

АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ASTRAKHAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

**ПРИКАСПИЙСКИЙ
ВЕСТНИК
МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Научно-практический журнал

Издается с 2020 г.

ТОМ 1
№ 3-4

АСТРАХАНЬ – 2020

**CASPIAN
JOURNAL
OF MEDICINE AND PHARMACY**

Scientific and practical journal

First published 2020

VOLUME 1
№ 3-4

ASTRAKHAN – 2020

ПРИКАСПИЙСКИЙ ВЕСТНИК МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

2020

Том 1

№ 3-4

Редакционная коллегия

Председатель

О.А. БАШКИНА – доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

Заместители председателя

М.А. САМОТРУЕВА - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

А.Т. АБДРАШИТОВА - доктор медицинских наук (Астрахань)

Главный редактор

О.В. РУБАЛЬСКИЙ - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

Члены редакционной коллегии

В.Г. АКИМКИН - доктор медицинских наук, профессор, академик РАН (Москва)

М.К. АНДРЕЕВ - доктор медицинских наук (Астрахань)

Ф.Р. АСФАНДИЯРОВ - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

А.Х. АХМИНЕЕВА - доктор медицинских наук (Астрахань)

Р.О. БЕГЛЯРОВ - кандидат медицинских наук (Азербайджан)

Е.А. БОРЩУК - доктор медицинских наук, профессор (Оренбург)

Н.И. БРИКО - доктор медицинских наук, профессор, академик РАН (Москва)

Л.П. ВЕЛИКАНОВА - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

А.В. ВОРОНКОВ - доктор медицинских наук, профессор (Волгоград)

Х.М. ГАЛИМЗЯНОВ - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

Г.Ч. ГЕРАЙБЕЙЛИ - доктор медицинских наук, профессор (Азербайджан)

И.А. ДРОЗДОВА - доктор фармацевтических наук, профессор (Курск)

В.А. ЗЕЛЕНСКИЙ - доктор медицинских наук, профессор (Ставрополь)

Х.С. ИБИШЕВ - доктор медицинских наук, профессор (Ростов-на-Дону)

Б.И. КАНТЕМИРОВА - доктор медицинских наук (Астрахань)

У.И. КЕНЕСАРИЕВ - доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН и ЕАЕН (Казахстан)

А.П. КИБКАЛО - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

В.В. КОЛОМИН - кандидат медицинских наук (Астрахань)

Д.А. КОНОВАЛОВ - доктор фармацевтических наук, профессор (Пятигорск)

А.А. КОРОЛЕВ - доктор медицинских наук, профессор (Москва)

Н.Г. КОРШЕВЕР - доктор медицинских наук, профессор (Саратов)

Н.В. КОСТЕНКО - доктор медицинских наук (Астрахань)

И.А. КУДРЯШОВА - доктор медицинских наук (Астрахань)

Н.И. ЛАТЫШЕВСКАЯ - доктор медицинских наук, профессор (Волгоград)

А.А. ЛИНДЕНБРАТЕН - доктор медицинских наук, профессор (Москва)

В.М. МИРОШНИКОВ - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

О.Д. НЕМЯТЫХ - доктор фармацевтических наук, профессор (Санкт-Петербург)

Е.Г. ОВСЯННИКОВА - доктор медицинских наук (Астрахань)

В.И. ОРЕЛ - доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург)

Е.А. ПОПОВ - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

Ж.А. РИЗАЕВ - доктор медицинских наук, профессор (Узбекистан)

А.Г. СЕРДЮКОВ - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

А.В. ТУТЕЛЬЯН - доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН (Москва)

С.В. УГЛЕВА - кандидат медицинских наук (Астрахань)

Л.М. ФАТХУТДИНОВА - доктор медицинских наук, профессор (Казань)

А.В. ХРЯЩЁВ - доктор медицинских наук (Астрахань)

С.Н. ЧЕРКАСОВ - доктор медицинских наук, профессор (Москва)

С.В. ЧЕРНЫШОВ - доктор медицинских наук (Москва)

М.А. ШАПОВАЛОВА - доктор медицинских наук, профессор (Астрахань)

В.К. ЮРЬЕВ - доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург)

Н.З. ЮСУПОВА - доктор медицинских наук (Казань)

Н.А. ЯРМУХАМЕДОВА - кандидат медицинских наук (Узбекистан)

А.С. ЯРОСЛАВЦЕВ - доктор медицинских наук (Астрахань)

Ответственный секретарь – А.Х. КАДЫРОВА

Материалы представленных статей рецензируются.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-78002 от 04.03.2020

© Издательство ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, 2020

Сайт <http://www.kasrmed.ru>

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть преобразована в электронный вид либо воспроизведена любым способом без предварительного согласования с издателем.

CASPIAN JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY
2020 Volume 1 № 3-4

Editorial Board

Chairman

O.A. BASHKINA – Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

Vice Chairman

M.A. SAMOTRUEVA – Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

A.T. ABDRAHITOVA – Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

Editor-in-Chief

O.V. RUBALSKY – Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

Members of Editorial Board

V.G. AKIMKIN - Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of Russian Academy of Sciences (Moscow)

M.K. ANDREEV - Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

F.R. ASFANDIYAROV - Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

A.KH. AKHMINEEVA - Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

R.O. BEGLYAROV - Candidate of Medical Sciences (Azerbaijan)

E.L. BORSCHUK - Doctor of Medical Sciences, Professor (Orenburg)

N.I. BRIKO - Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of Russian Academy of Sciences (Moscow)

L.P. VELIKANOVA - Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

A.V. VORONKOV – Doctor of Medical Sciences, Professor (Volgograd)

KH.M. GALIMZYANOV – Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

G.Ch. GERAYBEYLI - Doctor of Medical Sciences, Professor (Azerbaijan)

I.L. DROZDOVA - Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor (Kursk)

V.A. ZELENSKIY - Doctor of Medical Sciences, Professor (Stavropol)

KH.S. IBISHEV - Doctor of Medical Sciences, Professor (Rostov-on-Don)

B.I. KANTEMIROVA – Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

U.I. KENESARIEV - Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences and the European Academy of Natural Sciences (Kazakhstan)

A.P. KIBKALO - Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

V.V. KOLOMIN - Candidate of Medical Sciences (Astrakhan)

D.A. KONOVALOV – Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor (Pyatigorsk)

A.A. KOROLEV - Doctor of Medical Sciences, Professor (Moscow)

N.G. KORCHEVER - Doctor of Medical Sciences, Professor (Saratov)

N.V. KOSTENKO – Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

I.A. KUDRYASHOVA - Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

N.I. LATYSHEVSKAYA - Doctor of Medical Sciences, Professor (Volgograd)

A.L. LINDENBRATEN - Doctor of Medical Sciences, Professor (Moscow)

V.M. MIROSHNIKOV - Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

O.D. NEMYATYKH - Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor (Saint-Petersburg)

E.G. OVSYANNIKOVA – Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

V.I. OREL - Doctor of Medical Sciences, Professor (Saint-Petersburg)

E.A. POPOV – Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

ZH.A. RIZAEV - Doctor of Medical Sciences, Professor (Uzbekistan)

A.G. SERDYUKOV - Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

A.V. TUTEL'YAN – Corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (Moscow)

S.V. UGLEVA - Candidate of Medical Sciences (Astrakhan)

L.M. FATKHUTDINOVA - Doctor of Medical Sciences, Professor (Kazan)

A.V. KHRYASCHEV - Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

S.N. CHERKASOV - Doctor of Medical Sciences, Professor (Moscow)

S.V. CHERNYSHOV - Doctor of Medical Sciences (Moscow)

M.A. SHAPOVALOVA - Doctor of Medical Sciences, Professor (Astrakhan)

V.C. YUR'EV - Doctor of Medical Sciences, Professor (Saint-Petersburg)

N.Z. YUSUPOVA - Doctor of Medical Sciences (Kazan)

N.A. YARMUKHAMEDOVA - Candidate of Medical Sciences (Uzbekistan)

A.S. YAROSLAVTSEV - Doctor of Medical Sciences (Astrakhan)

Executive Editor – A.H. KADYROVA

The materials of represented articles are reviewed.

The journal is in the list of leading scientific journals and publications of HAC

Certificate of mass media registration PI № FS77-78002 dated 04.03.2020

© Publisher FSBEI HE Astrakhan SMU MOH Russia, 2020

Site <http://www.kaspmmed.ru>

All rights are protected. No part of this publication can be converted into electronic form or reproduced in any way without preliminary agreement with editor.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Ю. П. Бойко, М. А. Шаповалова, А. В. Щербинин,
Х. Ю. Узурчиева, И. А. Кашкарова*
Анализ материнской смертности в Российской Федерации.
Основные тенденции.....8
- Ю. Н. Романкова, М. А. Шаповалова*
Теоретические аспекты льготного лекарственного обеспечения.....16
- И. Л. Сопова, С. Н. Черкасов, О. И. Полозков*
Влияние уровня образования на степень ответственности
в отношении собственного здоровья.....21
- С. Н. Черкасов, Г. Ю. Григорьев*
Зависимость характера питания от длины
соревновательной дистанции и гендерной принадлежности
спортсменов в возрасте 40 лет и старше.....27
- НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ**
- О. В. Степанович, К. С. Сеидов, Ф. Р. Асфандияров*
Первый опыт лечения новой коронавирусной инфекции
у пациентов, перенесших операцию трансплантацию почки,
в амбулаторных условиях.....33
- МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«НА СТРАЖЕ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**
- Е. С. Власова, А. В. Мухина, Л. В. Ткаченко*
Результаты программ ЭКО у женщин с ожирением.....39
- А. М. Кадыков, А.А. Киселёва*
Определение клиничко-генетической ценности и прогностической значимости
полиморфизма гена F2-протромбина у женщин
с привычным невынашиванием беременности.....40
- Н.А. Курабекова, Н. А. Жаркин*
Медико-социальная проблема прегравидарной подготовки
молодежи Республики Дагестан».....41
- Н. И. Свиридова, С. Н. Максимов*
Полипы эндометрия: анализ структуры и
распространенности у женщин репродуктивного возраста.....42
- Н. И. Свиридова, М. И. Хасаева*
Прогностические факторы риска развития нарушений продуктивной функции
женщин, перенесших послеродовые инфекционные осложнения.....44
- В. А. Сейкина, С. А. Прохвятилов, Н. А. Жаркин, Н. А. Бурова*
Новая технология оперативного лечения
генитальных пролапсов у женщин.....45
- М. С. Селихова, Е. С. Зверева, Л. С. Калачева*
Эффективность различных методов гемостаза
при аномальных маточных кровотечениях пубертатного периода.....46
- С. В. Сердюков*
Иммунологические факторы развития эндометриоза.....48
- Л. В. Степанян, И. П. Малышева, Д. Б. Мединский,
Н. А. Булах, Э. Б. Распопова*
Клинический случай по новой коронавирусной инфекции
у беременной (случай из практики).....49

<i>Л. В. Степанян, С. П. Синчихин, З. А. Цуригова, Н. А. Мурдханова</i> Применение лечебной сульфидно-иловой грязи "Тинакская" в гинекологической практике Астраханской области.....	51
<i>Л. В. Ткаченко, Н. И. Свиридова, Р. Р. Хохлова</i> К вопросу о реабилитации репродуктивной функции после миомэктомии.....	52
<i>Л. В. Ткаченко, И. А. Делеске</i> Гиперплазия эндометрия: новые патогенетические факторы у женщин репродуктивного возраста.....	53
<i>Л. В. Ткаченко, Н. И. Свиридова, С. Г. Шишиморова</i> Региональные особенности инфицированности вирусом папилломы человека у пациенток репродуктивного возраста с цервикальной интраэпителиальной неоплазией легкой степени.....	55
<i>З. А. Цуригова, Л. В. Степанян, С. П. Синчихин</i> Бальнеотерапия при климактерическом синдроме.....	56
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ.....	58

CONTENTS

ORIGINAL INVESTIGATIONS

*Yu. P. Boyko, M. A. Shapovalova, A. V. Shcherbinin,
Kh. Yu. Ugurchieva, I. A. Kashkarova*

Analysis of maternal mortality in the Russian Federation.
The main trends8

Yu. N. Romankova, M. A. Shapovalova

Theoretical aspects of preferential provision of medicines.....16

I. L. Sopova, S. N. Cherkasov, O. I Polozkov

Influence of the level of education on the degree
of responsibility for one's own health.....21

S.N. Cherkasov, G.Yu. Grigor'ev

Dependence of the nature of nutrition on the length
of the competition distance and gender of athletes
aged 40 years and older.....27

OBSERVATION FROM PRACTICE

O. V. Stepanovich, K. S. Seidov, F. R. Asfandiyarov

Our first experience in treating a new coronavirus infection
in patients who underwent kidney transplant surgery
on an outpatient basis.....33

MATERIALS OF THE INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE “ON THE GUARD OF WOMEN'S HEALTH”

E. S. Vlasova, A. V. Mukhina, L. V. Tkachenko

Results of IVF programs in obese women.....39

A. M. Kadykov, A.A. Kiseleva

Determination of clinical and genetic value and prognostic value
polymorphism of the F2-prothrombin gene in women
with recurrent miscarriage.....40

N.A. Kurabekova, N. A. Zharkin

Medical and social problem of pregravid training
youth of the Republic of Dagestan41

N. I. Sviridova, S. N. Maksimov

Endometrial polyps: analysis of the structure and
prevalence in women of reproductive age.....42

N. I. Sviridova, M. I. Khasaeva

Predictive risk factors for the development of violations of productive function
women who have had postpartum infectious complications.....44

V. A. Seykina, S. A. Prokhvatilov, N. A. Zharkin, N. A. Burova

New technology of surgical treatment
genital prolapse in women.....45

M. S. Selikhova, E. S. Zvereva, L. S. Kalacheva

The effectiveness of various methods of hemostasis
with abnormal uterine bleeding during puberty.....46

S. V. Serdyukov

Immunological factors in the development of endometriosis.....48

L. V. Stepanyan, I. P. Malysheva, D. B. Medinskiy,

N. A. Bulakh, E. B. Raspopova

Clinical case for a new coronavirus infection
in a pregnant woman (case from practice).....49

<i>L. V. Stepanyan, S. P. Sinchikhin, Z. A. Tsurigova, N. A. Murdkhanova</i> Application of therapeutic sulphide-silt mud "Tinakskaya" in gynecological practice of the Astrakhan region.....	51
<i>L. V. Tkachenko, N. I. Sviridova, R. R. Khokhlova</i> On the question of the rehabilitation of reproductive function after myomectomy.....	52
<i>L. V. Tkachenko, I. A. Deleske</i> Endometrial hyperplasia: new pathogenetic factors in women of reproductive age.....	53
<i>L. V. Tkachenko, N. I. Sviridova, S. G. Shishimorova</i> Regional features of infection human papillomavirus in patients of reproductive age with mild cervical intraepithelial neoplasia.....	55
<i>Z. A. Tsurigova, L. V. Stepanyan, S. P. Sinchikhin</i> Balneotherapy for climacteric syndrome.....	56
ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES.....	58

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение (медицинские науки)

УДК 614.2

DOI 10.17021/2020.1.3-4.8.16

© Ю. П. Бойко, М. А. Шаповалова, А. В. Щербинин,
Х. Ю. Угурчиева, И. А. Кашкарова, 2020

АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Бойко Юрий Павлович, доктор медицинских наук, доктор политических наук, кандидат юридических наук, кандидат экономических наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского права, общественного здоровья и управления здравоохранением, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, Россия, 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1, стр.1, e-mail: boykoyp@mail.ru

Шаповалова Марина Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-927-284-16-63, e-mail: mshap67@gmail.com.

Щербин Александр Владимирович, врач – нейрохирург, ГБУЗ ГКБ имени В.П. Демикова, Россия, 109263, г. Москва, ул. Шкулева, д. 4, e-mail: sherbinaleksandr@mail.ru

Угурчиева Хяди Юсуповна, заместитель главного врача по лечебной работе, Детская Республиканская клиническая больница, Республика Ингушетия, 386101, г. Назрань, ул. Бакинская, 81, тел. 8-928-695-04-64, e-mail: ugurchieva2014@mail.ru

Кашкарова Ирина Алексеевна, старший преподаватель кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел. 8-927-282-82-40, e-mail: irishakashkarova@mail.ru.

Материнская смертность является важнейшим показателем состояния репродуктивного здоровья женщин, отражающим не только уровень социально – экономического благополучия, но и доступность, безопасность и качество оказываемой акушерско–гинекологической помощи.

На основании официальных статистических данных материнская смертность в Российской Федерации за последние годы имеет тенденцию к снижению, однако все еще остается высокой в сравнении с другими странами.

В обзорной статье проведен анализ структуры материнской смертности в Российской Федерации. Обозначен основной комплекс мер для дальнейшего развития акушерско–гинекологической помощи в регионе.

Ключевые слова: материнская смертность, коэффициент материнской смертности.

ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY IN THE RUSSIAN FEDERATION. THE MAIN TRENDS

Boyko Yuriy P., Dr. Sci. (Med.), Doctor of political Sciences, Professor, Head of the Department of medical law, public health and health management of the Federal State Educational Establishment «Russian medical Academy of continuous education» of the Ministry of Health of the Russian Federation. Address: 125993, Moscow, Barricadnaya str., 2 / 1, p. 1, e-mail: boykoyp@mail.ru

Shapovalova Marina A., Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel: 8-927-284-16-63, e-mail: mshap67@gmail.com.

Shcherbin Aleksandr V., neurosurgeon, Demikhov City Clinical Hospital, Address: 4 Shkuleva str., Moscow, 109263, e-mail: sherbinaleksandr@mail.ru

Ugurchieva Khyadi Yu., Deputy Chief Physician for medical work of the Children's Republican clinical hospital. Address: 81 Bakinskaya str., Nazran, Republic of Ingushetia, 386101. Tel. 8-928-695-04-64, e-mail: ugurchieva2014@mail.ru

Kashkarova Irina A., Senior teacher of the Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel: 8-927-282-82-40, e-mail: irishakashkarova@mail.ru.

Summary: maternal mortality is the most important indicator of women's reproductive health, reflecting not only the level of socio-economic well-being, but also the availability, safety and quality of obstetric and gynecological care. Based on official statistics, maternal mortality in the Russian Federation has been declining in recent years, but still remains high in comparison with other countries. The review article analyzes the structure of maternal mortality in the Russian Federation. The main set of measures for further development of obstetric and gynecological care in the region is outlined.

Key words: *maternal mortality, maternal mortality rate.*

Введение.

Материнская смертность в современных условиях все чаще и чаще рассматривается специалистами в качестве одного из ведущих критериев социально-экономического благополучия общества.

Показатели материнской смертности являются определяющими факторами репродуктивно-демографического потенциала в стране и значительно влияют на воспроизводство населения, что определяет их медико-социальную значимость [4, 9, 10].

Стратегия предотвращения и снижения материнской смертности не может быть реализована без понимания ее основных причин. Одним из значимых факторов снижения материнской смертности является оказание квалифицированной и качественной помощи на всех этапах. Однако, несмотря на модернизацию законодательной базы, высокие квалификационные требования для специалистов сферы акушерства и гинекологии, все ещё возникают проблемы в работе амбулаторных этапов оказания медицинской помощи, их взаимодействии со стационарным этапом, что повышает риски развития urgentных состояний у беременных женщин и формирует материнские потери [2, 3, 6, 7].

Результаты исследования и их обсуждение. По данным Росстата в 2018 году показатель материнской смертности составил 9,1 на 100000 родившихся живыми, что на 3,4 % выше аналогичного показателя 2017 года (8,8 на 100000 родившихся живыми).

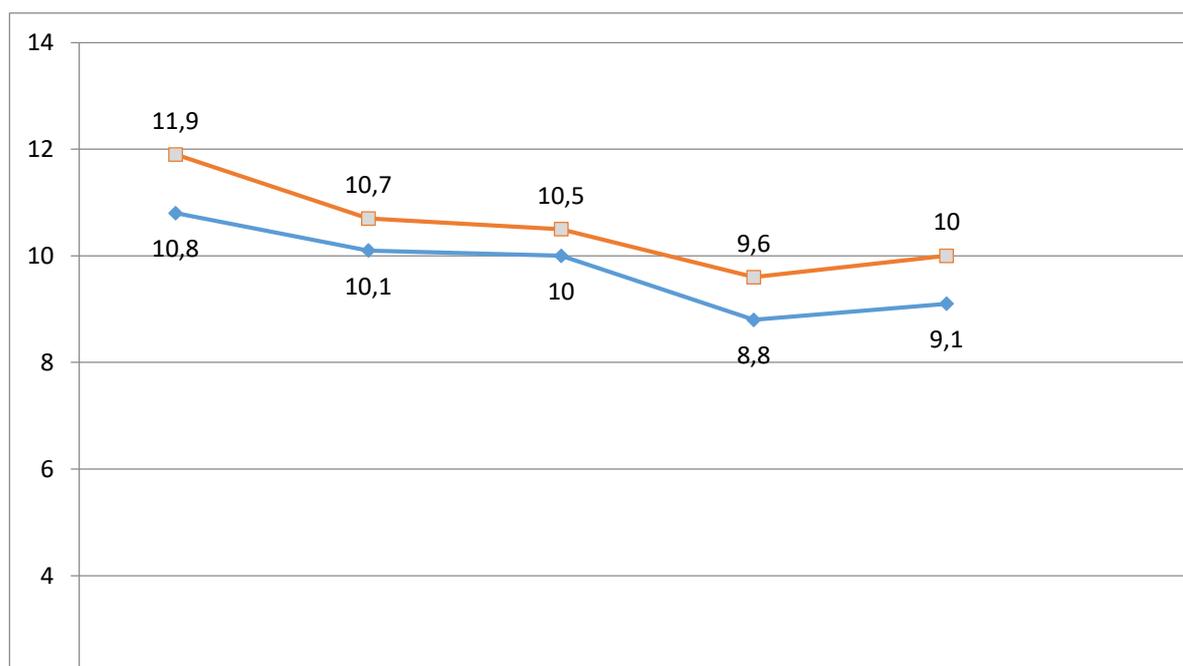


Рис. 1. Динамика показателя материнской смертности в Российской Федерации 2014-2018г. (по данным Росстата и Министерства здравоохранения)

На основании рис. 1. и табл. 1 в Российской Федерации ежегодно происходит недоучет данных материнской смертности и в 2018 г. он составил 15 случаев (9,3 % от общего числа умерших по данным Минздрава России).

Таблица 1

Сравнительные данные Росстата и Минздрава России о числе случаев и показателях материнской смертности в Российской Федерации

Годы	Росстат		Минздрав России		Расхождение данных Росстата по отношению к данным Минздрава России	
	п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	п	% от числа умерших по данным Минздрава России
2014	210	10,8	232	11,9	-22	-9,5
2015	196	10,1	207	10,7	-11	-5,3
2016	188	10,0	199	10,5	-11	-5,5
2017	149	8,8	163	9,6	-14	-8,6
2018	146	9,1	161	10,0	-15	-9,3

Как видно из табл. 1 данные Росстата и Министерства здравоохранения Российской Федерации расходятся, что явилось следствием различных форм учетности.

Наибольшее число неуточненных данных наблюдается в Северо – Кавказском федеральном округе – в статистике Росстата не зарегистрировано 8 случаев материнской смертности (4 в Чеченской Республике, 3 - в Республике Дагестан, 1 - в Республике Ингушетия).

Основной причиной в структуре материнской смертности по данным Росстата в 2018 г. явились экстрагенитальные заболевания (26,0 %) и акушерская эмболия (15,8 %). На третьем месте – другие причины акушерской смерти (14,4 %).

В 2018 г. наблюдался рост материнской смертности от акушерских кровотечений (в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, в родах и в послеродовом периоде), сепсиса во время родов и в послеродовом периоде, разрывов матки и других причин.

Не изменился показатель материнской смертности от непрямых причин акушерской смерти и медицинского аборта. Снижился показатель материнской смертности от преэклампсии и эклампсии, а также от аборта, начатого вне лечебного учреждения.

Таблица 2

Основные причины материнской смертности в Российской Федерации (все население) в 2017-2018гг. (по данным Росстата)

Основные причины материнской смертности	2017			2018		
	п	%	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	п	%	Показатель (на 100000 родившимися живыми)
Внематочная беременность	12	8,1	0,71	6	4,1	0,37
Медицинский аборт	2	1,3	0,12	2	1,4	0,12
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и неустановленный	9	6,0	0,53	8	5,5	0,5
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	18	12,1	1,06	13	8,9	0,81
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	9	6,0	0,53	12	8,2	0,75
Кровотечения в родах и послеродовом периоде	8	5,4	0,47	8	5,5	0,5
Осложнения анестезии	2	1,3	0,12	0	0	0
Сепсис во время родов и послеродовом периоде	8	5,4	0,47	11	7,5	0,69
Акушерская эмболия	23	15,4	1,36	23	15,8	1,43
Разрыв матки	0	0	0	4	2,7	0,35
Другие причины акушерской смерти	18	12,1	1,06	21	14,4	1,31
Непрямые причины акушерской смерти	40	26,9	2,37	38	26,0	2,37
Всего	149	100	8,8	146	100	9,1

Предупреждение и профилактика всех случаев основывается на полной и правильной реализации установок Приказа Минздрава №572н от 01.11.2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Этот документ определяет порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, который включает в себя два этапа: амбулаторный и стационарный. Согласно Приложению №5 к Приказу №572н для оказания первичной медико-санитарной помощи беременным женщинам в амбулаторных условиях создаются женские консультации.

Именно с женской консультации должно начинаться медицинское наблюдение за беременной женщиной. Среди функций консультаций можно выделить ту, которая непосредственно касается поднятой проблемы - диспансерное наблюдение беременных женщин, в том числе выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода [1, 5, 8].

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных. Главным принципом динамического наблюдения за беременными является комплексный подход. В течение беременности женщина должна быть осмотрена врачом-акушером-гинекологом – не менее семи раз, а врачом-терапевтом – не менее двух раз. Именно после качественного осмотра, опроса и сбора анамнеза врач-акушер-гинеколог и врач-терапевт консультации с учетом сопутствующей патологии у женщины должны направить её на приём к профильному специалисту с целью выявления риска развития осложнений в следующих периодах беременности и родах и противопоказаний к дальнейшему течению беременности [10].

К возможным дефектам работы медицинской организации на этом этапе можно отнести: недостаточную квалификацию специалистов, проведение неполного обследования или выбор неверной тактики режима обследования, неправильная трактовка результатов обследований, недостаточная консультативная помощь профильных специалистов, неверная оценка пренатальных факторов риска и их возможной дальнейшей динамики. В результате возможно развитие ситуации, при которой женщина подходит к сроку родов не дообследованной, с риском развития патологических ситуаций для плода и самой роженицы, когда эффективность оказания медицинской помощи максимально мала из-за потерянного времени. Так же возможны случаи, когда беременность была противопоказана женщине, но по каким-то причинам она была доведена до родов. Бывают ситуации, когда при качественном обследовании роженицы нарушена координация между амбулаторными и стационарными этапами оказания акушерско-гинекологической помощи и пациентка не может получить в полном объеме квалифицированную помощь.

Еще одной причиной осложнений беременности может стать поздняя постановка на учет в женскую консультацию. Женщина может просто не знать, что она беременна, она может быть социально неблагополучна и не иметь возможности обратиться в консультацию или просто быть уверенной в том, что ей нет никакой необходимости вставать на учет. Одним из показателей работы женской консультации является показатель ранней постановки на диспансерное наблюдение беременных.

Данные случаи возникают по причине нарушенной этапности оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста.

По данным Минздрава анализ материнской смертности проводится на основании формы 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смертности». В 2018г. показатель материнской смертности по данным Минздрава составил 10,0 на 100000 родившимися живыми (161 случай), что на 4,2 % выше, чем в 2017 г. (9,6 на 100000 родившимися живыми).

Анализ материнской смертности в 2018г. свидетельствует о повышении данного показателя в большинстве Федеральных округов, в Северо – Кавказском на 44,3 % [3].

Максимальный показатель материнской смертности в 2018г. зарегистрирован в Дальневосточном федеральном округе (14,3 на 100000 родившимися живыми) (табл. 3).

**Показатели материнской смертности в федеральных округах 2017-2018г
(по данным Минздрава)**

Федеральные округа	2017			2018			Динамика показателя в 2018 г. к уровню 2017 г.
	Всего умерло п	Доля от общего числа умерших (%)	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	Всего умерло п	Доля от общего числа умерших (%)	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	
Центральный	46	28,2	11,2	38	23,6	9,7	-13,4
Северо - Западный	26	15,9	16,8	15	9,3	10,3	-38,7
Южный	12	7,4	6,6	13	8,1	7,5	+13,6
Северо - Кавказский	13	8,0	8,8	18	11,2	12,7	+44,3
Приволжский	26	15,9	7,9	29	18,0	9,3	+17,7
Уральский	12	7,4	7,7	10	6,2	6,8	-11,7
Сибирский	18	11,0	8,6	24	14,9	12,2	+41,9
Дальневосточный	10	6,1	9,7	14	8,7	14,3	+47,4
Р.Ф.	163	100	9,6	161	100	10,0	+4,2

В структуре причин материнской смертности в 2018 г. отмечено снижение удельного веса умерших после внематочной беременности (с 7,4% в 2017г. до 4,3 % в 2018г.) и после аборта (с 12,3% до 10,6% соответственно) (табл. 4).

Таблица 4

**Структура причин материнской смертности в Российской Федерации в 2014-2018гг.
(с учетом умерших вне стационара)
по данным Минздрава**

Структура материнской смертности	2014		2015		2016		2017		2018	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Умерло всего, в том числе:	232	100	207	100	199	100	163	100	161	100
- после внематочной беременности	5	2,2	7	3,4	5	2,5	12	7,4	7	4,3
-после аборта до 22 недель	30	12,9	31	15,0	26	13,1	20	12,3	17	10,6
-во время беременности, родов и в послеродовом периоде	197	84,9	169	81,6	168	84,4	131	80,4	137	85,1

На основании данных за период 2016-2018г. наблюдается снижение показателей материнской смертности от преэклампсии и эклампсии (на 31,9%), эмболии околоплодными водами на (23,6%), тромбоемболии легочной артерии (21,9%), осложнений анестезии (на 76,9%), прочих акушерских причин (на 42,9). В тоже время нестабильными являются показатели от экстрагенитальных заболеваний, септических осложнений, кровотечений, разрыва матки и воздушной эмболии (табл. 5).

Таблица 5

Число случаев и показатели материнской смертности от основных причин в Российской Федерации

Основные причины материнской смертности	2016		2017		2018	
	Всего умерло п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	Всего умерло п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)	Всего умерло п	Показатель (на 100000 родившимися живыми)
Кровотечения	37	1,96	38	2,25	30	1,87
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	26	1,38	21	1,24	15	0,94

Продолжение таблицы 5

Септические осложнения	23	1,22	14	0,83	20	1,25
Осложнения анестезии	5	0,26	5	0,3	1	0,06
Эмболия околоплодными водами	20	1,06	18	1,06	13	0,81
Тромбоэмболия легочной артерии	12	0,64	7	0,41	8	0,5
Воздушная эмболия	1	0,05	-	-	2	0,12
Разрыв матки	4	0,21	-	-	4	0,25
Прочие акушерские причины	4	0,21	3	0,18	2	0,12
Экстрагенитальные заболевания	67	3,55	57	3,37	66	4,11
Все причины	199	10,54	163	9,64	161	10,03

В структуре причин материнской смертности в 2018 г. первое место заняли экстрагенитальные заболевания, доля которых увеличилась на 6 % по отношению к 2017 г. Второе место кровотечения, удельный вес которых снизился с 23,3 % до 18,6 %, на третье место вышли септические осложнения, доля которых увеличилась с 8,6 до 12,4 % в сравнении с 2017 г.

