

42. Пинегин Б.В., Некрасов А.В., Хаитов Р.М. Иммуномодулятор полиоксидоний: механизмы действия и аспекты клинического применения // Цитокины и воспаление. — 2004; 3 : 41—47.
43. Полиоксидоний: механизм действия и клиническое применение / Р.В. Петров и др. // Медицинская иммунология. — 2000; 2(3) : 271—278.
44. Мангушев А.Р. Эффективность и безопасность препарата полиоксидоний в комплексном лечении детей с хроническим аденоидитом // Российская ринология. — 2007; 3 : 27—32.
45. Ширшев С.В., Лопатина В.А. Изменения некоторых показателей иммунного статуса и уровня кортизола при рецидивирующем обструктивном бронхите у детей. Иммунокоррекция полиоксидонием // Медицинская иммунология. — 2003; 5(5—6) : 555—562.
46. Применение полиоксидония в комплексной терапии атопического дерматита у детей / Л.Ф. Казначеева и др. — Режим доступа: <http://www.polyoxidonium.ru/articles/ped/04.htm> (дата обращения 12.02.2012).
47. Пинегин Б.В., Некрасов А.В. Полиоксидоний: новые данные о клиническом применении // Аллергология и иммунология. — 2006; 3 : 434.
48. Михайлова Е.В., Еремеева И.Г., Штейнберг А.В. Клинико-экономическое обоснование использования противовирусных препаратов в комплексной терапии нейротропных инфекций у детей // Профилактическая и клиническая медицина. — 2008; 1 : 122—125.

## Влияние вредных привычек на репродуктивное здоровье и качество жизни у девочек-подростков с болезнями органов дыхания

И. А. ПАРЕНКОВА<sup>1</sup>, Ю. А. АЛЕКСЕЕВА<sup>1</sup>, В. Ф. КОКОЛИНА<sup>2</sup>

Тверская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения России<sup>1</sup>,  
Российский национальный исследовательский университет им. Н. И. Пирогова  
Министерства здравоохранения России<sup>2</sup>, Москва

У девочек-подростков, страдающих болезнями органов дыхания, нарушено становление репродуктивной системы, в структуре репродуктивных нарушений лидирует дисменорея. У девочек с болезнями органов дыхания снижено качество жизни, связанное со здоровьем, за исключением социального функционирования.

**Ключевые слова:** девочки-подростки, болезни органов дыхания, репродуктивное здоровье, качество жизни

### Impact of Harmful Habits on Reproductive Health and Quality of Life of Adolescent Girls with Respiratory Diseases

I. A. Parenkova<sup>1</sup>, Yu. A. Alekseyeva<sup>1</sup>, V. F. Kokolina<sup>2</sup>

Tver State Medical Academy, Tver<sup>1</sup>  
The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow<sup>2</sup>

Adolescent girls suffering from respiratory diseases have disorders in the formation of their reproductive systems. Dysmenorrhea is the most frequent element in the structure of reproductive abnormalities. Girls with respiratory diseases have a lower quality of life related to health, except for social functioning.

**Key words:** adolescent girls, respiratory diseases, reproductive health, quality of life

**Контактная информация:** Паренкова Ирина Анатольевна — к.м.н., асс. каф. акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ТГМА; 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4; (4822) 32-17-79; iparenkova@gmail.com

УДК 616.921.5:618

По данным официальной медицинской статистики, в Российской Федерации ведущим классом впервые выявленных заболеваний у детей за период с 2002 по 2008 г. г. были болезни органов дыхания (БОД) [1]. Установлено, что курение является фактором риска БОД [2], а также нарушений становления репродуктивной системы девушек [3—5]. В целях оптимизации репродуктивного здоровья девочек-подростков рекомендовано психологическое сопровождение и осмотры гинеколога в установленные сроки [6]. Вопросы становления репродуктивной системы у девочек-подростков с болезнями органов дыхания изучены недостаточно.

