

АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

© А.Д. Зернюк, Ю.А. Гуркин, А.Ю. Поликарпова, И.В. Медведева, Э.М. Атамова

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. В последние годы в Российской Федерации среди причин материнской смертности экстрагенитальные заболевания занимают первое место (37,7 % в 2012 году). А также отмечается увеличение группы детей с хронической патологией. Целью данного исследования явилась оценка гинекологической патологии у несовершеннолетних пациенток, страдающих декомпенсированной хронической экстрагенитальной патологией. Материалы и методы. Обследованы 1682 пациентки в возрасте до 18 лет, находившиеся на лечении в многопрофильной клинике СПб ГПМУ и направленные лечащими врачами на консультацию к врачу-гинекологу. Использованы анамнестический, клинико-лабораторно-инструментальный методы исследования и анализ медицинской документации. В результате проведенного анализа нами было выявлено, что в структуре гинекологической патологии, выявленной у пациенток, страдающих декомпенсированными экстрагенитальными заболеваниями, 44 % составляют нарушения менструального цикла, 37,9 % – воспалительные заболевания, 14,2 % – невоспалительные проблемы, 12,7 % – прочие. При этом гинекологическая патология, несомненно, связана с соматической. Так, у девочек, страдающих коллагенозами, чаще регистрировались длительные и обильные менструации (38,9 %), с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы – болезненные (45,9 и 55 %, соответственно), эндокринная патология чаще сопровождается редкими, скучными менструациями (56,8 %). Выводы. Учитывая большое значение экстрагенитальной патологии в осуществлении детородной функции, важно уделять особое внимание: а) разработке алгоритма обследования, лечения, реабилитации девочек, страдающих экстрагенитальной патологией, который должен включать обязательный осмотр врача-гинеколога; б) участию в диспансерном наблюдении девочек с хронической экстрагенитальной патологией врача-гинеколога в случае имеющегося сочетания с гинекологическими заболеваниями. Такой консолидированный подход следует продолжить при передаче пациенток под наблюдение во взрослую сеть.

Ключевые слова: подростки; экстрагенитальная патология; гинекологическая заболеваемость.

ANALYSIS OF GYNECOLOGICAL MORBIDITY IN GIRLS SUFFERING FROM CHRONIC DECOMPENSATED EXTRAGENITAL DISEASES

© A.D. Zerniuk, Yu.A. Gurkin, A.Yu. Polikarpova, I.V. Medvedeva, E.M. Atamova

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

Abstract. In recent years the Russian Federation among the causes of maternal mortality extragenital diseases occupy the first place (37.7 % in 2012). There is an increasing group of children with chronic diseases. Objective: to make an analysis of the gynecological pathology in girls with decompensated chronic extragenital pathology. Methods. A total of 1682 patients aged under 18 years who are treated in the Saint Petersburg State Pediatric Medical University's multidisciplinary clinic and directed clinicians to consult a gynecologist. We used anamnestic, clinical and laboratory methods of investigation and analysis of medical records. Results. As a result of analysis, we found that the structure of gynecological pathology identified in patients with decompensated extragenital diseases, 44 % are menstrual disorders, 37.9 % – an inflammatory disease, 14.2 % – non-inflammatory problems, 12.7 % – other. In this case, gynecological pathology, of course, is associated with somatic. So, the girls suffering from connective tissue, often recorded long and heavy menstruation (38.9 %), diseases of the gastrointestinal tract and urinary system – painful (45.9 and 55 %, respectively), endocrine pathology often accompanied by rare, scanty menses (56.8 %). Conclusions. Given the importance of extragenital pathology in the implementation of fertility, it is important to pay particular attention to: a) development of an algorithm for monitoring, treatment, rehabilitation of girls suffering from extragenital pathology, which should include a compulsory inspection gynecologist; b) the participation of gynecologist in the regular medical check observation girls with chronic extragenital pathology in the case of existing combinations with gynecological diseases. Such an approach should be further consolidated when transferring patients under the supervision of an adult network.

