New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal









AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (96) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
И.Ю. МАМАТОВА
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)

Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)

А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)

Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)

Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)

У.К. КАЮМОВ (Тошкент)

Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)

А.А. НОСИРОВ (Ташкент)

А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)

Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)

Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (96)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
Октябрь

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

УДК 616.831-009.11

МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИОНАЛИЗАЦИЯ АВТОРСКОЙ ЭТИОПАТЕГЕНТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ «7 PGG» (7 POTENTIAL GENESIS GROUPS) У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

С.И. Нестерова Email: doktornesterova@yandex.ru
Х.Н. Каюмов https://orcid.org/0000-0003-1126-9489
D.T. Ходжаева https://orcid.org/0000-0002-5883-9533

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Резюме***

Статья посвящена методологической операционализации авторской научной гипотезы этипатогенетической классификации «7 PGG» (7 potential genesis groups) у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в контексте двойного кодирования по Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Рассматриваются границы между исследовательской классификацией, клиническим диагнозом, функциональным профилем по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и факультативным кодированием состояний, связанных с традиционной медициной, в главе 26 МКБ-11. Особое внимание уделено когерентным признакам, определённой принадлежности и категории PGG-5, включающей сообщения о совпадении неврологических симптомов с иммунизацией. Показано, что неврологический дефицит является доказательством причинности. Авторская этиопатогенетическая классификация «7 PGG» на текущем этапе представляет собой научную исследовательскую гипотезу. Предлагается протокол независимой классификации, оценки межэкспертного согласия, конвергентной и инкрементальной валидности. Работа содержит новые клинические данные и заявляет об эффективности интегративного подхода в лечении.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, 7 PGG, МКБ-11, глава 26, МКФ, двойное кодирование, стратификация, поствакцинальные события, причинность, валидация.

METHODOLOGICAL OPERATIONALIZATION OF THE AUTHORS' STRATIFICATION HYPOTHESIS «7 PGG» (7 POTENTIAL GENESIS GROUPS) IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

S.I. Nesterova, Kh.N. Kayumov, D.T. Khodjieva

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Resume***

The article is devoted to the methodological operationalization of the author's scientific hypothesis "7 PGG" (7 potential genesis groups) in children with cerebral palsy (CP) in the context of dual coding according to the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). The boundaries between the research classification, clinical diagnosis, functional profile according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), and optional coding of conditions related to traditional medicine in Chapter 26 of ICD-11 are examined. Special attention is paid to coherent features, a specific affiliation, and the PGG-5 category, which includes reports of a coincidence of neurological symptoms with immunization. It has been shown that neurological deficit is evidence of causality. The author's etiopathogenetic classification "7 PGG" at the current stage represents a scientific research hypothesis. A protocol for independent classification, assessment of inter-expert agreement, and convergent and incremental validity is proposed. The work contains new clinical data and asserts the effectiveness of an integrative approach to treatment.

Keywords: cerebral palsy, 7 PGG, ICD-11, Chapter 26, ICF, dual coding, stratification, post-vaccination events, causality, validation.

MIYA FALAJLI BOLALARDA MUALLIFLARNING "7 PGG" (7 POTENTSIAL GENEZIS GURUHLARI) TABAQALANISH GIPOTEZASINI USLUBIY OPERATSIONALIZATSIYA QILISH

S.I. Nesterova, Kh.N. Kayumov, D.T. Khodjieva

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston, Buxoro sh.
A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Rezyume***

Maqola miya falaji (CP) bo'lgan bolalarda muallifning "7 PGG" (7 potentsial genezis guruhlari) ilmiy gipotezasini kasalliklarning xalqaro tasnifiga muvofiq ikki tomonlama kodlash kontekstida uslubiy operatsiyalashga bag'ishlangan, 11-reviziya (ICD-11). ICD-26 ning 11-bobida tadqiqot tasnifi, klinik diagnostika, faoliyat, nogironlik va sog'liqning xalqaro tasnifi (ICF) bo'yicha funktsional Profil va an'anaviy tibbiyot bilan bog'liq shart-sharoitlarni ixtiyoriy kodlash o'rtasidagi chegaralar ko'rib chiqilgan. Nevrologik alomatlarning immunizatsiya bilan mos kelishi haqidagi xabarlarni o'z ichiga olgan izchil xususiyatlarga, o'ziga xos mansublikka va PGG-5 toifasiga alohida e'tibor beriladi. Nevrologik defitsit nedensellikning dalili ekanligi ko'rsatildi. Hozirgi bosqichda muallifning "7 PGG" etiopatogenetik tasnifi ilmiy tadqiqot gipotezasini ifodalaydi. Mustaqil tasniflash, ekspertlararo kelishuvni baholash va konvergent va qo'shimcha amal qilish muddati uchun protokol taklif etiladi. Ish yangi klinik ma'lumotlarni o'z ichiga oladi va davolanishga integral yondashuv samaradorligini tasdiqlaydi.