Одной из не менее актуальной темой является смертность женщин в связи с искусственным прерыванием беременности. По данным Минздрава России общее число аборт в Российской Федерации снизилось с 627127 в 2017 году до 567183 в 2018 году (на 9,6 %) (табл. 6).

Таблица 6

Динамика абортов в Российской Федерации (по данным Минздрава России)

	2014	2015	2016	2017	2018
Общее число абортов (тыс)	814,2	746,7	688,1	627,1	567,2
Показатель на 1000 женщин фертильного возраста	22,8	21,0	19,5	17,9	16,2
Показатель на 100 родившихся живыми и мертвыми	42,3	38,9	36,8	37,5	35,7

В 2018 сохранилась тенденция снижения случаев материнской смертности после абортов (с 26 в 2016 году до 20 в 2017 году и 17 в 2018 году) (рис. 2).

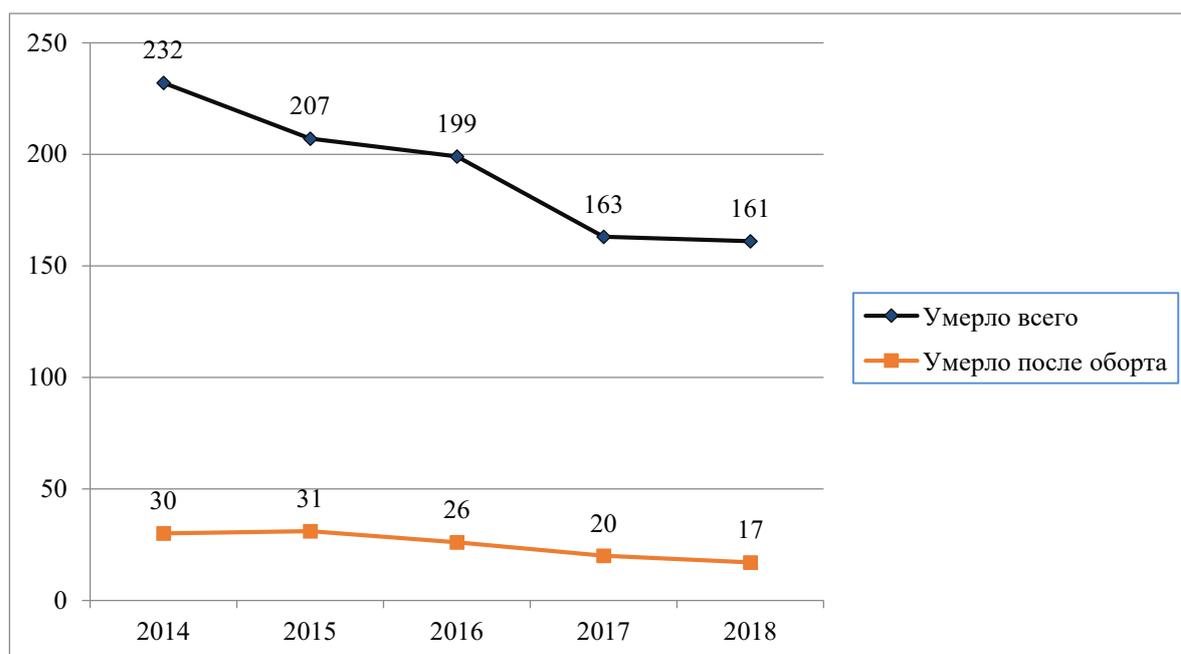


Рис. 2. Число случаев материнской смертности, в том числе после абортов, в Российской Федерации, 2014-2018гг.

В Северо–Кавказском Федеральном округе (СКФО) показатель материнской смертности в 2018 г. увеличился. Значительный рост материнской смертности наблюдается в Республике Дагестан 10,0, что связано с дефектами наблюдения за беременными женщинами, отсутствия раннего выявления осложнений при беременности, а также несоблюдением в полной мере рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации (табл. 7).

Таблица 7

Абсолютное число случаев материнской смертности в субъектах СКФО (2015-2018гг.)

Субъекты СКФО	Число случаев материнской смертности			
	2015	2016	2017	2018
Чеченская Республика	9	10	6	5
Республика Северная Осетия - Алания	0	0	0	0
Республика Дагестан	7	6	3	10
Карачаево – Черкесская Республика	0	0	0	0
Кабардино – Балкарская Республика	1	0	1	1
Республика Ингушетия	1	0	0	1
Ставропольский край	2	2	3	1
Всего	20	18	13	18

По результатам региональной комиссии по разбору материнской смертности (всего 18 случаев) признаны непредотвратимыми 11 случаев, условно предотвратимыми – 4, 3 случая предотвратимыми (табл. 8).

Так же необходимо отметить, что качество оценки причин материнской смертности в Чеченской Республике, Республике Дагестан низкое, так как в 100% случаев не производится патологоанатомическое вскрытие.

Таблица 8

Количество случаев материнской смертности в зависимости от причин в субъектах СКФО в 2018 году

Субъекты СКФО	Всего	Отеки, протеинурия, гипертензивн. расстройства	Кровотечение в родах и послеродовом периоде	Сепсис во время родов и в послеродовом периоде	Акушерская эмболия	Прочие	Экстрагенитальные заболевания
Чеченская Республика	5	1		2	1	1	
Республика Дагестан	10	1	1	1	2	2	3
Кабардино – Балкарская Республика	1				1		
Республика Ингушетия	1						
Ставропольский край	1				1		
Всего	18	2	1	4	5	3	3
	100	11,1	5,6	22,2	27,7	16,7	16,7

В Республике Ингушетия показатель материнской смертности с 2015 года остается на низком уровне благодаря внедрению международных клинических и региональных клинических протоколов, основанных на принципах доказательной медицины, телемедицинских технологий, мониторинга беременных групп высокого риска. Функционирование трехуровневой системы оказания помощи беременным и родильницам, круглосуточных служб экстренной медицинской помощи; диспансеризация женского населения акушерками ФАП, использование современных перинатальных технологий — совместное пребывание матери и ребенка, партнерские роды, повышение квалификации медицинских работников – все это привело к значительному снижению и поддержанию на низком уровне показателей материнской смертности в регионе

Выводы. В Российской Федерации показатель материнской смертности за последние 3 года имеет стойкую динамику снижения, что сопряжено с изменением ее структуры и преобладанием неуправляемых причин (экстрагенитальных заболеваний, осложнений анестезии, эмболии

околоплодными водами). В территориях со средним и высоким показателями материнской смертности продолжают доминировать кровотечения, преэклампсия, родовой сепсис, что в большей степени можно относить к управляемым причинам.

Мероприятия по снижению материнской смертности в регионах требуют дифференцированного подхода в зависимости от уровня ее коэффициента. Резервом снижения материнской смертности в регионах с ее низким и средним показателями является повышение экономического благосостояния региона с акцентом на увеличение доходов самого населения и разработка мер социальной поддержки женщин-мигрантов. Для снижения материнской смертности в регионах с ее высоким уровнем необходимо функционирование трехуровневой системы оказания помощи беременным и родильницам, применение (адаптирование) международных клинических протоколов и телемедицинских технологий.

Список литературы

1. Евлоева, П. М. Медико-демографическая ситуация в Чеченской республике и республике Ингушетия в 2005-2010 гг. // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11. – № 5. – С. 12–18.
2. Линденбратен, А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи. Здравоохранение. – 2015. - № 2. – С. 74–78.
3. Меметов, С. С. Независимая система оценки качества работы медицинских учреждений / С. С. Меметов, Л. Ю. Балеко, Ю. П. Бойко, Е. А. Гордиенко, О. В. Василенко, В.В. Святкина // Научно-практический медицинский журнал «Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии». – 2015. – №4. – С. 21–24.
4. Плавунув, Н. Ф. Анализ экономических реформ российского здравоохранения / Н. Ф. Плавунув, Ю. П. Бойко, И. Г. Галь // Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». – 2014. – № 3.
5. Соловьева Г. В., Серебренникова Т. Е. Генетический груз в структуре младенческой смертности: оценка, динамика, перспективы / Г. В. Соловьева, Т. Е. Серебренникова // Практическая медицина. – 2013. – Т. 6. – № 72. – С. 100–102.
6. Трифонова Н. Ю., Плавунув Н.Ф., Бойко Ю.П., Галь И.Г. Принципы управления качеством медицинской помощи «Здравоохранение РФ» 2015. Т. 59, № 2, С. 4–7.
7. Хетагурова, А. К. Управление качеством в медицине: учебное пособие / А. К. Хетагурова, М. А. Шаповалова, Л. А. Огуль, И. А. Кашкарова, Н. В. Горелова // Астрахань, 2015, 79 с.
8. Шаповалова, М. А. Финансирование многопрофильной больницы / М. А. Шаповалова, В. П. Аношко // В сборнике: Учётно-аналитические инструменты прогнозирования экономической безопасности инновационного развития территорий. Материалы III Международной научной конференции. Ответственный редактор: А.В. Тараскина. – 2010. – С. 182.
9. McCarter D., MacLeod C. E. What Do Women Want? Looking Beyond Patient Satisfaction. Nurs Womens Health. 2019, Vol. 23, no. 6, P. 478–484.
10. Zamani P., Ziaie T., Lakeh N. M., Leili E. K. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. Midwifery. 2019, Vol. 75, P. 146–151.

References

1. Evloeva P. M. Mediko-demograficheskaja situacija v Chechenskoj respublike i respublike Ingushetija v 2005-2010 g. [Medico-demographic situation in the Chechen Republic and the Republic of Ingushetia in 2005-2010]. Voprosy sovremennoj pediatrii. [Questions of modern pediatrics], 2012, vol. 11, no. 5, pp. 12–18.
2. Lindenbraten A. L. Metodicheskie podkhody k otsenke kachestva organizatsii meditsinskoj pomoshchi [Methodological approaches to assessing the quality of medical care organization]. Zdravookhranenie [Healthcare], 2015, no. 2, pp. 74–78.
3. Memetov S. S., Baleko L. Ju., Bojko Ju. P., Gordienko E. A., Vasilenko O. V., Svjatkina V. V. Nezavisimaja sistema ocenki kachestva raboti medicinskih uchrezhdenij. [An independent system for assessing the quality of the work of medical institutions.]. Nauchno-prakticheskij medicinskij zhurnal «Vestnik vsrossijskogo obshhestva specialistov po mediko-social'noj jekspertize, rehabilitacii i reabilitacionnoj industrii» [Scientific and practical medical journal "Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry"], 2015, no.4, pp. 21–24.
4. Plavunov N. F., Bojko Ju. P., Gal' I. G. Analiz jekonomicheskikh reform rossijskogo zdravooxranenija. [Analysis of economic reforms in Russian healthcare.] Jelektronnyj nauchnyj zhurnal «Sovremennye problemy nauki i obrazovanija» [Electronic scientific journal "Modern problems of science and education"], 2014, no. 3.
5. Solov'eva G. V., Serebrennikova T. E. Geneticheskij gruz v strukture mladencheskoj smertnosti: ocenka, dinamika, perspektivy. [Genetic burden in the structure of infant mortality: assessment, dynamics, prospects.] Prakticheskaja medicina. [Practical medicine.], 2013, vol. 6, no. 72, pp. 100–102.

6. Trifonova N.Ju., Plavunov N.F., Bojko Ju.P., Gal' I.G. Principy upravlenija kachestvom medicinskoj pomoshhi. [Principles of quality management of medical care] «Zdravooхранenie RF». ["Healthcare of the Russian Federation"], 2015, vol. 59, no. 2, pp. 4–7.
7. Khetagurova, A. K., Shapovalova M. A., Ogul' L. A., Kashkarova I. A., Gorelova N.V. Upravlenie kachestvom v meditsine: uchebnoe posobie [Quality management in medicine: a textbook], Astrakhan', 2015, 79 p.
8. Shapovalova M. A., Anopko V. P. Finansirovanie mnogoprofil'noy bol'nitsy [Multi-specialty hospital funding]. V sbornike: Uchetno-analiticheskie instrumenty prognozirovaniya ekonomicheskoy bezopasnosti inno-vatsionnogo razvitiya territoriy. Materialy III Mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii [In the collection: accounting and analytical tools for forecasting the economic security of innovative development of territories. Proceedings of the III International scientific conference]. Otvetstvennyy redaktor: A.V. Taraskina, 2010, pp. 182.
9. McCarter D., MacLeod C. E. What Do Women Want? Looking Beyond Patient Satisfaction. Nurs Womens Health, 2019, vol. 23, no. 6, pp. 478–484.
10. Zamani P, Ziaie T, Lakeh NM, Leili EK. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. Midwifery, 2019, vol. 75, pp. 146–151.

14.04.03 – Организация фармацевтического дела (фармацевтические науки)

УДК 614.27.

DOI 10.17021/2020.1.3-4.16.21

© Ю. Н. Романкова, М. А. Шаповалова, 2020

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Романкова Юлия Николаевна, ассистент кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-903-347-10-63, e-mail: romankova.jn@mail.ru.

Шаповалова Марина Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-927-284-16-63, e-mail: mshap67@gmail.com.

Главной целью модернизации Российского здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, при этом важнейшей социально-значимой составляющей данной задачи является рациональное обеспечение граждан Российской Федерации (РФ) необходимыми эффективными и качественными лекарственными средствами. Лекарственное обеспечение льготных категорий граждан на территории РФ осуществляется на федеральном и территориальном уровнях. Главный приоритет в работе фармацевтических организаций это социальная направленность, забота о доступности лекарственной помощи для всех слоев и категорий граждан РФ. Для льготного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан из бюджетов всех уровней ежегодно выделяются финансовые средства, однако их величина не позволяет в полном объеме в соответствии с потребностью пациентов обеспечить их лекарственными средствами и медицинскими изделиями.

Проблема совершенствования механизма оказания полноценной лекарственной помощи для льготных категорий населения продолжает оставаться чрезвычайно актуальной на протяжении нескольких лет, так как затрагивает интересы социально уязвимой части населения.

Ключевые слова: льготное население, льготное лекарственное обеспечение, финансирование, обеспечения необходимыми лекарственными средствами.

THEORETICAL ASPECTS OF PREFERENTIAL PROVISION OF MEDICINES

Romankova Yuliya N., Assistant of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel: 8-903-347-10-63, e-mail: romankova.jn@mail.ru.

Shapovalova Marina A., Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel: 8-927-284-16-63, e-mail: mshap67@gmail.com.

The main goal of modernizing Russian healthcare is to increase the availability and quality of medical care for the

general population, while the most important socially significant component of this task is the rational provision of citizens of the Russian Federation (RF) with the necessary effective and high-quality medicines. Drug provision for privileged categories of citizens in the territory of the Russian Federation is carried out at the Federal and territorial levels. The main priority in the work of pharmaceutical organizations is social orientation, concern for the availability of medical care for all layers and categories of citizens of the Russian Federation. Financial resources are allocated annually from the budgets of all levels to provide preferential medical care for privileged categories of citizens, but their size does not allow them to provide medicines and medical devices in full in accordance with the needs of patients.

The problem of improving the mechanism for providing full-fledged medical care for privileged categories of the population continues to be extremely relevant for several years, as it affects the interests of the socially vulnerable part of the population.

Key words: *preferential population, preferential drug provision, financing of provision of necessary medicines.*

Введение. Совершенствование системы здравоохранения – важнейшее условие успешной реализации стратегии социально-экономического развития страны, состояние здоровья населения — одна из ключевых целей этого развития. Существующая экономическая ситуация значительно обострила проблемы льготного лекарственного обеспечения жителей России. Главное следствие – это нехватка денежных средств в связи с удорожанием медикаментов, изменением числа льготников, методик лечения больных, основанных на распоряжениях федеральных центров и учреждений здравоохранения.

Обеспечение жителей льготными лекарствами – инструмент социальной поддержки той части населения, которое имеет право на получение помощи от государства. Особую значимость приобретает финансовая составляющая обеспечения медикаментами с учётом трёх факторов: стоимости лекарств, способности населения приобретать их и денежных вливаний в сферу здравоохранения от государства.

Главной сложностью льготного обеспечения жителей медикаментами выступает неудовлетворительный объём финансирования в бюджетах всех уровней. В связи с этим государство не всегда может в достаточном объёме обеспечить льготников, что приводит к отрицательным последствиям для их здоровья и жизни. Наиболее проблемным блоком является обеспечение государством населения необходимыми лекарствами, в случаях, когда оно гарантировано законами Российской Федерации.

Цель: изучить деятельность аптечной организации «Центральная районная аптека № 71 г. Астрахани» по программе обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) и определить пути ее совершенствования.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были использованы методы: сравнения, аналитической и статистической группировки данных, графического отображения, абсолютных и статистических величин. Предметом анализа явились реестры ЛС по льготным рецептам, а также статистические данные.

Результаты исследования и их обсуждение. Постоянно растёт число хронических заболеваний, приводящих к необходимости регулярной медицинской помощи. При этом повышение качества и доступности лечения затрудняется тем, что основные медикаменты постоянно дорожают, и в отрасли значительную долю занимают дорогие зарубежные препараты, для которых нет российских аналогов.

Способность граждан получать и приобретать современные и высокоэффективные лекарства с учётом баланса интересов всех заинтересованных сторон, включая систему обязательного медицинского страхования, является важнейшей целью государственной политики. Так как медицинские препараты составляют подавляющую долю назначений врачей, именно они выступают основой процесса лечения.

В нашей стране по программе государственных гарантий бесплатного оказания медпомощи населению в стационаре (в т. ч. дневном) все пациенты получают лекарства бесплатно. Что же касается амбулаторных условий, то в данном случае выделяются конкретные группы населения, имеющие право на льготное лекарственное обеспечение, которое оплачивается бюджетами регионов и Российской Федерации.

Начиная с 2007 года, льготник вправе сам выбрать способ получения льготы: денежные средства или лекарства по рецептам. По статистике в России около 20 миллионов человек имеют право на бесплатные, так называемые льготные, лекарства. Одним из устойчивых трендов стал массовый выход граждан из программы льготного лекарственного обеспечения. К 2018 году 76 % льготников вышли из данной программы. В 2019 году этот показатель вырос на 3 % и составил 79 %. В ряде субъектов количество льготников, которые отказались от данного вида помощи, превышает 90 %.

Главная причина в непростой ситуации с получением населением льготных медикаментов. По итогам четырех месяцев 2019 года по программе «ВЗН» было выписано и обеспечено 289 тысяч рецептов на общую сумму около 15 млрд рублей. В нынешнем году дополнительно 15 млн граждан, отно-

сящихся к льготной категории по еще пяти высокозатратным нозологиям, должны быть обеспечены лекарствами на общую сумму 22 млрд рублей. При этом около 9 тысяч рецептов, предъявленных, но не отоваренных в аптеке, находятся на отсроченном обслуживании.

За тот же период за счет региональных бюджетов было обеспечено льготными лекарствами еще 15 млн. пациентов на примерно такую же сумму – 22 млрд. рублей. На отсроченном обеспечении – 10,5 тысяч рецептов (менее 1 % в целом по стране). Наибольшее количество отсроченных рецептов в Республике Мордовия (более 2,5 %), Удмурдской республике (0,8 %), в Севастополе (0,75 %).

Очень велико количество выписанных, но не обеспеченных и не поставленных на отсроченное обеспечение рецептов. По этим рецептам лекарственные препараты так и не были получены. На сегодняшний день таких рецептов в Ульяновской области – 40 % от общего количества, во Владимирской области – 11 %, в Республике Крым – 20 %. Тяжелая ситуация и в ряде других регионов. И это повторяется из года в год.

Обеспечение жителей России лекарствами производится в соответствии с выполнением нижеследующих социальных обязательств:

- Государственная социальная помощь отдельным категориям населения в соответствии с Федеральным законом № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

- Лекарственное обеспечение граждан из групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой, проводимое согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890.

- Обеспечение лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ.

- Обеспечение лекарственными препаратами для лечения отдельных социально значимых заболеваний (ВИЧ, туберкулез) согласно Федеральному закону № 323-ФЗ.

- Реализация государственной политики в области иммунопрофилактики, предусмотренной Федеральным законом №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний»

- Обеспечение лекарствами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ.

В июле 2020 года Владимир Путин подписал закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания». Согласно документу, льготные пациенты будут обеспечены всеми препаратами из перечня ЖНВЛП. Закон был внесен в Государственную думу в феврале 2020 года. Одним из его главных пунктов является создание в России Единого реестра лиц, получающих льготные лекарственные препараты и специализированное лечебное питание. Такой регистр должен объединить федеральные и региональные списки льготников.

Ожидается, что все льготники будут снабжаться согласно единому перечню наименований лекарств. Исходно он будет включать перечень 778 жизненноважных препаратов. Стоит добавить, что государство регулирует цены по этому списку на целый год. В будущем данный перечень станет каждый год увеличиваться как за счёт появления новых лекарств, так и путём включения в него болезней, при которых льготник сможет получать медикаменты бесплатно. Вместе с тем останется возможность для регионов за свой счёт выдавать местным жителям лекарства сверх федерального списка.

В ходе исследования были проведены следующие виды практических исследований.

- Проведение анализа информационной структуры льготного лекарственного обеспечения в г. Астрахань. Изучен механизм обеспечения лекарствами льготных категорий населения. Обнаружено, что за период 2017-2018 гг. по федеральным льготам в Астраханской области обеспечены лекарственными препаратами 10668 человек, выписано 68038 рецептов на сумму 176527,63 тыс. рублей. В рамках региональной льготы обеспечено 39168 человек, выписано 431161 рецептов на сумму 513156,80 тыс. рублей.

- Сравнение категорий населения, имеющих право на обеспечение необходимыми лекарственными средствами, показало, что суммарно за 2018 г. в ГПАО «ЦРА №71» обслуживалось 9 категорий населения по федеральной льготе и 10 категорий населения по региональной льготе.

• Анализ распределения рецептов по льготным лекарственным препаратам показал, что ЦРА №71 за 2018 г. отпустила таких медикаментов по 37903 рецептам, в т.ч. 23990 рецептов (63,29 %) по федеральному финансированию и 13913 рецептов (36,71 %) по региональному. Общая сумма медикаментов, выданных льготникам в 2018 г. составила 26 868 014,79 руб., в т.ч. 15.984.110,67 руб. (59,49 %) из федерального бюджета и 26 868 014,79 руб. (40,51 %) из регионального. Средняя сумма рецепта по федеральному финансированию была 666,28 руб., а по региональному – 782,28 руб.

Заключение. По итогам выполненных исследований были обнаружены такие проблемы как:

1. Основная сложность программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами – это нехватка средств. Расчётные показатели не обеспечивают компенсацию затрат на большую часть серьёзных болезней.

2. Был сломан принцип солидарной страховой ответственности, который и лежал в основе программы лекарственного обеспечения: здоровые граждане оплачивают лечение болеющих в данный момент. Сбой произошёл с 2006 г., когда многие, кто имел право на социальные льготы от государства, выбрали монетизацию льгот, заменив, таким образом, лекарственное обеспечение получением прямых выплат, а в программе в большинстве своём остались имеющие серьёзные болезни и, как следствие, потребность в регулярном получении препаратов.

3. При том, что число льготников динамично, масштаб выделяемых средств в течение года стабильно и негибок.

4. Операционные проблемы по логистике запасов лекарственных средств, бюджетным потокам, выписке рецептов.

5. Существуют сложности в коммуникации всех сторон, участвующих в программе обеспечения необходимыми лекарственными средствами. Необходимо формирование общего информационного поля, включающего среди прочих медучреждения, аптеки, органы власти, дистрибьюторов лекарств. Это поможет систематизировать закупки востребованных препаратов и избежать проблем с поставками.

Соответственно, для устранения недостатков с обеспечением лекарственными препаратами и, как следствие, повышения доступности медицинской помощи в России, следует разработать способы системного улучшения эффективности на уровне всего государства. Прежде всего, с учётом существующих социально-экономических факторов, следует повысить контроль органов власти за качеством расходования средств бюджетов всех уровней.

В качестве рекомендаций можно предложить:

1. Пересмотреть позиции по монетизации льгот, оптимизировать численность льготников, исключить из их числа повторных получателей, расширить перечни лекарственного обеспечения льготников в регионах.

2. Рассмотреть способы привлечения внебюджетного финансирования, а также иные инструменты, которые помогут населению реализовать право на получение медицинских препаратов.

3. Перевести обеспечение лекарствами пациентов с серьёзными патологиями, которые приводят к необходимости затратного лечения, например, бронхиальная астма, онкология, сахарный диабет, на федеральный уровень, совершенствовать нормативно-правовые акты отрасли и поддержать российское фармацевтическое производство.

Список литературы

1. Бондарев, В. А., Бережливая медицина как отраслевой вариант бережливого производства / В. А. Бондарев, Л. Р. Корецкая, М. А. Шаповалова // Главный врач: Хозяйство и право. – 2015. – № 5. – С. 24–29.

2. Красильникова, Е. Ю. Доступность медицинской помощи и лекарственного обеспечения пациентам с редкими (орфанными) заболеваниями, не включенными в льготные государственные программы федерального и регионального уровней. / Е. Ю. Красильникова, Н. С. Смирнова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019. – № 7–8. – С. 17–27.

3. Манеева, Е. С. Клинико-экономический анализ номенклатуры лекарственных препаратов, предназначенных для льготного обеспечения отдельных категорий граждан / Е. С. Манеева, Е. В. Елисеева // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2016. – № 4 (61). – С. 84–86.

4. Письменная, Е. Е. Доступность и качество медицинских услуг в российской системе здравоохранения // Портал cyberleninka.ru. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/dostupnost-i-kachestvo-meditsinskih-uslug-v-rossiyskoj-sisteme-zdravoohraneniya>, свободный – Заглавие с экрана. – Яз. рус. – Дата обращения: 15.10.2020.

5. Приказ Минздрава России от 13.02.2013 N 66 (ред. от 10.09.2019) "Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации" Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&ts=5117275750285239361534827>, свободный – Заглавие с экрана. – Яз. рус. – Дата обращения: 15.10.2020.

6. Распоряжение Министерства здравоохранения Астраханской области от 24.05.2019 № 555р "Об утверждении ведомственной целевой программы "Совершенствование оказания медицинской помощи в Астраханской области" на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов" Режим доступа: <https://minzdravao.ru/document/25588>, свободный – Заглавие с экрана. – Яз. рус. – Дата обращения: 15.10.2020.
7. Сура, М. В. Ограничительные перечни лекарственных препаратов, нормативно-правовое регулирование, выполняемые функции, источники финансирования, правила формирования. Фармакоэкономика/ М. В.Сура // Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2017. – №10(1).– С. 46–56.
8. Улумбекова, Г. Э. Подходы к формированию проекта Национальной лекарственной политики. Часть 2/ Г. Э. Улумбекова, А. В. Калашникова, Г. М. Ахметова // Оргздрав. Вестник ВШОУЗ – 2019. Портал www.vshouz.ru. Режим доступа: https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/?PAGEN_1=2, свободный – Заглавие с экрана. – Яз. рус. – Дата обращения: 15.10.2020.
9. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2020) Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req>, свободный – Заглавие с экрана. – Яз. рус. – Дата обращения: 15.10.2020.
10. Федеральный закон от 17.07.1999 N 178-ФЗ (ред. от 24.04.2020) "О государственной социальной помощи" Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/, свободный– Заглавие с экрана. – Яз. рус. – Дата обращения: 15.10.2020.
11. Шаповалова М. А. ABC- и VEN-анализы затрат на лекарственные средства и медицинских затрат на лечение пациента. / М. А. Шаповалова, Л. Р. Корецкая // Фармакоэкономика. – Москва – 2014; Т. 7, № 1. – С. 18–19.
12. Simeons S. Pricing and Reimbursement of Orphan Drugs: The Need for More Transparency // Orphanet Journal of Rare Diseases. — June 2011. — Vol. 6 (42). — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3132155/>.

References

1. Bondarev V. A., Koretskaya L. R., Shapovalova M. A. Berezhlivaya meditsina kak otraslevoy variant bezhlivogo proizvodstva [Lean medicine as an industry variant of lean production]. *Glavnyy vrach: Khozyaystvo i pravo* [Chief physician: Economy and law], 2015, no. 5, pp. 24–29.
2. Krasilnikova E. Yu., Smirnova N. S. Dostupnost' meditsinskoj pomoshchi i lekarstvennogo obespecheniya patsientam s redkimi (orfannymi) zabolevaniyami, ne vkluchennymi v l'gotnyegosudarstvennye programmy federal'nogo I regional'nogourovney [Accessibility of medical care and drug provision to patients with rare (orphan) diseases that are not included in preferential state programs at the Federal and regional levels]. *Problemy standartizatsii v zdra-vookhraneni* [Problems of standardization in healthcare], 2019, no. 7–8, pp. 17–27.
3. Maneeva E. S., Eliseeva E. V. Kliniko-ekonomicheskij analiz nomenklatury lekarstvennykh preparatov, prednaznachennykh dlya l'gotnogo obespecheniya otdel'nykh kategoriy grazhdan [Clinical and economic analysis of the nomenclature of medicines intended for preferential provision of certain categories of citizens]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal* [Pacific medical journal]. 2016; no. 4 (61), pp. 84–86.
4. Pismennaya E. E., Mozhenkova E. M. Dostupnost' i kachestvo meditsinskikh uslug v rossiyskoy sisteme zdra-vookhraneniya [Accessibility and quality of medical services in the Russian health care system]. Portal cyberleninka.ru. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/dostupnost-i-kachestvo-meditsinskikh-uslug-v-rossiyskoy-sisteme-zdravoohraneniya> (accessed 15 October 2020).
5. Prikaz Minzdrava Rossii ot 13.02.2013 N 66 (red. ot 10.09.2019) "Ob utverzhenii Strategii lekarstvennogo obespecheniya naseleniya Rossiyskoy Federatsiina period do 2025 goda i plana ee realizatsii" [Order of the Ministry of Health of Russia of 13.02.2013 N 66 (as amended on 10.09.2019) "On approval of the strategy of drug supply to the population of the Russian Federation for the period up to 2025 and its implementation plan"] Available at: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&ts=5117275750285239361534827> (accessed 15 October 2020).
6. Rasporyazhenie ministerstva zdra-vookhraneniya Astrakhanskoy oblasti ot 24.05.2019 № 555r "Ob utverzhenii vedomstvennoy tselevooy programmy "Sovershenstvovanie okazaniya meditsinskoj pomoshchi v Astrakhanskoy oblasti" na 2019 god i planovyy period 2020 i 2021 godov" [Order of the Ministry of Health of the Astrakhan region of 24.05.2019 N 555r "On approval of the departmental target program "Improvement of medical care in the Astrakhan region" for 2019 and the planning period of 2020 and 2021"] Available at: <https://minzdravao.ru/document/25588> (accessed 15 October 2020).
7. Sura M.V. Ogranichitel'nye perechni lekarstvennykh preparatov, normativno-pravovoe regulirovanie, vypolnyaemye funktsii, istochniki finansirovaniya, pravila formirovaniya. Farmakoekonomika [Restrictive lists of medicines. legal regulation, functions performed, sources of funding, rules of formation. Pharmacoeconomics]. *Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya* [Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology], 2017, no. 10(1), pp. 46–56.
8. Ulumbekova G. E., Kalashnikova A. V., Akhmetova G. M. Podkhody k formirovaniyu proekta Natsional'noy lekarstvennoy politiki. Chast' 2 [Approaches to the formation of the National drug policy project. Part 2]. Portal www.vshouz.ru. Available at: https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/?PAGEN_1=2 (accessed 15 October 2020).
9. Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ (red. ot 31.07.2020) "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii" [Federal Law of 21.11.2011 N 323-FZ (as amended on 31.07.2020) "On the basics of public health

protection in the Russian Federation"]: Available at <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req> (accessed 15 October 2020).

10. Federal'nyy zakon ot 17.07.1999 N 178-FZ (red. ot 24.04.2020) "O gosudarstvennoysotsial'noypomoshchi" [Federal Law of 17.07.1999 N 178-FZ (as amended on 24.04.2020) "On state social assistance"] Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/ (accessed 15 October 2020).