Key words: adolescents; extragenital pathology; gynecological morbidity.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в Российской Федерации среди причин материнской смертности (которая в 2012 году составила 11,5 на 100 000 родившихся живыми) экстрагенитальные заболевания занимают первое место (37,7% в 2012 году)¹. При этом в структуре экстрагенитальной патологии 55,8% приходится на болезни системы кровообращения (разрывы аневризм сосудов различной локализации, венозные тромбозы, кардиомиопатии, врожденные пороки сердца), 10,5% — злокачественные заболевания различной локализации, 8,4% — инфекционные заболевания, 7,4% — болезни органов дыхания, 5,3% — органов пищеварения, по 4,2% — эндокринной системы и болезни почек и пр.)¹.

Почти 80% беременных имеют соматическую или акушерскую патологию, а каждый третий ребенок рождается больным [1, 2, 4]. Отмечается увеличение группы часто длительно болеющих детей и детей с хронической патологией [5, 6].

По данным ежегодной диспансеризации детей и подростков Российской Федерации, среди 13,5 млн детей, обучающихся в школах, только 20% имеют первую группу здоровья [6]. По данным Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, во время углубленного медицинского обследования, проведенного в 2012 году среди 26 864 14-летних подростков было выявлено 56 365 заболеваний. При этом у 34,7% обследованных подростков зарегистрированы впервые выявленные заболевания. Только 5,23% детей были здоровы (I группа здоровья), 59,59% имели функциональные отклонения (II группа здоровья), 35,18% имели хронические заболевания (III–IV–V группы здоровья) [6].

Следует отметить, что за последнее десятилетие у подростков России отмечен рост числа заболеваний органов кровообращения (в 2000 году зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни 174,4 тыс. человек, а в 2012 году — 184,6 тыс. чел.), органов дыхания (22 952,2 тыс. чел. и 25 507,7 тыс. чел., соответственно), органов пищеварения (1709,2 тыс. чел. и 1807,5 тыс. чел., соответственно), мочеполовой системы (539,1 тыс. чел. и 674,8 тыс. чел., соответственно) и костно-мышечной системы и соединительной ткани (759,1 тыс. чел. и 825,7 тыс. чел., соответственно) [3, 5, 6, 7].

Каков будет репродуктивный потенциал этих заранее соматически ослабленных будущих женщин? Если к чадородному возрасту течение их

основного заболевания будет позволять, а они значительно не будут избегать наступления беременности [8, 9].

В своевременном выявлении и лечении патологии репродуктивной сферы и ее профилактике велика роль врачей акушеров-гинекологов.

Целью данного исследования явилась оценка гинекологической патологии у несовершеннолетних пациенток, страдающих декомпенсированной хронической экстрагенитальной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 1682 пациентки в возрасте до 18 лет, находившиеся на лечении в многопрофильной клинике Санкт-Петербургского Государственного педиатрического медицинского университета, в период с 2010 г. по 2013 г., и направленные лечащими врачами на консультацию к врачу-гинекологу. Использованы анамнестический, клинико-лабораторно-инструментальный методы исследования и анализ медицинской документации.

Все выявленные заболевания разделены на несколько групп:

- нарушения менструального цикла, которые в свою очередь объединены в несколько синдромов: болевой (N94: первичная и вторичная дисменорея), гипоменструальный синдром (N91: первичная и вторичная аменорея, первичная и вторичная олигоменорея, нарушения менструального цикла неуточненные), гиперменструальный синдром (N92: обильные менструации при регулярном и при нерегулярном цикле, обильные менструации в пубертатном периоде);
- воспалительные заболевания женской половой сферы, в том числе воспалительные заболевания органов малого таза, острые вульвовагиниты, бактериальные вагинозы;
- невоспалительные заболевания женских половых органов, среди которых эктопии шейки матки, функциональные кисты яичников, эндометриоидная болезнь;
- прочие — аномалии развития, заболевания молочных желез и др.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основными задачами врача-гинеколога клиники СПб ГПМУ являются выявление и лечение гинекологической патологии, которая способствует развитию и усугубляет течение соматической патологии или является следствием оной. Кроме того в ряде ситуаций необходима дифференциальная диагностика генитальной и экстрагенитальной патологии.

