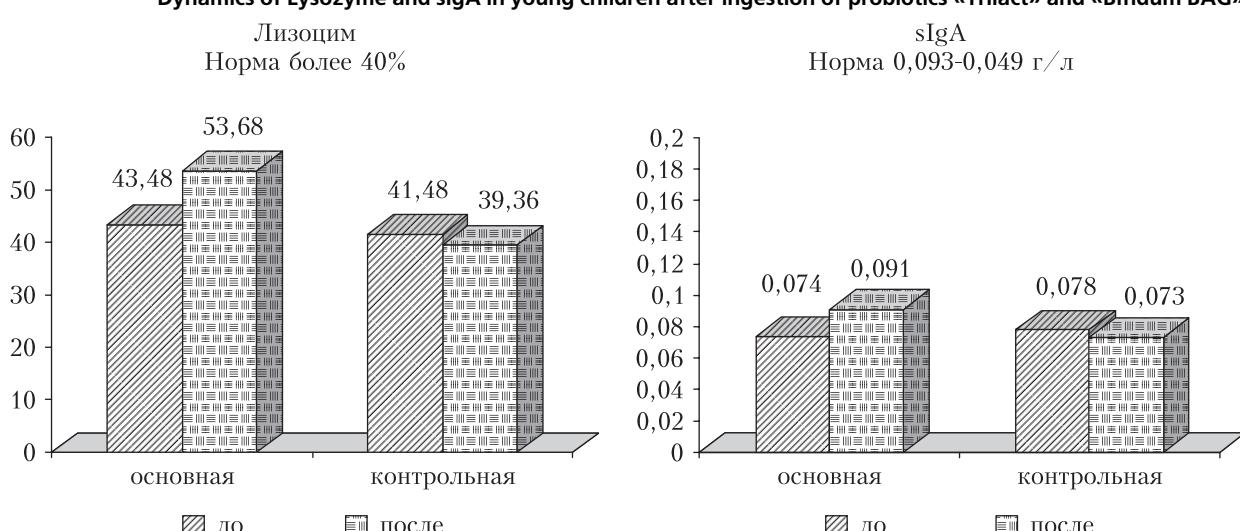
Учитывая наличие в анамнезе острых респираторных заболеваний с назначением по этому поводу антибиотиков, которые являются фактором рис-

ка по развитию нарушения кишечной микробиоты, представлялось важным определить состояние микрофлоры. У большинства детей микробиоценоз слизистых оболочек небных миндалин и носа характеризовался ассоциацией микроорганизмов: *Str. Haemolyticus* в сочетании с *Candida Albicans*, *Str. Anginosus*, *Neisseria sicca*, *Str. Mutans*, *S. Epidermidis*; *Str. Anginosus* с *Candida Albicans*, *S. epidermidis*; *Candida Albicans* с *Neisseria sicca*, *S. Epidermidis*, *Str. Pneumoniae*. При изучении бактериального пейзажа верхних дыхательных путей в динамике выявило через 1 месяц после приема пробиотиков «Трилакт» и «Бифидум БАГ» статистически значимое уменьшение числа *S. aureus* в зеве и носу; *Str. Mutans*, *S. epidermidis*, *Neisseria sicca*, *Str. Oralis* в зеве, *Str. Mitis* в носовых ходах (табл. 3).

Анализ респираторной заболеваемости детей ясельного возраста за год до поступления в ДОУ и в течение года после приема пробиотиков показал, что количество перенесенных респираторных заболеваний в основной группе снизилось в среднем на 8-10 %, в то время как в контрольной группе их частота возросла в среднем на 12-16 %. Статистически значимо изменилась продолжительность заболевания — в среднем она уменьшилась в 2 раза (р = 0,0024) (табл. 4).