11. Shapovalova M. A., Koretskaya L. R. AVS- i VEN-analzy zatrat na lekarstvennye sredstva i meditsinskikh zatrat na lechenie patsienta [ABC - and VEN-analyses of drug costs and medical costs for patient treatment]. *Farmakoeconomika* [Pharmacoeconomics], 2016; volume 7, no. 1, pp. 18–19.

12. Simeons S. Pricing and Reimbursement of Orphan Drugs: The Need for More Transparency // *Orphanet Journal of Rare Diseases*. — June 2011. — vol. 6 (42). — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3132155/>.

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение (медицинские науки)

УДК 614.2:613.9

DOI 10.17021/2020.1.3-4.21.26

© И. Л. Сопова, С. Н. Черкасов, О. И. Полозков, 2020

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ НА СТЕПЕНЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ОТНОШЕНИИ СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Сопова Ирина Леодоровна, соискатель ученой степени, ФГБУН «Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова» РАН, Россия, 117997, г. Москва, Профсоюзная, д. 65, тел.: (495) 334-89-10, e-mail: sopovair@yandex.ru.

Черкасов Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, ФГБУН «Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова» РАН, Россия, 117997, г. Москва, Профсоюзная, д. 65, тел.: (495) 334-89-10, e-mail: cherkasovsn@mail.ru, orcid.org/0000-0003-1664-6802.

Полозков Олег Игоревич, соискатель ученой степени, ФГБУН «Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова» РАН, Россия, 117997, г. Москва, Профсоюзная, д. 65, тел.: +7 (495) 334-89-10, e-mail: polozkovoleg50332@cloud.com, orcid.org/0000-0002-1105-4552.

Цель исследования. Изучить влияние уровня образования на степень ответственности в отношении собственного здоровья у женщин репродуктивного возраста.

Материалы исследования. В исследуемую группу было включено 566 небеременных женщин в возрасте 18–49 лет. Данные получены путем анонимного анкетирования по доработанной авторами анкете «Исследование социальных детерминант здоровья». В первую группу сравнения включили 306 женщин имеющих высшее или незаконченное высшее образование (высокий образовательный статус). Во вторую группу сравнения включили 260 женщин имеющих среднее или средне-специальное образование (более низкий образовательный статус). Каждая из описанных выше групп была разделена еще на четыре подгруппы по возрастному признаку на 4 подгруппы.

Результаты исследования. Подавляющее большинство женщин репродуктивного возраста независимо от уровня полученного образования, считают себя ответственными за свое здоровье, хотя защиту своих прав как пациента в большинстве своем возлагают на органы государственной власти и, в меньшей степени, на страховые медицинские организации. Некоторую популярность среди исследуемого контингента имеют и юридические фирмы, которым доверяет каждая шестая опрошенная женщина репродуктивного возраста. Высокая степень ответственности и допускаемая солидарность с органами государственной власти и страховыми медицинскими организациями позволяет планировать мероприятия по сохранению и укреплению здоровья женщин репродуктивного возраста на основе кооперации усилий самого человека и институтов системы здравоохранения и государства.

Ключевые слова: детерминанты здоровья, женщины репродуктивного возраста, отношение к здоровью.

INFLUENCE OF THE LEVEL OF EDUCATION ON THE DEGREE OF RESPONSIBILITY FOR ONE'S OWN HEALTH

Sopova Irina L., degree seeker, V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of Russian Academy of Sciences, 65 Profsoyuznaya St., Moscow, 117997, Russia, tel.: +7 (495) 334-89-10, e-mail: sopovair@yandex.ru.

Cherkasov Sergey N., Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Scientist, Chief Research Associate, V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of Russian Academy of Sciences, 65 Profsoyuznaya St., Moscow,

117997, Russia, tel.: +7 (495) 334-89-10, e-mail: cherkasovsn@mail.ru, orcid.org/0000-0003-1664-6802.

Polozkov Oleg I., degree seeker, V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of Russian Academy of Sciences, 65 Profsoyuznaya St., Moscow, 117997, Russia, tel.: (495) 334-89-10, e-mail: polozkovo-leg50332@cloud.com, orcid.org/0000-0002-1105-4552.

The purpose of the study. To study the impact of the level of education on the degree of responsibility for their own health in women of reproductive age.

Research materials. The study group included 566 non-pregnant women aged 18-49 years. The data were obtained by an anonymous survey on the questionnaire "Research of social determinants of health", which was finalized by the authors. The first comparison group included 306 women with higher or incomplete higher education (high educational status). The second comparison group included 260 women with secondary or specialized secondary education (lower educational status). Each of the groups described above was divided into four more subgroups by age into 4 subgroups.

Results of the study. The vast majority of women of reproductive age, regardless of the level of education received, consider themselves responsible for their health, although the protection of their rights as a patient is mostly entrusted to state authorities and, to a lesser extent, to medical insurance organizations. Law firms, which are trusted by one in six women of reproductive age, also have some popularity among the studied population. A high degree of responsibility and permissible solidarity with state authorities and medical insurance organizations allows planning measures to preserve and strengthen the health of women of reproductive age on the basis of cooperation between the efforts of the individual and the institutions of the health system and the state.

Key words: *determinants of health, women of reproductive age, attitude to health.*

Введение. Достижение высокого уровня здоровья населения крайне сложная задача, решение которой связано с необходимостью понимания механизмов формирования не только самого здоровья как объективной категории, но и субъективного отношения к нему самого человека [2, 6, 7, 15, 16].

Отношение к собственному здоровью во многом определяет его качество. Элементы здоровья сохраняющего поведения можно рассматривать как необходимое условие, при котором формируется «здоровый образ» жизни, и факторы риска выражены минимально. В основе такого стиля поведения обязательно должна лежать твердая установка на ответственное отношение к своему здоровью и признание, в первую очередь, себя в качестве главного субъекта, ответственного за свое здоровье [13, 17].

Долгое время в советском, да и в российском обществе тоже, главенствовало представление, что ответственность за здоровье граждан лежит, в первую очередь, на государстве или государственных институтах. Более того, граждане не задумывались о последствиях своего поведения и его возможного негативного влияния на здоровье. В случае возникновения проблем со здоровьем государство, по мнению граждан, должно было обеспечить меры по восстановлению здоровья. Попытки широкого внедрения профилактики не имели значительного успеха, так как граждане не понимали пользу от такой деятельности. С их точки зрения пользы они не получали, так как на момент проведения профилактических мероприятий проблем со здоровьем они не имели и ответственность за него не ощущали, но несли издержки времени для проведения мер по профилактике. Кроме того, эффективность профилактики сильно зависела от поведения самого человека и его образа жизни, то есть чтобы получить эффект надо было продолжать нести издержки. Государство, по крайней мере, со второй половины XX века, не могло принудить граждан к изменению образа жизни, а сами граждане этого делать не особо желали.

В итоге, единственным эффективным способом обеспечить контроль самого гражданина над образом жизни и факторами риска может стать формирование ответственного отношения к своему здоровью, как обязательному моменту здоровья сохраняющего поведения. В данном случае можно надеяться на активную жизненную позицию в отношении здоровья и факторов риска. Возложение на кого-то такой ответственности определяет пассивность поведения, при котором только меры внешнего принуждения могут быть использованы в качестве мотивации человека сохранять и улучшать свое здоровье.

Следовательно, наиболее оптимальным считается признание человеком за собой наибольшей ответственности за состояние своего здоровья. Конечно, такой подход не исключает признание ответственности и за другими субъектами, но первостепенная и главная ответственность остается за самим человеком. В таком случае высокая степень ответственности в отношении собственного здоровья может рассматриваться в качестве положительной социальной детерминанты здоровья, а признание ответственности за свое здоровье может положительно влиять на показатели здоровья населения. Однако механизмы такого влияния до настоящего времени не понятны [9, 11].

Детерминанты здоровья привлекают все большее внимание особенно в моделировании здоровья населения, так как общепризнанная факторная теория формирования здоровья не всегда может объяснить наблюдаемые процессы, как на индивидуальном, групповом, так и на общественном уровне [1, 3, 4, 5, 10]. Введение понятия «детерминанта здоровья» не исключает, а лишь дополняет факторную теорию, рассматривая детерминанты как некие супер факторы, которые модифицируют действие других факторов риска. При данном подходе детерминанта здоровья может и не осуществлять прямого воздействия на объект, а воздействовать опосредованно через другие факторы риска. Это может объяснить значительный уровень воздействия детерминант на здоровье, так как модифицируя воздействие сразу нескольких факторов риска, генерируемый эффект более существенный нежели эффект от отдельных факторов риска.

Однако детерминанты могут воздействовать не только на факторы риска, но и на другие детерминанты здоровья. Такой подход подразумевает наличие возможной иерархии между детерминантами здоровья. Поиск зависимостей или взаимозависимостей между детерминантами здоровья является на настоящий момент актуальной задачей общественного здоровья.

Образование или его уровень довольно часто рассматривается как базовая социальная детерминанта здоровья населения. Человек, имеющий более высокий уровень образования, реже болеет и уровень его самооценки здоровья выше, чем у человека имеющего более низкий образовательный уровень [8, 14, 12]. В указанных публикациях подтверждается сам факт наличия такой зависимости, но механизмы влияния не рассматриваются. Можно предположить, что образование может воздействовать не только на факторы риска, связанные с образом жизни, но и на другие детерминанты здоровья. В качестве такой детерминанты можно рассматривать степень ответственного отношения человека к собственному здоровью.

Цель: изучить влияние уровня образования на степень ответственности в отношении собственного здоровья у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование влияния образования как социальной детерминанты здоровья женщин репродуктивного возраста на степень ответственности в отношении собственного здоровья у женщин репродуктивного возраста проводилось в рамках более масштабного исследования значимости социальных детерминант для различных возрастно-половых групп населения. Всего в исследуемую группу было включено 566 небеременных женщин в возрасте 18-49 лет, проживающих в г. Самаре и состоящих под наблюдением в женских консультациях города. Нижний предел возраста был сознательно ограничен 18-ю годами, так как подростки женского пола в возрасте 15-17 лет не достигли совершеннолетия, несмотря на то, что данный возрастной интервал включается в понятие «репродуктивный возраст». Данные получены путем анонимного анкетирования по доработанной авторами анкете «Исследование социальных детерминант здоровья». В первую группу сравнения включили женщин имеющих высшее или незаконченное высшее образование (306 женщин). Такой уровень образования рассматривался как высокий. Во вторую группу сравнения включили женщин имеющих среднее или средне-специальное образование (260 женщин). Такой уровень образования рассматривался как более низкий. Каждая из описанных выше групп была разделена еще на четыре подгруппы по возрастному признаку. В первую включили женщин в возрасте с 18 до 25 лет включительно, во вторую женщин в возрасте 26–34 года включительно, в третью женщин в возрасте 35–42 года и в четвертую женщин в возрасте 43–49 лет. Отрицание «нулевой гипотезы» проводили при 95 % вероятности.

Результаты исследования. По данным опроса подавляющее большинство женщин репродуктивного возраста возлагают первостепенную ответственность за собственное здоровья на себя (рис.1) независимо от уровня образования ($p > 0,05$). Только каждая из пятидесяти женщин возлагает главную ответственность на государство. Четыре из 100 опрошенных женщин с высоким образовательным статусом рассматривает медицинские организации в качестве ответственных за свое здоровье. Популярность такого ответа в подгруппе женщин с низким образовательным статусом была в два раза ниже. Однако, несмотря описанные различия, уровень образования не влияет на признание женщинами за собой первостепенной ответственности за собственное здоровье.

Более склонны к перекладыванию ответственности за свое здоровье молодые женщины (18–25 лет) с более низким образовательным статусом. Только 80,9 из 100 опрошенных женщин соответствующего возраста признают за собой первостепенную ответственность за собственное здоровье. В группе женщин данной возрастной группы с высоким образовательным статусом абсолютное большинство опрошенных признает за собой ответственность за собственное здоровье ($p < 0,05$).

В более старших возрастных группах женщины с низким уровнем образования чаще рассматривают себя в качестве ответственных за свое здоровье, тогда как среди женщин с высоким образовательным статусом увеличение возраста сочетается с увеличением удельного веса тех, кто перекладывает ответственность за свое здоровье на государство и медицинские организации. Так, в возрастной группе 43–49 лет только 81,8 из 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования считает, что именно они несут ответственность за свое здоровье.

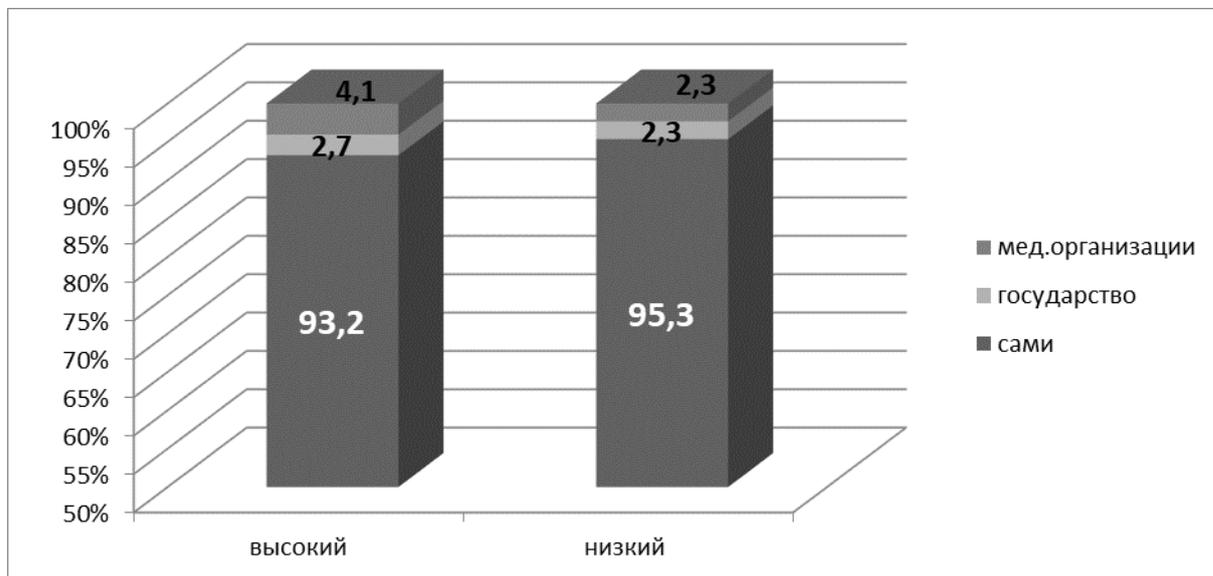


Рис.1. Распространенность мнений о субъектах, которые ответственны за здоровье респондента (в % от общего количество опрошенных в каждой из подгрупп).

Полученные данные дают основу для построения программ сохранения и укрепления здоровья с акцентом на понимание и высокой степени ответственности у исследуемого контингента. Признание первостепенной ответственности за собой предполагает, что и защита прав должна осуществляться самим человеком, но не исключает и участие в данном процессе других субъектов. Исследуемому контингенту женщин был задан вопрос о том, какие организации, по их мнению, должны представлять их интересы как пациента.

Женщины с высоким образовательным статусом наиболее часто право и обязанность представлять их интересы как пациента возлагают на государственные органы (56,8 на 100 опрошенных женщин). Несмотря на декларируемую страховую модель системы здравоохранения в нашей стране, когда защитой прав пациента должны заниматься страховые медицинские компании, только четверть опрошенных доверили бы им такую функцию (24,3 на 100 опрошенных женщин, имеющих высшее или незаконченное высшее образование). Хотя юридические фирмы не являются субъектами медицинского страхования и вообще профильными по отношению к системе здравоохранения организациями, 14,9 из 100 опрошенных считают, что именно они должны защищать их права как пациента. Затруднились с ответом 4,1 из 100 опрошенных женщин, имеющих высшее или незаконченное высшее образование.

Анализ ответов женщин с более низким образовательным статусом не выявил никаких различий сравнительно с ответами женщин с высоким образовательным статусом в отношении их мнения об организациях, которые должны защищать их права как пациента. Больше половины опрошенных данной подгруппы (57,0 на 100 опрошенных женщин) право и обязанность представлять их интересы как пациента возлагают на государственные органы, четверть (26,7 на 100 опрошенных женщин) на страховые медицинские организации, 12,8 на 100 опрошенных женщин на юридические фирмы и 3,5 на 100 опрошенных затруднились с ответом.

Обсуждение. Использование понятия детерминант здоровья в практике общественного здоровья сравнительно новое направление, использование которого позволяет сформировать новые подходы к планированию мероприятий по повышению потенциала здоровья. Признание факта ответственности за свое здоровье определяет активную позицию человека при формировании моделей поведения, способствующих сохранению здоровья. Полученные данные вселяют оптимизм в части наличия потенциальной возможности опираться на прочный фундамент ответственного отношения к своему здоровью у

женщин репродуктивного возраста. Влияние уровня образования на данный процесс не слишком велико, а имеющиеся различия не имеют принципиального характера. Следует отметить, что страховая модель здравоохранения, построенная в нашей стране, не вызывает доверия у опрошенного контингента, и они не готовы рассматривать страховые организации в качестве защитников своих прав и интересов, хотя именно так они и задумывались.

Вывод. Подавляющее большинство женщин репродуктивного возраста независимо от уровня полученного образования, считают себя ответственными за свое здоровье, хотя защиту своих прав как пациента в большинстве своем возлагают на органы государственной власти и, в меньшей степени на страховые медицинские организации. Некоторую популярность среди исследуемого контингента имеют и юридические фирмы, которым доверяет каждая шестая опрошенная женщина репродуктивного возраста. Высокая степень ответственности и допускаемая солидарность с органами государственной власти и страховыми медицинскими организациями позволяет планировать мероприятия по сохранению и укреплению здоровья женщин репродуктивного возраста на основе кооперации усилий самого человека и институтов системы здравоохранения и государства.

Список литературы

1. Арстангалиева, З. Ж. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста / З. Ж. Арстангалиева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. – № 11. – С. 1309.
2. Бреусов, А. В. Социально-демографическая характеристика и состояние здоровья женщин фертильного возраста Московской области / А. В. Бреусов, О. Е. Коновалов, А. К. Харитонов, В. В. Харченко, Р. А. Бреусов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2019. – Т. 15. – № 1. – С. 72–77.
3. Келасьев, В. Н. Концепция человека: социальные и субъективные детерминанты здоровья / В. Н. Келасьев, И. Л. Первова, Н. М. Полуэктова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2016. – № 1. – С. 15–26.
4. Киселева, Л. С. Социальные детерминанты здоровья россиян / Л. С. Киселева // Регионоведение. – 2016. – № 1(94). – С. 133–142.
5. Кром, И. Л. Детерминанты общественного здоровья в социальном контексте / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. М. Орлова, Е. М. Долгова, М. Д. Черняк, Г. Н. Бочкарёва // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13. – № 2. – С. 292–295.
6. Сиротко, М. Л. Оценка состояния здоровья населения Самарской области / М. Л. Сиротко, С. Н. Черкасов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 209–212.
7. Хабриев, Р. У. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р. У. Хабриев, А. Л. Линденбратен, Ю. М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 3–5.
8. Хорошилова, Е. Ю. Образование как детерминанта здоровья / Е. Ю. Хорошилова // Научный альманах. – 2017. – Т. 3. – № 3 (29). – С. 387–390.
9. Черкасов, С. Н. Влияние жизненных приоритетов на самооценку здоровья у населения старших возрастных групп / С. Н. Черкасов, И. Д. Киртадзе // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань. – 2019. – №1. – С. 40–43.
10. Черкасов, С. Н. Семейное окружение как социальная детерминанта здоровья в старших возрастных группах / С. Н. Черкасов, И. Д. Киртадзе, Ю. О. Камаев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2019. – № 1. – С. 106–111.
11. Черкасов, С. Н. Влияние семейного окружения на заболеваемость в старших возрастных группах / С. Н. Черкасов, И. Д. Киртадзе, Ю. О. Камаев, В. С. Олейникова, А. В. Федяева // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н. А. Семашко, Россия, г. Москва. – 2019. – № 3. – С. 113–120, DOI : 10.25742/NRIPH.2019.03.013
12. Черкасов, С. Н. Влияние медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток на уровень потребности в стационарной помощи при внематочной беременности / С. Н. Черкасов, М. С. Курносиков // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2015. – № 3. – С. 66–70.
13. Черкасов, С. Н. Влияние факта признания ответственности за свое здоровье на самооценку здоровья в старших возрастных группах / С. Н. Черкасов, А. В. Федяева // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 4. – С. 34–39, DOI: 10.25742/NRIPH.2020.04.004
14. Черкасов, С. Н. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах / С. Н. Черкасов, Г. С. Шестаков, И. Д. Киртадзе // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018. – №9–10. – С. 57–60.
15. Шаповалова, М. А. Социально-экономические аспекты воспроизводства населения / М. А. Шаповалова // Экономика здравоохранения. – 2004. – № 4. – С. 12–16.
16. Genovese, U. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability / U. Genovese, S. Del Sordo, M. Casali, R. Zoja, G. Pravettoni, I. M. Akulin // Journal of Global Health. – 2017. – Т. 7. – № 1. – P. 103.

17. Meshkov, D. A data management model for proactive risk management in healthcare / D. Meshkov, L. Bezmelnitsyna, S. Cherkasov // *Advances in Systems Science and Applications*. – 2020. – Т. 20. – № 1. – P. 114–118.

References

1. Arstangalieva, Z. Zh. Determinanty zdorovogo obraza zhizni lyudey pozhilogo vozrasta [Determinants of healthy lifestyles in older people]. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy [Internet Medical Bulletin]*, 2013, vol. 3, no. 11, p. 1309.
2. Breusov A. V., Konovalov O. E., Kharitonov A. K., Kharchenko V. V., Breusov R. A. Sotsial'no-demograficheskaya kharakteristika i sostoyanie zdorov'ya zhenshchin fertil'nogo vozrasta Moskovskoy oblasti [Socio-demographic characteristics and health status of women of fertile age in the Moscow region]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal [Saratov Journal of Medical Scientific Research]*, 2019, vol. 15, no. 1, pp. 72–77.
3. Kelas'ev V. N., Pervova I. L., Poluektova N. M. Kontseptsiya cheloveka: sotsial'nye i sub"ektivnye determinanty zdorov'ya [Human concept: social and subjective determinants of health]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12. Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika [Bulletin of St. Petersburg University. Series 12. Psychology. Sociology. Pedagogy]*, 2016, no. 1, pp. 15–26.
4. Kiseleva L. S. Sotsial'nye determinanty zdorov'ya rossiyan [Social determinants of the health of Russians]. *Regionologiya [Regionology]*, 2016, no. 1 (94), pp. 133–142.
5. Krom, I. L., Erugina M. V., Orlova M. M., Dolgova E. M., Chernyak M. D., Bochkareva G. N. Determinanty obshchestvennogo zdorov'ya v sotsial'nom kontekste [Determinants of public health in a social context]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal [Saratov Journal of Medical Scientific Research]*, 2017, vol. 13, no. 2, pp. 292–295.
6. Sirotko, M. L., Cherkasov S. N. Otsenka sostoyaniya zdorov'ya naseleniya Samarskoy oblasti [Assessment of the health status of the population of the Samara region]. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko]*, 2015, no. 2, pp. 209–212.
7. Khabriev R. U., Lindenbraten A. L., Komarov Yu. M. Strategii okhrany zdorov'ya naseleniya kak osnova sotsial'noy politiki gosudarstva [Public health protection strategies as the basis of state social policy]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of social hygiene, health care and the history of medicine]*, 2014, no. 3, pp. 3–5.
8. Khoroshilova E. Yu. Obrazovanie kak determinanta zdorov'ya [Education as a determinant of health]. *Nauchnyy al'manakh [Scientific Almanac]*, 2017, vol. 3, no. 3 (29), pp. 387–390.
9. Cherkasov S. N., Kirtadze I. D. Vliyanie zhiznennykh prioritetov na samoosenu zdorov'ya u naseleniya starshikh vozrastnykh grupp [The impact of life priorities on self-assessment of health among the population of older age groups]. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye [Public health and healthcare]*, 2019, no. 1, pp. 40–43.
10. Cherkasov S. N., Kirtadze I. D., Kamaev Yu. O. Semeynoe okruzheniye kak sotsial'naya determinanta zdorov'ya v starshikh vozrastnykh gruppakh [Family environment as a social determinant of health in older age groups]. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko]*, 2019, no. 1, pp. 106–111.
11. Cherkasov S. N., Kirtadze I. D., Kamaev Yu. O., Oleynikova V. S., Fedyaeva A. V. Vliyanie semeynogo okruzheniya na zabolevaemost' v starshikh vozrastnykh gruppakh [Influence of family environment on morbidity in older age groups]. *Byulleten' NII Obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko [Bulletin of the Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko]*, 2019, no. 3, pp. 113–120, DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.013.
12. Cherkasov S. N., Kurnosikov M. S. Vliyanie mediko-sotsial'nykh faktorov i osobennostey povedeniya patsientok na uroven' potrebnosti v statsionarnoy pomoshchi pri vnematochnoy beremennosti [Influence of medico-social factors and behavior characteristics of patients on the level of need for inpatient care in case of ectopic pregnancy]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik im. akademika I. P. Pavlova [Russian medical and biological bulletin named after Academician I.P. Pavlova]*, 2015, no. 3, pp. 66–70.
13. Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V. Vliyanie fakta priznaniya otvetstvennosti za svoe zdorov'e na samoosenu zdorov'ya v starshikh vozrastnykh gruppakh [Influence of the fact of recognition of responsibility for one's health on self-assessment of health in older age groups]. *Byulleten' NII Obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko [Bulletin of the Scientific Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko]*, 2020, no. 4, pp. 34–39, DOI: 10.25742/NRIPH.2020.04.004.
14. Cherkasov S. N., Shestakov G. S., Kirtadze I. D. Vliyanie obrazovaniya na samoosenu zdorov'ya v starshikh vozrastnykh gruppakh [Influence of education on self-esteem of health in older age groups]. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni [Problems of standardization in healthcare]*, 2018, no. 9–10, pp. 57–60.
15. Shapovalova M. A. Sotsial'no-ekonomicheskie aspekty vosproizvodstva naseleniya [Socio-economic aspects of population reproduction]. *Ekonomika zdravookhraneniya [Health Economics]*, 2004, no. 4, pp. 12–16.
16. Genovese, U. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability / U. Genovese, S. Del Sordo, M. Casali, R. Zoja, G. Pravettoni, I. M. Akulin // *Journal of Global Health*, 2017, vol. 7, no. 1, pp. 103.
17. Meshkov, D. A data management model for proactive risk management in healthcare / D. Meshkov, L. Bezmelnitsyna, S. Cherkasov // *Advances in Systems Science and Applications*, 2020, vol. 20, no. 1, pp. 114–118.

УДК 613.2:614.2

DOI 10.17021/2020.1.3-4.27.32

© С. Н. Черкасов, Г. Ю. Григорьев, 2020

ЗАВИСИМОСТЬ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ОТ ДЛИНЫ СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ДИСТАНЦИИ И ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ СПОРТСМЕНОВ В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ

Черкасов Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, ФГБУН «Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова» РАН, Россия, 117997, г. Москва, Профсоюзная, д. 65, тел.: (495) 334-89-10, e-mail: cherkasovsn@mail.ru.

Григорьев Герман Юрьевич, научный сотрудник, ФГБУН «Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова» РАН, Россия, 117997, г. Москва, Профсоюзная, д. 65, тел.: (495) 334-89-10, e-mail: casper4242@mail.ru

Целью данного исследования является проведение анализа особенностей питания в зависимости от длины соревновательной дистанции и гендерной принадлежности спортсменов в возрасте 40 лет (легкая атлетика, участие в соревнованиях на дистанциях 10 км и более).

Данные о характеристиках питания были получены путем анкетирования спортсменов в возрасте 40 лет и старше, выступающих на соревнованиях по легкой атлетике на дистанциях 10 и более километров. Всего роздано анкет 1800, собрано заполненных анкет 1649. В качестве характеристик питания были изучены следующие: наличие или отсутствие приверженности к какой-либо диете, частота приемов пищи, регулярность приемов пищи, характер пищи, значимость качества употребляемой пищи, а также наличие факта употребления мучного, сладкого и газированных сладких напитков. В первую группу включили лиц, максимальная дистанция которых на соревнованиях не превышала 21,1 км. Во вторую были включены лица, пробегающие на соревнованиях марафон (42,2 км) и более длинные дистанции.

Исследование характеристик питания лиц способных выполнять огромную аэробную работу показало, что мужчины марафонцы в большинстве не придерживались режима питания, не соблюдали диету, но старались по возможности принимать пищу в одно и тоже время. Женщины марафонки более внимательно относились к режиму питания, но также, как и мужчины в большинстве не придерживались режима питания, не соблюдали диету, хотя старались соблюдать время приема пищи. Количество приемов пищи было большим и не зависело от длины пробегаемой дистанции. Женщины более внимательно относились к качеству и составу пищи в отличие от мужчин. Марафонцы мужчины, и, особенно, женщины очень лояльно относились к «перекусам» дополнительно к трем и более приемам пищи. Данная группа населения очень часто употребляла мучное и сладкое, употребляя в большом количестве.

Ключевые слова: общественное здоровье, старшее поколение, спортсмены ветераны, образ жизни, характеристики питания.

DEPENDENCE OF THE NATURE OF NUTRITION ON THE LENGTH OF THE COMPETITION DISTANCE AND GENDER OF ATHLETES AGED 40 YEARS AND OLDER

Cherkasov Sergey N., Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Scientist, Chief Research Associate, V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of Russian Academy of Sciences, 65 Profsoyuznaya St., Moscow, 117997, Russia, tel.: (495) 334-89-10, e-mail: cherkasovsn@mail.ru.

Grigor'ev German Yu., Research Associate, V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of Russian Academy of Sciences, 65 Profsoyuznaya St., Moscow, 117997, Russia, tel.: (495) 334-89-10, e-mail: casper4242@mail.ru.

The aim of the study is to analyze the nutritional characteristics depending on the length of the competition distance and gender of athletes aged 40 years and older in people aged 40 years and older who are engaged in sports (athletics, participation in competitions at distances of 10 km or more).

Data on nutrition characteristics were obtained by interviewing athletes aged 40 years and older competing in track and field events at distances of 10 kilometers or more. In total, 1800 questionnaires were distributed, and 1649 completed questionnaires were collected. As feed characteristics studied were the following: the presence or absence of commitment to any diet, frequency of food intakes, regularity of meals, character meals, especially diet each meal the importance of food quality and availability that the use of flour, sweets and carbonated sugary drinks. The first group included individuals whose maximum distance at the competition

did not exceed 21.1 km. The second category included people running a marathon (42.2 km) and longer distances.

A study of the nutritional characteristics of individuals who are able to perform huge aerobic work showed that despite the huge loads, marathon runners in the majority did not adhere to the diet, did not follow the diet, and tried to eat at the same time if possible. Marathon women were more attentive to the diet, but also like men, most did not adhere to the diet, did not follow the diet, although they tried to observe the meal time. The number of meals was large and did not depend on the length of the distance run. Women were more attentive to the quality and composition of food in contrast to men. Marathon runners and especially women, were very loyal to "snacks" in addition to three or more meals. This group of the population was very loyal to flour and sweet foods.

Key words: *public health, older generation, veteran athletes, lifestyle, nutrition characteristics.*

Введение. Проблема здорового питания населения Российской Федерации имеет государственный статус. Нормативно он закреплен Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. № 1873-р «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года». В соответствии с документом, мониторинг характеристик питания населения рассматривается как базовая задача государственной политики в области здорового питания [1, 2, 3].