¹ Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения. О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году (методическое письмо) / под редакцией Байбариной Е.Н. МЗРФ, 2013.

Таблица 1

Структура гинекологической патологии, выявленной у пациенток клиники СПб ГПМУ (по отделениям)

| Отделение Патология | Нефрологическое отделение | Эндокринологиче- ское отделение | Гастроэнтерологи- ческое отделение | Ревматологическое отделение |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| Воспалительные заболевания | 46,4–59 % | 32,2–44,4 % | 27,8–41,1 % | 29,2–48,5 % |
| Нарушения менструального цикла | 30,8–34,5 % | 46,2–75,9 % | 38,3–53,2 % | 56,9–63,3 % |
| Невоспалительные заболевания | 16,4–23,9 % | 4,7–7,7 % | 8,9–13,7 % | 10,8–16,3 % |

Ежегодно врачом-гинекологом клиники СПб ГПМУ осматривает 770–847 пациенток клиники, производит 211–304 ультразвуковых исследований органов малого таза.

Следует отметить, что из шести педиатрических, четырех хирургических, двух инфекционных, психоневрологического, дерматовенерологического, ЛОР и офтальмологического отделений, наиболее часто на консультацию к детскому и подростковому гинекологу направляются пациентки, находящиеся на лечении в нефрологическом (педиатрическое отделение № 1), кардиоревматологическом (педиатрическое отделение № 3), гастроэнтерологическом (педиатрическое отделение № 4) и эндокринологическом (педиатрическое отделение № 6) отделениях.

В структуре гинекологической патологии, выявленной у пациенток многопрофильной клиники СПб ГПМУ за четыре года наблюдения (рис. 1), 42,6–45,4 % составляют нарушения менструально-

го цикла (в структуре которых 36,1–42 % — болевой синдром, 36,1–42,3 % — гипоменструальный синдром, 21,6–22 % — гиперменструальный синдром), 34,7–41,2 % — воспалительные заболевания (представленные в 62,6–63,5 % случаев острыми вульвовагинитами, ассоциированными с условно-патогенной флорой; воспалительные заболевания органов малого таза выявлены в 5,6–6,4 % случаев), 10,9–17,5 % — невоспалительные заболевания половых органов, 9,2–16,2 % — прочие. У 25 % осмотренных девочек зафиксировано несколько гинекологических заболеваний.

При этом отмечена связь гинекологической патологии с заболеваниями, по поводу которых девочки получают лечение в клинике СПб ГПМУ (табл. 1).

У девочек, страдающих заболеваниями мочевы-водящей системы (за период наблюдения осмотрено всего 384 человека), в 46,4–59 % случаев выявляются воспалительные заболевания половых органов, из которых 74,5–89,4 % патология нижнего отдела



Рис. 1. Структура гинекологической патологии, выявленной у пациенток многопрофильной клиники СПб ГПМУ

Таблица 2

Нарушения менструальной функции у девочек, страдающих экстрагенитальной патологией

| | Синдромы | | |
|----------------------------------|-------------|-------------------|--------------------|
| | Болевой | Гипоменструальный | Гиперменструальный |
| Нефрологическое отделение | 51,7–58,3 % | 22,2–32,4 % | 13,5–24,1 % |
| Эндокринологическое отделение | 27,5–28,6 % | 56–57,5 % | 14,3–16 % |
| Гастроэнтерологическое отделение | 37,9–53,8 % | 25–35,7 % | 21,4–27,6 % |
| Ревматологическое отделение | 22,2–35,5 % | 22,2–55,6 % | 22,2–44,4 % |

полового тракта, 30,8–34,5 % — нарушения менструального цикла (60,7 % которых представлены болевым синдромом); 16,4–23,9 % — невоспалительные заболевания половых органов (88,9–89,3 % — эктопии шейки матки).