Все родители детей основной группы, заболевших ОРВИ на фоне приема «Трилакт» и «Бифидум БАГ», отместили отсутствие симптомов интоксикации, либо ее незначительное проявление с кратковременным подъемом температуры до субфебрильных цифр, сох-

Динамика Лизоцима и sIgA у детей раннего возраста после приема пробиотиков «Трилакт» и «Бифидум БАГ»
Figure
Dynamics of Lysozyme and sIgA in young children after ingestion of probiotics «Trilact» and «Bifidum BAG»



**Таблица 3**

Динамика микрофлоры носоглотки у детей раннего возраста после приема пробиотиков «Трилакт» и «Бифидум БАГ»

Table 3

The dynamics of the microflora of the nasopharynx in young children after intake of probiotics «Trilact» and «Bifidum BAG»

		Группы				Р парные	
		Основная группа (n = 50)		Контрольная группа (n = 25)			
		До (1)	После (2)	До (3)	После (4)		
<i>S. aureus</i>	Зев	22 (44 %)	11 (22 %)	10 (40 %)	11 (44 %)	P ₁₋₂ = 0,0163 P ₂₋₄ = 0,0457	
	Нос	19 (38 %)	5 (10 %)	7 (28 %)	8 (32 %)	P ₁₋₂ = 0,0010 P ₂₋₄ = 0,0224	
Str. mutans	Зев	12 (24 %)	3 (6 %)	1 (4 %)	2 (8 %)	P ₁₋₂ = 0,0113	
S. epidermidis	Зев	19 (38 %)	6 (12 %)	3 (12 %)	4 (16 %)	P ₁₋₂ = 0,0025	
Candida Albicans	Зев	31 (62 %)	15 (30 %)	11 (44 %)	11 (44 %)	P ₁₋₂ = 0,0012	
Str. mitis	Нос	5 (10 %)	-	2 (8 %)	1 (4 %)	P ₁₋₂ = 0,0281	
Neisseria sicca	Зев	12 (24 %)	4 (8 %)	1 (4 %)	1 (4 %)	P ₁₋₂ = 0,0269	
Str. oralis	Зев	17 (34 %)	8 (16 %)	3 (12 %)	5 (20 %)	P ₁₋₂ = 0,0317	

Таблица 4

Заболеваемость ОРВИ, пневмонией и отитом в течение года до и после использования жидких пробиотиков «Трилакт» и «Бифидум БАГ» (M ± m)

Table 4

The incidence of viral respiratory infections, pneumonia and otitis media during the year before and after the use of liquid probiotics «Trilact» and «Bifidum BAG» (M ± m)

Нозология	Группы				Р парные	
	Основная группа (n = 50)		Контрольная группа (n = 25)			
	До (1)	После (2)	До (3)	После (4)		
ОРВИ: 3-4 раза	23 (46 %)	19 (38 %)	9 (36 %)	13 (52 %)	P ₁₋₂ = 0,0031	
≥ 5 раз	16 (32 %)	11 (22 %)	7 (28 %)	10 (40 %)		
Пневмония	5 (10 %)	-	2 (8 %)	4 (16 %)		
Отит	9 (18 %)	-	5 (20 %)	7 (28 %)		
Средняя продолжительность заболевания	12,31 ± 2,07	5,76 ± 1,03	11,82 ± 1,74	14,13 ± 2,58	P ₁₋₂ = 0,0024	
ОРВИ						

ранение аппетита, сна и двигательной активности. Со стороны верхних дыхательных путей отмечались легкие катаральные проявления в виде гиперемии зева, рыхлой задней стенки глотки, слизистого отделяемого из носа.

Обращает на себя внимание отсутствие среди детей основной группы гнойных осложнений в виде отитов и пневмонии, тогда как среди детей контрольной группы их количество увеличилось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинической и микробиологической эффективности пробиотиков «Бифидум БАГ» и «Трилакт» производства АО «Вектор-БиАльгам» (г. Новосибирск).