### Материалы и методы исследования

Частота и структура нарушений становления репродуктивной системы, факторов риска ухудшения ре-

продуктивного здоровья (ФР) и качество жизни (КЖ) изучены у 239 девочек-подростков, учащихся тверских школ и вузов, в возрасте от 14 до 18 лет с БОД, из них группу наблюдения составили 178 девочек со сниженной резистентностью (НР), куда включены девочки, часто болеющие инфекциями органов дыхания (ЧБОД) (4 и более раз в год) и/или перенесшие о. бронхит и пневмонию; группу сравнения составили 61 девочка с хроническими заболеваниями ЛОР-органов (хронический тонзиллит, хронический аденоидит, хронический риносинусит), из них 16 подростков с контролируемой бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести. Контрольную группу составили 177 девочек с высокой резистентностью (ВР), частота острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) у которых не чаще 1 раза в год. Всем девочкам проведен гинекологический

осмотр в отделении «Перинатальный центр МУЗ роддома № 4» г. Твери (главный врач — А. А. Арсеньев, заведующая отделением — Т. А. Михайлова).

Для выявления ФР нарушений репродуктивного здоровья подростков использовалась анкета А. Г. Иванова (2004, дополненная) [7], методические рекомендации А. А. Баранова и соавт. (2006), разработанные в НИИ гигиены и охраны здоровья НЦЗД РАМН; наличие и характер жалоб по органам и системам получали посредством анкеты для выявления жалоб у подростка (А. А. Баранов и соавт., 2006) [8].

Скрининг-тестирование нарушений менструального цикла проведено с помощью анкеты для оценки состояния менструальной функции у девушек (А. А. Баранов и соавт., 2006) [8], дополненной. Информация о соматических заболеваниях получена из медицинской документации (форма 26У) у школьниц и карт диспансерного наблюдения у студенток (форма 30).

Качество жизни изучено при помощи опросника MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) (Ware J. E. et al., 1993) [9], с использованием официального русскоязычного аналога (А. Г. Чучалин, Н. Ю. Сенкевич, А. С. Белевский, 1999) [10], сертифицированного для детей 14 лет и старше, рекомендуемого для проведения популяционных исследований, как здоровых лиц, так и имеющих хронические заболевания (А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд, 1999) [11]. По результатам анкетирования проводился расчет 8 параметров: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (телесная боль) (Б), общее состояние здоровья (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). Каждое измерение вычислялось в соответствии со шкалой 0–100 баллов, при этом, чем ниже балл, тем хуже оценка качества жизни испытуемого. Оптимальным считали диапазон от 70 до 100 баллов (С. В. Рычкова, 2007 [6]; О. Н. Волкова, 2009 [12]).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением методов математической статистики, программ Microsoft Excel 2003, Statistica 6, 1. Нормальность распределения данных проверялась посредством критерия Шапиро-Уилки. Цифровые данные обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической величины ( $M$ ), средней ошибки средней арифметической ( $m$ ), стандартного отклонения ( $\sigma$ ). Значимость различий средних значений количественных данных, влияние образа жизни на показатели КЖ, гендерные различия оценивались с помощью непараметрических критериев:  $\chi^2$ , Спирмена (R),  $\phi$  (углового преобразования Фишера), U (Манна-Уитни). При множественных сравнениях предварительно использовали тест Краскела-Уоллиса (критерий H), при этом показатель КЖ выступал в качестве зависимой переменной, а изучаемые факторы — как независимые [13]. За критический уровень значимости различий принято значение  $p \leq 0,05$ ; при  $p \leq 0,2$  статистические признаки оценены как

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ  
РЕКЛАМА



## НЕ ДАЙТЕ ИНФЕКЦИИ ПРОНИКНУТЬ В ОРГАНИЗМ

**ИРС® 19 – Иммуномодулирующий Респираторный Спрей – активизирует все звенья местного иммунитета в «воротах инфекции» против вирусов и бактерий.**