У пациенток эндокринологического отделения (n=341) в 46,2–75,9 % случаев отмечены различные нарушения менструального цикла, из которых ведущая роль принадлежит гипоменструальному синдрому, в 32,2–44,4 % — воспалительные заболевания, из которых 68,8–83,3 % приходится на долю воспалительных заболеваний вульвы и влагалища (в основном у девочек, страдающих сахарным диабетом), в 4,7–7,7 % — невоспалительные заболевания половых органов.

Заболевания желудочно-кишечного тракта (n=255) связаны с нарушениями менструального цикла в 38,3–53,2 % случаев, с воспалительной патологией женской половой сферы в 27,8–41,1 %, с невоспалительными заболеваниями — 8,9–13,7 %.

Пациентки с патологией соединительной ткани (n=198) страдают в основном нарушениями менструального цикла (56,9–63,3 % случаев), при этом ведущая роль принадлежит гиперменструальному синдрому, воспалительные заболевания половых органов выявлены у 29,2–48,5 %, невоспалительные заболевания — у 10,8–16,3 %.

Особый интерес, требующий более детального изучения, представляет анализ выявленных у девочек с экстрагенитальной патологией нарушений менструального цикла. Поэтому далее мы оценили менструальную дисфункцию, выявляемую при патологии различных органов и систем (табл. 2), а также при некоторых заболеваниях.

Патология мочевыделительной системы сопровождается нарушениями менструального цикла в 30,8–34,5 % случаев, из которых болевой синдром — 51,7–58,3 %, гипоменструальный синдром — 22,2–32,4 %, гиперменструальный — 13,5–24,1 %. Среди пациенток данного отделения чаще всего детским гинекологом осматривались девочки страдающие инфекцией мочевыводящих пу-

тей (49,4 %) (в том числе острыми пиелонефритами и острыми циститами), первичными и вторичными хроническими пиелонефритами (20,2 %), различными проявлениями гломерулонефропатии (10,1 %).

На консультацию к врачу-гинекологу за время наблюдения обратились семь пациенток с менструальной дисфункцией, страдающие различными формами хронического гломерулонефрита. При этом у 57,1 % выявлена первичная олигоменорея, а у 42,9 % — первичная дисменорея.

При эндокринной патологии нарушения менструального цикла наблюдаются в 46,2–75,9 % случаев, из которых 27,5–28,6 % — болевой синдром, 56–57,5 % — гипоменструальный, 14,3–16 % — гиперменструальный синдром.

Из всей патологии, наблюдавшейся в эндокринологическом отделении, наиболее часто в помощи детскому гинекологу нуждались девочки, основным заболеванием которых был сахарный диабет (27,6 %), обследовавшиеся по поводу различных проявлений синдрома гиперандрогенеза (12,02 %), с ожирением (10,6 %), задержкой и преждевременным половым созреванием (по 8,8 %) и врожденной дисфункцией коры надпочечников (7,03 %).

Нами проанализировано 36 историй болезни пациенток с ожирением и 29 — с сахарным диабетом.

Из 36 пациенток с ожирением 11–17 лет нарушения менструального цикла выявлены в 32 случаях (88,9 %). При этом первичная аменорея выявлена в 3,1 % случаев (n=1), вторичная аменорея отмечена у 12,5 % девочек (n=4), первичная олигоменорея — у 37,5 % пациенток (n=12), обильные менструации при регулярном цикле — у 21,9 % (n=7), а первичная дисменорея — у 31,3 % (n=10). У 2 пациенток (6,3 %) отмечалось сочетание первичной олигоменореи и первичной дисменореи.

В данной группе пациенток встречались первичное (экзогенно-конституциональное, экзогенное) и гипоталамическое (первичное гипоталамическое, смешанное) формы ожирения. При этом 38,9 % девочек (n=14) имели ожирение III степени, 30,6 % (n=11) — II степени, 22,2 % (n=8) — I степени,

так же по 2,8% (n=1) II–III степени, III–IV степени, IV степени. У 22,2% (n=8) прогрессирующее ожирение. Метаболический синдром выявлен у 44,4% (n=16).