Основными причинами различных заболеваний детей в период адаптации к ДОУ является встреча с новой микрофлорой и сильный стресс. Все это приводит к подавлению иммунитета, срыву адаптационных возможностей ребенка и, как результат, возникновению и развитию болезни. Своевременный профилактический приём пробиотиков «Бифидум БАГ» и «Трилакт», обладающих иммуностимулирующим и антитоксическим действием, способных оказывать локальный и системный противовоспалительный эффект, позволяет снизить не только желудочно-кишечные, но и внекишечные проявления воспаления и дает возможность более спокойно адаптироваться малышу к посещению ДОУ.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Barbashina NV, Zhuk AA. Problems of adaptation of children aged 2-3 years in kindergarten. Bulletin of scientific conferences. 2016; 11-2(15): 17-18. Russian (Барбашина Н.В., Жук А.А. Проблемы адаптации детей в возрасте 2-3 лет в детском саду // Вестник научных конференций. 2016. № 11-2(15). С. 17-18.)
- Privalova TE, Shadrin SA, Shvets EN. Medical and social aspects of the ineffectiveness of preventive care for preschool children. Pediatric pharmacology. 2008; 5(4): 65-69. Russian (Привалова Т.Е., Шадрин С.А., Швэц Е.Н. Медико-социальные аспекты неэффективности профилактической помощи детям дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. 2008. Т. 5, № 4. С. 65-69.)
- Antigenic and genetic characteristics of influenza A (H5N1) and influenza A (H9N2) viruses and candidate vaccine viruses developed for potential use in human vaccines. Global Alert and Response (GAR). Geneva, WHO 2010, available at: <http://www.who.int/influenza/resources/documents/201009 H5N9 Vaccine Virus Update.pdf>
- Global Influenza Surveillance Network. Contribute to reducing death and disease due to annual influenza epidemics and prepare for the next influenza pandemic. Global Alert and Response (GAR). WHO 2011.
- Meeting of the WHO working group on polymerase chain reaction protocols for detecting subtype influenza A viruses. Geneva, June 2010. Weekly Epidemiological Record (WER). 2010; 85(46): 453-460.
- Drakina SA, Perevozhchikova NK. Nutrition as a factor of adaptation of toddlers to children's educational institution. Mother and Baby in Kuzbass. 2017; 4(71): 9-16. Russian (Дракина С.А., Перевоцникова Н.К. Питание как фактор адаптации детей ясельного возраста к детскому образовательному учреждению //Мать и Дитя в Кузбассе. 2017. № 4(71). С. 9-16.)
- Startseva SE, Krasavina NA. Re-ORVI and nutrition in preschool children - is there a connection between them? Perm Medical Journal. 2017; 34(5): 95-101. Russian (Стартцева С.Е., Красавина Н.А. Повторные ОРВИ и питание у детей дошкольного возраста – есть ли связь между ними? //Пермский медицинский журнал. 2017. Т. 34, № 5. С. 95-101.)
- Lifshits K, Zakharova IN, Dmitrieva YuA. The effect of intestinal microbiome in normal and pathological conditions on human health. Medical Council. 2017; 1: 155-159. Russian (Лифшиц К., Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. Влияние кишечного микробиома в норме и патологии на здоровье человека //Медицинский совет. 2017. № 1. С. 155-159.)