Лица, активно занимающиеся спортом в возрасте 40 лет и старше, представляют собой особую группу населения, данные об образе жизни которой крайне скудны. В качестве объекта исследования не должны выступать профессиональные спортсмены и, в целом, спорт высших достижений, даже ветеранский, не может быть эталоном для популяции в целом [4]. Однако, несмотря на любительский характер занятий, уровень физических нагрузок у этих людей может быть очень высоким, а отношение к высоким физическим нагрузкам на организм в средних и старших возрастных группах неоднозначное, от оптимистического до полного пессимизма, связанного с возможностью реализации патологических процессов [5, 6, 7, 8, 9].

В нашей стране наблюдается значимый прогресс в отношении количества людей, увлекающихся бегом на длинные дистанции, который является наиболее демократичным и наименее затратным, самым простым и одним из самых действенных видов циклических упражнений [10]. Хотя бег был популярен с 1970-х годов, число бегунов и проведение мероприятий неуклонно растет с 2000 года. Бег является одним из самых эффективных способов достичь физического здоровья, которое, в свою очередь, связано с долголетием [11, 12, 13].

По данным Runrepeat.com (независимый исследовательский центр) марафонский бег становится все популярнее – ежегодный среднемировой показатель роста количества участников в период с 2009 по 2014 года составляет 13,25 %. В качестве главных причин роста стало более активное участие женщин (их участие выросло на 26,9 % в сравнении с 7,9 % для мужчин) и азиатских бегунов (прирост на 92,4 %). Однако наиболее сильный рост количества бегунов наблюдался в России. Так за период с 2009 по 2014 гг. увеличение числа российских марафонцев составило 300 %. Наибольший рост интереса демонстрировали российские марафонцы-мужчины, их количество выросло на 386 %, что явилось самым большим показателем роста в мире. Россиянки также стали активнее принимать участие в забегах, прирост их участия составил 138 %. Удельный вес женщин среди российских марафонцев составляет только 22,4%, что обеспечивает огромный потенциал роста. Произошло и качественное улучшение результатов. Так среднее время финиша мужчин в марафонском беге 4 часа 6 минут, женщин – 4 часа 30 минут. В 2014 году россияне преодолевали марафонскую дистанцию почти на 7 минут быстрее, чем в 2009 году [10, 12, 13].

Цель: провести анализ особенностей питания в зависимости от длины соревновательной дистанции и гендерной принадлежности спортсменов в возрасте 40 лет и старше (легкая атлетика, участие в соревнованиях на дистанциях 10 км и более).

Материалы и методы исследования. Данные о характеристиках питания были получены путем анкетирования спортсменов в возрасте 40 лет и старше, выступающих на соревнованиях по легкой атлетике на дистанциях 10 и более километров. Всего роздано анкет 1800, собрано заполненных анкет 1649. В качестве характеристик питания были изучены следующие: наличие или отсутствие приверженности к какой-либо диете, частота приемов пищи, регулярность приемов пищи, характер пищи, значимость качества употребляемой пищи, а также наличие факта употребления мучного, сладкого и газированных сладких напитков. Для изучения возможной зависимости характеристик питания от длины соревновательной дистанции были сформированы две группы сравнения. В первую группу включили лиц, максимальная дистанция которых на соревнованиях не превышала 21,1 км. Во вторую были включены лица, пробегающие на соревнованиях марафон (42,2 км) и более длинные дистанции.

Указанные выше группы сравнения были сформированы отдельно для мужчин и отдельно для женщин. Средний возраст в группе лиц, максимальная дистанция которых на соревнованиях не превышала 21,1 км был несколько меньший, чем в группе сравнения, однако на результаты исследования особенностей питания эта разница влияния не оказывала.

Результаты исследования и их обсуждение. Соревновательная дистанция косвенно указывает на объем физической работы, в первую очередь беговой, которую должен выполнить спортсмен для возможности преодолеть выбранную для себя соревновательную дистанцию. Чем длиннее дистанция, тем больший объем тренировочной работы необходимо выполнить в процессе подготовки. Логично предположить, что такие интенсивные нагрузки будут отражаться на режиме и характеристиках питания, что и стало одной из задач настоящего исследования.

Наиболее привержены режиму питания были марафонцы, но удельный вес таковых был только 20,9% (табл.1). Большинство опрошенных в данной группе не придерживались никаких рекомендаций по режиму питания и не старались соблюдать какую-либо диету (79,1 на 100 опрошенных мужчин, пробегающих на соревнованиях 42,2 км и более). В группе мужчин, пробежавших более короткие дистанции, считающих, что режим питания важная составляющая образа жизни было еще меньше. Только каждый шестой спортсмен (14,9 на 100 опрошенных мужчин, пробегающих на соревнованиях не более 21,1 км) придерживался режима питания и соблюдал диету. Треть мужчин спортсменов принимали пищу в одно и тоже время, а половина старались это делать, хотя их график жизни и работы не всегда позволял им это.

Таблица 1

Приверженность к диете или режиму питания у мужчин и женщин, занимающихся спортом (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более) в зависимости от длины соревновательной дистанции (на 100 от общего количества опрошенных в соответствии с длиной соревновательной дистанции)

Длина соревновательной дистанции	21,1 км и менее	42,2 км и более
Мужчины		
Придерживаются	14,87	20,9
Не придерживаются	56,18	48,83
Затруднились с ответом	28,95	30,27
Принимают пищу в одно и тоже время	29,42	28,65
Принимают пищу в разное время	16,59	18,56
Стараются принимать пищу в одно и тоже время, но не всегда получается	53,99	52,79
Женщины		
Придерживаются	27,47	29,76
Не придерживаются	37,35	44,05
Затруднились с ответом	35,19	26,19
Принимают пищу в одно и тоже время	21,6	38,1
Принимают пищу в разное время	18,52	19,05
Стараются принимать пищу в одно и тоже время, но не всегда получается	59,88	42,86

У женщин с увеличением возраста удельный вес старающихся соблюдать режим питания увеличивается, но связи с длиной соревновательной дистанции не выявлено. Примерно каждая третья опрошенная женщина, независимо от длины пробегаемой дистанции, придерживалась режима питания, остальные же не считали это важным моментом. Женщины марафонки более внимательно относились ко времени приема пищи и старались принимать ее в одно и тоже время.

Марафонцы предпочитали более частое и регулярное питание, не менее трех раз в сутки, практически исключая двукратный и, тем более, однократный прием пищи. Женщины предпочитали очень частые приемы пищи. Более половины опрошенных принимали пищу более трех раз в день. Первая половина дня не была популярным временем приема наибольшего количества пищи, однако мужчины марафонцы делали это более часто, чем их коллеги (табл. 2), пробежавшие на соревнованиях меньшие дистанции (21,26 против 15,96 на 100 опрошенных мужчин). Увеличение удельного веса мужчин, принимающих наибольшее количество пищи в первую половину дня, происходило за счет снижения удельного веса, принимающих наибольшее количество пищи в середине дня.

У женщин наблюдались похожие тенденции, но они были не так ярко выражены. Середина дня не была таким популярным временем для принятия наибольшего количества пищи у женщин, участвующих в соревнованиях по бегу на марафонскую дистанцию, что отличает их от общей популяции женщин спортсменов.

Таблица 2

Время дня, в который принимается наибольший объем пищи у мужчин и женщин, занимающихся спортом (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более) в зависимости от длины соревновательной дистанции (на 100 от общего количества опрошенных в соответствии с длиной соревновательной дистанции)

Длина соревновательной дистанции	21,1 км и менее	42,2 км и более
Мужчины		
В первую половину дня	15,96	21,26
Во вторую половину дня	37,87	40,0
В середине дня	46,17	38,74
Женщины		
В первую половину дня	20,06	23,81
Во вторую половину дня	25,62	30,95
В середине дня	54,32	45,24

Марафонцы, как мужчины, и, особенно, женщины, очень лояльно относились к «перекусам» дополнительно к трем и более приемам пищи. Четверть мужчин делали это регулярно и еще треть время от времени. То есть шесть из десяти опрошенных марафонцев принимали пищу между ее основными приемами. Еще треть употребляли чай, кофе и другие напитки. Только 8,1% опрошенных мужчин марафонцев не допускала такого пищевого поведения. Среди женщин, приверженцев такой формы пищевого поведения было еще больше. Почти половина опрошенных женщин (45,2 на 100 опрошенных), участвующих в соревнованиях по бегу на марафонскую дистанцию, делали это регулярно, треть периодически и только каждая двадцатая из опрошенных не допускала такого пищевого поведения.

Достаточно невнимательное отношение к классическим режимам питания, несмотря на большие нагрузки, сопровождается и не особо внимательным отношением к качеству употребляемой пищи и ее составу. У мужчин, независимо от длины соревновательной дистанции, только треть опрошенных обращают пристальное внимание на это (табл.3). Каждый десятый не следит за качеством употребляемой пищи («мне все равно, что я ем»). Остальные понимают важность контроля, но осуществляют его далеко не всегда.

Женщины более тщательно относятся к качеству употребляемой пищи и ее составу, особенно в группе, участвующих на соревнованиях на дистанциях 42,2 и более километров. Более половины осуществляют тщательный контроль (57,1 на 100 опрошенных) и только 11,9% не обращают внимание на качество и состав употребляемой пищи.

Таблица 3

Внимание, проявляемое к качеству употребляемой пищи и ее составу у мужчин и женщин, занимающихся спортом (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более) в зависимости от длины соревновательной дистанции (на 100 от общего количества опрошенных в соответствии с длиной соревновательной дистанции)

Длина соревновательной дистанции	21,1 км и менее	42,2 км и более
Мужчины		
Тщательно (питаюсь исключительно здоровой пищей с множеством свежих овощей и фруктов, принимаю витаминные препараты)	32,86	33,51
Не всегда (стараюсь питаться правильно, но также часто ем много жареной/копченой/жирной/острой пищи, периодически – «фастфуд»)	61,35	56,76
Я не слежу за качеством употребляемой пищи (мне все равно, что я ем)	5,79	9,73
Отказ от употребления мясных продуктов	6,57	7,75
Женщины		
Тщательно (питаюсь исключительно здоровой пищей с множеством свежих овощей и фруктов, принимаю витаминные препараты)	46,6	57,14
Не всегда (стараюсь питаться правильно, но также часто ем много жареной/копченой/жирной/острой пищи, периодически – «фастфуд»)	51,23	30,95
Я не слежу за качеством употребляемой пищи (мне все равно, что я ем)	2,16	11,9
Отказ от употребления мясных продуктов	10,5	15,48

Отказ от мяса и мясных продуктов более распространен у женщин марафонцев (каждая шестая опрошенная не употребляет продукты из мяса).

Мучное и сладкое не было «запретным плодом» для исследуемой группы населения. Следует отметить, что чаще старались не употреблять данные виды продуктов мужчины (каждый шестой отказывался от их использования), а наиболее лояльно к ним относились женщины-марафонцы. Они чаще (39,29 против 21,91 на 100 опрошенных) употребляли их регулярно и реже отказывались от их употребления (5,95 против 19,14 на 100 опрошенных).

В противоположность мучным и сладким продуктам питания сладкие газированные напитки не пользовались популярностью у мужчин и женщин независимо от длины пробегаемой на соревнованиях дистанции. Большинство старались не употреблять их вообще, остальные только периодически.

Заключение. Таким образом, несмотря на огромные нагрузки мужчины марафонцы в большинстве не придерживались режима питания, не соблюдали диету, но старались по возможности принимать пищу в одно и то же время. Женщины марафонки более внимательно относились к режиму питания, но также как и мужчины в большинстве не придерживались режима питания, не соблюдали диету, хотя старались соблюдать время приема пищи. Количество приемов пищи было большим и не зависело от длины пробегаемой дистанции. Женщины более внимательно относились к качеству и составу пищи в отличие от мужчин. Марафонцы, как мужчины, и, особенно, женщины очень лояльно относились к «перекусам» дополнительно к трем и более приемам пищи. Данная группа населения очень лояльно относились к мучному и сладкому и употребляли их в большом количестве, исключая сладкие газированные напитки.

Исследование характеристик питания лиц способных выполнять огромную аэробную работу показало наличие достаточно выраженных отличий от стандартной и рекомендуемой схемы питания в части соблюдения режима питания, времени приема наибольшего количества пищи, частоты приемов пищи, приемлемости контроля за качеством и составом пищи, а также приверженности к мучным и сладким продуктам.

Список литературы

1. Верхоглядова, Ю. Д. Физическая активность как основа здорового образа жизни / Ю. Д. Верхоглядова, С. В. Абзалова // Вопросы педагогики. – 2020. – № 6–2. – С. 65–68.
2. Григорьев, Г. Ю. Бег на длинные дистанции как перспективная здоровьесберегающая технология / Г. Ю. Григорьев, С. Н. Черкасов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. – № 4–5. – С. 89–96.
3. Мамедов, И. Г. Управление детерминантами заболеваемости работников судостроительных и судоремонтных предприятий / И. Г. Мамедов, М. А. Шаповалова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2018. – Т. 62, № 6. – С. 316–322.
4. Медведкова, Н. И. Физическая активность и здоровье населения / Н. И. Медведкова, В. Д. Медведков, Т. В. Зотова, О. И. Аширова // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2019. – № 3 (169). – С. 201–205.
5. Медик, В. А. Состояние здоровья, условия и образ жизни современных спортсменов / В. А. Медик, В. К. Юрьев // М.: Медицина, 2001. – 144 с.
6. Черкасов, С. Н. Зависимость уровня физической активности от признания факта ответственности за свое здоровье / С. Н. Черкасов, И. Л. Сопова, О. В. Абрамова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 7. – С. 82–86.
7. Черкасов, С. Н. Физическая активность как фактор, определяющий уровень адаптационных возможностей организма / С. Н. Черкасов, О. В. Абрамова, И. Л. Сопова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 224–227.
8. Шаповалова, М. А. Анализ технологии изучения здоровья трудоспособного населения в научной практике организации здравоохранения / М. А. Шаповалова, И. Г. Мамедов, К. Н. Удочкина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – С. 126–137.
9. Шумейко, О. В. Роль социальных медиа и новых форматов индивидуальных коммуникаций в пропаганде здорового образа жизни / О. В. Шумейко, С. Н. Черкасов, Г. Ю. Григорьев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 6. – С. 153–163.
10. Янченко, С. В. Как влияет физическая активность на здоровье и продолжительность жизни современного человека / С. В. Янченко, В. В. Вольский // Молодой ученый. – 2019. – № 15 (253). – С. 80–83.
11. Bottenburg, van M. De tweedeloopgolf. overgroeienvang van de loopsportmarkten hoe de KNAU haarmarktaandeelverderkanver groten / van M. Bottenburg, van J. Kalmthout, van der R. Meulen, S. Nuijten, B. Rijnen // W.J.H. MulierInstituut, 's Hertogenbosch, the Netherlands. – 2006. – P. 6–10.
12. Genovese, U. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability / U. Genovese, S. Del Sordo, M. Casali, R. Zoja, G. Pravettoni, I. M. Akulin // Journal of Global Health. – 2017. – Vol. 7, № 1. – P. 39–42.

13. Fields, K. B. Prevention of running injuries / K. B. Fields, J. C. Sykes, K. M. Walker, J. C. Jackson // *Curr Sports Med Rep.* – 2010, – Vol. 9. – P. 176–182.

References

1. Verhogljadova Ju. D., Abzalova S. V. Fizicheskaya aktivnost' kak osnova zdorovogo obraza zhizni [Physical activity as the basis for a healthy lifestyle]. *Voprosy pedagogiki* [Pedagogical issues], 2020, vol. 6, no. 2, pp. 65–68.
2. Grigor'ev G. Ju., Cherkasov S. N. Beg na dlinnye distantsii kak perspektivnaya zdorov'esberegayushchaya tekhnologiya [Long-distance running as a promising health-preserving technology]. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko], 2015, vol. 4, no. 5, pp. 89–96.
3. Mamedov I. G., Shapovalova M. A. Upravlenie determinantami zabolevaemosti rabotnikov sudostroitel'nykh i sudoremontnykh predpriyatii [Management of the determinants of morbidity in shipbuilding and ship repair enterprises]. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii* [Healthcare of the Russian Federation], 2018, vol. 62, no. 6, pp. 316–322.
4. Medvedkova N. I., Medvedkov V. D., Zotova T. V., Ashirova O. I. Fizicheskaya aktivnost' i zdorov'e nasele-niya [Physical activity and public health]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P. F. Lesgafta* [Scientific notes of the PF Lesgaft University], 2019, vol. 3, no. 169, pp. 201–205.
5. Medic V. A., Yuriev V. K. Sostoyanie zdorov'ya, usloviya i obraz zhizni sovremennykh sportsmenov [The state of health, conditions and lifestyle of modern athletes]. *Moscow, Meditsina* [The Medicine], 2001, 144 p.
6. Cherkasov S. N., Sopova I. L., Abramova O. V. Zavisimost' urovnya fizicheskoy aktivnosti ot priznaniya fakta otvetstvennosti za svoe zdorov'e [The dependence of the level of physical activity on the recognition of the fact of responsibility for their health]. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko], 2016, vol. 7, pp. 82–86.
7. Cherkasov S. N., Abramova O. V., Sopova I. L. Fizicheskaya aktivnost' kak faktor, opredelyayushchiy uroven' adaptatsionnykh vozmozhnostey organizma [Physical activity as a factor that determines the level of the body's adaptive capabilities]. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko], 2015, vol. 2, pp. 224–227.
8. Shapovalova M. A., Mamedov I. G., Udochkina K. N. Analiz tekhnologii izucheniya zdorov'ya trudosposob-nogo naseleniya v nauchnoy praktike organizatsii zdavookhraneniya [Analysis of the technology for studying the health of the working-age population in the scientific practice of healthcare organization]. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko], 2016, vol. 2, pp. 126–137.
9. Shumeiko O. V., Cherkasov S. N., Grigoriev G. Yu. Rol' sotsial'nykh media i novykh formatov individual'nykh kommunikatsiy v propagande zdorovogo obraza zhizni [The role of social media and new formats of individual communications in promoting a healthy lifestyle]. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko], 2015, vol. 6, pp. 153–163.
10. Yanchenko S. V., Volsky V. V. Kak vliyaet fizicheskaya aktivnost' na zdorov'e i prodolzhitel'nost' zhizni sovremennogo cheloveka [How does physical activity affect the health and life expectancy of a modern person]. *Molodoy uchenyy* [Young scientist], 2019, vol. 15, no. 253, pp. 80–83.
11. Bottenburg van M., Kalmthout van J., Meulen van der R., Nuijten S., Rijnen B. De tweedeloopgolf. over-groeienomvang van de loopsportmarkten hoe de KNAU haarmarktaandeelverderkanvergroten. W.J.H. MulierInstituut, 's Hertogenbosch, the Netherlands, 2006, pp. 6–10.
12. Genovese U., Del Sordo S., Casali M., Zoja R., Pravettoni G., Akulin I.M. A new paradigm on health care ac-countability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability // *Journal of Global Health.*, 2017. T. 7, no. 1, pp. 39–42..
13. Fields K. B., Sykes J. C., Walker K. M., Jackson J. C. Prevention of running injuries. *Curr Sports Med Rep.*, 2010, Vol. 9, pp. 176–182.

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

14.01.23 – Урология (медицинские науки)

УДК: 616.61-089.843:616.98-08

DOI 10.17021/2020.1.3-4.33.38

© О. В. Степанович, К. С. Сеидов, Ф. Р. Асфандияров, 2020

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Степанович Ольга Владимировна, кандидат медицинских наук, главный нефролог Астраханской области, ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: olga.stepanovich14@gmail.com.

Сеидов Каflan Султанович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: kaflanseidov@yandex.ru.

Асфандияров Фаик Растямович, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой урологии, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: drfa@rambler.ru.

Представлены три примера клинического лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией после трансплантации почки в амбулаторных условиях. Первый опыт терапии таких пациентов показал, что она возможна в домашних условиях при строгом контроле со стороны лечащего врача и врача-нефролога. Выбранные принципы лечения соответствуют общепринятым принципам лечения пациентов с коронавирусной инфекцией при условии коррекции иммуносупрессивной терапии. Важным аспектом терапии с одновременным использованием антибактериальных препаратов (цефепима, левофлоксацина), ацетилсалициловой кислоты, дипиридамола и осельтамивира является безопасность применения для почечного трансплантата.

Ключевые слова: пандемия, коронавирус, пневмония, SARS-COV2, COVID-19, хроническая болезнь почек, трансплантация почки, компьютерная томография.

FIRST EXPERIENCE IN TREATING A NEW CORONAVIRUS INFECTION IN PATIENTS WHO UNDERWENT KIDNEY TRANSPLANT SURGERY ON AN OUTPATIENT BASIS

Stepanovich Olga V., Cand. Sci. (Med.), Chief nephrologist of the Astrakhan region, Assistant of the Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel.: (8512) 52-41-43, e-mail: olga.stepanovich14@gmail.com.

Seidov Kaflan S., Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel.: (8512) 52-41-43, e-mail: kaflanseidov@yandex.ru.

Asfandiarov Faik R., Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel.: (8512) 52-41-43, e-mail: drfa@rambler.ru.

Three examples of clinical treatment of patients with novel coronavirus infection after kidney transplantation on an outpatient basis are presented. The first experience of treating such patients showed that it is possible at home with strict supervision by the attending physician and nephrologist. The selected treatment principles correspond to the generally accepted principles of treatment of patients with coronavirus infection, subject to the correction of immunosuppressive therapy. An important aspect of therapy with the simultaneous use of antibacterial drugs (cefepime, levofloxacin), acetylsalicylic acid, dipyridamole and oseltamivir is the safety of use for a renal transplant.

Key words: pandemic, coronavirus, pneumonia, SARS-COV2, COVID-19, chronic kidney disease, kidney transplant, computed tomography.

Введение. С началом пандемии новой коронавирусной инфекции, осложненной вирусной пнев-

монией, появилось большое количество рекомендаций от специалистов о методиках лечения и ведения таких пациентов [2, 3, 4]. Опубликованных данных по лечению больных с коронавирусной инфекцией у пациентов с почечными трансплантатами немного, они представлены в основном описанием клинических случаев [6]. Токсическое воздействие коронавируса на почки в группе больных с SARS описаны уже достаточно давно [7]. Исследования воздействия коронавируса на мочевыделительную систему показали, что почки и мочевой пузырь как органы, экспрессирующие ангиотензинпревращающий фермент АПФ-2, выступают в качестве клеток-мишеней для SARS-CoV-2, что объясняет нередкое возникновение острого повреждения почек [1, 9, 11, 12, 14].

Лечение пациентов с коронавирусной инфекцией, перенесших операцию по трансплантации почки, представляет особый риск в связи с наличием у этой группы иммунодефицита, обусловленного проведением иммуносупрессивной терапии, предупреждающей реакцию отторжения почки [1, 8, 10, 13]. При фармакотерапии у подобных пациентов с COVID-19 следует учитывать и тщательно подбирать дозировку и режим применения лекарственных препаратов, так как почки играют значительную роль в фармакодинамике многих препаратов [1, 5].

Далее представлен положительный опыт лечения трех пациентов с коронавирусной пневмонией. В данных случаях больные обратились за медицинской помощью с момента появления первых симптомов, были особенно комплаентны, четко следовали рекомендациям врача.

Клинический случай 1. Пациентка Х., 1984 года рождения, состоит на учете у нефролога ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» с диагнозом «Наследственный нефрит (болезнь Альпорта). ХБП 5 ст. Состояние после трансплантации почки от живого родственного донора от 01.07.14 г. Хроническая анемия легкой степени. Хроническая трансплантационная нефропатия. Из сопутствующих заболеваний: Диффузная струма 2 ст. Хронический холецистит с дискинетическим синдромом в стадии ремиссии. Реактивный панкреатит. Хронический гастрит.

Пациентка постоянно получает лечение: такролимус пролонгированного действия (5 мг в сутки), микофеноловая кислота (720 мг в сутки), метилпреднизолон (4 мг в сутки), омепразол (периодические курсы). В исследовании от 14.07.2020 г. уровень креатинина до заболевания коронавирусной инфекцией составил 121,4 мкм/л, мочевины – 5,4 ммоль/л, концентрация такролимуса – 5,1 нг/мл. Пациентка обратилась к врачу 09.09.2020 г. с жалобами на повышение температуры тела до 37,5° С при отсутствии катаральных явлений, ощущения запаха и вкуса, с выраженной слабостью. С учетом имеющейся клиники заболевания и эпидемиологической обстановки в регионе незамедлительно была назначена терапия в объеме: осельтамивира 75 мг 2 раза в день, левофлоксацина по 500 мг × 1 раз в день, дипиридамола по 75 мг 2 раза в день, обильное питье, соблюдение прон-позиции.

Временно (на 5 дней) был отменен прием микофеноловой кислоты. 12.09.2020 г. пациентке выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной клетки по программе объемного сканирования с толщиной срезов 1,3 мм на высоте максимального вдоха, по данным которой вынесено заключение: КТ-признаки двусторонней нижнедолевой интерстициальной вирусной пневмонии (лучевые признаки соответствуют COVID-19); КТ-1 – согласно критериям оценки тяжести пневмонии по данным КТ-исследованиям (объем вовлечения паренхимы легких 8 %) легкая степень тяжести, начальная стадия патологического процесса.

12.09.2020 г. пациентка пожаловалась на головную боль на фоне приема дипиридамола, в связи с чем данный препарат был отменен и назначена ацетилсалициловая кислота в дозе 100 мг однократно в день. Антикоагулянтную терапию пациентке не назначали в связи с отсутствием возможности контролировать показатели коагулограммы. 15.09.2020 г. пациентка отметила ухудшение состояния – появление одышки, малопродуктивного кашля, сердцебиения, в связи с чем была вызвана скорая помощь. Приехавшая инфекционная бригада зафиксировала нормальную сатурацию (99 %), при выполнении ЭКГ патологических изменений не выявлено, в связи с этим показаний для госпитализации в инфекционный стационар не было. Учитывая клиническую ситуацию, к терапии добавили цефепим 1,0 по 2 раза в день внутримышечно, рекомендовано выполнение в динамике КТ для исключения прогрессирования пневмонии.

15.09.2020 г. выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на коронавирус (SARS-COV2), результат отрицательный. Через сутки от начала лечения цефепимом пациентка отметила значительное улучшение состояния – нормализовалась температура, исчезла одышка, начала слабо ощущать запах. Контрольная СКТ органов грудной клетки по программе объемного сканирования с толщиной срезов 1,3 мм на высоте максимального вдоха выполнена 19.09.2020 г. Заключение: КТ-признаки двусторонней нижнедолевой интерстициальной вирусной пневмонии (лучевые признаки соответствуют COVID-19), КТ-1 – согласно критериям оценки тяжести

пневмонии по данным КТ-исследованиям (объем вовлечения паренхимы легких 16 %) легкая степень тяжести, начальные признаки тенденции к разрешению. Учитывая данные КТ – начальные признаки тенденции к разрешению, к терапии 19.09.2020 г. в половинной дозе возвращена микофеноловая кислота (360 мг в сутки). Пациентка и далее отмечала улучшение самочувствия, нормализацию температуры тела, значительное уменьшение слабости, отсутствие одышки. Антибактериальную терапию левофлоксацином проводили в течение 14 дней, цефепимом – 10 дней, противовирусную терапию осельтамивиром – 10 дней, ацетилсалициловой кислотой – 2 месяца. По окончании антибактериальной терапии пациентке в полной дозе возвращена иммуносупрессивная терапия.

08.10.2020 г. (по выздоровлению) проведены анализы крови, мочи, исследование концентрации такролимуса, по данным которых не было выявлено ухудшения показателей. Креатинин крови от 08.10.2020 г. – 106,4 мкм/л, мочевины – 6,0 ммоль/л.

Клинический случай 2. Пациент Б., 1972 года рождения, состоит на учете у нефролога ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» с диагнозом «Хронический гломерулонефрит, морфологически неидентифицированный, терминальная стадия. ХБП 5 ст. Осл. ТХПН». Состояние после аллотрансплантации трупной почки в левую подвздошную область от 09.04.2017 г. Сопутствующие заболевания: Ожирение 1 ст. Артериальная гипертония смешанного генеза (нефрогенная, атеросклеротическая). Хронический эрозивно-язвенный гастродуоденит, латентное течение, стадия ремиссии. Хронический холецистит, реактивный панкреатит. Пациент постоянно получает лечение: пролонгированный такролимус (5,5 мг в сутки), микофеноловая кислота (720 мг в сутки), метилпреднизолон (8 мг в сутки), лизиноприл (10 мг в сутки), амлодипин (5 мг в сутки), эзетрол (10 мг в сутки), омега-3 (периодические курсы). Последнее исследование уровня креатинина до заболевания коронавирусной инфекцией 149 мкм/л, холестерина – 5,8 ммоль/л от 15.08.2020 г. Концентрация такролимуса – 7,5 нг/мл от 15.08.2020 г.

Пациент Б. обратился за помощью 20.09.2020 г. с жалобами на повышение температуры тела до 37,4° С в течение одних суток, общую слабость. На момент обращения кашель, anosmia отсутствовали. Накануне пациент отмечал большое количество контактов, связанных с работой. Незамедлительно назначена терапия осельтамивиром (75 мг 2 раза в день), курантилом (75 мг 2 раза в день – 1 день, по 75 мг 3 раза в день – со второго дня при хорошей переносимости), левофлоксацином (500 мг 1 раз в день), обильное питье, прона-позиция, уменьшение дозы микофеноловой кислоты до 360 мг в сутки на 7 дней. 20.09.2020 г. выполнена КТ органов грудной клетки. Заключение: КТ-признаки двусторонней полисегментарной пневмонии (более вероятно вирусной этиологии, в том числе по типу COVID-19, КТ-1), признаки хронического бронхита. К терапии добавлен цефепим (1,0 по 2 раза в сутки внутримышечно). 24.09.2020 г. выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на коронавирус (SARS-COV-2), результат отрицательный. Однако у супруги пациента, которая заболела с теми же симптомами через 3 дня от начала заболевания у пациента Б., мазок показал положительный результат. На 3 сутки от начала лечения у пациента Б. появилась anosmia и чувство «заложенности» в носу, но нормализовалась температура, значительно уменьшилась слабость.

Контрольная КТ от 26.09.2020 г. показала отсутствие прогрессирования заболевания. Больше КТ пациент не выполнял ввиду нормализации состояния. 02.10.2020 г. листок нетрудоспособности был закрыт. Длительность антибактериальной терапии левофлоксацином составила 14 дней, цефепимом – 10 дней, противовирусной терапии – 10 дней. Прием дипиридамола рекомендовано продолжить до 2 месяцев со снижением дозировки препарата до 50 мг в сутки. В контрольных анализах от 25.10.2020 г. определены показатели: креатинин крови – 124 мкм/л, холестерин – 5,42 ммоль/л, такролимус – 6,5 нг/мл, выявлены положительные титры антител к коронавирусу SARS-COV-2: IgM (коэффициент позитивности 4,35), IgG (2,7).

Пациент Т., 1965 г.р., состоит на учете у нефролога ГБУЗ АО АМОКБ с диагнозом: Хронический гломерулонефрит, терминальная стадия. ХБП 5 ст. осл. ТХПН. Состояние после аллотрансплантации трупной почки в левую подвздошную область от 21.09.2016 г. Сопутствующие заболевания: Нарушение толерантности к углеводам. Артериальная гипертония смешанного генеза (нефрогенная, атеросклеротическая) 2 ст., риск 2. Пациент постоянно получает терапию: такролимус (3,5 мг в сутки), микофеноловая кислота (720 мг в сутки), метилпреднизолон (8 мг в сутки), бисопролол (5 мг в сутки), лизиноприл (10 мг в сутки). Последнее плановое обследование у нефролога было проведено 26.10.2020 г., по данным анализов определены показатели: креатинин крови – 91 мкм/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, концентрация такролимуса крови – 6,1 нг/мл.