У 29 пациенток с *сахарным диабетом* нарушения менструального цикла отмечены в 27 случаях (93,1%) (I типа — 26 человек, II типа — 1 человек). Гипоменструальный синдром превалировал в данной группе пациенток и диагностирован у 48,1% девочек (n=13): первичная аменорея выявлена в 3,7% случаев (n=1), вторичная аменорея — у 14,8% девочек (n=4), первичная олигоменорея — у 29,6% пациенток (n=8). Обильные менструации при регулярном цикле зарегистрированы у 22,2% (n=6), а первичная дисменорея — у 33,3% (n=9).

Следует отметить, что практически все пациенты, находящиеся на лечении в эндокринологическом отделении клиники СПб ГПМУ, имеют осложненное течение сахарного диабета. У пациенток, имеющих сочетание сахарного диабета I типа с гинекологической патологией, выявлены следующие осложнения сахарного диабета: стеатоз печени — 68,9% (n=20), липодистрофии — 58,6% (n=17), диабетическая полинейропатия — 51,9% (n=14), кетоацидоз — 25,9% (n=7), диабетическая катаракта — 14,8% (n=4), диабетическая нефропатия — 14,8% (n=4), диабетическая миокардио-дистрофия — 7,4% (n=2), диабетическая ретинопатия — 3,7% (n=1), диабетическая артрапатия — 3,7% (n=1).

При заболеваниях *желудочно-кишечного тракта* НМЦ выявляются у 38,3–53,2% пациенток: болевой синдром — 37,9–53,8%, гипоменструальный — 25–35,7%, гиперменструальный синдром — 21,4–27,6%.

Из гастроэнтерологического отделения наиболее часто направлялись к врачу-гинекологу пациентки с хроническим гастродуоденитом (42,7%), с целиакией (22,4%), с болезнью Крона (7,1%), дискинезией желчевыводящих путей (3,6%), с неврогенной анорексией (2,7%).

Обследовано 24 пациентки 12–17 лет, имеющие *нарушения поступления или усвоения питательных веществ* (с целиакией (45,83%, n=11), болезнью Крона (33,3%, n=8) и неврогенной анорексией (20,8%, n=5). Менструальная дисфункция выявлена у 17 пациенток (68%). При этом первичная аменорея отмечена у 5,9% пациенток (n=1), вторичная аменорея — у 23,5% пациенток (n=4) пациенток, первичная олигоменорея — 23,5% (n=4), вторичная олигоменорея — у 17,6% (n=3), первичная дисменорея — у 29,4% (n=5), обильные менструации при регулярном цикле — у 17,6% (n=3). У 2 пациенток отмечалось сочетание первичной олигоменореи и первичной дисменореи.

Коллагенозы в 56,9–63,3% связаны с нарушениями менструального цикла: болевой синдром — 22,2–35,5%, гипоменструальный — 22,2–55,6%, гиперменструальный синдром — 22,2–44,4%. Следует отметить, что по сравнению с 2010–2012 годами, в 2013 году у данной группы пациенток преобладали нарушения менструального цикла, относящиеся к гипоменструальному синдрому, что требует более детального анализа. Возможно, это связано с большим количеством обследованных пациенток, использовавших глюкокортикоидную терапию в разные периоды жизни девочек.

Из 198 девочек кардиоревматологического отделения, осмотренных за годы наблюдения детским и подростковым гинекологом, особого внимания заслуживают пациентки, страдающие *ювенильным идиопатическим артритом*, доля которых составила 39,3%. Нарушения менструального цикла выявлены в 30 случаях (69,8%). При этом нарушения в виде обильных менструаций при регулярном цикле встречались чаще и отмечены у 33,3% пациенток (n=10). Четыре пациентки (23,5%) осмотрены в связи с аномальным маточными кровотечениями. Первичная и вторичная олигоменорея выявлена у 13,3% девочек (по n=4), вторичная аменорея — у 10% (n=3). Первичная дисменорея зарегистрирована у 26,7% пациенток (n=8).

При этом мы постарались найти зависимость менструальной дисфункции от возраста дебюта, длительности заболевания, варианте течения ювенильного идиопатического артрита и получаемого лечения.