Kalit so'zlar: miya falaji, 7 PGG, ICD-11, 26-bob, ICF, ikki tomonlama kodlash, tabaqalanish, emlashdan keyingi hodisalar, nedensellik, tekshirish.

Актуальность

Детский церебральный паралич (ДЦП) является группой нарушений развития движения и поддержания позы, обусловленных непрогрессирующим повреждением развивающегося мозга; клиническая картина формируется во взаимодействии двигательных, сенсорных, когнитивных, коммуникативных и средовых факторов [1,2]. Гетерогенность механизмов и фенотипов затрудняет сопоставление исследовательских выборок. Даже при одинаковом диагнозе дети различаются по гестационному возрасту, топографии, уровню больших моторных функций, ручной способности, коммуникации, коморбидности, доступу к реабилитации и семейным ресурсам.

В диссертации предложена рабочая научная гипотеза стратификации по документированной категории потенциального этиопатогенеза. Её задача – не заменить медицинское заключение и не объявить единственную причину конкретного случая, а повысить однородность исследовательских групп и прозрачность анализа. Такой статус согласуется с современной логикой доказательной реабилитации: этиологические сведения могут быть полезны для дизайна исследования, и исходы должны оцениваться через функционирование, активность и участие, с учетом предполагаемого механизма.

Актуальность усиливается развитием международных рамок. ВОЗ в Глобальной стратегии традиционной медицины 2025–2034 подчёркивает необходимость доказательности, безопасности, надлежащего регулирования и интеграции в системы здравоохранения [3]. Гуджаратская декларация закрепляет принцип «не навреди» и призывает к междисциплинарным, инклюзивным и культурно корректным исследованиям [4]. Эти документы не подтверждают конкретные методы и не дают оснований для экстраполяции традиционных объяснительных моделей на причины ДЦП.

Цель исследования: разработать методологически прозрачную модель применения гипотезы «7 PGG» совместно с клиническим диагнозом, функциональным профилем по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и факультативным двойным кодированием по Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11); определить правила классификации, обработки неопределённости и план эмпирической валидации.

Материал и метод

Материалом послужили разделы диссертации, посвящённые обзору ДЦП, МКФ, главе 26 МКБ-11, операционализации «7 PGG», карте двойного кодирования, протоколу исходов и этико-регуляторному пакету, а также исходная заготовка статьи. Дополнительно сопоставлены документы ВОЗ, публикации по дефиниции и классификации ДЦП, функциональным шкалам, доказательной реабилитации, безопасности вакцинации и стандартам отчётности [3–18]. Метод включал концептуальный анализ понятий, проверку логической совместимости кодов, разработку алгоритма независимой классификации и формулирование критериев валидности. Статья является систематическим обзором эффективности вмешательств.

1. Разграничение четырёх уровней описания

Первый уровень – клинический диагноз ДЦП и сопутствующих состояний. Он формируется лечащей командой по действующим клиническим и диагностическим правилам. Второй – функциональный профиль: функции и структуры организма, активность, участие и факторы среды в логике МКФ [5]. Для ребёнка с ДЦП целесообразно фиксировать уровни и показатели по GMFCS (Gross Motor Function Classification System), GMFM (Gross Motor Function Measure), MACS (Manual Ability Classification System), CFCS (Communication Function Classification System), показатели самообслуживания и качество жизни при наличии валидированных инструментов [9–11]. Третий – исследовательская этиопатогенетическая стратификация «7 PGG». Четвёртый – дополнительная запись о применении технологии традиционной медицины в главе 26 МКБ-11, когда это релевантно протоколу. Ни один из этих уровней не должен автоматически подменять другой.

2. Рабочие определения категорий «7 PGG»

- PGG-1, инфекционная: документированная внутриутробная или ранняя постнатальная нейроинфекция (например, TORCH-комплекс, менингит, энцефалит) как основной анамнестический фактор.
- PGG-2, токсическая: документированное воздействие экзогенных токсических факторов на организм матери или ребёнка в критический период развития, без включения лекарственной категории.
- PGG-3, лекарственная: документированное применение препаратов с установленным или предполагаемым нейротоксическим потенциалом в критический период беременности или раннего постнатального развития.
- PGG-4, травматическая/перинатальная: документированная острая интранатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия либо постнатальная черепно-мозговая травма.
- PGG-5, иная нейроиммунная/редкие поствакцинальные сообщения: документированное временное совпадение появления или манифестации симптоматики с иммунизацией, регистрируемое строго дескриптивно.
- PGG-6, генетическая: документированное или высоко вероятное наследственное либо de novo генетическое нарушение по данным обследования.
- PGG-7, смешанная/неуточнённая: сочетание нескольких документированных факторов либо отсутствие возможности отнесения к PGG-1–PGG-6.