9. Servin AL. Antagonistic activities of lactobacilli and bifidobacteria against microbial pathogens. FEMS Microbiol. Rev. 2004; 28(4): 405-440.
10. Zakharova IN. Gut microbiota in children: new ideas. Effective pharmacotherapy. Pediatrics. 2012; 5: 52-60. Russian (Захарова И.Н. Микробиота кишечника у детей: новые представления. Эффективная фармакотерапия //Педиатрия. 2012. № 5. С. 52-60.)
11. Lykova EA, Vorobyev AA, Bokovo AG, Karazhas NV, Evseeva LF, Rybalkina TA. Disorders of the colon microbiocenosis, immune and interferon status in children with bacterial complications of ARVI and results of their correction with high doses of Bifidumbacterin Forte. Antibiotics and Chemotherapy. 2000; 10: 22-26. Russian (Лыкова Е.А., Воробьев А.А., Боковой А.Г., Каражас Н.В., Евсеева Л.Ф., Рыбалкина Т.А. Нарушения микробиоценоза толстой кишки, иммунного и интерферонового статуса у детей с бактериальными осложнениями ОРВИ и результаты их коррекции большими дозами бифидумбактерина форте //Антибиотики и химиотерапия. 2000. № 10. С. 22-26.)
12. Kornienko EA. Modern ideas about the use of probiotics in children's practice. Medical Council. 2017; 1: 144-148. Russian (Корниенко Е.А. Современные представления о применении пробиотиков в детской практике //Медицинский совет. 2017. № 1. С. 144-148.)
13. Fang H, Elina T, Heikki A et al. Modulation of humoral immune response through probiotic intake. Immunol. Med. Microbiol. 2000; 29: 47-52.
14. Ng SC, Hart AL, Kamm MA et al. Mechanisms of action of probiotics: recent advances. Inflamm. Bowel Dis. 2009; 15(2): 301-312.
15. Wrinkler P, de Vrese M., Laue Ch, Schrezenmeir J. Effect of a dietary supplement containing probiotic bacteria plus vitamins and minerals on common cold infections and cellular immune parameters. Int. J. Clin. Pharm. Therap. 2005; 43(7): 318-326.
16. Lehtoranta L, Pitkaranta A, Korpela R. Probiotics in respiratory virus infections. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. Published online: 18 march 2014.
17. Kudelskaja N, Izotova GN, Bessarab TP, Nagibina MV, Larushkin YuV. Probiotics as a means of prevention of SARS. Medical Council. 2013; 7: 56-58. Russian (Кунельская Н., Изотова Г.Н., Бессараб Т.П., Нагибина М.В., Ларюшин Ю.В. Пробиотики как средство профилактики ОРВИ //Медицинский совет. 2013. № 7. С. 56-58.)
18. Suhan NG, Zakharova IN. A probiotic bac set. Results of Russian and foreign clinical trials. Medical Council. 2017; 19: 104-110. Russian (Суян Н.Г., Захарова И.Н. Мультипробиотик Бак-сет. Результаты российских и зарубежных клинических исследований //Медицинский совет. 2017. № 19. С. 104-110.)
19. Ivanova VV. Comprehensive approach to the restoration of microflora. A modern view of correction of dysbiosis. Novosibirsk, 2011. 44. Russian (Иванова В.В. Комплексный подход к восстановлению микрофлоры. В кн.: Современный взгляд на коррекцию дисбиозов. Новосибирск, 2011. 44 с.)
20. Ivanova VV. Microflora: the role of violation, correction. Formation of microflora in children of the first year. Vector Bialgam. Series: Scientists – practitioners. Novosibirsk, 2013: 34. Russian (Иванова В.В. Микрофлора: роль нарушения, коррекция. Ставновление микрофлоры у детей первого года. Вектор БиАльгам. Серия: Ученые – практикующим врачам. Новосибирск, 2013. 34 с.)
21. Pomogaeva A. P., Kosirina Yu. V., Spolsky G. M. The use of probiotics in Triact and Bifidum №791 BUG in intestinal infections in children of early age. Siberian Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2009; 23: 85-86. Russian (Помогаева А.П., Ковширина Ю.В., Спольская Г.М. Применение пробиотиков Трилакт и Бифидум №791 БАГ при кишечной инфекции у детей раннего возраста //Сибирский вестник гепатологии и гастроэнтерологии. 2009. № 23. С. 85-86.)
22. Kaznacheeva LF, Molokeev VA, Ishkova N, Kaznacheev KS, Mayorov MN. Ed. by Kaznacheeva LF. Methods of correction of dysbiotic disorders of the intestine in children with atopic dermatitis. Teaching aid for students. Novosibirsk, 2003: 86. Russian (Казначеева Л.Ф., Молохеев А.В., Ишкова Н.С., Казначеев К.С., Майорова М.Н. Методы коррекции дисбиотических нарушений кишечника у детей с атопическим дерматитом. Уч.-метод. пособие для студентов /Под ред. Л.Ф. Казначеевой. Новосибирск, 2003, 86с.)
23. Zykova NA, Brown TL, Molokeeva NV, Molokeev AV. New drug-eubiotic «Trilact». Successes of modern natural science. 2004; 61: 183-184. Russian (Зыкова Н.А., Каших Т.Л., Молокеева Н.В., Молохеев А.В. Новый препарат-эубиотик «Трилакт» //Успехи современного естествознания. 2004. Т. 1, № 6. С. 183-184.)
24. Molokeev AV, Baibakov VI, Karik TL, Ilina RM, Molokeev NV. In. Prevention and treatment of dysbiosis Bifidobacterium drugs. Novosibirsk, 2002: 20. Russian (Молохеев А.В., Байбаков В.И., Карик Т.Л., Ильина Р.М., Молокеева Н.В. Профилактика и лечение дисбактериоза бифидосодержащими препаратами. Новосибирск, 2002. 20 с.)