Средний возраст дебюта ювенильного идиопатического артрита у девочек при болевом синдроме — 7,7±6,3 лет, при гиперменструальном — 8,6±6,5 лет, при гипоменструальном — 3,3±5,2 лет.

При длительности заболевания 2–6 лет наиболее часто отмечался гиперменструальный синдром (58,3%). Гипоменструальный синдром (46,7%) отмечен при более длительном течении ЮИА (более 7 лет).

При полиартикулярном варианте течения преобладают нарушения, трактуемые как гипоменструальный синдром (75%). При олигоартикулярном варианте — болевой синдром (37,5%). При системном — гиперменструальный.

Принципиальной разницы в получаемом лечении между группами различных нарушений менструального цикла получено не было. Но аномальное маточное кровотечение наблюдалось при назначении глюкокортикоидной терапии в пубертатный период. А гипоменструальный синдром у пациенток, получавших данную терапию в анамнезе (в нейтральный и препубертатный периоды).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного анализа нами было выявлено, что в структуре гинекологической патологии, выявленной у пациенток, страдающих декомпенсированными экстрагенитальными заболеваниями, 44% составляют нарушения менструального цикла, 37,9% — воспалительные заболевания, 14,2% — невоспалительные проблемы, 12,7% — прочие (рис. 1, табл. 1). Многие осмотренные девочки имеют несколько гинекологических заболеваний.

При этом гинекологическая патология, несомненно, связана с основной патологией, по поводу которой девочка получает обследование или лечение в клинике СПб ГПМУ.

Нами отмечена разница характеристик нарушений менструального цикла при патологии различных органов и систем (табл. 2). Так, у девушки, страдающих коллагенозами, чаще регистрировались длительные и обильные менструации (38,9%), с заболеваниями желудочно-кишечного тракта — болезненные (45,9%), с заболеваниями мочевыделительной системы — болезненные (55%), эндокринная патология чаще сопровождается редкими, скучными менструациями (56,8%).

Также при анализе менструальной дисфункции при некоторых заболеваниях обращается внимание, что на форму нарушения менструальной функции влияет возраста дебюта и длительность заболевания, вариант течения, а также получаемая терапия. При этом, несмотря на то, что системная патология желудочно-кишечного тракта чаще ассоциируется с первичной дисменореей (45,9%), при заболеваниях, сопровождающихся нарушением поступления или усвоения питательных веществ, в 60% случаев наблюдаются вторичная аменорея и первичная олигоменорея. Также имеет значение период жизни девочки и длительность назначения глюкокортикоидной терапии (например, при заболеваниях соединительной ткани с аутоиммунным компонентом).

ВЫВОДЫ

Учитывая большое значение экстрагенитальной патологии в осуществлении детородной функции, в т. ч. влияние ее на показатель материнской смертности, высокий уровень хронической соматической заболеваемости у девочек-подростков, очень важно уделять особое внимание:

- разработке алгоритма обследования, лечения, реабилитации девочек, страдающих экстрагенитальной патологией, который должен включать обязательный осмотр врача-гинеколога;
- участию в диспансерном наблюдении девочек с хронической экстрагенитальной патологией

врача-гинеколога в случае имеющегося сочетания с гинекологическими заболеваниями. Такой консолидированный подход следует продолжить при передаче пациенток под наблюдение во взрослуую сеть.

Всю работу врачей-гинекологов, оказывающих специализированную помощь несовершеннолетним, следует рассматривать как системную «раннюю прегравидарную подготовку» будущих матерей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: национальное руководство / под руководством В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2011.
2. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. М.: ООО «Медиинформагенство», 2009.
3. Земсков А.М., Земсков В.М., Черешнев В.А., Решетников С.С., Галимзянов Х.М., Земскова В.А. Руководство по клинической иммунологии для практических врачей. Москва: Триада-Х, 2011.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: «Status Praesens», 2011.
5. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009.
6. Показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения. Доступно по: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/(даты обращения 02.09.2011, 11.11.2013).
7. Ревматология: национальное руководство / под редакцией Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008.
8. Viktil K.K., Engeland A., Furu K. Outcomes after anti-rheumatic drug use before and during pregnancy: a cohort study among 150 000 pregnant women and expectant fathers. *Rheumatology*. 2012 May; 41 (3): 196–201.
9. Wallenius M., Skomsvoll J.F., Irgens L.M., Salvesen K.Å., Nordvåg B.Y., Koldingsnes W. et al. Fertility in women with chronic inflammatory arthritides. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Jun.; 50 (6): 1162–7.