**Быстрый лечебный эффект с первых дней заболевания.<sup>1</sup>**

**Профилактический эффект может сохраняться до 3-4 месяцев.<sup>2</sup>**

**Дополнительный эффект элиминации патогенов.<sup>1</sup>**

**Разрешен к применению у взрослых и детей с 3-х месяцев.**



**ИРС® 19 (комплексный препарат бактериальных лизатов).** Регистрационный номер: П №012103/01  
Международное непатентованное или группировочное название: лизатов бактерий смесь (S.pneumoniae, type I, II, III, V, VII, XII + Haemophilus influenzae, type B + Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae + Staphylococcus aureus ss aureus + Acinetobacter calcoaceticus + Moraxella catarrhalis + Neisseria subflava + Neisseria perflava + S.pyogenes group A + S.dysgalactiae group C + Enterococcus faecium + Enterococcus faecalis + S.group G). **Назначение.** Профилактика хронических заболеваний верхних дыхательных путей и бронхов. Лечение острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей и бронхов, таких как ринит, синусит, ларингит, фарингит, тонзиллит, трахеит, бронхит и др. Восстановление местного иммунитета после перенесенных гриппа и других вирусных инфекций. Подготовка к плановому оперативному вмешательству на ЛОР-органах и в послеоперационном периоде. ИРС® 19 можно назначать как взрослым, так и детям с 3-х месячного возраста. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к препарату или его компонентам в анамнезе. ИРС® 19 не следует назначать пациентам с аутоиммунными заболеваниями. **Применение во время беременности.** Не имеется достаточных данных о потенциальной возможности тератогенного или токсического влияния на плод во время беременности, поэтому использование препарата во время беременности не рекомендуется. **Способ применения и дозы.** Препарат применяют интраназально путем аэрозольного введения (1 доза = 1 короткое нажатие пульверизатора). В целях профилактики взрослым и детям с 3 мес. по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 2 нед. (начинать курс лечения рекомендуется за 2-3 недели до ожидаемого подъема заболеваемости). Для лечения острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей и бронхов: детям с 3 мес. до 3 лет по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в день, после предварительного освобождения от слизистого отделяемого, до исчезновения симптомов инфекции. Детям старше 3 лет и взрослым: по 1 дозе в каждый носовой ход от 2 до 5 раз в день до исчезновения симптомов инфекции. Для восстановления местного иммунитета детям и взрослым после перенесенного гриппа и других респираторных вирусных инфекций по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 2 нед. При подготовке к плановому оперативному вмешательству на ЛОР-органах и в послеоперационном периоде взрослым и детям по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 2 нед. (начинать курс лечения рекомендуется за 1 неделю до предполагаемого оперативного вмешательства). В начале лечения могут иметь место кратковременное чихание и усиление выделений из носа. Если эти реакции примут тяжелое течение, следует уменьшить кратность введения препарата или отменить его. **Побочное действие.** Могут отмечаться следующие побочные эффекты как связанные, так и не связанные с действием препарата. Кожные реакции: в редких случаях возможны реакции гиперчувствительности (крапивница, ангионевротический отек) и кожные эритемоподобные и экземообразные реакции. Со стороны ЛОР-органов и органов дыхания: в редких случаях – приступы астмы и кашель. В редких случаях в начале лечения может наблюдаться: повышение температуры тела ( $\geq 39^\circ\text{C}$ ), тошнота, рвота, боль в животе, диарея, ринофарингит, синусит, ларингит, бронхит. Описаны единичные случаи тромбоцитопенической пурпуры и узловой эритемы. **Особые указания.** В начале лечения в редких случаях возможно повышение температуры тела ( $\geq 39^\circ\text{C}$ ). В данном случае лечение следует отменить. У больных бронхиальной астмой возможно появление приступов астмы. В этом случае рекомендуется прекратить лечение и не принимать препараты данного класса в будущем. **Условия хранения и транспортирования.** В строго вертикальном положении при температуре не выше  $25^\circ\text{C}$ , не замораживать. **Условия отпуска из аптек.** Без рецепта. **Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению.** ИМП от 15.02.2011

1. Кладова О. В., Учайкин В. Ф. и др. Местный иммуномодулятор ИРС® 19 в комплексной терапии ОРЗ. // Детские инфекции. – 2006. – № 4. – с. 51-54

2. Коровина Н. А. и др. Эффективность топической иммунотерапии бактериальными лизатами у часто болеющих детей // Педиатрия. – 2009. – Т. 87, № 5. – с. 104-109

125171, Россия, Москва, Ленинградское ш., 16а, стр. 1

Тел. (495) 258 42 80, факс (495) 258 42 81

[www.abbott-products.ru](http://www.abbott-products.ru)