Сложно представить, что уже сегодня она не войдет в аудиторию, на клинический рапорт или в палату к больным и не одарит окружающих своим теплом и улыбкой.

6 апреля 2019 года ушла из жизни Людмила Григорьевна Баженова – профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

После окончания Новосибирского государственного медицинского института в 1977 году Людмила Григорьевна работала врачом акушером-гинекологом родильного дома № 1 г. Новокузнецка. С 1981 г. по 1984 г. обучалась в очной аспирантуре на кафедре акушерства и гинекологии НГИУВа, а затем по настоящее время работала на кафедре акушерства и гинекологии ассистентом, доцентом, профессором, а с 2004 г. – заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, совмещая работу преподавателя с практической работой врача акушера-гинеколога в родильном доме № 1 Новокузнецкого перинатального центра и медицинского центра «Медика».

Врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории с более чем сорокалетним стажем работы, она была высоко квалифицированным специалистом, способным решать различные по сложности лечебные и организационные вопросы. Доктор медицинских наук, профессор со стажем педагогической работы 36 лет. Ее основные научные интересы находились в области фундаментальной и практической медицины на стыке нескольких специальностей – акушерства и гинекологии, иммунологии и онкогинекологии. Под руководством Людмилы Григорьевны защищены одна докторская и пять кандидатских диссертаций, выполнялись две докторские диссертации.

На протяжении всей трудовой деятельности Людмилу Григорьевну отличали хорошие деловые качества – добросовестность, ответственность за порученное дело, инициативность, целеустремленность и трудолюбие. Широкий диапазон научного и практического мышления характеризовал ее как опытного педагога и воспитателя. На протяжении многих лет Людмила Григорьевна руководила обучением врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов. Ежегодно при ее участии на кафедре повышали квалификацию более 200 врачей акушеров-гинекологов Кузбасса и других регионов России.

Грамотный, высокообразованный и эрудированный человек, она являлась прекрасным лектором, читавшим лекционный материал по всем разделам специальности. Ею издано 217 печатных работ, включая одну монографию, 20 учебных пособий и методических рекомендаций, получено 6 патентов на изобретения и одно свидетельство госрегистрации на разработанную программу по расчету риска развития внутриутробной инфекции.

Она вела активную общественную работу, принимая участие в заседаниях Совета Старейшин при губернаторе Кемеровской области, входила в состав Межведомственной комиссии по социально-демографическому развитию Кемеровской области, являлась членом Аттестационной комиссии Департамента охраны здоровья Кемеровской области и членом редколлегии рецензируемого журнала «Мать и Дитя в Кузбассе», членом международного общес-

тва по развитию онкологии в биологии и медицине (ISOBM).

Людмила Григорьевна была награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса III степени», медалью «За служение Кузбассу»; награждалась Премией губернатора Кемеровской области, Почетной грамотой Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области за многолетний добросовестный труд, высокий профессионализм, большой личный вклад в оказание медицинской помощи населению Кемеровской области и в связи с 25-летием Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов». Награждена Благодарственными письмами от Глав городов Кемерово и Новокузнецка за высокий профессионализм, плодотворное сотрудничество. Имея высокие профессиональные навыки, организаторские способности, иници-

ативность, Людмила Григорьевна оставалась коммуникабельной, доброжелательной, пользовалась большим уважением у коллег, врачей-курсантов, медицинского персонала и больных.

Любящая и заботливая мать, Людмила Григорьевна воспитала двух детей. Ее душевностью, теплотой, постоянным вниманием были охвачены и внуки.

Казалось, что ее энергии, доброжелательности, желания все успеть и всем помочь хватит еще на очень долго... К сожалению, не хватило. Трудно осознать эту потерю.

Вся медицинская общественность города Новокузнецка и Кемеровской области скорбит по поводу безвременной кончины Людмилы Григорьевны Баженовой и выражает близким и родным глубокое соболезнование.

Будем хранить память.

* * *



Мать и Дитя

в Кузбассе