REFERENCES

1. Ginekologija: natcionalnoe rukovodstvo [Gynecology: national leadership] / pod rukovodstvom V.I. Kulakova, I.B. Manukhina, G.M. Savelevoi. — M.: GEOTAR-Media, 2011.
2. Gurkin Yu.A. Detskaia i podrostkovaia ginekologija [Pediatric and adolescent gynecology]. M.: OOO «Mediinformagenstvo», 2009.
3. Zemskov A.M., Zemskov V.M., Chereshnev V.A., Reshetnikov S.S., Galimzianov Kh.M., Zemskova V.A. Ru-

- kovodstvo po klinicheskoi immunologii dlja prakticheskikh vrachei [Guide to clinical immunology for clinicians]. Moskva: Triada-X, 2011.
4. Radzinskiy V.E. Akusherskaya agressiya [Obstetric aggression]. M.: «Status Praesens», 2011.
 5. Pediatriya: natsional'noe rukovodstvo [Pediatrics: national leadership]: v 2 t. M.: GEOTAR-Media, 2009.
 6. Pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nosti sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya [Indicators of maternal and child health, the activities of the security service of obstetrics and childhood]. Available at: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rossstat/ru/statistics/population/health-care/ (accessed 02.09.2011, 11.11.2013).
 7. Revmatologiya: natsional'noe rukovodstvo [Rheumatology: national leadership] / pod redaktsiey E.L. Nasonova, V.A. Nasonovoy. M.: GEOTAR-Media, 2008.
 8. Viktil K.K., Engeland A., Furu K. Outcomes after anti-rheumatic drug use before and during pregnancy: a cohort study among 150 000 pregnant women and expectant fathers. *Rheumatology*. 2012 May; 41 (3): 196–201.
 9. Wallenius M., Skomsvoll J.F., Irgens L.M., Salvesen K.Å., Nordvåg B.Y., Koldingsnes W. et al. Fertility in women with chronic inflammatory arthropathies. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Jun.; 50 (6): 1162–7.

◆ Информация об авторах

Зернук Анастасия Дмитриевна – канд. мед. наук, доцент, кафедра детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
E-mail: zernyuk@rambler.ru.

Гуркин Юрий Александрович – д-р мед. наук, профессор, кафедра детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
E-mail: gurkin39@list.ru.

Поликарпова Алена Юрьевна – ординатор, кафедра детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
E-mail: alenchik8544@yandex.ru.

Медведева Ирина Вадимовна – ординатор, кафедра детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
E-mail: rideamuss@gmail.com.

Атамова Эльнара Маисовна – ординатор, кафедра детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
E-mail: atamova24@gmail.com.

Zernyuk Anastasiya Dmitrievna – MD, PhD, Associate Professor, Department of Children Gynecology and Female Reproductology, Faculty of Postgraduate Education. Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: zernyuk@rambler.ru.

Gurkin Yuriy Aleksandrovich – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Department of Children Gynecology and Female Reproductology, Faculty of Postgraduate Education. Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: gurkin39@list.ru.

Polikarpova Alena Yur'yevna – Resident doctor, Department of Children Gynecology and Female Reproductology, Faculty of Postgraduate Education. Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: alenchik8544@yandex.ru.

Medvedeva Irina Vadimovna – Resident doctor, Department of Children Gynecology and Female Reproductology, Faculty of Postgraduate Education. Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: rideamuss@gmail.com.

Atamova El'nara Maisovna – MD, PhD, Associate Professor, Department of Children Gynecology and Female Reproductology, Faculty of Postgraduate Education. Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia.
E-mail: atamova24@gmail.com.