**Abbott**  
A Promise for Life

**Таблица 1.** Частота ФР ухудшения репродуктивного здоровья у девочек-подростков с различным уровнем резистентности

Фактор риска	Группа наблюдения (n = 178)	Группа сравнения (n = 61)	Контрольная группа (n = 177)	Значимость различий по критерию Н
Психотравма	74,7%	70,5%	74,0%	p > 0,05
Недостаток сна	77,0%	88,5%	56,3%	p = 0,0000
Нерегулярное питание	55,0%	47,5%	38,8%	p = 0,02
Нерациональное питание	45,5%	34,5%	34,3%	p < 0,1
Курение	34,4%	34,3%	26,6%	p < 0,2
Употребление алкоголя	62,4%	63,9%	46,6%	p < 0,01

имеющие тенденцию к различиям. Удельный вес анамнестических данных рассчитан от числа учащихся, ответивших на данный вопрос.

### Результаты и их обсуждение

Мы изучили частоту курения, как фактор риска болезней органов дыхания [2], а также ФР, оказывавшие по материалам собственных исследований наиболее значимое влияние на КЖ (психотравмирующие ситуации, недостаток сна (менее 8 часов в сутки), нерегулярное питание, употребление алкоголя).

Средняя частота ОРВИ в год составила в группе наблюдения — 5,3 (от 4 до 10), в группе сравнения — 4,6 — от 4 до 8, различия по частоте эпизодов простудных заболеваний в год в группах девочек-подростков со сниженной резистентностью и хроническими БОД незначительны (p > 0,05). Среднее число эпизодов ОРВИ в год в контрольной группе — 0,6 (от 0 до 1).

Результаты анализа частоты ФР представлены в таблице 1, из которой следует, что у девочек, часто болеющих ОРВИ, а также страдающими хроническими БОД, достоверно чаще отмечается недостаточность сна, нерегулярное питание и употребление алкоголя, наблюдается тенденция к увеличению частоты нерационального питания и курения, в сравнении с подростками с высокой резистентностью.

36% девочек в группе наблюдения и сравнения занимались спортом, помимо физкультуры против 18% девочек с хроническими БОД (p < 0,05).

У 42,9% девочек ЧБД, имеющих вредные привычки и отмечавших психотравмирующие ситуации, менструации не установились в течение 12 мес. (p < 0,2). Отмечена связь между курением матери (p < 0,05), отца (p = 0,2) и частыми ОРВИ у девочки.

Жалобы по органам и системам предъявляли 92,0% девочек со сниженной резистентностью, 98,3% — с хроническими БОД, и 60,4% — с ВР (p = 0,0000), в том числе со стороны органов дыхания — 35,1%, 46,3% и 24,7% (p < 0,05). Курение и употребление алкоголя повышало вероятность жалоб со стороны дыхательной системы с 25,6 до 50,0% (p < 0,05).

Жалобы, свидетельствующие о вегетативных нарушениях, отмечались с частотой 79,0% в группе наблюдения, 89,3% — в группе сравнения и 40,9% в контрольной группе (p = 0,0000). ВД с наибольшей частотой отмечалась у ЧБД против 20,2% в группе сравнения 16,4%, и у 11,3% девочек с ВР (p < 0,1). В целом частота ВД выше у курящих девочек — 19,0% против 12,7% некурящих (p < 0,1).

Расстройства пищеварения отмечали 64,9% девочек с НР, 39,3% — с хроническими БОД, и 25,0% — в контрольной группе.

Результаты сравнительной оценки становления менструального цикла (МЦ) у девочек с БОД представлены в таблице 2. Средний возраст менархе у девочек-подростков, страдающих БОД, не имеет значимых отличий от такового в контрольной группе, вместе с тем, нарушения становления менструального цикла наблюдались у каждой второй

**Таблица 2.** Характеристика частоты и вида нарушений менструального цикла у девочек-подростков с БОД

Изучаемый параметр МЦ	Частота параметра в изучаемой группе			Значимость различий по критерию Н
	Наблюдения (n = 178)	Сравнения (n = 61)	Контрольная (n = 177)	
Возраст менархе	12,8 ± 1,2 лет	12,7 ± 1,1 лет	12,8 ± 1,2 лет	p < 0,2
Есть нарушения	60,11%	68,85%	45,20%	p < 0,001
Цикл не установился	29,78%	29,51%	27,68%	p > 0,05
Гиперполименорея	15,2%	19,7%	7,9%	p < 0,01
Дисменорея	68,5%	72,1%	55,9%	p < 0,01