Данный пациент обратился за медицинской помощью 02.11.2020 г. с жалобами на повышение

температуры тела до субфебрильных значений, общую слабость, слабый редкий малопродуктивный кашель, отсутствие ощущения вкуса и запаха. Данные симптомы отмечались в течение 5 дней. 29.10.2020 г. выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на коронавирус (SARS-COV-2), результат положительный. Пациенту рекомендовано срочное выполнение КТ органов грудной клетки, которое осуществлено 02.11.2020 г.

Заключение: КТ-признаки типичной вирусной пневмонии (в том числе по типу COVID-19), легкая степень, КТ-1, ранняя стадия. Пациенту сразу назначена терапия осельтамивиром (75 мг 2 раза в сутки), дипиридамомол (25 мг 2 раза в сутки), ацетилсалициловой кислотой (100 мг в сутки), левофлоксацином (500 мг 1 раз в сутки), ацетилцистеин, обильное питье, прон-позиция, отмена микофеноловой кислоты на время сохранения лихорадки. 03.11.2020 и 04.11.2020 состояние пациента было прежним, без положительной динамики, усилился сухой кашель. 05.11.2020 г. к терапии добавлен цефепим (1,0 по 2 раза в сутки внутримышечно). Одновременная двухкомпонентная терапия антибактериальными препаратами была связана с риском присоединения вторичной инфекции, учитывая длительность симптомов, а также с контактами пациента при посещении медицинских организаций на фоне иммунодефицита, вызванного иммуносупрессивной терапией.

Нормализация температуры и улучшение самочувствия было отмечено с 06.11.2020 г., в связи с чем возобновлена терапия микофеноловой кислотой (360 мг в сутки). 10.11.2020 г. у пациента появились боли в области ахилловых сухожилий с обеих сторон, больше справа, усиливающиеся при движении, без отека и изменения цвета кожных покровов нижних конечностей. Пациенту экстренно проведено УЗИ вен нижних конечностей для исключения развития тромботических осложнений. Заключение УЗИ: на момент исследования глубокие и подкожные вены нижних конечностей проходимы, клапанной и перфорантной недостаточности не выявлено. Учитывая полученное заключение, патология ахилловых сухожилий расценена как побочное действие левофлоксацина на костно-мышечную систему, в связи с чем препарат отменен. Длительность приема левофлоксацина составила 9 дней. Дистанционно была проведена консультация травматолога-ортопеда, назначена местная аппликация с димексидом, на фоне которой болевой синдром значительно регрессировал. 11.11.2020 г. в динамике выполнена КТ органов грудной клетки, по данным которой обнаружены признаки двусторонней полисегментарной пневмонии (в том числе по типу COVID-19), стадия неполного разрешения. С 11.11.2020 г. увеличена доза микофеноловой кислоты до ранее применяемой дозы – 720 мг в сутки. Длительность терапии осельтамивиром и цефепимом составила 10 дней. Терапия ацетилсалициловой кислотой, дипиридамомол и ацетилцистеином назначена до месяца. Контрольные молекулярно-биологические исследования мазков со слизистой оболочки носоглотки на коронавирус (SARS-COV-2) от 10.11.2020 г. и 17.11.2020 г. показали отрицательный результат. В контрольных анализах крови от 17.10.2020 г. были определены показатели: креатинин – 90 мкм/л, мочевины – 5,0 ммоль/л, такролимус – 5,9 нг/мл.

Заключение. Первый опыт амбулаторного лечения пациентов с новой коронавирусной инфекций после трансплатации почки показал, что подобную терапию можно проводить амбулаторно в домашних условиях под контролем лечащего врача, включая врача-нефролога.

Лечение таких больных желательно начинать с первого дня появления клинических симптомов, при этом принципы лечения соответствуют общепринятым принципам терапии больных с коронавирусной инфекцией при условии коррекции иммуносупрессивной терапии. Терапия с одновременным использованием антибактериальных препаратов (цефепима, левофлоксацина), ацетилсалициловой кислоты, дипиридамола и осельтамивира показала безопасность применения для почечного трансплантата и возможность лечения пациентов без использования гепаринотерапии, которая требует регулярного контроля со стороны системы гемостаза.

Список литературы

1. Готье, С. В. Особенности клинического течения коронавирусной инфекции COVID-19 у реципиентов сердца, почки, печени: первые результаты национального многоцентрового наблюдательного исследования «РОККОР-реципиент» / С. В. Готье, А. О. Шевченко, О. М. Цирульникова, С. М. Хомяков, О. Н. Котенко, В. Е. Виноградов, И. Н. Абызов, Г. Д. Аветисян, А. Ю. Анисимов, Л. Ю. Аргохина, М. Т. Беков, В. А. Бердинский, В. С. Богданов, А. Ю. Быков, А. Ю. Винокуров, А. Ю. Гончарова, Д. П. Евдокимов, Д. В. Езерский, В. Е. Загайнов, В. М. Захаревич, К. Н. Зеленин, Е. С. Иванова, А. А. Карташев, Н. Г. Квадратова, И. Г. Ким, Н. Н. Колоскова, В. Л. Коробка, И. Р. Курбангулов, М. А. Лысенко, И. А. Милосердов, Я. Г. Мойсюк, Г. В. Николаев, И. В. Островская, Н. Ю. Петрова, А. В. Петряев, А. В. Пинчук, В. С. Платонов, В. Н. Попцов, З. А. Порчхидзе, Д. А. Сайдулаев, А. Д. Сапожников, С. Б. Семченко, М. М. Скоробогатов, В. Ю. Терещенко, Н. Ф. Фролова, Д. В. Халикова, Т. А. Халилулин // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2020. – Т. 22, – № 3. – С. 8–17.

2. Малхасян, В. А. Оказание стационарной помощи пациентам урологического профиля в условиях пандемии коронарновирусной инфекции COVID-19 / В. А. Малхасян, Г. Р. Касян, Л. А. Ходырева, К. Б. Колонтарев, А. В. Говоров, А. О. Васильев, Д.Ю. Пушкарь // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – № 1. – С. 4–11.
3. Никифоров, В. В. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клиничко-эпидемиологические аспекты / В. В. Никифоров, Т. Г. Суранова, Т. Я. Чернобровкина, Я. Д. Янковская, С. В. Бурова // Архив внутренней медицины – 2020. – Т. 10. – № 2. – С. 87–93.
4. Пушкарь, Д. Ю. COVID-19: влияние на урологическую службу Российской Федерации / Д. Ю. Пушкарь, Г. Р. Касян, В. А. Малхасян, Н. А. Сазонова, И. А. Шадеркин, В. А. Шадеркина // Экспериментальная и клиническая урология – 2020. – № 2. – С. 13–17.
5. Романов, Б. К. Коронавирусная инфекция COVID-2019 / Б. К. Романов // Безопасность и риск фармако-терапии. – 2020. – Т. 8, № 1. – С. 3–8.
6. Сивков, А. В. Мочеполовая система и COVID-19: некоторые аспекты / А. В. Сивков, А. В. Корякин, А. А. Синягин, О. И. Аполихин, А. Д. Каприн // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – №2. – С. 18–23.
7. Chu, K. H. Acute renal impairment in coronavirus-associated severe acute respiratory syndrome / K. H. Chu, W. K. Tsang, C. S. Tang, M. F. Lam, F. M. Lai, K. F. To, K. S. Fung, H. L. Tang, W. W. Yan, H. W. Chan, T. S. Lai, K. L. Tong, K. N. Lai // *Kidney International* – 2005. – Vol. 67, № 2. – P. 698 – 705, doi: 10.1111/j.1523-1755.2005.67130.x.
8. Fan, C. ACE2 Expression in Kidney and Testis May Cause Kidney and Testis Damage After 2019-nCoV Infection / C. Fan, K. Li, Ya. Ding, WL. Lu, J. Wang // *MedRxiv* 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.12.20022418>.
9. Lin, L. Hypothesis for potential pathogenesis of SARS-CoV-2 infection – a review of immune changes in patients with viral pneumonia / L. Lin, L. Lu, W. Cao, T. Li // *Emerging Microbes & Infections* – 2020. – Vol. 9, № 1. – P. 727–32, doi: 10.1080/22221751.2020.1746199.
10. Wang, J. COVID-19 in a Kidney Transplant Patient / J. Wang, X. Li, G. Cao, X. Wu, Z. Wang, T. Yan // *Eur. Urol.* – 2020. – Vol. 77, № 6. – P. 769–770, doi: 10.1016/j.eururo.2020.03.036.
11. Yang, X. H. Diagnosis and treatment of COVID-19: acute kidney injury cannot be ignored / X.H. Yang, R.H. Sun, D.C. Chen // *Article in Chinese. Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2020. – Vol. 100, № 16. – P. 1205-1208, doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20200229-00520.
12. Zhen, L. Caution on Kidney Dysfunctions of COVID-19 Patients / L. Zhen, W.Ming, Y. Jiwei, G. Jie, L. Xiang, S. Siji, L. Jiali, D. Guangjie, Z. Yuanxiu, W. Xiaojun, Z. Zhansong, W. Taojiao, H. Ming, C. Xianxiang, F. Yu, L. Chong, D. Hailong, X. Chuou, H. Yahua, H. Min, Z. Yi, J. Hongbo, C. Xiaowei, Y. Junan // (3/19/2020). *MedRxiv* 2020 doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.08.20021212>.
13. Zhu, L. Successful recovery of COVID19 pneumonia in a renal transplant recipient with long-term immunosuppression / L. Zhu, X. Xu, K. Ma, J. Yang, H. Guan, S. Chen, Z. Chen, G. Chen // *Am J Transplant* - 2020. – Vol. 20, № 7. – P. 1859 – 1863, doi: 10.1111/ajt.15869.
14. Zou, X. Single-cell RNA-seq data analysis on the receptor ACE2 expression reveals the potential risk of different human organs vulnerable to 2019-nCoV infection / X. Zou, K. Chen, J. Zou, P. Han, J. Hao, Z. Han // *Front Med.* – 2020. – Vol. 14, № 2. – P. 185–192, doi: 10.1007/s11684-020-0754-0.

References

1. Got'e S. V., Shevchenko A. O., Tsiurul'nikova O. M., Khomyakov S. M., Kotenko O. N., Vinogradov V. E., Abyzov I. N., Avetisyan G. D., Anisimov A. Yu., Artyukhina L. Yu., Bekov M. T., Berdinskiy V. A., Bogdanov V. S., Bykov A. Yu., Vinokurov A. Yu., Goncharova A. Yu., Evdokimov D. P., Ezerskiy D. V., Zagaynov V. E., Zakharevich V. M., Zelenin K. N., Ivanova E. S., Kartashev A. A., Kvadratova N. G., Kim I. G., Koloskova N. N., Korobka V. L., Kurbangulov I. R., Lysenko M. A., Miloserdov I. A., Moysyuk Ya. G., Nikolaev G. V., Ostrovskaya I. V., Petrova N. Yu., Petryaev A. V., Pinchuk A. V., Platonov V. S., Poptsov V. N., Porchkhidze Z. A., Saydulaev D. A., Sapozhnikov A. D., Semchenko S. B., Skorobogatov M. M., Tereshchenko V. Yu., Frolova N. F., Khalikova D. V., Khalilulin T. A. Osobennosti klinicheskogo techeniya koronavirusnoy infektsii COVID-19 u retsipientov serdtsa, pochki, pecheni: pervye rezul'taty natsional'nogo mnogotsentrovogo nablyudatel'nogo issledovaniya «ROKKOR-retsipient» [COVID-19 in solid organ transplant recipients: initial report from national multicenter observational study «ROKKOR-recipient»]. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov* [Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs], 2020, vol. 22, no. 3, pp 8–17.
2. Malkhasyan V. A., Kasyan G. R., Khodyreva L. A., Ko-lontarev K. B., Govorov A. V., Vasil'ev A. O., Pushkar' D.Yu. Okazanie stacionarnoy pomoshchi patsientam urologicheskogo profilya v usloviyakh pandemii koronarovirusnoy infektsii COVID-19 [Inpatient care for urological patients in a pandemic of the coronavirus disease infection COVID-19]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya* [Experimental and clinical urology], 2020, no. 1, pp. 4–11.
3. Nikiforov V. V., Suranova T. G., Chernobrovkina T. Ya., Yankovskaya Ya. D., Burova S. V. Novaya koronavirusnaya infektsiya (COVID-19): kliniko-epidemiologicheskie aspekty [Coronavirus Infection (Covid-19): Clinical and Epidemiological Aspects]. *Arkhiv" vnutrenney meditsiny* [The Russian Archives of Internal Medicine], 2020. vol. 10, no. 2, pp 87–93.

4. Pushkar' D. Yu., Kasyan G. R., Malkhasyan V. A., Sazonova N. A., Shaderkin I. A., Shaderkina V. A. COVID-19: vliyanie na urologicheskuyu sluzhbu Rossiyskoy Federatsii [COVID-19: impact on the urological service of the Russian Federation]. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya urologiya* [Experimental and clinical urology], 2020, no. 2, pp. 13–17.
5. Romanov B. K. Koronavirusnaya infektsiya COVID-2019 [Coronavirus disease COVID-2019]. *Bezopasnost' i risk farmakoterapii* [Safety and Risk of Pharmacotherapy], 2020, vol. 8, no. 1, pp. 3–8.
6. Sivkov A. V., Koryakin A. V., Sinyagin A. A., Apolikhin O. I., Kaprin A. D. Mocheopolovaya sistema i COVID-19: nekotorye aspekty [Genitourinary system and COVID-19: some aspects]. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya urologiya* [Experimental and clinical urology], 2020, no. 2, pp. 18–23
7. Chu K. H., Tsang W. K., Tang C. S., Lam M. F., Lai F. M., To K. F., Fung K. S., Tang H. L., Yan W. W., Chan H. W., Lai T. S., Tong K. L., Lai K. N. Acute renal impairment in coronavirus-associated severe acute respiratory syndrome. *Kidney International*, 2005, vol. 67, no. 2, pp. 698 – 705. doi: 10.1111/j.1523-1755.2005.67130.x.
8. Fan C., Li K., Ding Ya., Lu WL., Wang J. ACE2 Expression in Kidney and Testis May Cause Kidney and Testis Damage After 2019-nCoV Infection. *MedRxiv*, 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.12.20022418>.
9. Lin L., Lu L., Cao W., Li T. Hypothesis for potential pathogenesis of SARS-CoV-2 infection – a review of immune changes in patients with viral pneumonia. *Emerging Microbes & Infections*, 2020, vol. 9, no 1, pp. 727–32. doi: 10.1080/22221751.2020.1746199.
10. Wang J., Li X., Cao G., Wu X., Wang Z., Yan T. COVID-19 in a Kidney Transplant Patient. *Eur. Urol.*, 2020, vol. 77, no. 6, pp. 769–770. doi: 10.1016/j.eururo.2020.03.036.
11. Yang X.H., Sun R.H., Chen D.C. Diagnosis and treatment of COVID-19: acute kidney injury cannot be ignored. Article in Chinese. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 2020, vol. 100, no. 16, pp. 1205-1208. doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20200229-00520.
12. Zhen L., Ming W., Jiwei Y., Jie G., Xiang L., Siji S., Jiali L., Guangjie D., Yuanxiu Z., Xiaojun W., Zhansong Z., Taojiao W., Ming H., Xianxiang C., Yu F., Chong L., Hailong D., Chuou X., Yahua H., Min H., Yi Z., Hongbo J., Xiaowei C., Junan Y. Caution on Kidney Dysfunctions of COVID-19 Patients. (3/19/2020). *MedRxiv* 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.08.20021212>.
13. Zhu L., Xu X., Ma K., Yang J., Guan H., Chen S., Chen Z., Chen G. Successful recovery of COVID19 pneumoniae in a renal transplant recipient with long-term immunosup- pression. *Am J Transplant*, 2020, vol. 20, no 7, pp. 1859 – 1863. doi: 10.1111/ajt.15869.
14. Zou X., Chen K., Zou J., Han P., Hao J., Han Z. Single-cell RNA-seq data analysis on the receptor ACE2 expression reveals the potential risk of different human organs vulnerable to 2019-nCoV infection. *Front Med*, 2020, vol. 14, no 2, pp. 185–192. doi: 10.1007/ s11684-020-0754-0.

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«НА СТРАЖЕ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

**MATERIALS OF THE INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
“ON THE GUARD OF WOMEN'S HEALTH”**

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММ ЭКО У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

RESULTS OF IVF PROGRAMS IN OBSESSED WOMEN

Власова Е. С., Мухина А. В., Ткаченко Л. В.
Vlasova E.S., Mukhina A.V., Tkachenko L.V.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

Ожирение оказывает влияние на репродуктивную функцию женщин. В программах ВРТ снижается реакция яичников на стимуляцию гонадотропинами, при этом необходимы более высокие дозы препаратов. Избыточный вес негативно влияет на качество ооцитов и эмбрионов, а частота наступления беременности при этом снижается. В то же время риски преждевременных родов, ранних выкидышей достаточно высоки. Чаще ожирение ассоциировано с синдромом поликистозных яичников. Вне зависимости от способа зачатия сочетание СПЯ с эндокринными и метаболическими нарушениями подвергает женщин более высокому риску во время беременности и повышает количество осложнений со стороны плода.

Цель: оценить влияние ожирения и избыточной массы тела у женщин с бесплодием на результаты экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и контролируемой индукции овуляции (КИО).

Методы. Выполнен ретроспективный анализ 96 карт в отделении ВРТ Клиники №1 ВолгГМУ с 2010 по 2016 год, с разделением пациенток на группы в зависимости от проводимой прегравидарной подготовки для коррекции индекса массы тела (ИМТ) перед программами ЭКО и КИО. В I группу было включено 65 пациенток без коррекции ИМТ, средний возраст женщин составил $32 \pm 4,1$ года, а длительность бесплодия 5 лет. Во II группе - 31 пациентка со средним возрастом $31 \pm 3,2$ лет и длительностью бесплодия 6 лет, получавшая медикаментозное и немедикаментозное лечение ожирения. Диагноз синдром поликистозных яичников имели 33(50,7%) пациентки I группы и 20 (64,5%) во II группе. В I группе избыточная масса тела диагностирована у 14(22 %) женщин, ожирение I степени - у 41(63 %), ожирение II степени - у 9(14%) пациенток, ожирение III степени - у 1 (1 %). Во II группе: у 1(3 %), 18(58%), 9(29 %) и 3(10 %) пациенток соответственно. В качестве медикаментозной коррекции ИМТ применялся Метформин (1500-2000мг). Немедикаментозное лечение заключалось в диетотерапии и физических нагрузках.

Результаты. Среди женщин первой группы избыточная масса тела выявлялась у 14 (22%) человек, ожирение I степени — у 41 (63%), II степени — у 9 (14%), III степени — у 1 (1%). Во второй группе эти показатели составили: 1 (3%), 18 (58%), 9 (29 %) и 3 (10%) соответственно. Коррекция ИМТ, включающая назначение метформина (1500–2000 мг), назначалась 5 (16,1%) пациенткам. Диеты придерживались 16(52%) женщин, сочетание физических нагрузок и диеты 15(48%). При сочетании двух методов снижения веса в среднем требовалось 5,2 месяца для получения результата. Пациенткам, соблюдающим только диету, в среднем потребовалось 6 месяцев для снижения веса. Беременность в первой группе наступила у 30 (46%) женщин в протоколах ЭКО, у 7 (1,5%) в результате КИО, у 19 (29,23%) пациенток беременность не получили. Внематочная беременность произошла у 1 (1,5%) пациентки, замершая беременность после КИО у 2 (3,07%) и после ЭКО у 5 (7,69%). Во второй группе беременность наступила у 19 (61,3%) пациенток в программах ЭКО, у 6 (19,35%) в КИО.

Замершая беременность наблюдалась в 2 (6,45%) случаях после КИО. Желаемый результат в проводимых программах не был достигнут у 3 (9,67%) пациенток. В протоколах ЭКО средняя доза гонадотропинов составила 1660 МЕ в первой и 1500 МЕ во второй группе. В среднем, в результате ЭКО в первой группе получали 7 ооцитов, во второй — 9. На первую группу, в среднем приходилось 0,58 эмбрионов хорошего качества, а во второй группе 0,9. Потребовалось 2 попытки ЭКО в первой группе и 1,3 попытки во второй, чтобы достигнуть положительных результатов.

Выводы и заключение. В группе с прегравидарной подготовкой снижение веса происходило быстрее при комбинировании диеты и физических нагрузок, а не только диеты (5,2 и 6 месяцев). Пациенткам из группы со снижением массы тела, требовалась меньшая доза гонадотропинов и меньшее количество попыток стимуляции в программе ЭКО, при этом ооцитов было получено больше, а эмбрионы были лучшего качества. Беременность в этой группе достигалась чаще (61,3 и 46% соответственно), как в протоколе ЭКО, так и при стимуляции овуляции (19,35 и 1,5% соответственно). Количество замерших беременностей после КИО и ЭКО, а также неудачных попыток ЭКО было меньше в группе с прегравидарной подготовкой (6,45, 0 и 9,67% соответственно).

Из этого следует, что для получения желаемых результатов в программах ЭКО у женщин с избыточной массой тела и ожирением, целесообразно проводить прегравидарную подготовку, включающую мероприятия по снижению веса для улучшения результативности лечения методами ВРТ.

Список литературы

1. Boomsma, C. M., Fauser B. C. J. M., Macklon N. S. Pregnancy complications in women with polycystic ovary syndrome. *Semin Reprod Med.* – 2008. – Vol. 26, № 1, P. 72–84, doi:10.1055/s-2007-992927.
2. Cui, Na. Impact of Body Mass Index on Outcomes of In Vitro Fertilization/Intracytoplasmic Sperm Injection Among Polycystic Ovarian Syndrome Patients. *Cell Physiol Biochem.* – 2016, Vol. 39, №5, P. 1723–1734. doi:10.1159/000447873.
3. Goodman, N. American Association Of Clinical Endocrinologists, American College Of Endocrinology, And Androgen Excess And Pcos Society Disease State Clinical Review: Guide To The Best Practices In The Evaluation And Treatment Of Polycystic Ovary Syndrome - Part . *Endocr Pract.* – 2015, Vol. 21, № 12, P. 1415–1426, doi:10.4158/Ep15748.Dscpt2.
4. Metwally, M. Effect of increased body mass index on oocyte and embryo quality in IVF patients. *Reprod Biomed Online.* – 2007, Vol. 15, № 5, P. 532–538.
5. Palomba, S. Pregnancy in women with polycystic ovary syndrome: the effect of different phenotypes and features on obstetric and neonatal outcomes. *Fertil Steril.* – 2010, Vol. 94, № 5, P. 1805–1811, doi:10.1016/j.fertnstert.2009.10.043.
6. Cui, N., H. Wang, W. Wang, Jie Zhang, Yueming Xu, Lei Jiang, Aimin Yang, Guimin Hao. Impact of Body Mass Index on Outcomes of In Vitro Fertilization/Intracytoplasmic Sperm Injection Among Polycystic Ovarian Syndrome Patients.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА F2-ПРОТРОМБИНА У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

DETERMINATION OF CLINICAL-GENETIC VALUE AND PREDICTIVE SIGNIFICANCE OF POLYMORPHISM GENE F2-PROTHROMBIN IN WOMEN WITH ACCIDENTAL MISSING OF PREGNANCY

Кадыков А.М., Киселёва А.А.
Kadykov A.M., Kiseleva A.A.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России
Astrakhan State Medical University

Цель: оценить, связано ли материнское носительство мутации гена протромбина *G20210A* с потерей беременности, преэклампсией, отслойкой плаценты или маленькими для гестационного возраста (SGA) новорожденными в проспективной когорте с низким риском.

Задачи. Основное внимание уделялось полиморфизму *F2 20210G*, который может предрасполагать женщин к микротромбозу на этапах имплантации эмбриона и плацентации.

Методы. ГБУЗ АО "Клинический родильный дом" многоцентрового проспективного наблюдательного исследования 188 невыбранных одиночных беременностей. Всего для анализа было доступно 167 образцов первого триместра, которые были протестированы на мутацию протромбина G20210A. Акушерские осложнения сравнивали между женщинами с мутацией протромбина G20210A и без нее с помощью однофакторного и многовариантного анализа.

Результаты. Всего у 57 (3,8%) женщин была мутация гена протромбина (56 гетерозиготных и одна гомозиготная). Носители мутации протромбина G20210A имели аналогичные показатели потери беременности, преэклампсии, новорожденных с SGA по сравнению с не носителями. Результаты были аналогичными в многопараметрическом анализе, учитывающем возраст, национальность, предыдущую потерю беременности, предшествующих новорожденных с SGA и семейный анамнез тромбоэмболии. У женщин с отрицательным результатом теста на мутацию произошло два тромбоэмболических события. Список литературы (1-2):

Выводы. Не было никакой связи между мутацией протромбина G20210A и потерей беременности, преэклампсией, новорожденными с SGA в проспективной когорте низкого риска. Эти данные вызывают вопросы о практике скрининга женщин без тромбоза в анамнезе или неблагоприятных исходов беременности на наличие этой мутации.

Список литературы

1. Башмакова, К. В. Рациональная противотромботическая терапия пациенток акушерского профиля с различными формами тромбофилий / К. В. Башмакова, Н. В. Путилова // Вестник РУДН, серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2010. – № 6. – С. 184–192.

2. Кадыков, А. М. Течение и завершение гестационного периода у женщин с преждевременными родами / А. М. Кадыков, Н. И. Аношкина // Сборник: Актуальные вопросы современной медицины. Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. – 2016. – С.109–110.

3. Робертсон, Л. Тромбофилия при беременности: систематический обзор / Л. Робертсон, О. Ву, П. Лангхорн, С. Тваддл, П. Кларк, Г. Д. Лоу // *Bt J Haematol.* – 2006, Vol. 132, P. 171–96.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ МОЛОДЕЖИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM OF PREPARATORY TRAINING YOUTH OF THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Курабекова Н.А. ¹, Жаркин Н.А. ²
Kurabekova N.A. ¹, Zharkin N.A. ²

¹ГБПОУ РД Дербентский медицинский колледж имени Г.А. Илизарова
GBPOU RD Derbent Medical College named after G.A. Ilizarova

²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

Важность прегравидарной подготовки определяется проблемой репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Необходимость ее обусловлена повышением значимости официально зарегистрированного брака, престижа модели здоровой семьи, формирования ответственного отношения к планированию зачатия, рождению и воспитанию ребенка у будущих родителей, а также формированию традиционных взаимоотношений в семье для оптимальной реализации репродуктивного потенциала молодежи, как категории общественного прогресса. Сокращение численности населения страны сопровождается нарастающим ухудшением состояния здоровья наиболее социально уязвимой части населения - детей, подростков и женщин фертильного возраста, с которыми связана надежда на улучшение качества здоровья будущих поколений. Изучение отношения к прегравидарной подготовке будущих родителей позволит оптимизировать систему мероприятий, направленных на повышение уровня репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

Цель: оценить информированность и востребованность для молодого поколения Дагестана прегравидарной подготовки и разработать меры по ее реализации.

Задачи. Определить теоретические особенности формирования навыков прегравидарной подготовки подрастающего поколения. Выявить уровень информированности молодежи по вопросам прегравидарной подготовки.

Материалы и методы. Проведено пилотное качественное дискрепитивное исследование 130 учащихся Дербентского медицинского колледжа имени Г.А.Илизарова. Анкета "Ваше отношение к прегравидарной подготовке" включала 9 вопросов, направленные на оценку уровня грамотности молодежи по проблеме современной прегравидарной подготовки и охраны репродуктивного здоровья.

Результаты. Средний возраст учащихся составил 19 ± 2 лет. Среди респондентов была 121 (93,07 %) девушка и 9 (6,92 %) юношей, состоящих в браке студентов – 32 (26,4 %). Большинство опрошиваемых студентов 80 (61,1 %) не имеют полного понимания сути прегравидарной подготовки, и лишь 50 (38,2 %) дали наиболее корректный ответ на вопрос анкеты: «Прегравидарная подготовка – это...». На вопрос "Сколько этапов предполагает современная прегравидарная подготовка, перечислите", верно была указана этапность прегравидарной подготовки 111 (84,7 %) респондентами. На вопрос «Как Вы относитесь к прегравидарной подготовке?» - «отлично» ответили 11 (8,4%) студентов, хорошо 29 (22,1 %), нормально 19 (14,5 %) опрошенных. Положительно относятся к прегравидарной подготовке 70 (53,4 %) студентов. На вопрос «Кому необходимо проходить прегравидарную подготовку?» 36 (27,7 %) студентов считают - всем женщинам, вступающим в половую жизнь, 32 (24,6 %) - женщинам желающим родить здорового ребенка, 31 (23,8%) - всем девушкам 18 лет, 19 (14,6 %) - будущим родителям. Объяснение ответу «всем девушкам 18 лет» является то, что замужество большинства девушек в Дагестане происходит в этом возрасте. Основной концепцией прегравидарной подготовки 91 (70 %) респондент понимают рождение здорового ребенка, 37 (28,5 %) – вынашивание и рождение здорового ребенка, а 2 (1,5 %) студентов считают рождение желанного ребенка. На вопрос "Что способствует благоприятному зачатию и вынашиванию ребенка?" 43 (33,1 %) опрошенных считают здоровый образ жизни, 11 (8,5 %) – физическое, духовное и моральное благополучие, 18 (13,8 %) – прегравидарная подготовка, 7 (5,4 %) – планирование семьи, а 6 (4,6 %) студентов ответили «здоровье обоих родителей».

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) как правильное питание понимают 31 (23,8 %) студент, спорт – ответили 29 (22,3 %) респондентов, отказ от вредных привычек - считают 23 (17,7 %) опрошенных. При ответе на вопрос «Чем может осложниться беременность при отказе от прегравидарной подготовки?» студентами были даны следующие ответы: выкидышами и прерыванием беременности – 81 (62,3 %) респондент, аномалии плода, генетические заболевания – 45 (34,6 %), тяжелое течение беременности и родов – 10 (7,7 %), преждевременными родами – 7 (5,4 %). В ответах были указаны и по два фактора, способствующих осложнению. На вопрос «Как бы Вы подготовились к беременности?» 43 (33,1 %) студента ответили – «сдала бы анализы», 26 (20 %) опрошенных обследовали бы себя и мужа, здоровый образ жизни вели бы 13 (10 %) опрошенных. Прегравидарную подготовку прошли бы лишь 14 (10,8 %) студентов.

Заключение. Информированность молодежи о прегравидарной подготовке оказалась низкая. Она обусловлена отсутствием направленных на ее мотивацию и поддержание специальных потоков информации. Требуется разработка специальной программы для формирования корректного представления молодежи о прегравидарной подготовке и путях ее формирования, что позволит улучшить репродуктивное здоровье и в перспективе снизить репродуктивные потери.

Список литературы

1. Планирование беременностей в России: Итоговый отчет по результатам Выборочного обследования репродуктивного здоровья российских женщин // ВОРЗ-2011.
2. Радзинский, В. Е. Прегравидарная подготовка: клинический протокол / В. Е. Радзинский. М.: Редакция журнала StatusPraesens. – 2016. – 80 с.

ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

POLYPS OF ENDOMETRY: ANALYSIS OF STRUCTURE AND DISTRIBUTION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Свиридова Н. И., Максимов С. Н.
Sviridova N.I., Maksimov S.N.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост пролиферативных заболеваний эндометрия, среди которых одно из ведущих мест занимают полипы эндометрия (ПЭ), частота выявления которых в репродуктивном периоде достигает 25-35%. Известным является тот факт, что ПЭ служат показанием для проведения каждой четвертой гистероскопии ввиду их ассоциации с аномальными маточными кровотечениями, бесплодием и риском малигнизации.

Цель: изучение структуры и распространенности полипов эндометрия у женщин репродуктивного возраста Волгоградского региона.