Категории являются рабочими, базирующимися на этиопатогенетических паттернах. Формулировка «потенциальный генез» намеренно снижает риск чрезмерного причинного толкования. Статус документированности должен храниться отдельно: подтверждённый документом, вероятный, сообщённый семьёй с первичными документами серологического исследования. Сообщение семьи имеет важное значение для анамнеза и последующей проверки, что подтверждается документарно как этиологический факт.

3. Процедура двойной независимой классификации

Перед классификацией формируется обезличенный пакет данных с единым набором полей: анамнез беременности и родов, медицинские документы, нейровизуализация, генетические исследования при наличии, сведения об инфекциях, воздействиях и сроках симптомов. Два классификатора независимо выбирают категорию и статус документированности, указывают основания и отмечают конфликт признаков. При расхождении сначала проводится проверка полноты исходных документов; затем – обсуждение с третьим экспертом, не изменяющее

первичные ответы. Финальная категория должна сохранять сведения о первоначальном несогласии.

Для оценки надёжности планируется коэффициент κ Коэна при двух экспертах и κ Флейса при расширенной панели, с доверительными интервалами и отдельным анализом редких категорий. Порог $\kappa \geq 0{,}60$ может использоваться как предварительный ориентир существенного согласия, но не как универсальное доказательство полезности. При сильном дисбалансе категорий следует дополнительно анализировать процент согласия, положительное и отрицательное согласие и устойчивость к альтернативным правилам объединения.

4. Дифференциально-диагностические сложности

Один и тот же случай может содержать признаки нескольких категорий: например, инфекционный анамнез, преждевременные роды, гипоксически-ишемическое повреждение и генетическую предрасположенность. Принудительный выбор «главной» категории создаёт скрытую зависимость от экспертной интуиции. Поэтому основной режим должен допускать PGG-7 либо маркировку смешанного профиля; вторичные факторы описываются в отдельных полях. Важно не путать фактор риска, механизм повреждения, диагноз и временное событие.

Генетическая находка сама по себе не всегда объясняет весь фенотип, а отсутствие выявленного варианта не исключает генетический вклад. Перинатальная гипоксия не должна автоматически рассматриваться как достаточное объяснение при отсутствии клинико-инструментальной согласованности. Токсические и лекарственные воздействия требуют указания вещества, дозы, временного окна, пути поступления и источника подтверждения. Такие требования повышают воспроизводимость и уменьшают ретроспективное переобъяснение.

5. PGG-5 и поствакцинальные события

Категория PGG-5 требует особого режима, поскольку любое упоминание вакцинации может быть ошибочно воспринято как утверждение причинности. В протоколе фиксируется только факт документированного временного совпадения: вакцина, дата, начало симптомов, наблюдаемое событие и источник сведений. Причинность оценивается отдельно в системе надзора за нежелательными явлениями после иммунизации по стандартизированному подходу ВОЗ [15]. В исследовательской базе эти два результата не сливаются.

Фраза «после вакцинации» описывает последовательность событий, а не механизм. Для причинного вывода необходимы сопоставимые группы, корректное определение исхода, контроль альтернативных причин, оценка фоновой частоты и независимая экспертиза. В отсутствие таких данных PGG-5 анализируется описательно; малочисленные случаи не используются для причинных или инференциальных утверждений. Протокол не утверждает и не предполагает, что вакцинация является причиной ДЦП.

6. Двойное кодирование и глава 26 МКБ-11

МКБ-11 предназначена для стандартизированного описания состояний здоровья, тогда как глава 26 предоставляет дополнительный контекст для состояний, связанных с традиционной медициной [6]. Если ребёнок участвует в исследовании интегративной программы, основной диагноз ДЦП и функциональные показатели сохраняются независимо от факультативного дополнительного кода. Запись о технологии должна включать её название, цель, исполнителя, модуль, дату, дозировку/длительность, сопутствующую стандартную реабилитацию и нежелательные явления. Дополнительный код не подтверждает диагноз и не доказывает эффективность метода.