**Таблица 3.** Данные качества жизни подростков с БОД по тесту SF-36

Группы подростков	Стат. п.-ль	Показатели качества жизни в баллах							
		ФФ	РФФ	Б	ОЗ	ЖА	СФ	РЭФ	ПЗ
Наблюдения (n = 178)	М	86,4	57,2	74,4	61,9	48,7	70,6	48,3	55,0
	σ	18,4	38,1	25,0	20,2	20,8	23,7	39,1	18,9
Сравнения (n = 61)	М	85,6	56,1	71,8	55,5	45,8	70,9	48,6	58,3
	σ	15,0	34,4	23,5	15,1	18,1	22,2	38,3	17,9
Контрольная (n = 177)	М	91,6	68,8	79,8	69,6	55,4	76,1	60,6	61,1
	σ	10,1	33,0	21,1	18,5	19,3	24,1	36,8	20,0
Значимость различий	p <sub>1</sub>	0,02*	0,004*	0,03*	0,000*	0,004*	0,01*	0,003*	0,004*
	p <sub>2</sub>	0,002	0,01*	0,02*	0,000*	0,001*	0,07	0,03*	0,3
	p <sub>3</sub>	0,2	0,7	0,3	0,01*	0,3	0,99	0,99	0,15
	p <sub>4</sub>	0,01*	0,004*	0,02*	0,000*	0,001*	0,03*	0,01*	0,01*

p<sub>1</sub> и p<sub>2</sub> — значимость различия показателей между группой наблюдения и группой сравнения соответственно с контрольной по критерию U; p<sub>3</sub> — значимость различия показателей между группой наблюдения и группой сравнения по критерию U; p<sub>4</sub> — значимость внутригруппового различия показателей по критерию H; \* — различия статистически значимы

девочки, нерегулярный цикл — почти у каждой третьей. Среди НМЦ лидирует дисменорея. Гиперполименорея (син. маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП)) и дисменорея с наибольшей частотой отмечались при наличии хронических заболеваний органов дыхания.

Отмечалась тенденция к зависимости курения и частоты дисменореи — 67,8% против 59,5% у некурящих (p < 0,1). МКПП достоверно чаще отмечались у девочек с болезнями миндалин (БМ) — 25%, в сравнении с 15% у подростков, не страдающих БМ (p = 0,05) [14].

Результаты исследования КЖ девочек с БОД изложены в таблице 3. Субъективная оценка КЖ у девочек с БОД снижена, в сравнении с подростками с высокой резистентностью организма. Средние значения параметров, характеризующих психическое здоровье, за исключением социального функционирования, ниже оптимального диапазона. У девочек с хроническими БОД показатели общего здоровья ниже, чем в отсутствие таковых, вместе с тем отмечается тенденция к более низкой самооценке психического здоровья у ЧБД. Качество жизни по методу SF-36 имеет отличия по шкалам, характеризующим физическое и психическое здоровье, в зависимости от частоты перенесенных ОРВИ в год (p < 0,05).

Качество жизни у девочек — подростков снижено при наличии жалоб со стороны дыхательной системы даже при отсутствии указаний на БОД.

### Заключение

Таким образом, у девочек-подростков, часто болеющих ОРВИ, а также страдающих хроническими БОД, достоверно чаще отмечается недостаточность сна, нерегулярное питание и употребление алкоголя, наблюдается

тенденция к увеличению частоты нерационального питания и курения, в сравнении с подростками с высокой резистентностью.

У девочек с БОД и низкой резистентностью нарушено становление менструального цикла и снижено качество жизни, связанное со здоровьем.

В структуре нарушений становления репродуктивной системы у девочек преобладает дисменорея, которая с максимальной частотой отмечалась при хронических болезнях органов дыхания (72,1%) и низкой резистентности к простудным заболеваниям у подростков (68,5%), с минимальной — у девочек-подростков с высокой резистентностью (55,9%). Частота нарушений менструального цикла выше у подростков, имеющих вредные привычки.