Задачи: провести ретроспективный анализ историй болезни пациенток, поступивших в гинекологическое отделение ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 2» на гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание стенок полости и цервикального канала; оценить частоту встречаемости полипов эндометрия среди пациенток репродуктивного возраста, направленных на гистероскопическое исследование; выявить долю полипов эндометрия, манифестирующих различными вариантами аномальных маточных кровотечений (АМК); изучить морфологические особенности ПЭ и подлежащего эндометрия у пациенток репродуктивного периода.

Методы. Проведено когортное ретроспективное исследование 1826 историй болезни пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, поступивших в гинекологическое отделение ГБУЗ ВОКПЦ №2 за период с 2017 г. по 2019 г. для проведения гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания стенок полости и цервикального канала. На основании результатов гистологического исследования соскобов эндометрия (наличие морфологически верифицированных полипов эндометрия) были отобраны 684 (37,6%) истории болезни.

Результаты. Средний возраст обследуемых пациенток составил $38,42 \pm 2,18$ лет. Показанием к госпитализации явилось наличие эхографических признаков ПЭ.

Средний возраст обследуемых пациенток составил $38,42 \pm 2,18$ лет. В результате проведенного анализа установлено, что у 35,5 % обследуемых клинические проявления отсутствовали, в то время как наличие АМК различного характера диагностировано у 64,5% обследованных. Так, у 195 (44,2 %) пациенток АМК проявлялись обильными менструальными кровотечениями, в 28,1 % случаев выявлено сочетание обильных менструальных кровотечений и межменструальных кровотечений. Обильные менструальные кровотечения на фоне олигоменореи диагностированы у 70 (15,9 %) женщин.

В ходе исследования установлено, что в структуре морфологического состояния эндометрия у обследуемой когорты пациенток преобладали полипы на фоне хронического эндометрита (48,8 %). Полипы на фоне неизменного эндометрия (эндометрий в стадии пролиферации) выявлены в 43,6 % случаев. В то время как гиперплазия эндометрия без атипии (простая или комплексная) верифицирована у 42 (6,1 %) обследуемых, а фокусы атипичной гиперплазии эндометрия в структуре полипов диагностированы в 1,5 % случаев.

В результате проведенного анализа морфологической структуры полипов эндометрия выявлены следующие формы: железистые ПЭ – 11,5 %, железисто-фиброзные – 80,8 %, фиброзные – 7,6 %. Обращает на себя внимание тот факт, что у каждой третьей пациентки с железистыми ПЭ, и у каждой второй пациентки с железисто-фиброзными ПЭ, выявлены признаки изъязвления полипов, что свидетельствует о воспалительных изменениях в эндометрии, которые обуславливают патогенетические механизмы их формирования.

Заключение. Таким образом, данные, полученные в ходе настоящего исследования, свидетельствуют о преобладании инфекционно-воспалительного фактора в генезе полипов эндометрия у женщин репродуктивного возраста. Это диктует необходимость поиска информативных иммунологических предикторов формирования и рецидивирования полипов эндометрия с целью оптимизации тактики ведения пациенток с данной патологией.

Список литературы

1. Асатурова, А. В. Клинико-моорфометрические особенности полипов эндометрия и механизмы возникновения аномальных маточных кровотечений / А. В. Асатурова, Г. Е Чернуха, И. А. Иванов, А. А. Кузмин // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 7. – С. 64–70.
2. Кондриков, Н. И. Патология матки. Руководство для врачей / Н. И. Кондриков, И. В. Баранова // М.: Практическая медицина. – 2019. – С. 229–233.

3. Покуль, Л. В. Эндометриальные полипы, ассоциированные с вирусом папилломы человека: обоснование патогенетической терапии / Л. В. Покуль, М. Р. Оразов, М. Г. Лебедева, Н. А. Чугунова, М. Н. Ковалева, А. Н. Ахматова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2019. – Т. 18. – № 6. – С. 7–15.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

PREDICTIVE RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF DISORDERS OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN WHO HAVE BEEN POSTPARTUM INFECTIOUS COMPLICATIONS

Свиридова Н. И., Хасаева М. И.
Sviridova N.I., Khasaeva M.I.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

Известно, что отсутствие реабилитации после перенесенных послеродовых инфекционных осложнений является одной из наиболее частых причин возникновения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, приводящих к нарушению репродуктивной функции женщины в будущем.

Цель: оценить факторы риска развития нарушений репродуктивной функции женщин, перенесших послеродовые инфекционные осложнения.

Задачи: провести ретроспективный анализ медицинских карт пациенток, обратившихся с жалобами на АМК, в анамнезе которых роды осложнились развитием послеродового эндометрита; выявить прогностические факторы риска развития нарушений репродуктивной функции у обследуемой когорты пациенток.

Методы: Проведено когортное ретроспективное исследование медицинских карт пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся в КДП ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2» за период с 2017 по 2019 год на этапе прегравидарной подготовки.

Критериями включения в исследование явились: возраст пациенток от 18 до 45 лет, наличие морфологически верифицированного ХЭ; АМК различного характера; в анамнезе роды через естественные родовые пути, осложнившиеся послеродовым эндометритом; заинтересованность в выполнении репродуктивной функции. Критериями исключения явились: возраст младше 18 лет и старше 45 лет; рубец на матке после операции кесарево сечение, злокачественные новообразования любой локализации. На основании критериев включения и исключения нами были отобраны 174 медицинские карты пациенток, которые составили основную группу. Контрольная группа включала в себя 60 здоровых женщин в возрасте от 18 до 45 лет, имеющих в анамнезе роды через естественные родовые пути, не осложненные послеродовым эндометритом.

Результаты: У пациенток, перенесших ХЭ, выявлена более высокая частота встречаемости инфекционно-вирусных заболеваний в детском возрасте. Среди детских инфекций у больных основной группы доминировали: корь (48,3%), ветряная оспа (32,2%) и краснуха (12,1%), что было достоверно выше, чем в контрольной группе.

В структуре экстрагенитальной заболеваемости у пациенток с ХЭ лидирующее положение занимали заболевания органов ЖКТ, которые встречались у 44,8% пациенток основной группы и у каждой третьей женщины группы контроля (35,0%). Кроме того, у пациенток основной группы достоверно чаще выявлялись воспалительные заболевания органов мочевыделительной (26,4%) и дыхательной системы (22,4%).

Каждая третья пациентка (33,5%) с ХЭ в анамнезе использовала внутриматочный метод контрацепции. Невынашивание беременности диагностировано у 48,3% пациенток основной группы, и лишь у 8,3% женщин группы контроля. Установлено, что послеродовый эндометрит развивался у 61,5% первородящих пациенток, в то время как у повторнородящих – в 38,5% случаев.

Течение беременности у пациенток основной группы осложнилось развитием бактериального вагиноза (67,8 %), обострением хронической соматической патологии (34,5%), угрозой прерывания беременности

(32,2 %). ИППП во время беременности диагностированы у каждой четвертой пациентки (25,3 %). К факторам риска, обусловленных течением родов, следует отнести: преждевременное излитие околоплодных вод (10,3 %), хориоамнионит (8,0 %), задержку частей последа в полости матки (5,2 %), травму мягких тканей родовых путей (24,1 %). Послеродовый период осложнился развитием эндометрита (100%), который в 16,1 % случаев сочетался с инфицированием швов на промежности.

Заключение: Таким образом, данные, полученные в ходе настоящего исследования, необходимо использовать для прогнозирования развития нарушений в репродуктивной системе у пациенток, перенесших послеродовый эндометрит, с целью дифференцированного подхода к ранней реабилитации репродуктивной функции.

Список литературы

1. Национальное руководство. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – 1800 с.
2. Септические осложнения в акушерстве. Клинические рекомендации (протокол лечения). Москва. – 2017. – 60 с.

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНЫХ ПРОЛАПСОВ У ЖЕНЩИН

NEW TECHNOLOGY OF SURGICAL TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE IN WOMEN

Сейкина В. А., Прохвятилов С. А., Жаркин Н. А., Бурова Н. А.
Seikina V. A., Prokhvatilov S. A., Zharkin N. A., Burova N. A.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

Цель: повысить эффективность оперативного лечения пациенток с генитальными пролапсами, сокращение сроков госпитализации после операции, снижение частоты рецидивов заболевания.

Задачи: Разработка новой технологии оперативного лечения тяжелых пролапсов гениталий на основе комбинации собственных тканей и искусственных сетчатых протезов. Внедрение протокола программы ускоренного выздоровления для оперированных пациенток.

Методы. Пролечено 88 пациенток с пролапсом внутренних половых органов тяжелой степени (POP-Q II и III степени). В программу лечения входило 3 этапа. **В предоперационный этап** проводили тщательное консультирование пациентки, назначали компрессионный трикотаж II класс, НМГ, антибиотикопрофилактику. **В интраоперационный период осуществлялось** оперативное лечение по запатентованной методике на фоне анестетиков короткого действия. **В послеоперационный период** назначался ранний пероральный прием жидкостей, осуществлялась ранняя активизация пациенток, отказ от стимуляции кишечника, лазеро-пунктура (по показаниям), тренировка мышц тазового дна через 30 дней после хирургического лечения.

Результаты. Предложенный усовершенствованный метод лечения генитальных пролапсов у женщин способствовал снижению общей кровопотери, числа ранних и поздних осложнений в послеоперационном периоде, что привело к уменьшению сроков нахождения пациенток в стационаре (5-6 суток, против 10-ти, при общепринятой методике ведения). Оценка отдаленных результатов лечения через 3 месяца послеоперационного периода выявила 2 рецидива заднего пролапса с формированием ректоцеле (POP-Q I), что не сопровождалось нарушением функции тазовых органов и при дальнейшем наблюдении не прогрессировало. В течение 12 месяцев послеоперационного периода отмечено опущение передней стенки влагалища на уровне нижней трети только у одной пациентки, с сохранением фиксации мочевого пузыря и шейки матки, отсутствием нарушения функции мочеиспускания. Через 24 месяца наблюдений лишь в 3-х случаях преобладала недостаточность мышц тазового дна без формирования ректоцеле, что не приводило к нарушению акта дефекации. Случаев диспареунии после операции не выявлено.

Таким образом, практическое применение разработанной технологии привело к улучшению результатов операции и отсутствию в 93,2 % случаев рецидивов заболевания, что указывает на восстановление

качества жизни пациенток. Предложенный метод полезен тем, что позволяет устранить заболевание и обеспечить минимизацию побочных явлений, обусловленных оперативным вмешательством под наркозом с сокращением материальных затрат на лечение за счет оптимизации лекарственного лечения в послеоперационном периоде и ранней активацией пациенток. Это позволяет сократить послеоперационный койко-день в среднем на 3 дня. Технология легко доступна для освоения оперирующими гинекологами и расширяет их профессиональный кругозор.

Список литературы

1. Васин, Р. В. Генитальный пролапс: современные аспекты оперативного лечения (обзор литературы) / Р. В. Васин, В. Б. Филимонов, И. В. Васина // Экспериментальная и клиническая урология. – 2017. – № 1, С. 104–115.
2. Гольбрайх, В. А. Алгоритм программы «фаст-трак» в плановой и экстренной абдоминальной хирургии / В. А. Гольбрайх, С. С. Маскин, А. Г. Арутюнян // Вестник ВолгГМУ. – 2019. – №3 (71). – С.3–8.
3. Патент № 2581005 «Способ хирургического лечения пролапса тазовых органов». Зарегистрирован 21 марта 2016 г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

EFFICACY OF DIFFERENT METHODS OF HEMOSTASIS FOR ABNORMAL UTERINE BLEEDING PUBERTY PERIOD

Селихова М. С., Зверева Е. С., Калачева Л. С.
Selikhova M. S., Zvereva E. S., Kalacheva L. S.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

Аномальные маточные кровотечения (АМК) в пубертате являются одной из форм нарушения менструальной функции у девочек и наиболее частой причиной обращения подростков к гинекологу (1). Ювенильные кровотечения могут быть как овуляторными, так и ановуляторными, в виде меноррагий, полименореи, менометроррагии (2). Наиболее часто наблюдаются ановуляторные циклические кровотечения на фоне атрезии фолликулов, существенно реже на фоне персистенции (3). У этих пациенток обычно имеют место обильные кровянистые выделения, приводящие к гиповолемическим расстройствам и развитию железодефицитной анемии.

Цель: изучить особенности клинической манифестации АМК пубертатного возраста и эффективность различных видов гемостаза.

Материалы исследования. Для достижения поставленной цели были проанализированы 40 случаев АМК пубертатного возраста у девочек, поступивших в срочном порядке в гинекологическое отделение ГКБСМП №7 г. Волгограда в течение 2019 года. Объем обследования при поступлении включал опрос жалоб, сбор анамнеза у девочки и сопровождающих ее лиц, общий осмотр с оценкой роста-весовых и гемодинамических показателей, ректальное исследование, ультразвуковое исследование малого таза с оценкой уровня эндометрия. Всем девочкам в срочном порядке определялся общий анализ крови, что наряду с данными пульса и артериального давления позволяло оценить объем кровопотери.

Результаты исследования: возраст пациенток колебался от 11 до 17 лет и в среднем составил 14лет±6мес. Основной жалобой всех девочек были кровянистые выделения из половых путей, при этом только каждая десятая (10 %) отмечала длительные и обильные менструации, а у большинство (90 %) отмечались нарушения менструального цикла по типу менометроррагий. При опросе у 45 % девочек с ювенильными кровотечениями были выявлены проблемы социального характера (трудности в учебе, чрезмерные нагрузки в спортивных секциях, конфликты в семье, с родственниками, с друзьями). У каждой пятой (20 %) отмечалось в анамнезе недавно перенесенное инфекционное заболевание. Обращает на себя внимание, что у каждой десятой девочки с АМК выявлено выраженное ожирение и ИМТ был более 35. При ультразвуковом исследовании у всех поступивших девочек проводилось

определение уровня эндометрия (М-ЭХО). Результаты свидетельствуют, что у 7 пациенток (17,5 %) уровень эндометрия составил 15 ± 5 мм, у 10 пациенток (25 %) уровень эндометрия был низким – 4 ± 2 мм, у большинства (23 пациентки – 57,5 %) он составил 8 ± 2 мм.

У 10 пациенток при поступлении анемии не было выявлено, гемоглобин составил 130 ± 10 г/л. При обследовании 25 пациенток (62,5 %) показатели гемоглобина были в пределах от 100 – 120 г/л, что характерно для анемии легкой степени тяжести. Три девочки (7,5%) поступили в стационар с обильными продолжающимися кровотечениями и тяжелой анемией. Гемоглобин при поступлении в стационар составил 60 ± 10 г/л. При этом были изменены и гемодинамические показатели: пульс был в пределах 90 ± 10 уд. в минуту, АД $75/50 \pm 10$ мм.рт.ст. При выборе метода гемостаза учитывались общее состояние девочки, длительность кровотечения и степень анемизации, отражающие объем кровопотери, впервые возникло АМК или повторно. Предпочтение симптоматическому гемостазу отдавалось при впервые возникшем АМК пубертатного возраста, отсутствие анемизации или анемия легкой степени, при низком или нормальном уровне эндометрия по данным УЗ-исследования. Основой симптоматической терапии была гемостатическая (транексамовая кислота) и утеротоническая (окситоцин), терапия, направленная на уменьшение кровянистых выделений. Данные препараты входят в Стандарты первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи несовершеннолетним при маточных кровотечениях пубертатного периода (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. №1274н). Однако, в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии в течение 3–4 дней от поступления 9 пациенткам был дополнительно назначен гормональный гемостаз. В группе девочек-подростков после проведенного симптоматического лечения в течении 6 месяцев у 5 пациенток случился рецидив аномального маточного кровотечения и при повторной госпитализации для достижения гемостаза в этой группе был назначен гормональный гемостаз. При поступлении 10 девочек исследуемой группы получали гормональный гемостаз с использованием низкодозированного монофазного контрацептива Регулон. Показаниями к его назначению были анемия средней и тяжелой степени (у 5 девочек) и повторное АМК пубертатного возраста (у 5 девочек). После выписки из стационара всем пациенткам данной группы было рекомендовано продолжить гормональное и антианемическое лечение в течение 3 месяцев. В наших наблюдениях не было отказов от приема препарата из-за аллергической реакции или плохой переносимости. Хирургический метод остановки кровотечения в пубертатном возрасте выполняется крайне редко. В данной выборке хирургический гемостаз был выполнен у одной пациентки (2,5 %) 12 лет, у которой менархе перешло в кровотечение. Гемоглобин при поступлении составил 85 г/л, при УЗИ органов малого таза выявлено М-ЭХО 23 мм, неоднородное. Проведенное полное клиническое исследование не выявило органической соматической патологии, но за 2 недели до менархе девочка перенесла ОРВИ в тяжелой форме, потребовавшей стационарного лечения. На фоне проводимой в течение 2х недель консервативной терапии и гормонального гемостаза эффекта добиться не удалось, отмечено снижение уровня гемоглобина до 79 г/л. Кровотечение не имело тенденции к снижению, в связи с чем было принято решение о хирургическом методе гемостаза: гистероскопия, вакуум-аспирация эндометрия, что и было выполнено. В послеоперационном периоде продолжена гормональная, антианемическая терапия. Достигнут полный гемостаз, состояние при выписке удовлетворительное, гемоглобин при выписке 106 г/л. Рекомендовано продолжение гормональное и антианемическое лечение в амбулаторных условиях не менее 3 месяцев.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что АМК сохраняют свою актуальность и оказывают негативное влияние на становление репродуктивной функции девочки в пубертатном периоде. Симптоматический характер гемостаза обеспечивает гемостаз и отсутствие рецидивов кровотечения в случаях, когда в качестве триггера выступают социально-психологические проблемы. Наиболее эффективным является патогенетически обоснованный гормональный гемостаз. Сложным вопросом остаются рецидивы АМК, в связи с чем всем пациенткам с маточными кровотечениями пубертатного периода должно быть рекомендовано динамическое наблюдение 1раз в месяц до стабилизации ритма менструаций, затем контрольное обследование 1раз в 3–6мес. Проведение эхографии органов малого таза должно осуществляться не реже 1раза в 6–12 мес.

Список литературы

1. Вольфф фон М. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина / фон М. Вольфф, П. Штуте // М., «Медпресс-информ». – 2018. – 511 с.
2. Гинекология. Национальное руководство, М.: «ГЭОТАР-Медиа». – 2009. – С. 1079.
3. Кузнецова, И. В. Девочка-подросток как пациент. Эндокринная гинекология физиологического пубертата: оптимальный минимум коррекции. М.: ООО «Медиабюро Статус презенс». – 2014. – С. 20.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

IMMUNOLOGICAL FACTORS OF ENDOMETRIOSIS DEVELOPMENT

Сердюков С. В.
Serdyukov S. V.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

Недостаточная эффективность лечения разнообразных форм эндометриозной болезни является следствием отсутствия точного понимания причин возникновения и прогрессирования этого заболевания [1].

Среди многочисленных, бесспорно заслуживающих внимания теорий развития эндометриоза, в последнее время большое значение уделяется его иммунологическим причинам. Эндометриоз рассматривается как хроническая иммунозависимая патология с рецидивирующим течением, для которой характерна патологическая эктопия клеток, сходных с эндометрием, за пределы полости матки и их активная пролиферация.

В литературе имеются сведения о роли тромбоцитов, как первичного звена иммунного ответа. Активируясь при взаимодействии с циркулирующими иммунными комплексами, они приводят к выделению серотонина и инициации воспалительного процесса [2].

Цель: оценить особенности течения эндометриоза в зависимости от выявленных изменений иммунологических факторов развития заболевания.

Методы: проведен ретроспективный анализ 112 историй болезни пациенток, находившихся на стационарном лечении с разными формами эндометриоза для определения связи этиопатогенетических факторов с особенностями течения заболевания.

Результаты: возраст обследованных составил от 21 до 55 лет, но с преобладанием женщин моложе 35 лет (средний возраст - $34,2 \pm 8,8$ года). У 44 больных выявлен наружный генитальный эндометриоз: яичников - 34 случая (30,3%), ретроцервикальный - 4 случая (3,6%), перитонеальный - 6 случаев (5,4%). Аденомиоз диагностирован у 49, а сочетанные формы заболевания – у 19 пациенток (17,0%).

При оценке анализов крови установлено, что распространенным изменением являлось повышение уровня тромбоцитов (в 22 случая х - 19,6%), более выраженное в группе больных с наружным генитальным эндометриозом. При этом снижение уровня гемоглобина ниже 110 г/л у 45 пациенток (40,2%) определялось преимущественно у больных с аденомиозом. По данным обследования не наблюдалось корреляции этих показателей. На фоне сенсibilизации к ткани эндометриозного типа происходит дегрануляция иммунокомпетентных клеток и активация тромбоцитов, а их агрегация отграничивает очаги эктопических клеток. В результате происходит рост гетеротопий и прогрессирование патологического процесса. Таким образом, выявленная закономерность характерна больше для распространенного, чем для инфильтративного эндометриоза. Заслуживает внимания тот факт, что изменение уровня тромбоцитов определялось у пациенток с длительностью анамнеза заболевания, не превышающего 5 лет. Возможно, разные формы и стадии эндометриоза сопровождаются различными по виду и выраженности иммунными нарушениями. Это может служить подтверждением неоднородности этиопатогенеза такого многофакторного процесса как эндометриоз.

Анализ имевшихся у обследованных пациенток сопутствующих заболеваний, указывает на частое сочетание изучаемой патологии с другими иммунозависимыми состояниями. У больных отмечалась склонность к инфекционным процессам острого (частые ОРВИ у 19,6%) и хронического характера (гастродуодениты, холециститы, пиелонефриты). У половины пациенток (57 случаев) диагностированы два и более гинекологических заболевания. Чаще других встречались миома матки (26,8%), сальпингоофорит (25,9%), метроэндометрит (21,4%). Следовательно, высокий инфекционный индекс, указывающий на снижение активности иммунитета, повышает риск развития заболевания. Наличие хронического воспаления гениталий способствует инвазии эктопических эндометриальных клеток, а сочетание эндометриоза с миомой матки подтверждает значимость гормональных нарушений. Как следствие, у 57 женщин (50,9%) отмечалось первичное или вторичное бесплодие, определяющее медицинскую и социальную значимость эндометриоза [3].

Выводы: полученные данные указывают, что определение уровня и активности тромбоцитов уточняет механизмы прогрессирования эндометриоза. Выделение специфических факторов риска

улучшает диагностику множества его клинических форм. Высокая частота сопутствующей соматической патологии и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез указывают на нарушения иммунных механизмов и создают условия для развития заболевания. Усовершенствование методов терапии на основе выявленных звеньев этиопатогенеза позволит достичь более высоких результатов лечения.

Список литературы

1. Алехина, А. Г. с соавт. Бесплодие при эндометриозной болезни //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 4. – С. 187–187.
2. Johnson, N. P., Hummelshoj L. Consensus on the current management of endometriosis / Johnson N. P., Hummelshoj L. // Hum. Reprod. – 2013. – Vol. 28, P. 1552–1568, doi: 10.1093/humrep/det050.
3. Université Laval. "Unexpected role of platelets in immune response." ScienceDaily. Science-Daily, 1 February 2018. <www.sciencedaily.com/releases/2018/02/180201115733.htm>.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПО НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ (случай из практики)

CLINICAL CASE OF NEW CORONAVIRUS INFECTIONS IN PREGNANT WOMAN (case from practice)

Степанян Л. В., Мальшева И. П., Мединский Д. Б., Булах Н. А., Распопова Э. Б.
Stepanyan L. V., Malysheva I. P., Medinsky D. B., Bulakh N. A., Raspopova E. B.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России
Astrakhan State Medical University

ГБУЗ АО Александрo-Мариинская областная клиническая больница
Alexandro-Mariinsky Regional Clinical Hospital

В конце 2019 года в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй), возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV [1].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2 [1].

Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания ограничены. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония, у 3-4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) [1].

Также известно, что и SARS-CoV, и MERS-CoV вызывают тяжёлые осложнения при беременности, что приводит к госпитализации в отделение реанимации, ранней респираторной поддержке, проведении ИВЛ, развитию полиорганной недостаточности и смерти [2, 3]. Процент смертности от инфекции SARS-CoV среди беременных составляет до 25% [2].

В настоящее время имеется очень мало сведений о влиянии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 на беременных женщин и детей грудного возраста, не существует конкретных рекомендаций для беременных относительно диагностики и лечения COVID-19.

В Областной перинатальный центр г. Астрахани 20.04.2020 г. поступила беременная С., 1987 г.р., по направлению врача женской консультации на родовую госпитализацию с диагнозом: беременность, 38 недель. Головное предлежание плода. Рубец на матке (3 ОКС в анамнезе). Выраженное ожирение. Гестационный сахарный диабет. Вызванные беременностью отеки. Анемия легкой степени. Табакокурение.

Жалобы при поступлении пациентка не предъявляла. Беременность пятая, в браке, желанная, на учете в женской консультации состояла с 11 недель беременности. Предстояли четвертые роды. Табакокурение в течение всей беременности.

Через 8 часов от момента госпитализации зафиксирован подъем температуры до 38,3 С. При физикальном исследовании выявлена легкая гиперемия зева. ЧДД – 16 в мин. Сатурация 98 %. АД 120/80 мм рт ст. Пульс 80 уд./мин.

Учитывая неблагоприятную эпидемиологическую обстановку по новой коронавирусной инфекции, беременная изолирована, назначено обследование согласно «Временным методическим рекомендациям. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 5 (08.04.2020)» [1].

Персонал обеспечен средствами защиты.

В ходе обследования были получены следующие результаты: исследование уровня глюкозы в крови: 6.1 ммоль/л (диагноз: Гестационный сахарный диабет); уровень С-реактивного белка (СРБ): 44.5 мг/л; исследование уровня общего белка в крови: 60.2 г/л; заключение компьютерной томографии: признаки двухсторонней, полисегментарной пневмонии, более вероятно вирусной этиологии (не исключается COVID-19 этиологии). К/Т тип 2. Признаки хронического бронхита. Взятые мазки на грипп, COVID-19.

Беременная консультирована пульмонологом, выставлен диагноз: Внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония, средне-тяжелое течение. ОРВИ; инфекционистом, – заключение: внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония, средне-тяжелое течение. ДН 0 степени.

Пациентка С., учитывая средне-тяжелое состояние (тяжесть состояния обусловлена гипертермией), переведена в отделение анестезиологии и реанимации (ОАР№2). В отделении, где ранее находилась С., были начаты противоэпидемические мероприятия.

В ОАР№2 проводились дезинтоксикационная, антибактериальная и противовирусная терапии, подача увлажненного кислорода носовым катетером, контроль за состоянием плода.

21.04.2020 был получен положительный результат НА КОРОНАВИРУС ТОРС (SARS-COV2).

На фоне проводимой терапии состояние пациентки С. стабилизировалось: температура тела находилась в пределах нормальных показателей (36,5-36,8С), сатурация кислородом находилась в пределах 96%.

21.04.2020 был выставлен диагноз: Беременность 38 недель и 4 дня. Несостоятельный рубец на матке (3 ОКС в анамнезе). Коронавирусная инфекция. Гестационный сахарный диабет. Выраженное ожирение. Вызванные беременностью отеки. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Миопия слабой степени. Резус-отрицательная кровь без явлений изосенсибилизации. Отягощенный акушерский анамнез. Табакокурение.

Учитывая клинические признаки несостоятельности рубца на матке после 3 операций кесарево сечение, доношенный срок, высокий пренатальный риск, показано родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке под спинномозговой анестезией. Учитывая наличие подтвержденной коронавирусной инфекции, в послеоперационном периоде, при стабильном состоянии пациентки, показан перевод в инфекционный госпиталь для больных с COVID-19. Разобщение матери и ребенка.

Операция прошла без технических сложностей.

Послеоперационный период протекает на данный момент без особенностей.

В настоящий момент родильница находится в инфекционном отделении для больных Covid ГБУЗ АО АМОКБ. Лечение по новой коронавирусной терапии продолжается с положительной динамикой (данные на 28.04.2020 г.). Продолжается также утеротоническая терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений. Лактация сохраняется.

Ребенок изолирован. Продолжается также обследование согласно «Временным методическим рекомендациям... Версия 5 (08.04.2020)».

При своевременной диагностике, адекватном обследовании и своевременном оказании медицинской помощи исход как для будущей мамы и новорожденного с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), среднетяжелая форма, внебольничная двусторонняя пневмония. ДН 0 благоприятен.

Список литературы

1. Временные методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации: профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). – Режим доступа: <https://static->

1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/049/986/original/09042020_MP_COVID-19_v5.pdf, свободный. – Заглавие с экрана. – Яз. рус. – Дата обращения : 03.07.2020.

2. Alfaraj, S. H. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: report of two cases & review of the literature / S. H. Alfaraj, J. A. Al-Tawfiq, Z. A. Memish // J Microbiol Immunol Infect. – 2019, Vol. 52, P. 501–503.

3. Wong, S. F. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome / S. F. Wong, K. M. Chow, T. N. Leung // Am J Obstet Gynecol. – 2004. – Vol. 191(1), P. 292–297.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ СУЛЬФИДНО-ИЛОВОЙ ГРЯЗИ "ТИНАКСКАЯ" В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

APPLICATION OF THERAPEUTIC SULFIDE-SLUDE MUD "TINAKSKAYA" IN THE GYNECOLOGICAL PRACTICE OF THE ASTRAKHAN REGION

Степанян Л. В., Синчихин С. П., Цуригова З. А., Мурдханова Н. А.
Stepanyan L. V., Sinchikhin S. P., Tsurigova Z. A., Murdkhanova N. A.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России
Astrakhan State Medical University

В последние годы считается перспективным направлением в комплексном лечении разных заболеваний использовать пелоидотерапию, способствующую повышению адаптационных возможностей организма при минимальном риске развития побочных эффектов и аллергических реакций [1].

При влагалищном использовании лечебная грязь изменяет микрофлору влагалища и бактерицидно воздействует на патогенные микроорганизмы, усиливает клеточную резистентность слизистой оболочки, обладает противовоспалительными, десенсибилизирующими и регенерирующими свойствами [2].

В Российской Федерации, на территории Астраханской области существует "Озеро Лечебное". Его грязевая залежь относится к средне сульфидным иловым соленасыщенным бромным лечебным грязям. Разработка этого озера в лечебных целях началась с 1981 года. В настоящее время реабилитационным центром "Тинаки" запущено производство пакетированной продукции грязи "Тинакская", что расширяет возможности ее использования не только в данном медицинском центре, но и в других лечебных учреждениях, а также в домашних условиях [3].

Необходимо отметить, что в целом пелоидотерапия улучшает гемо- и лимфодинамику органов малого таза, снижает активность экссудативного и инфильтративного процессов, размягчает спаечные структуры, а также усиливает гормональную функцию яичников [4].

Вместе с тем, имеются единичные работы, в которых изучалось влияние курортных факторов центра реабилитации "Тинаки" при различной акушерско-гинекологической патологии [5].

В своей работе М. А. Кузьмина (2009) показала положительный эффект от использования сульфидно-иловой грязи и йодо-бромных вод в комплексной терапии женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, осложненных синдромом тазовой боли. Такое лечение оказывает выраженное противовоспалительное, анальгетическое, вазотропное и антистрессовое действие и может рассматриваться как этап восстановительной терапии после традиционного лечения [5].

З. Т. Наврузова (2010) показала эффективность долечивания беременных с угрозой прерывания беременности и плацентарной дисфункции в условиях реабилитационного центра «Тинаки» [6].

О. Г. Черникина (2016) представила убедительные данные об эффективном использовании лечебной грязи «Тинакская» в комплексном лечении часто рецидивирующего дисбиоза влагалища [7].

Эльдерова К. С. (2017) в результате своих исследований установила высокую эффективность проведения прегравидарной терапии с использованием лечебных факторов грязи «Тинакская» для женщин с привычным невынашиванием беременности неясной этиологии [8].