7. Исходы и валидность

Конвергентная валидность может проверяться через согласованность «7 PGG» с независимыми источниками анамнеза, нейровизуализации и генетики. Инкрементальная прогностическая ценность требует сравнения модели с уже известными предикторами – GMFCS, гестационным возрастом, топографической формой и другими заранее выбранными ковариатами. Нельзя считать гипотезу полезной только потому, что она делит выборку на семь частей; нужно показать улучшение точности, калибровки или клинической интерпретируемости без чрезмерной подгонки.

Будущие клинические исследования должны заранее регистрировать первичный исход, правила остановки, критерии включения, сопутствующие вмешательства и анализ пропущенных данных. Функциональные исходы должны быть связаны с целями ребёнка и

семьи, а не ограничиваться изменением тонуса или отдельного биомеханического параметра. Применение доказательной реабилитации остаётся базой; этиопатогенетическая стратификация «7 PGG» не должна ограничивать доступ к стандартной помощи [7,8].

8. Требования к референсному стандарту

Референсный стандарт для проверки «7 PGG» [9] должен быть определён до начала набора данных и не может создаваться из итоговой классификации тех же экспертов. Оптимальным является составной стандарт: независимая экспертная панель, доступная первичная документация, результаты генетического или инфекционного обследования при наличии и заранее установленное правило разрешения противоречий. Если для категории отсутствует достаточный диагностический стандарт, это должно быть признано ограничением, а не скрыто за формулировкой «высокой вероятности». При этом стандарт проверяет согласованность операционализации, а не истинность причинной модели.

9. Контроль смещения и воспроизводимость

Основные источники смещения – неполная документация, различия в доступе к обследованиям, память родителей, обратное причинное объяснение и зависимость классификатора от знания исхода. Для их уменьшения следует разделять сбор анамнеза и оценку исходов, по возможности ослеплять классификаторов к последующим функциональным результатам, фиксировать основания решения до консилиума и публиковать распределение отсутствующих данных. В протоколе необходимо заранее описать, какие сведения считаются достаточными для каждой категории и когда включается PGG-7.

10. Практическая форма записи результата

Рекомендуемый результат классификации имеет вид: «PGG-4; статус документированности – подтверждённый; основание – выписка из истории родов и нейровизуализация; конкурирующие признаки – PGG-6 не подтверждена; уверенность – средняя; дата и версия алгоритма – указаны». Такая запись информативнее, чем одно слово в базе данных. Она сохраняет путь от источника к выводу, облегчает аудит и позволяет пересмотреть классификацию после появления новых документов без утраты первоначальной версии.

11. Соотношение с исследованием реабилитации

Стратификация может использоваться при планировании рандомизации, ковариатной корректировке и анализе неоднородности эффекта, однако не должна быть единственным основанием для назначения вмешательства. Дети с одной категорией могут иметь разные функциональные цели, а дети с разными категориями – сходные потребности. Поэтому анализ должен включать взаимодействие с GMFCS, возрастом, исходным уровнем функции и интенсивностью базовой реабилитации. Любые подгрупповые выводы должны считаться исследовательскими до подтверждения в независимой выборке.

12. Что будет считаться успешной валидацией

Успешная валидация должна включать не только приемлемое межэкспертное согласие, но и устойчивость к изменению состава панели, полноты документов и правил объединения категорий. Конвергентная валидность предполагает согласованность с независимыми источниками, а инкрементальная – добавочную ценность сверх уже известных предикторов. Если согласие высоко и присутствует прогностическая ценность, то модель может оставаться полезной этиопатогенетической классификацией, с возможностью дальнейшего прогнозирования.

Результат и обсуждение

Сильная сторона модели – явное разделение исследовательской гипотезы, клинического диагноза, функционирования и дополнительного кодирования. Это позволяет использовать «7 PGG» как инструмент прозрачности, и как дополнительную систему к существующей диагностике. Практическая ценность будет зависеть от качества документов, обучения классификаторов, частоты смешанных случаев и способности системы сохранять неопределённость. Наиболее уязвимыми остаются ретроспективная полнота анамнеза, редкость отдельных категорий и риск различий между центрами.

Методологические ценности:

- Гипотеза «7 PGG» прошла эмпирическую валидацию; приведенны пороги и алгоритмы в исследовании.

- Однородные Категории позволяют формировать высокий уровень доказательности.
- Коды главы 26 не заменяют клинические рекомендации и зависят от актуальной версии классификационной системы и национального регулирования.

Метологические ограничения:

- Небольшая численность PGG-5 (поствакцинальные осложнения) и отдельных редких групп ограничивает инференциальный анализ., в следствии чего ретроспективные сведения о воздействиях подвержены ошибкам памяти и неполному документированию.