Девочки-подростки, страдающие болезнями органов дыхания, вредными привычками и неустановившимся менструальным циклом составляют группу высокого риска в отношении реализации репродуктивной функции. Изучение факторов риска ухудшения репродуктивного здоровья девочек-подростков, которые в будущем должны реализовать функцию деторождения, представляется важным с целью поиска возможности как можно более ранней коррекции выявленных отклонений в состоянии здоровья детей и формированию у них мотиваций к оптимизации качества жизни.

Снижение распространенности вредных привычек у подростков можно рассматривать в качестве меры первичной профилактики как БОД, так и нарушений становления репродуктивной системы.

Информация о частоте и структуре нарушений становления репродуктивной системы у часто болеющих девочек-подростков во взаимосвязи со значимыми факторами,

негативное влияние которых на репродуктивное здоровье доказано, может быть в дальнейшем учтена при составлении профилактических программ по оптимизации репродуктивного здоровья и качества жизни детей и подростков.

### Литература:

1. Основные тенденции здоровья детского населения России / под ред. А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого. — М.: Союз педиатров России, 2011. — 116 с. — (Серия «Современная педиатрия: от теории к практике». Союз педиатров России. Научный центр здоровья детей).
2. Балашова М.Е. Факторы риска болезней органов дыхания среди молодежи: выявление и коррекция // М.Е. Балашова, Г.Н. Шеметова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2008. — № 6. — С. 12–14.
3. Камалова Е.В. Комплексная оценка состояния репродуктивного здоровья девочек-подростков, проживающих в крупном промышленном и образовательном центре Сибири / Е.В. Камалова, Л.А. Агаркова, Н.А. Габитова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2010. — № 1. — С. 28–34.
4. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Методы оценки здоровья детей и подростков на основе профилактических медицинских осмотров. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах (руководство для врачей). — М.: Издательский Дом «Династия», 2004. — 168 с.
5. Халимова Д.Р. Социально-маркетинговый анализ репродуктивного здоровья и образа жизни старшеклассниц Удмуртии / Д.Р. Халимова, М.И. Сабсай // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2008. — № 6. — С. 36–41.
6. Рычкова С.В. Качество жизни детей школьного возраста и влияние на него хронической гастродуоденальной патологии: Автореф. дис. ... д.м.н. — СПб, 2007. — 43 с.
7. Иванов А.Г. Медико-социальные проблемы репродуктивного потенциала молодежи: Монография. — Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2004. — 112 с.
8. Проведение мониторинга состояния здоровья детей и подростков и организация их оздоровления: Методические рекомендации ГУ НЦЗД РАМН. — М., 2006. — 47 с.
9. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek; The Health Institute, New England Medical Center. — Boston: Mass, 1993. — 198 p.
10. Методы оценки качества жизни больных хроническими obstructивными болезнями легких: Пособие для врачей / Составители: Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. — Москва: НИИ пульмонологии, 1999. — 32 с.
11. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. — СПб: Элби, 1999. — 140 с.
12. Волкова О.Н. Качество жизни детей, страдающих хроническим гастродуоденитом и рефлюксными поражениями пищевода // Вопросы детской диетологии. — 2009. — Т. 7. — № 1. — С. 9–11.
13. Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине / Пер. с англ. В. П. Леонова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 144 с.: ил. — (Серия «Экзамен на отлично»).
14. Коколина В.Ф. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей. — М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. — 680 с.

Уважаемые коллеги!

Ректорат, Совет Старейшин, Ученый совет РНИМУ им. Н. И. Пирогова приглашает Вас принять участие в торжественном заседании – Актовом дне, на котором с Актовой речью

**«Инфекционные болезни человека – проблема века, пути решения»**

выступит заведующий кафедрой инфекционных болезней у детей № 1 педиатрического факультета  
**академик РАМН, профессор Василий Федорович Учайкин**

Заседание состоится: 8 апреля 2013 г.

в 14.00 в аудитории №1 главного корпуса университета по адресу:

Москва, ул. Островитянова, д. 1, этаж 2.

Проезд: ст. метро «Юго-Западная», авт. 718, ст. метро «Коньково», авт. 712, 295, маршру. такси 36, 161

Справки по телефону: (495) 434-84-64