Таким образом, вышеизложенное показывает положительное влияние пелоидотерапии, и, в частности, лечебной грязи «Тинакская», при лечении различных заболеваний. Однако, научных работ, доказывающую эффективность использования указанной лечебной грязи при лечении гинекологических заболеваний остается пока еще мало. Учитывая особые свойства лечебной грязи «Тинакская», следует считать целесообразным продолжить научные исследования по разработке различных методик её использования при очень широком спектре гинекологических заболеваний.

Таким образом, необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на научное обоснование применения лечебной грязи «Тинакская» в различных областях медицины, в том числе и гинекологической практике.

Список литературы

1. Евсева, М. М. Пелотерапия в современной гинекологической практике. Вестник восстановительной медицины. – 2008. – № 1. – С. 54–59.
2. Евсева, М. М. Пелотерапия в современной гинекологической практике. Вестник восстановительной медицины. – 2008. – № 1. – С. 41–46.
3. Брынцева, И. А. Рациональное использование астраханской сульфидной иловой грязи месторождения озера «Целебное» / И. А. Брынцева, М. А. Самотруева, А. А. Цибизова // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 11 (1). – С. 183–184.
4. Кузьмина, М. А. Курортные факторы санатория «Тинаки» в лечении гинекологических больных / М. А. Кузьмина, М. В. Ипатова, С. П. Синчихин, З. Т. Наврузов // Астраханский медицинский журнал. – 2008. – № 3, С. 32–36.
5. Наврузова, З. Т. Комплексная оценка эффективности реабилитации беременных с плацентарной недостаточностью в условиях санатория «Тинаки»: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград. – 2010. – С. 28.
6. Шипицына, Е. В. Применение теста Фемофлор для оценки микробиоценоза влагалища / Е. В. Шипицына, З. М. Мартикайнен, Н. Е. Воробьева, М. С. Ермошкина, О. С. Степанова, А. Е. Донников, Ю. А. Скоркина, Л. В. Гумбинская, А. М. Савичева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – №3. – С. 38–44.
7. Черников, О. Г. Комплексное лечение бактериального вагиноза с использованием «Тинакской грязи»: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. – 2016. – С. 25.
8. Эльдерова, К. С. Значение прегравидарной подготовки пациенток с невынашиванием беременности в условиях курорта «Тинаки»: дис ... канд. мед. наук. Волгоград. – 2018. – С. 173.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

TO THE QUESTION OF REPRODUCTIVE FUNCTION RENABILITATION AFTER MYOMEECTOMY

Ткаченко Л. В., Свиридова Н. И., Хохлова Р. Р.
Tkachenko L. V., Sviridova N. I., Khokhlova R. R.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

В настоящее время миома матки является одним из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний, приводящих к нарушению репродуктивной функции. Это влечет за собой ежегодный рост числа органосохраняющих пластических операций на матке.

Цель: повысить репродуктивный потенциал пациенток после миомэктомии путем профилактики спайкообразования в периоперационном периоде.

Задачи: провести ретроспективный анализ историй родов пациенток, родоразрешившихся путем операции кесарева сечения в виду наличия рубца на матке после ранее выполненной миомэктомии; обосновать и разработать трехэтапный метод ранней реабилитации репродуктивной функции; оценить его эффективность.

Методы: Проведено ретроспективное изучение историй родов 472 беременных, поступивших в ВОКПЦ №2, на плановое оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в связи с наличием рубца на матке после ранее произведенной миомэктомии.

Результаты: В ходе исследования установлено, что большинство пациенток находилось в возрасте 31-35 лет (60,8%). Средний возраст пациенток на момент кесарева сечения составил $33,5 \pm 4,2$ лет.

Основными жалобами у пациенток после проведенной миомэктомии явились сохраняющиеся боли во время менструации (38,6%), НМЦ по типу обильных менструальных кровотечений и отсутствие самостоятельной беременности у каждой пятой больной (20,6%).

Первичное бесплодие диагностировано у каждой третьей больной (36%), в то время как вторичное бесплодие выявлено в 24,4% случаев. Большинство женщин реализовали свою репродуктивную функцию через 2 – 5 лет после миомэктомии (79,4%).

Среди гинекологических заболеваний у пациенток данной группы установлено: кольпиты различной этиологии встречались в анамнезе у 342 (72,5%) больных, доброкачественные заболевания шейки матки – в 42,6% случаев, хронический двухсторонний сальпингоофорит диагностирован у каждой четвертой пациентки.

Среди клинических проявлений миомы матки в анамнезе до миомэктомии преобладали: НМЦ по типу обильных менструальных кровотечений (ОМК) или межменструальных кровотечений (ММК) – 32,2%; болевой синдром (дисменорея, диспареуния) – 28,6%; нарушения функции тазовых органов – 5,5%, а также сочетание болевого синдрома и ММК – 40,5%.

Миомэктомия в анамнезе лапаротомическим доступом выполнена у 338 (71,6%) пациенток, лапароскопическим доступом – в 28,4% случаев.

У каждой четвертой пациентки (24,6%) во время беременности отмечен рецидив миомы матки. Во время операции кесарева сечения спайки в брюшной полости, были обнаружены у 302 (64,2 %) пациенток. Из них I степень спаечного процесса (по классификации PAI) выявлена у 204 (67,5%) пациенток, а II-третья - у 98 (32,5%). Состояние рубцов на матке нами было оценено как удовлетворительное у 350 (74,2%) больных, втяжение и истончение рубцов выявлено в 25,8 %.

Все вышеизложенное диктует необходимость проведения ранней реабилитации репродуктивной функции после миомэктомии с целью сохранения репродуктивного здоровья и повышения качества жизни женщин фертильного возраста.

Нами разработан трехэтапный метод ранней реабилитации репродуктивной функции у женщин после миомэктомии, который заключался в следующем: на первом этапе за 45-60 минут до оперативного вмешательства пациентке внутривенно капельно вводят 1,0 г Транексама в разведении в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия в течение 20-30 минут; второй этап - на заключительном этапе операции после миомэктомии, на область послеоперационного рубца наносится противовоспалительный рассасывающийся гель Антиадгезин (5 г); и, наконец, третий этап - с 5 суток послеоперационного периода – вагинальное введение полифункционального ферментного препарата пролонгированного действия Лонгид-аза по 1 суппозиторию 1 раз в 3 дня (10 суппозиториях на курс лечения).

В исследование вошли 104 пациентки репродуктивного возраста миомой матки и бесплодием, которым проведена миомэктомия с последующей ранней реабилитацией репродуктивной функции.

Заключение: Прегравидарная подготовка пациенток с миомой матки и бесплодием, включающая своевременное и тщательное обследование на этапе планирования беременности, обоснование четких показаний к миомэктомии, проведение ранней трехэтапной комплексной реабилитации с последующим назначением агонистов ГнРГ, обусловила наступление беременности у 65 (62,5%) из 104 пациенток с благополучным исходом у 41 (63,1%) из 65 женщин.

Список литературы

1. Адамян, Л. В. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Л. В. Адамян, В. Н. Серов, Г. Т. Сухих, О. С. Филиппов // Проблемы репродукции. – 2017. – № 3 (23) (спецвыпуск). – С. 466–568.
2. Беженарь, В. Ф. Терапия миомы матки: от хирургии к медикаментозной стратегии Status Praesens / В. Ф. Беженарь, Э. В. Комличенко, Т. С. Шевелева, А. А. Кондратьев // Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2016, № 4 (33). – С. 147–156.
3. Vilos, J. A., Allaire C., Laberge P. Y., Leyland N. The management of uterine leiomyomas. J. Obstet. Gyn. Canada. – 2015 Feb. – Vol. 37(2), P. 157–181.

ГИПЕРПАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ: НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

HYPERPLASIA ENDOMETRY: NEW PATHOGENETIC FACTORS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Ткаченко Л. В., Делеске И. А.
Tkachenko L. V., Deleske I. A.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

В России отмечается увеличение случаев выявления гиперпластических заболеваний эндомет-

рия. Основная доля пациенток относится к женщинам репродуктивного возраста. Часто эта патология выявляется при аномальных маточных кровотечениях и требует безотлагательного лечения. Обращает на себя внимание частое сочетание патологии эндометрия с эндометриозом, миомой матки, опухолями яичников другими заболеваниями. Современные данные подчеркивают связь хронического эндометрита с гиперплазией эндометрия. Актуальность данной проблемы связана с наиболее частым выявлением патологии у женщин репродуктивного возраста, частыми эпизодами рецидивов, стертой симптоматикой, недостаточной диагностикой и несвоевременным лечением. По данным исследований за последние 5 лет отмечается крайне негативное влияние хронического воспалительного процесса на эндометрий. При этом происходит изменение морфологического и функционального строения эндометрия. В свою очередь это влечет к аномальным маточным кровотечениям, гиперпластическим процессам эндометрия, бесплодию, репродуктивным потерям и неудачам в протоколах ВРТ. На лидирующие места в этиологии хронического эндометрита выходит условно-патогенная флора и вирусные агенты. Многие авторы отмечают частое выявление вируса папилломы человека, вируса простого герпеса и цитомегаловируса. В исследовании Е.В. Беляевой отмечено, что наиболее часто в эндометрии встречается вирус папилломы человека. Пик встречаемости наблюдается у женщин репродуктивного возраста, особенно у женщин 25-30 лет. Имеются данные о том, что вирус папилломы человека обладает высокой контагиозностью и канцерогенным потенциалом. Особенностью вирус-ассоциированного эндометрита является потеря рецепторного аппарата эндометрия. И в свою очередь это ведет к гиперпластическим процессам эндометрия. В основе пускового механизма гиперплазии эндометрия особо выделяют стимуляцию пролиферации. При воздействии комплекса факторов активируются адаптационные процессы, которые выражаются в гиперплазии клеток. Снижение процессов апоптоза является только усугублением патологического процесса в эндометрии. Пусковому механизму предшествуют дисгормональные нарушения, которые выражаются в гиперстимуляции рецепторов клеток эндометрия и повышенной выработкой факторов роста. Ингибирование апоптоза происходит за счет воздействия инфекционного агента. Поэтому многими авторами гиперплазия эндометрия отмечается как результат длительного продуктивного воспаления. При этом особая роль принадлежит вирусным агентам, которые запускают трансформацию клеток. Многие авторы отмечают, что частота встречаемости бактериальных возбудителей снижается, при этом возрастает количество вирусных агентов и смешанных инфекций. Чаще выявляется вирус простого герпеса, вирус папилломы человека и вирус Эпштейна-Барр. Но особое место занимает вирус папилломы человека. Вирус папилломы человека оказывает цитопатический эффект на метаплазированные клетки не только шейки матки, но и эндометрия. В эндометрии обнаруживается экспрессия белка p16 ink4a, что указывает на вирусассоциированные изменения в эндометрии. Это ведет к снижению апоптоза, повышению уровня пролиферации клеток, снижению количества рецепторов к прогестерону и возможно ангиогенезу. Вирус папилломы человека оказывает цитопатический эффект на метаплазированные клетки. На фоне угнетения местного иммунитета ускоряются процессы пролиферации. В исследовании Г.Б. Дикке выявили высокую обсемененность эндометрия вирусами папилломы человека, герпесвирусами и сочетание их с разнообразной микробной флорой. Имеются данные о значительном превышении иммуногистохимических маркеров воспаления CD 16, CD 56, HLA-DRII. И обращает на себя внимание диспропорция в уровне провоспалительных факторов и в цитокиновом спектре, с выраженным преобладанием ИФН- γ и IL -8, над производством ИЛ-10 и ИЛ-13. Необходимо отметить, что компенсаторный механизм воспаления, при его усугублении аутоиммунными процессами запускает чрезмерное повреждение рецепторного аппарата эндометрия. Что в свою очередь приведет к гиперпластическим процессам эндометрия. Дальнейшее развитие железистой гиперплазии эндометрия переходит в атипическую ГПЭ и возможно развитие рака эндометрия.

Цель: выявить частоту гиперплазии эндометрия, ассоциированной с хроническим эндометритом вирусной этиологии.

Материалы и методы. В ходе проспективного исследования проанализировано 30 историй болезни пациенток, поступивших на лечение с диагнозом "Гиперплазия эндометрия. Хронический эндометрит, низкая степень активности." Возраст пациенток составил от 18 до 45 лет. Средний возраст $34,5 \pm 3,5$ года. Женщины сопоставимы по семейному положению, уровню образования и сексуальному поведению. Первичной причиной для обращения за медицинской помощью были клинические признаки у 19 пациенток (63,4%). Лидирующее место занимает нарушение менструального цикла. При этом ранее диагностированный хронический эндометрит у 22 пациенток (73,3%), послеродовой эндометрит у 1 пациентки (3,3%). Гистологически верифицированная гиперплазия эндометрия выявлена у 24 пациенток (83,4%). Всем пациенткам выполнялась пайпель-биопсия эндометрия или гистероскопия с

раздельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала. Особое внимание отводится сексуальному поведению. Пациенток, имеющих 1-2 половых партнера 13 пациенток (43,3%), при этом более 2 половых партнеров у 17 пациенток (56,6%). Бесплодие I выявлено у 5 пациенток (16,7%), бесплодие II у 4 пациенток (13,4%). Инфекции передаваемые половым путем выявлены у 20 пациенток, в том числе анамнестические данные 66,7 Вирус простого герпеса 1 и 2 типа у 9 пациенток (30%), вирус папилломы человека (всех типов) у 23 пациенток (76,7%), из них наиболее часто встречается 16 тип (26%), 18 тип (13%), 52 тип (8,7%), цитомегаловирус 2 пациентки (6,7%).

Выводы. Полученные результаты диктуют необходимость комплексного обследования пациенток с гиперплазией эндометрия на вирусные инфекции, что будет способствовать эффективному комплексному лечению, включающего антивирусную и иммуностимулирующую терапию.

Список литературы

1. Амирова, Х. Д. Иммуногистохимическая характеристика патологии шейки матки и эндометрия у женщин с гиперпластическими заболеваниями репродукции / Х. Д. Амирова // Журнал Наука молодых. – 2019. – Т. 7, № 3. – С. 391–399.
2. Дикке, Г. Б. Нарушение иммунного статуса при хроническом эндометрите и опыт его коррекции посредством локальной цитокинотерапии / Г. Б. Дикке, В. В. Остроменский // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 9. – С. 139–146.
3. Доброхотова, Ю. Э. Модулирование локальной экспрессии факторов врожденного иммунитета у пациенток с хроническим эндометритом и бесплодием / Ю. Э. Доброхотова, Л. В. Ганковская, Е. И. Боровкова // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 5. – С. 116–123.
4. Ищенко, А. И. Клинико-анамнестические, иммунологические, эхографические и гистероскопические особенности эндометрита, ассоциированного с нарушением репродуктивной функции / А. И. Ищенко, А. Л. Унанян, Е. А. Коган, Т. А. Демура, Ю. М. Коссович // Вестник РАМН. – 2018. – № 73(1). – 5–15.
5. Пономарева, И. В., Гиперпластические процессы эндометрия: этиопатогенез, факторы риска, полиморфизм генов – кандидатов/ И. В. Пономарева, А. В. Полоников, М. И. Чурнусов // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 1. – С. 13–18.
6. Ezz M. A., Marey M. A., Elweza A. E. et al. TLR2/4 signaling pathway mediates sperm –induced inflammation in bovine endometrial epithelial cells in vitro. Plos One. 2019; 14(4): e0214516.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

REGIONAL FEATURES OF INFECTION HUMAN PAPILLOMA VIRUS IN PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH A CERVICAL MILD INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

Ткаченко Л. В., Свиридова Н. И., Шишиморова С. Г.
Tkachenko L. V., Sviridova N. I., Shishimorova S. G.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
Volgograd State Medical University

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ). Распространенность папилломавирусной инфекции (ПВИ) гениталий в мире возросла более чем в 10 раз и обнаруживается у 13% населения. Распространенность различных типов ВПЧ варьирует в зависимости от географических особенностей, что определяет направленность цервикального скрининга. Однако, данные по структуре носительства ВПЧ у женщин репродуктивного возраста Волгоградского региона с морфологически верифицированной CIN I, в настоящее время отсутствуют.

Цель: изучить структуры носительства вируса папилломы человека у пациенток репродуктивного возраста с CIN I.

Задачи: провести ретроспективный анализ медицинских карт пациенток репродуктивного возраста с морфологически верифицированной цервикальной интраэпителиальной неоплазией легкой сте-

пени; изучить характер распределения типов ВПЧ у обследуемой когорты пациенток; оценить значимость различных типов ВПЧ для транзитного носительства и реализации персистенции ПВИ в CIN I.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 396 медицинских карт пациенток с морфологически подтвержденной CIN I, обратившихся в КДП ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2» за период с 2015 по 2019 год на этапе планирования беременности.

Критериями включения в исследование явились: возраст пациенток от 18 до 45 лет, наличие гистологически верифицированной CIN I; наличие ВПЧ. Критериями исключения явились: возраст младше 18 лет и старше 45 лет; наличие терапии иммуномодулирующими препаратами в течение последних 6 месяцев; наличие острого или обострения хронического процесса органов малого таза; положительные тесты RW или ВИЧ; злокачественные новообразования любой локализации; беременность; период грудного вскармливания.

Результаты. Согласно данным анализируемой документации, всем пациенткам было выполнено исследование соскобов из цервикального канала, включающее качественное и количественное (оценка вирусной нагрузки) генотипирование на 21 тип вируса папилломы человека ПЦР в реальном времени.

В ходе исследования установлено, что в возрасте от 18 до 25 лет находилось 88 (22,2%) пациенток, при этом в подавляющем большинстве случаев (54,6%), возраст больных колебался от 26 до 35 лет.

Анализ распределения типов ВПЧ у обследуемой когорты пациенток выявил, что среди высокоонкогенных типов преобладали: 16 тип (47,5%), 18 тип (22,5%), 31 тип (16,7%) и 51 тип (16,9%). Обращает на себя внимание тот факт, что высокая вирусная нагрузка для ВПЧ 16 типа установлена у 157 (83,5%) пациенток, для ВПЧ 18 типа – в 87,6% случаев, в то время как для ВПЧ 31 и 51 типов высокая вирусная нагрузка диагностирована у 22 (34,4%) и 17 (25,4%) пациенток соответственно, что свидетельствует о преимущественно транзитном носительстве данных типов папилломавирусной инфекции. Среди низкоонкогенных типов ВПЧ преобладали: 6 тип (8,3%) и 11 тип (6,1%).

При оценке распределения пациентов с CIN I по количеству одновременно выявленных типов ВПЧ, отмечено, что в подавляющем большинстве случаев (55,8%) диагностировали один тип ВПЧ, у каждой четвертой пациентки (25,5%) обнаружено два типа ВПЧ.

Заключение. Таким образом, реализация патологических изменений на шейке матки в виде CIN I у данной когорты пациенток обусловлена высокой вирусной нагрузкой 16 и 18 типов ВПЧ, в то время как, 31 и 51 типы чаще вызывают транзитное носительство. Выявленные особенности частоты встречаемости высокоонкогенных типов ВПЧ у данной когорты пациенток, должны учитываться при проведении цервикального скрининга.

Список литературы

1. Байрамова, Г. Р. Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения шейки матки: возможности ранней диагностики и тактики ведения пациенток / Г. Р. Байрамова, И. И. Баранов, Л. С. Ежова, Д. Ю. Трофимов, Т. В. Припутневич, А. С. Амирханян, А. М. Старинская // Доктор.Ру. 2019; 11(166). – С. 61–67.
2. Киселев, В.И., Муйжнек Е.Л., Ашрафян А.Л., Сухих Г.Т. Новая парадигма прогрессирования цервикальных неоплазий: от фундаментальных знаний - к практической гинекологии / Киселев В.И., Муйжнек Е.Л., Ашрафян А.Л., Сухих Г.Т. // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 1. – С. 5–12.
3. Тихомиров, А. Л. Вирус папилломы человека: от понимания иммуногенеза к рациональной тактике ведения / Тихомиров А. Л., Сарсания С. И., Филатова Г. А. // Гинекология. – 2018. – № 3. – С. 5–11.

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

BALNEOTHERAPY FOR CLIMACTERIC SYNDROME

Цуригова З.А., Степанян Л.В., Синчихин С.П.
Tsurigova Z.A., Stepanyan L.V., Sinchikhin S.P.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России
Astrakhan State Medical University

Признаки климактерического синдрома как проявления патологического климактерия являются одной из важнейших медико-социальных проблем современности. Повышение средней продолжительности жизни населения развитых стран мира привело к возрастанию удельного веса контингента

женщин в возрасте 45-50 лет [1]. В последние десятилетия вопросам диагностики и лечения климактерических нарушений уделяется большое внимание [2].

Цель: оценить клинических проявлений климактерического синдрома (КС) на фоне бальнеотерапии.

Методы: проведено обследование 90 женщин менопаузального возраста от 45 до 57 лет, у которых зарегистрированы клинические признаки КС средней степени выраженности. Основную группу – 45 пациенток с КС, которые получали бальнеотерапию. Группа сравнения – 45 пациенток, которым данный метод лечения не применялся. Средний возраст пациенток $51,0 \pm 6,0$ лет. Контрольную группу составили 30 пациенток, у которых имелось место неосложненная менопауза.

Результаты: в результате проведенного лечения все пациентки отмечали уменьшение проявлений КС. Почти у 100% пациенток наблюдалось снижение интенсивности приливов и частоты их проявлений. Количество приливов до лечения в основной группе было $16,5 \pm 3,5$ в сутки; после проведенного курса лечения показатели снизились на 64,8% до $5,8 \pm 1,6$ в сутки. В группе сравнения динамика была незначительная: до лечения – $15,9 \pm 4,4$ в сут., после – $12,8 \pm 5,9$ в сутки (снижение было на 19,5%).

Уменьшились клинические проявления КС: продолжительность приливов, которые переносились легче, чем до получения терапии. Повышенное потоотделение после лечения сохранялось у 8 (17,8%) пациенток основной группы, доставляя меньше дискомфорта, чем в группе сравнения – 19 (42,2%) пациенток. Все пациентки после лечения отмечали уменьшение беспокойства и повышенной раздражительности. Нарушения сна (нарушение засыпания, прерывистого сна) были у 5 (11,1%) пациенток основной группы. В группе сравнения они сохранялись у 8 пациенток (17,8%).

Нестойкость настроения беспокоило после лечения только у 3 (6,6%) пациенток группы сравнения.

Повышенная утомляемость после лечения сохранялась у 2 пациенток группы сравнения (4,4%).

После бальнеотерапии снижение либидо сохранялось у 15 (33,3%) пациенток основной группы. В группе сравнения оно сохранялось у 24 (53,3%) пациенток.

Атрофические изменения слизистой оболочки наружных половых органов (ощущение сухости и жжения, зуд), уменьшались у всех пациенток, но в основной группе сохранялись у 10 (22,2%) пациенток, а в группе сравнения – у 19 (42,2%).

Обсуждение. Проведенные нами исследования подтверждают взаимосвязи клинических проявлений, характерных для КС, с нарушениями гормонального фона. Для повышения эффективности лечения больных с КС, впервые применена бальнеотерапия, включающая сероводородные процедуры (углекислосероводородные ванны, гинекологические орошения и микроклизмы). Патогенетическая обоснованность комплексного лечения КС с использованием бальнеофакторов связано с воздействием на клинические проявления и объективный статус наблюдаемых пациенток.

Противопоказанием для использования разработанной методики лечения является наличие у пациенток таких гормональнозависимых заболеваний как миома матки, мастопатия, эндометриоз.

Выводы. Таким образом, у пациенток с патологическим течением КС нарушается деятельность симпатической вегетативной нервной системы (повышенное потоотделение, приливы). Бальнеотерапия уменьшает интенсивность ранневременных их проявлений: снижается частота и интенсивность приливов практически у 100% пациенток.

Список литературы

1. Преображенская И.С. Лечение психо-вегетативных расстройств / И. С. Преображенская, А. В. Москвин // Рус. мед. журнал. – 2002. – №25. – С. 3-6.
2. Ma, K. Progress on the research of prevention and treatment of female climacteric syndrome by traditional Chinese medicine / K. Ma, L.D. Li, L.J. Zhang // Zhongguo Zhong. Yao Za Zhi. – 2005. – Vol. 30. – №6. – P. 414-418.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ К ПУБЛИКАЦИИ В «ПРИКАСПИЙСКОМ ВЕСТНИКЕ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ»

1. Требования, которые в дальнейшем могут обновляться, разработаны с учетом **«Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы»**, составленных Международным комитетом редакторов медицинских журналов.

2. **«Прикаспийский вестник медицины и фармации»** принимает к печати научные обзоры, оригинальные статьи, нормативно-методические документы, рецензии и информационные материалы, которые ранее не были опубликованы либо приняты для публикации в других печатных или электронных изданиях.

3. Автор гарантирует наличие у него **исключительных прав на переданный Редакции материал как результат интеллектуальной деятельности** согласно действующему законодательству. В случае нарушения данной гарантии и предъявлений в связи с этим претензий к Редакции автор самостоятельно и за свой счет обязуется урегулировать все претензии. Редакция не несет ответственности перед третьими лицами за нарушение данных автором гарантий.

4. С целью обеспечения опубликования материала следует помнить о недопустимости плагиата, который выражается в незаконном использовании под своим именем чужого произведения или чужих идей, а также в заимствовании фрагментов чужих произведений без указания источника заимствования, в умышленном присвоении авторства. Под плагиатом понимается как дословное копирование, компиляция, так и перефразирование чужого текста. При использовании заимствований из текста другого автора ссылка на источник обязательна. **В случае подтверждения плагиата или фальсификации результатов статья безоговорочно отклоняется.** В связи с чем, предоставляя в Редакцию авторский текстовый оригинал статьи, необходимо включить в состав сопроводительных документов заключение о ее оригинальности (<http://www.antiplagiat.ru>).

5. Статья должна быть тщательно выверена авторами, и авторский текстовый оригинал статьи должен быть подписан каждым из них. **Редакция журнала оставляет за собой право сокращать и редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменение названий статей, терминов и определений.** Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления авторского текстового оригинала статьи считается день получения Редакцией окончательного текста.

6. Статья должна сопровождаться **официальным направлением учреждения**, в котором выполнена работа. На первой странице одного из экземпляров авторского текстового оригинала статьи должна стоять виза «В печать» и подпись руководителя, заверенная круглой печатью учреждения, а в конце – подписи всех авторов с указанием ответственного за контакты с Редакцией (фамилия, имя, отчество, полный рабочий адрес и телефон).

7. **Авторский текстовый оригинал статьи должен быть представлен в 3 экземплярах, а также в электронном виде.** Текст печатается в формате А4, через 1 интервал (шрифт Times New Roman), ширина полей: левое – 2 см, правое – 2 см, верхнее – 2 см, нижнее – 2,5 см.

8. **Все страницы авторского текстового оригинала статьи должны быть пронумерованы** (внизу по центру). Текст выравнивается по ширине с абзачными отступами 1 см.

9. На первой странице авторского текстового оригинала статьи указываются **сопроводительные сведения**:

1) УДК (в левом углу листа, без отступа от края);

2) название статьи (по центру, прописными буквами с полужирным начертанием, размер шрифта 11 pt; после названия точка не ставится);

3) фамилия, имя, отчество автора(ов), ученая степень, ученое звание, должность, полное наименование основного места работы (с указанием кафедры, отдела, лаборатории), полный почтовый служебный адрес, e-mail, номер служебного или сотового телефона (размер шрифта 11 pt);

4) научные специальности и соответствующие им отрасли науки, по которым представлена статья в соответствии с распоряжением Минобрнауки России от 28 декабря 2018 г. № 90-р:

- 14.01.01 «Акушерство и гинекология» (медицинские науки)
- 14.01.08 «Педиатрия» (медицинские науки)
- 14.01.23 «Урология» (медицинские науки)
- 14.01.14 «Стоматология» (медицинские науки)
- 14.01.06 «Психиатрия» (медицинские науки)
- 14.01.11 «Нервные болезни» (медицинские науки)
- 14.01.17 «Хирургия» (медицинские науки)
- 14.02.01 «Гигиена» (медицинские науки)
- 14.02.02 «Эпидемиология» (медицинские науки)
- 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» (медицинские науки)
- 14.02.05 «Социология медицины» (медицинские науки)
- 14.04.01 «Технология получения лекарств» (фармацевтические науки)
- 14.04.02 «Фармацевтическая химия, фармакогнозия» (фармацевтические науки)
- 14.04.03 «Организация фармацевтического дела» (фармацевтические науки)
- 14.03.06 «Фармакология, клиническая фармакология» (фармацевтические науки)

10. После сопроводительных сведений следует резюме (10–15 строк), ключевые слова (8–10) (размер шрифта 10 pt). Резюме должно быть информативным и полностью раскрывать содержание статьи; недопустимо использование аббревиатур.

11. Далее следует перевод на английский язык всех сопроводительных сведений, резюме и ключевых слов в той же последовательности.

12. Название статьи должно быть объемом не более 200 знаков, включая пробелы; должно быть информативным, недопустимо использование аббревиатур, причастных и деепричастных оборотов, вопросительных и восклицательных знаков.

13. Основной текст статьи должен иметь размер шрифта 11 pt. Возможна публикация на английском языке. Оригинальные статьи должны включать в себя разделы: введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение (статистическая обработка результатов обязательна), выводы или заключение.

14. Объем оригинальных статей должен составлять от 5 до 10 страниц, объем обзорных статей – от 5 до 16 страниц, других видов статей и писем в редакцию – 3–5 страниц, включая таблицы, рисунки и список литературы (не менее 20 источников – для оригинальных статей и не менее 30 – для обзоров).

15. Текст авторского текстового оригинала статьи должен соответствовать научному стилю речи, быть ясным и точным, без длинных исторических введений, необоснованных повторов и неологизмов. Необходима строгая последовательность изложения материала, подчиненная логике научного исследования, с отчетливым разграничением результатов, полученных автором, от соответствующих данных литературы и их интерпретации.

16. Во введении оригинальной статьи следует кратко обозначить состояние проблемы, актуальность исследования, сформулировать цель работы. Следует упоминать только о тех работах, которые непосредственно относятся к теме.

17. В разделе «Материалы и методы» должна быть ясно и четко описана организация проведения данного исследования (дизайн):

- указание о соблюдении этических норм и правил при выполнении исследования (в случае предоставления оригинальных статей в состав сопроводительных документов необходимо включить выписку из протокола заседания этического комитета);
- объем и вариант исследования, одномоментное (поперечное), продольное (проспективное или ретроспективное исследование) или др.;
- способ разделения выборки на группы, описание популяции, откуда осуществлялась выборка (если основная и контрольная группа набирались из разных популяций, назвать каждую из них);
- критерии включения и исключения наблюдений (если они были разными для основной и контрольной групп, привести их отдельно);
- обязательное упоминание о наличии или отсутствии рандомизации (с указанием методики) при распределении пациентов по группам, а также о наличии или отсутствии маскировки («ослепления») при использовании плацебо и лекарственного препарата в клинических испытаниях;
- подробное описание методов исследования в воспроизводимой форме с соответствующими ссылками на литературные источники и с описанием модификаций методов, выполненных авторами;

- описание использованного оборудования и диагностической техники с указанием производителя, название диагностических наборов с указанием их производителей и нормальных значений для отдельных показателей;

- описание процедуры статистического анализа с обязательным указанием наименования программного обеспечения, его производителя и страны (например: Statistica («StatSoft», США; «StatSoft», Россия), принятого в исследовании критического уровня значимости p (например, «критической величиной уровня значимости считали 0,001»). Уровень значимости рекомендуется приводить с точностью до третьего десятичного разряда (например, 0,038), а не в виде неравенства ($p < 0,05$ или $p > 0,05$). Необходимо расшифровывать, какие именно описательные статистики приводятся для количественных признаков (например: «среднее и средне-квадратическое отклонение ($M + s$)»; «медиана и квартили $Me [Q1; Q3]$ »). При использовании параметрических методов статистического анализа (например, t -критерия Стьюдента, корреляционного анализа по Пирсону) должны быть приведены обоснования их применимости.