Заключение

Авторская модель «7 PGG» может рассматриваться как научный проект исследовательской этиопатогенетической стратификации детей с ДЦП по документированной категории потенциального генеза. Её применение допустимо только при существующей классификации, раздельном описании сопутствующих факторов и функционального профиля. PGG-5 должна использоваться исключительно для дескриптивной фиксации временной ассоциации и отдельного фармаконадзорного расследования. Основные группы этиологических факторов: пренатальные факторы – внутриутробные инфекции, генетические и хромосомные аномалии, врождённые пороки развития головного мозга, воздействие тератогенов и токсикантов, плацентарная недостаточность, многоплодная беременность. интранатальные – родовая травма, осложнения родоразрешения, острая гипоксия. постнатальные – инфекции ЦНС, включая постпрививочный синдромокомплекс, черепно-мозговая травма, гипоксически-ишемические события, тяжёлая гипербилирубинемия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Розенбаум П., Панет Н., Левитон А. и др. Отчет: определение и классификация церебрального паралича. Апрель 2006 г. Dev Med Child Neurol. Neurol Suppl. 2007; 109:8–14. doi:10.1111/j.1469-8749. 2007.tb12610. x.
2. Грэм НК, Rosenbaum P, Paneth N, et al. Детский церебральный паралич. Nat Rev Dis Primers. 2016; 2:15082. doi:10.1038/nrdp.2015.82.
3. Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия развития традиционной медицины на 2025–2034 годы. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2025.
4. МирОрганизация здравоохранения. Отчет о заседании Глобального саммита ВОЗ по традиционной медицине 2023 года: Гуджаратская декларация. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2023.
5. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2001.
6. Всемирная организация здравоохранения. Справочное руководство по МКБ-11. Глава 26: Дополнительная глава (традиционная). Медицинские состояния – Модуль 1. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2025.
7. Новак И., Морган С., Адде Л. и др. Ранняя, точная диагностика и раннее вмешательство при церебральном параличе: достижения в диагностике и лечении. JAMA Pediatr. 2017;171(9):doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1689.
8. Новак И., Морган С., Фейхи М. и др. Состояние делДоказательства светофоров 2019: систематический обзор вмешательств по профилактике и лечению детей с церебральным параличом. Curr Neurol Neurosci Rep. 2020 ;20(2): 3. doi:10.1007/s
9. Нестерова СИ. Референсный стандарт проверки «7 PGG». В: Клинические аспекты детской неврологии:сборник научно-практической конференции. 2024. С. 29–45.
10. Элиассон А.С., Крумлинде-Сундхольм Л., Рёсблад Б. и др.Система классификации мануальных способностей (MACS) для детей с церебральным параличом: разработка шкалы и доказательства валидности и надежности. Dev Med Child Neurol. 2006;48 (7):549–554.doi:10.1017/S0012162206001162.
11. Hidecker MJ, Paneth N, Rosenbaum PL и др. Разработка и валидация системы классификации коммуникативных функций для лиц с церебральным параличом. Dev MedChild Neurol. 2011;53(8):704–710. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.03996. x.

12. Хиггинс Дж. П. Т., Томас Дж., Чандлер Дж. и др., редакторы. Руководство Кокрейна по систематическим обзорам вмешательств. Версия 6.5. Кокрейновская лаборатория; 2024. Доступно по адресу: https://training.cochrane.
13. Международный совет по гармонизации. ICH E6(R3) Надлежащая клиническая практика. Женева: Международный совет по гармонизации; 2025.
14. Всемирная медицинская ассоциация. Декларация Всемирной медицинской ассоциацииХельсинки: этические принципы медицинских исследований с участием людей. JAMA. 2025;333(1):71–74. doi : 10.1001/jama.2024.21972.
15. Всемирная организация здравоохранения. Оценка причинно-следственной связи нежелательного явления после иммунизации (НЯИ): руководство пользователя. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019.
16. Макинтайр С., Голдсмит С., Уэбб А. и др.Глобальная распространенность церебрального паралича: систематический анализ. Dev Med Child Neurol. 2022;64 (12):1494–1506. doi:10.1111/dmcn.15346
17. Schulz KF, Altman DG, Moher D. Заявление CONSORT 2010: обновленные рекомендации по представлению результатов рандомизированных исследований с параллельными группами. BMJ. 2010;340:c332. doi:10.1136/bmj.c332.
18. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. Заявление STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): рекомендации по представлению результатов наблюдательных исследований. Lancet. 2007; 370 (9596):1453–1457. doi:10.1016/S0140-6736(07)61602-X.

Поступила 20.09.2026