18. В исследованиях, посвященных **изучению эффективности и безопасности лекарственных средств**, необходимо точно указывать все использованные препараты и химические вещества, дозы и пути их введения. Для обозначения лекарственных средств следует применять **международные непатентованные наименования** с указанием в скобках торговых наименований, фирмы-производителя и страны-производителя по следующему примеру: Лозартан («Лозап», фирма-производитель «Zentiva», Чехия). Наименования препаратов необходимо начинать с прописной буквы.

19. В исследованиях, посвященных клиническому этапу **изучения эффективности и безопасности незарегистрированных лекарственных средств (вновь разрабатываемых препаратов или известных препаратов в новой лекарственной форме) или лекарственных средств по схемам, не отраженным в официальных инструкциях по применению**, необходимо предоставить в Редакцию разрешительные документы, выданные Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

20. При исследовании эффективности диагностических методов следует приводить результаты в виде чувствительности, специфичности, прогностической ценности положительного и отрицательного результатов с расчетом их доверительных интервалов.

21. При исследовании эффективности медицинского вмешательства (метода лечения или профилактики) необходимо сообщать результаты сопоставления основной и контрольной групп как до вмешательства, так и после него.

22. В разделе **«Результаты и их обсуждение»** следует излагать собственные результаты исследования в логической последовательности, выделять только важные наблюдения; не допускается дублирование информации в тексте и в иллюстративном материале. При обсуждении результатов выделяют новые и актуальные аспекты данного исследования, критически сравнивая их с другими работами в данной области, а также подчеркивают возможность применения полученных результатов в дальнейших исследованиях.

23. **Выводы или заключение** работы необходимо связать с целью исследования, при этом следует избегать необоснованных заявлений. Раздел «Выводы» должен включать пронумерованный список положений, подтвержденных в результате статистического анализа данных.

24. Все **сокращения слов и аббревиатуры**, кроме общепринятых, должны быть расшифрованы при первом упоминании. С целью унификации текста при последующем упоминании необходимо придерживаться сокращений или аббревиатур, предложенных автором (исключение составляют выводы или заключение). В тексте статьи не должно быть более 5–7 сокращений. Общепринятые сокращения приводятся в соответствии с системой СИ, а названия химических соединений – с рекомендациями ИЮПАК.

25. В статье должно быть использовано оптимальное для восприятия материала количество **таблиц, графиков, рисунков или фотографий** с подрисуночными подписями. В случае заимствования таблиц, графиков, диаграмм и другого иллюстративного материала следует указывать источник. **Ссылки на таблицы, графики, диаграммы и др. в тексте обязательны. Иллюстративный материал помещают после ссылок на него в тексте.**

26. При **оформлении таблиц** необходимо придерживаться следующих правил:

- таблицы выполняются штатными средствами Microsoft Word;
- все таблицы в статье должны быть пронумерованы арабскими цифрами по сквозному принципу (по правому краю страницы над названием таблицы без сокращения слова «Таблица» и без знака №);

- каждая таблица должна иметь краткое, отвечающее содержанию наименование (по центру, с применением полужирного начертания, после названия точка не ставится). Заголовки граф и строк необходимо формулировать лаконично и точно;
- информация, представленная в таблицах, должна быть емкой, наглядной, понятной для восприятия и отвечать содержанию той части статьи, которую она иллюстрирует;
- в случае представления в таблице материалов, подверженных обязательной статистической обработке, в примечании к таблице необходимо указывать, относительно каких групп осуществлялась оценка значимости изменений;
- если в таблице представлены материалы, обработанные при помощи разных статистических подходов, необходимо конкретизировать сведения в примечании. Например, *Примечание:* * – уровень значимости изменений $p < 0,05$ относительно контрольной группы (t-критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони для множественных сравнений);
- однотипные таблицы должны быть построены одинаково; рекомендуется упрощать построение таблиц, избегать лишних граф и диагональных разделительных линеек.

27. Графики и диаграммы в статье должны быть выполнены с помощью “Microsoft Graph”, должны быть пронумерованы арабскими цифрами по сквозному принципу (по центру страницы с указанием «Рис. 1. Название»), шрифт 10 pt полужирным начертанием, после названия точка не ставится). В подписях к графикам указываются обозначения по осям абсцисс и ординат и единицы измерения (Например: титр антител в реакции прямой гемагглютинации, Ig), приводятся пояснения по каждой кривой. В случае, если в диаграммах представляются статистически обработанные данные, необходимо отразить погрешности графически.

28. Фотографии должны быть представлены в формате TIFF или JPEG с разрешением не менее 300 dpi. В подписях к микрофотографиям необходимо указывать кратность увеличения.

29. Не допускается представление копий иллюстраций, полученных ксерокопированием.

30. Если иллюстративный материал в работе представлен однократно, то он не нумеруется.

31. Все данные внутри таблиц, надписи внутри рисунков и графиков должны быть напечатаны через 1 интервал, шрифт Times New Roman, размер шрифта 10 pt. Формулы следует набирать с помощью “Microsoft Equation”.

32. После основного текста статьи должен следовать «**Список литературы**» (размер шрифта 10 pt), который приводится в алфавитном порядке, сначала – источники на русском языке или родственных русскому языках (на кириллице), затем – иностранные (на латинице). Для статей необходимо указывать фамилию и инициалы всех авторов, название публикации, наименование журнала (сборника), год издания, том, номер выпуска, страницы (от – до). Для книг следует привести фамилию и инициалы всех авторов, название книги по титульному листу, место издания, издательство, год, общее количество страниц. Для диссертаций (авторефератов) необходимо указывать автора, название диссертации (автореферата), (дис. ... д-ра (канд.) мед. (биол.) наук), город, год, страницы. Список литературы оформляется в соответствии с ГОСТ 7.1–2003. В тексте ссылки даются арабскими цифрами в квадратных скобках в соответствии со списком литературы, например, [1] или [2, 4, 22].

33. В список литературы следует включать статьи, преимущественно опубликованные в последние 10–15 лет и всесторонне отражающие текущее состояние рассматриваемого вопроса. Нельзя ограничивать список русскоязычными источниками. Список литературы зарубежных авторов должен быть полным, соответствующим их вкладу в освещение вопроса. **Автор статьи несет полную ответственность за точность информации и правильность библиографических данных.**

Примеры оформления литературы.

1. Аронов, Д. А. Функциональные пробы в кардиологии / Д. А. Аронов, В. П. Лупанов. – М. : МЕД-пресс-информ, 2007. – 328 с.

2. Блэйк, П. Г. Современные представления об анемии при почечной недостаточности / П. Г. Блэйк // Нефрология и диализ. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 278–286.

3. Горелкин, А. Г. Пат. 2387374 Рос. Федерация, МПК А61В5/107 Способ определения биологического возраста человека и скорости старения / А. Г. Горелкин, Б. Б. Пинхасов; заявитель и патентообладатель ГУ НЦКЭМ СО РАМН. – № 2008130456/14; заявл. 22.07.2008; опублик. 27.04.2010. Бюл. № 12.

4. Иванов, В. И. Роль индивидуально-типологических особенностей студентов в адаптации к учебной деятельности : автореф. дис. ... канд. биол. наук / В. И. Иванов. – Томск, 2002. – 18 с.

5. Онищенко, Г. Г. Иммунобиологические препараты и перспективы их применения в инфектологии / Г. Г. Онищенко, В. А. Алешкин, С. С. Афанасьев, В. В. Поспелова; под ред. Г. Г. Онищенко, В. А. Алешкина, С. С. Афанасьева, В. В. Поспеловой – М. : ГБОУ ДПО ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 608 с.

6. Johnson, D. W. Novel renoprotective actions of erythropoietin : New uses for an old hormone / D. W. Johnson, C. Forman, D. A. Vesey // *Nephrology*. – 2006. – Vol. 11, № 4. – P. 306–312.

34. Далее следует список литературы (“**References**”), оформленный в следующем порядке:

– все авторы и название статьи в транслитерированном варианте (использовать сайт <https://translit.net/>, выбрав стандарт BGN. Окошко переключения между стандартами размещается над строкой с буквами алфавита),

- перевод названия статьи на английский язык в квадратных скобках,
- наименование русскоязычного источника в транслитерированном варианте,
- перевод названия источника на английский язык в квадратных скобках,
- выходные данные с обозначениями на английском языке.

Примеры оформления списка литературы в латинице (References).

1. **Пример оформления книги:** Osipenkova-Vichtomova T. K. Sudebno-meditsinskaya ekspertiza kostey [Forensic examination of bones]. Moscow, BINOM Publishing House, 2017, 272 p.

2. **Пример оформления статьи из журнала:** Bleyk P. G. Sovremennye predstavleniya ob anemii pri pochechnoy nedostatochnosti [Modern concepts of anemia in kidney insufficiency]. *Nefrologiya i dializ [Nephrology and dialysis]*, 2000, vol. 2, no. 4, pp. 278–286.

3. **Пример оформления патента:** Gorelkin A. G., Pinkhasov B. B. Sposob opredeleniya biologicheskogo vozrasta cheloveka i skorosti stareniya [The way of definition of man's biological age and senility speed]. Patent RF, no. 2387374, 2010.

4. **Пример оформления диссертации:** Ponezheva Zh. B. Kliniko-immunologicheskie aspekty patogeneza khronicheskogo gepatita C i puti optimizatsii terapii. Avtoreferat dissertatsii doktora meditsinskikh nauk [Clinico-immunological aspects of pathogenesis of chronic hepatitis C and ways to optimize therapy. Abstract of thesis of Doctor of Medical Sciences]. Moscow, 2011, 38 p.

5. **Пример оформления статьи с DOI:** Bassan R., Pimenta L., Scofano M., Gamarski R., Volschan A; Chest Pain Project investigators, Sanmartin C. H., Clare C., Mesquita E., Dohmann H. F., Mohallem K., Fabricio M., Araújo M., Macaciel R., Gaspar S. Probability stratification and systematic diagnostic approach for chest pain patients in the emergency department. *Crit. Pathw. Cardiol.*, 2004, vol. 3, no. 1, pp. 1–7. doi: 10.1097/01.hpc.0000116581.65736.1b.

6. **Пример оформления статьи из сборника трудов:** Kantemirova B. I., Kasatkina T. I., Vyazovaya I. P., Timofeeva N. V. Issledovanie detoksitsiruyushchey funktsii pečeni po vosstanovlennomu glutationu krovi u detey s razlichnoy somaticheskoy patologiyey [The investigation of liver detoxicytic function according to restoring blood glutathione in children with different somatic pathology]. *Sbornik nauchnykh trudov Astrakhanskoj gosudarstvennoj meditsinskoj akademii [Collection of scientific works of the Astrakhan State Medical Academy]*, 2003, pp. 388–391.

7. **Пример оформления материалов конференций:** Mazlov A. M., Vorontseva K. P., Bulakh N. A. Optimizatsiya ispol'zovaniya antibakterial'nykh preparatov v akusherskom observatsionnom otdelenii oblastnogo perinatal'nogo tsentra [Optimizing the use of antibacterial drugs in the obstetric observational department of the regional perinatal center]. *Materialy III mezhdunarodnoy konferentsii Prikaspiyskikh gosudarstv “Aktual'nye voprosy sovremennoy meditsiny” [Materials of III International Conference of the Caspian States “Actual issues of modern medicine”]. 4–5 October 2018]. Astrakhan', Astrakhan State Medical University, 2018, pp. 116–117.*

8. **Пример оформления интернет-ресурса:** Gosudarstvennyy reestr lekarstvennykh sredstv [State Register of Medicines]. Available at : <http://grls.rosminzdrav.ru/> (accessed 11 February 2019).

Порядок принятия и продвижения статьи:

1. Получение Редакцией авторского текстового оригинала статьи не менее, чем в 1 экземпляре, а также сопроводительных документов: официального направления учреждения, заключения об оригинальности текста (<http://www.antiplagiat.ru>), экспертного заключения по материалам, подготовленным для открытого опубликования, договора о передаче авторского права и согласия на обработку персональных данных.

2. Ознакомление с текстом статьи, рецензирование и сообщение автору о решении редакционной коллегии по ее опубликованию. В случае принципиального положительного решения редакционной коллегии о возможности публикации статьи при необходимости внесения определенных правок информация представляется автору по электронной почте (если ответ не будет получен в течение 1 месяца со дня отправки уведомления, статья снимается с дальнейшего рассмотрения).

3. Подготовка статьи редакцией и ее публикация в номере.

4. В одном номере журнала может быть напечатана только одна статья первого автора.

5. Статьи, получившие отрицательное заключение редакционной коллегии и/или оформленные с нарушением изложенных правил, в журнале не публикуются и авторам не возвращаются.

Рукописи направлять по адресу: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, Астраханский ГМУ, «Прикаспийский вестник медицины и фармации», редакция.

Скан-копии сопроводительных документов, первой страницы одного из экземпляров рукописи с визой «В печать», подписью руководителя, заверенной круглой печатью учреждения и последней страницы с подписями всех авторов, а также текст статьи направлять на электронный адрес prikasp.vestnik@mail.ru.

Для авторов статей на базе Центра поддержки технологий и инноваций ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России выполняется бесплатный патентно-информационный поиск по патентным информационным ресурсам ФИПС.

RULES FOR THE AUTHORS

SUBMITTING ARTICLES TO THE "CASPIAN JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY"

1. These requirements are developed **to meet the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals"** compiled by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and can be updated in the future.

2. "**Caspian Journal of Medicine and Pharmacy**" accepts for publication scientific reviews, original articles, regulatory and procedural documents, peer reviews, and information materials that have not previously been published or accepted for publication in any other printed or electronic media.

3. **The author guarantees having his exclusive right to use the material submitted to the Editorial Board as a result of intellectual activity** according to the current legislation regulating the circulation of rights to intellectual property results. In case of infringes upon the guarantee and claims to the editorial board in connection with these, the author agrees to settle all the claims on his own and at his own expense. The editorial board bears no third party liability for the breach of the author's guarantees.

4. In order to ensure the publication of material, the authors should remember that plagiarism is inadmissible. Plagiarism consists in illegal use of another individual's work or ideas under one's own name, as well as fragment borrowing from other people's works without specifying the source of borrowing, intentional appropriation of authorship. Source reference is required when borrowing from another author's text. **In case of confirmation of plagiarism or falsification of results the article is unreservedly rejected.** In this connection, when submitting a copyright original text of the article to the editorial board, please, include a **certificate of its originality** in the accompanying documents (<http://www.antiplagiat.ru>).

5. The article should be carefully verified by the authors and the copyright original text of the article should be signed by each of them. **The editorial board reserves the right to abridge and edit the materials of articles, regardless of their size, including changes in titles, terms and definitions.** Minor stylistic, nomenclature or formal corrections are made without coordination with the author. If the article was altered by the author in the process of preparing for publication, the date of submission of the copyright original text of the article is the day when the editorial board received the final text.

6. The article should be accompanied by a **covering letter from the institution** where the work has been performed. *The first page* of one of the copies of the copyright original text of the article should contain the visa "In print" and the signature of the senior official covered by the round stamp of the institution; and *the last page* should contain the signatures of all the authors specifying a person responsible for contacts with editors (last name, first name, middle name, full work address and telephone number).

7. **The copyright original text of the article should be submitted in 3 copies and in an electronic form.** The text is to be typed in A4 format, with 1 interval (font Times New Roman), the width of fields: left - 2 cm, right - 2 cm, top - 2 cm, bottom - 2.5 cm.

8. All **pages of the copyright original text of the article are to be numbered** (bottom center). The width of the text is aligned full with paragraph indentation of 1 cm.

9. The first page of the copyright original text of the article is to contain **the accompanying information:**

1) UDC (in the left corner of the page, without indents from the edge);

2) the title of the article (center, in capital letters and bold, font size 11 pt; no full stop after the title);

3) full name of the author(s), academic degree, academic rank, position, full name of the principal place of employment (including department, laboratory), full postal business address, e-mail, phone number (font size 11 pt);

4) the scope of publications of the Journal includes the following study areas (under the Decree of the Ministry of Education and Science of Russia № 90-p of December 28, 2018):

14.01.01 "Obstetrics and Gynecology" (medical sciences),

14.01.08 "Pediatrics" (medical sciences),

14.01.23 "Urology" (medical sciences),

14.01.14 "Stomatology" (medical sciences),

14.01.06 "Psychiatry" (medical sciences),

14.01.11 "Nervous diseases" (medical sciences),

14.01.17 "Surgery" (medical sciences),

14.02.01 "Hygiene" (medical sciences),

- 14.02.02 "Epidemiology" (medical sciences),
- 14.02.03 "Public Health and Healthcare" (medical sciences),
- 14.02.05 "Medicine sociology" (medical sciences),
- 14.04.01 "Drug Production Technology" (pharmaceutical sciences),
- 14.04.02 "Pharmaceutical chemistry, pharmacognosy" (pharmaceutical sciences),
- 14.04.03 "Organization of pharmaceutical affairs" (pharmaceutical sciences),
- 14.03.06 "Pharmacology, clinical pharmacology" (pharmaceutical sciences).

10. The accompanying information is followed by a **summary** (10–15 lines), **key words** (8–10) (font size of 10 pt). The summary should be concise and informative, and completely reveal the contents of the article; the use of abbreviations is unacceptable.

11. **The title of the article** should not exceed 200 characters, including spaces; it should be informative, the use of abbreviations, participial constructions, question and exclamation marks is unacceptable.

12. **The main text of the article** should be typed with 11 pt font size. Original articles should include the following sections: introduction, the purpose of the research, materials and methods, results and their discussion (statistical analysis of the results is required), conclusion, and acknowledgment.

13. **The size of original articles** is to be 5-10 pages, **the size of review articles** – from 5 to 16 pages, **other types of articles and letters to the editor** – 3-5 pages, including tables, figures, and a list of references (at least 20 sources - for original articles and at least 30 - for reviews).

14. **The copyright original text of the article** is to conform to the scientific style of speech, be clear and precise, without long historical introductions, unreasonable repetitions and neologisms. Strict sequence of presentation of the material is necessary, subordinated to the logic of a scientific research, with a clear delineation of the results obtained by the author from the relevant literature data and their interpretation.

15. **In the introduction** of the original article you should briefly indicate the state of the problem, the relevance of the study, formulate the purpose of the work. It is necessary to mention only those works that directly relate to the topic.

16. **The organization of the study** (design) should be clearly and accurately described in «**Materials and methods**»:

- specify the compliance with ethical norms and rules while performing the study (if original articles are submitted, the accompanying documents include an extract from the protocol of the meeting of the Ethics Committee);
- scope and form of the study, cross-sectional (transverse), longitudinal (prospective or retrospective study), etc.;
- method of separating the sample into groups, the description of the population from which the sample was taken (if the main and the control group were formed from different populations, name each of them);
- criteria for inclusion and exclusion of observations (if they were different for the main and control groups, list them separately);
- mention the presence or absence of randomization (indicating methods) while distributing patients in groups, as well as the presence or absence of masking ("blinding") with a placebo and medicament use in clinical tests;
- a detailed description of methods of the research in a reproducible form containing appropriate references to literary sources and the description of methods modifications made by the authors;
- description of the used equipment and diagnostic appliances with manufacturer specifications, the name of diagnostic kits indicating their manufacturers and normal values for certain indicators;
- description of the procedure of statistical analysis with obligatory indication of the name of the software, its manufacturer and country (e.g.: Statistica (StatSoft, USA; StatSoft, Russia), the critical significance level p accepted in the study (e.g., "0.001 was considered the critical value of the significance level"). The level of significance should be indicated up to the third decimal place (e.g., 0,038), but not as an inequality ($p < 0,05$ or $p > 0,05$). It is necessary to decipher which particular descriptive statistics are provided for quantitative traits (e.g.: "middle and high-quadratic deviation ($M + s$)"; "median and quartiles of $Me [Q1; Q3]$ "). When using parametric methods of statistical analysis (e.g., t-Student criterion, Pearson correlation analysis) a justification of their applicability is required.

17. **In studies of efficacy and safety of drugs**, specify all the preparations and chemicals used, dosages and routes of their administration. Use **international nonproprietary names** to designate drugs. The trade name of a medicament, the firm-manufacturer and manufacturer country can be given in this section in brack-

ets only after its international nonproprietary name (e.g.: Losartan (“Lozap”, firm-manufacturer “Zentiva”, Czech Republic.) Start the names of medicaments with a capital letter.

18. In research works devoted to the clinical stage of **the study of efficacy and safety of unregistered medicinal products (newly developed medications or known drugs in a new medicinal form) or medicinal products by schemes that are not reflected in official instructions for use**, permitting documents issued by the Federal Service for Supervision of Public Health are to be provided to the editorial board.

19. While studying the effectiveness of diagnostic methods, the results should be given in the form of sensitivity, specificity, predictive value of a positive and negative result with the calculation of their confidence intervals.

20. While studying the effectiveness of a medical intervention (method of treatment or prevention), report the results of the comparison of the main and control groups before the intervention and after it.

21. In **"Results and their discussion"** present your own research results in a logical sequence, give accent to only important observations; do not duplicate the information in the text and in the illustrative material. When discussing the results highlight new and actual aspects of the study critically comparing them with other works in this field, and emphasize the possibility of applying the results obtained in further studies.

22. **Conclusion** of the work should be linked with the purpose of the study, so as to avoid groundless statements. Section "Conclusion" includes a numbered list of statements confirmed by statistical data analysis.

23. All **word cuts and abbreviations**, except for generally accepted, should be explained when first mentioned. To ensure uniformity of the text use the cuts or abbreviations proposed by the author (except for the conclusion) when hereinafter mentioned. There should not be more than 5-7 contractions in text of the article. Generally accepted abbreviations are given in accordance with the SI system, and the names of chemical compounds – according to IUPAC recommendations.

24. The number of **tables, graphs, figures or photographs** with captions should be optimal for perception of the material. If borrowing tables, graphs, charts, and other illustrative material indicate the source. **References to charts, graphs, diagrams, and etc. in the text are obligatory. The illustrative material is placed after the references to it in the text.**

25. When **making tables** observe the following rules:

- tables are made by regular means of Microsoft Word;
- all tables in the article should be numbered in Arabic numerals by a cross-cutting principle (the word "Table" is placed on the right side of the page above the table name without abbreviations and without the symbol №);
- each table should have a brief name corresponding to the content (in the middle, in bold, no full-stop after the name). The headings of columns and lines should be formulated laconically and accurately;
- the information presented in the tables should be succinct, visual, understandable and meet the content of the part of the article that it illustrates;
- if the table contains materials for obligatory statistical processing, in the footnote to the table specify with respect to which groups the assessment of significance of changes was made;
- if the table contains materials processed using different statistical approaches, it is necessary to concretize the information in a note. For example, *Note*: * - the level of significance of changes is $p < 0,05$ compared with the control group (t-Student criterion with Bonferroni correction for multiple comparisons);
- tables of the same type should be constructed in the same way; it is recommended to simplify the construction of tables, to avoid unnecessary columns and diagonal separating lines.

26. Graphs and diagrams in the article should be made using «Microsoft Graph», numbered in Arabic numerals by a cross-cutting principle (in the center of the page indicating "Fig. 1. Name", 10 pt bold font, no full-stop after the title). Captions to the graphs should indicate the designations for the abscissa and ordinate axes and units (for example: the antibody titer in the reaction of direct hemagglutination, Ig), provide explanations for each curve. If diagrams represent a statistically processed data, the error must be reflected graphically.

27. Photographs are to be submitted in TIFF or JPEG format with a resolution of at least 300 dpi. Captions to microphotographs should specify the magnification.

28. You can't provide copies of illustrations obtained by photocopying.

29. A single illustration should not be numbered.

30. All the data in tables, captions inside figures and graphs should be typed with 1 interval, font Times New Roman, font size of 10 pt. Formulas should be typed using the «Microsoft Equation».

31. A brief **acknowledgment section** may be given after the conclusion section just before the references. The acknowledgment of people who provided assistance in manuscript preparation or funding for research, etc. should be listed in this section.

32. The main text should be followed by “**References**” (font size of 10 pt) in alphabetical order, sources in the Cyrillic characters coming first, then – in the Roman characters.

Use the following style and punctuation for references.

Reference to a journal publication: list the names and initials of all authors if six or fewer, otherwise list the first six and add the “et al.”; do not use periods after the authors' initials; the title of the publication; the name of the journal (collection); the year of publication, volume, issue number, page (from - to).

Example:

if the source is in the Cyrillic characters

Zaretskiy A. P., Kuleshov A. P., Gromytko G. A. Sovremennye mediko-tehnicheskie kontseptsii analiza endokardial'nykh signalov pri fibrillyatsii predserdiy [Current Medical and Technical Concepts in the Analysis of Endocardial Signals in Atrial Fibrillation]. Meditsinskaya tekhnika [Biomedical Engineering], 2017, no. 3 (303), pp. 23–27.

if the source is in the Latin characters

Linke B. G. O., Casagrande T. A. C., Cardoso L. A. C. Food additives and their health effects: A review on preservative sodium benzoate. African Journal of Biotechnology, 2018, vol. 17, no. 10, pp. 306–310.

Uphoff E. P. Bird P. K., Antó J.M., Basterrechea M., von Berg A., Bergström A., Bousquet J., Chatzi L., Fantini M. P., Ferrero A., Gehring U., Gori D., Heinrich J. Variations in the prevalence of childhood asthma and wheeze in MeDALL cohorts in Europe. European Respiratory Journal. Open Research, 2017, vol. 3, no. 3, pii: 00150–2016. doi: 10.1183/23120541.00150-2016.

Note: for all articles in References list, DOI and/or PMID must be indicated if any!

Reference to a book: provide the names and initials of all authors, the book title by the cover sheet, place of publication, publisher, year, total number of pages.

Example:

if the source is in the Cyrillic characters

Osipenkova-Vichtomova T. K. Sudebno-meditsinskaya ekspertiza kostey [Forensic examination of bones]. Moscow, BINOM Publishing House, 2017, 272 p.

if the source is in the Latin characters

Gravas S., Bach T., Bachmann A., Drake M., Gacci M., Gratzke C., Madersbacher S., Mamoulakis C., Tikkinen K. A. O., Karavitakis M., Malde S., Sakkalis V., Umbach R. Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). European Association of Urology, 2016, 62 p.

Reference to a chapter in an edited book: provide inclusive page numbers, authors, chapter titles, book title, editor, publisher and year.

Example:

Meltzer P.S., Kallioniemi A., Trent J.M. Chromosome alterations in human solid tumors. The genetic basis of human cancer. Under the editorship of B. Vogelstein, K.W. Kinzler. New York, McGraw-Hill, 2002, pp. 93-113.

Media: provide specific URL address and date information was accessed.

Example: Henkel J. Testicular Cancer: Survival High With Early Treatment. FDA Consumer magazine [serial online]. January–February 1996. Available at: http://www.fda.gov/fdac/features/196_test.html. Accessed August 31, 1998.

Conferences and Meetings:

if the source is in the Cyrillic characters

Mazlov A. M., Vorontseva K. P., Bulakh N. A. Optimizatsiya ispol'zovaniya antibakterial'nykh preparatov v akusherskom observatsionnom otdelenii oblastnogo perinatal'nogo tsentra [Optimizing the use of antibacterial drugs in the obstetric observational department of the regional perinatal center]. *Materialy III mezhdunarodnoy konferentsii Prikaspiyskikh gosudarstv "Aktual'nye voprosy sovremennoy meditsiny"* [Materials of III International Conference of the Caspian States "Actual issues of modern medicine". 4–5 October 2018]. Astrakhan', Astrakhan State Medical University, 2018, pp. 116–117.

if the source is in the Latin characters

Accessibility and quality of health services. Proceedings of the 28th Meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services (ORAHS). Ed.; Ferreira de Oliveira M.J. Jul 28-Aug 2 2002, Rio de Janeiro, Brazil. Frankfurt (Germany), Peter Lang, 2004, 287 p.

Theses and Dissertations: indicate the author, the title of the thesis (abstract), (thesis of Doctor (Candidate) of Medical (Biological) Sciences), city, year, pages.

Example:

if the source is in the Cyrillic characters

Ponezheva Zh. B. Kliniko-immunologicheskie aspekty patogeneza khronicheskogo gepatita C i puti optimizatsii terapii. Avtoreferat dissertatsii doktora meditsinskikh nauk [Clinico-immunological aspects of pathogenesis of chronic hepatitis C and ways to optimize therapy. Abstract of thesis of Doctor of Medical Sciences]. Moscow, 2011, 38 p.

if the source is in the Latin characters

Zhao C. Development of nanoelectrospray and application to protein research and drug discovery. Dissertation. Buffalo (NY), State University of New York at Buffalo, 2005, 276 p.

Patents:

if the source is in the Cyrillic characters

Gorelkin A. G., Pinkhasov B. B. Sposob opredeleniya biologicheskogo vozrasta cheloveka i skorosti stareniya [The way of definition of man's biological age and senility speed]. Patent RF, no. 2387374, 2010.

if the source is in the Latin characters

Myers K., Nguyen C. Prosthetic heart valve. United States patent US 6,911,043. Myers K., Nguyen C., inventors; assignee is 3F Therapeutics Inc., 2005 Jun 28.

Pagedas A.C. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. Pagedas A.C., inventor; assignee and patent holder is Ancel Surgical R&D Inc., 01.08.2002

In the text, references are put in Arabic numerals in square brackets according to the list, for example, [1] or [2, 4, 22].

33. The references should mainly include the articles published in the last 10-15 years and comprehensively reflecting the current state of the issue in question. **The author bears full responsibility for the accuracy of information and correctness of bibliographic data.**

Procedure for acceptance and promotion of an article:

1. The editorial board receives at least 1 copy of the copyright original text of the article, as well as accompanying documents: an official covering letter from the institution, a certificate of originality of the text (<http://www.antiplagiat.ru>), expert opinion on materials prepared for open publication, a transfer of copyright agreement and a consent to personal data processing.

2. The editorial board reads the text, reviews it and informs the author of the decision concerning its publication. Of a positive decision of the editorial board to publish the article only after making certain edits the author is informed by e-mail (if no response is received within 1 month from the date of dispatch of the notification, the article is withdrawn from further consideration).

3. The article is prepared by the editorial board and published in the journal.

4. Only one article of the first author can be printed in one issue of the journal.

5. Articles that receive a negative decision of the Editorial Board and / or the text format of which does not comply with the above rules are not published in the journal and are not returned to the authors.

Submit your manuscripts to the address: 121, Bakinskaya Street, Astrakhan 414000,
Astrakhan State Medical University, «Caspian Journal of Medicine and Pharmacy», the editorial board.

Scanned copies of **accompanying documents**, **the first page** of one of the copies of the manuscript with the visa “In print”, the signature of the senior official covered by the round stamp of the institution, **the last page** with the signatures of all the authors, as well as the text of the article in RTF format, please, send to
prikasp.vestnik@mail.ru.

Patent information retrieval in the patent information resources of the Federal Institute of Industrial Property is free of charge for the authors of the articles on the basis of the Support Center for Technology and Innovation of the Astrakhan State Medical University.

**ПРИКАСПИЙСКИЙ
ВЕСТНИК
МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

**Научно-практический
журнал**

2020

ТОМ 1

№ 3-4

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

Главный редактор – О.В. Рубальский
Начальник издательского отдела – В.Б. Нигдыров
Компьютерная правка и макетирование – А.Х. Кадырова

Дата выхода – 02.03.2021

Уч. печ. л. – 4,1

Заказ № 4978

Тираж 500 экз. (Первый завод – 50 экз.)

Цена свободная

Отпечатано в Издательском отделе ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России.

Адрес издателя, редакции, типографии:
414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121