



КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
КЕМГМУ
СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ КЕМГМУ
СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КЕМГМУ



**Материалы I Межрегиональной научно-практической конференции
молодых ученых и студентов с международным участием,
приуроченной к 70-летнему Юбилею Кемеровского
государственного медицинского университета**

**«ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ
ПОМОЩЬ:
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ»**

21 марта 2025 г.

Кемерово, 2025

УДК 614.812(082)

ББК 51.1(2) я43

П 262

Первичная медико-санитарная помощь: современные аспекты : материалы I Межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, приуроченной к 70-летнему Юбилею Кемеровского государственного медицинского университета (Кемерово, 21 марта 2025 года) / отв. Редактор Т.Е. Помыткина . - Кемерово : КемГМУ, 2025. – 91 с.

В сборнике представлены материалы межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых, состоявшейся 21 марта 2025 года в Кемеровском государственном медицинском университете. Участники конференции – ученые, преподаватели, клинические ординаторы, аспиранты и студенты вузов России, работы которых посвящены актуализации и систематизации знаний для успешного ведения пациентов с терапевтической патологией в амбулаторных условиях.

Редакционная коллегия выпуска:

д-р мед. наук Т. В. Пьянзова, д-р мед. наук Т. Е. Помыткина, канд. мед. наук Л. А. Ласточкина, канд. мед. наук Н. В. Шатрова, канд. мед. наук О. В. Полтавцева, старший преподаватель К. Б. Мозес, А. С. Яковлев.

ISBN 978-5-8151-0343-1

© Кемеровский государственный
медицинский университет, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

АЕВ Е.С., БАЛАКАЙ Н.Е. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСЛИПИДЕМИИ	7
АЕВ С.С. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕПАРАТА САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН (ЮПЕРИО)	8
АРЫКОВА Ю.Г., ЮДАЕВА А.В. РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	10
БАЕВ Т.А., ТУРАЕВ И.В. ЗНАЧЕНИЕ АКТИВНОГО И ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	13
БАҚЫТБЕК М., ЖОМАРТҚАНОВА Л.М., ЕРБОЛАТОВА А.Е., БАЙБУРОВА А.Б. ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	15
БЕЛОВА Д.Д., ОНИЩЕНКО С.С. ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	17
БУЗМАКОВА М.В., ДОЛМАТОВА В.Ю. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ОПЫТ И РЕКОМЕНДАЦИИ	19
ВЕСНИН Д.А. ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ОТОШЕНИЯХ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ	21
ГАЗДИЕВА Д.К., ГАЗДИЕВ М.А. ЗАКАЛИВАНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	22
ГЕРАСИМОВ А.М., ТЕТЕРИН Г.А. МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	25

ГОНЯЙКИНА Е.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ	27
ГУЛЯ К.В., ШИПАЧЕВ А.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕЙ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА	29
ДВАДЦАТОВА П.Н., ЧЕРЕПКОВСКАЯ М.В. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	31
ДОВБЫШ Е.Р., ФИРSOVA Е.В. ВОПРОСЫ ЭТИЧНОСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АУДИОФИКСАЦИИ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	33
ЗАВЬЯЛОВА Е.Е., МУЛЕРОВА Е.З. ДИНАМИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В ТЕРАПИЮ ДАПАГЛИФЛОЗИНА	34
ЗУБАЧ Е.А., ЛАРИОНОВА Т.В. АНАЛИЗ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ЗАТРАТ НА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИИ	36
ИВАШКЕВИЧ А.В. СОЦИАЛЬНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ	38
КАЗАКОВА А.Е. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	41
КАМЕНСКАЯ О.В., ПУГОЕВА А.А. ПРОФИЛАКТИКА ПИЕЛОНЕФРИТА, ФОРМИРОВАНИЕ ЗОЖ НАСЕЛЕНИЯ	43

КЛИМЕНКОВА А.В., ТАРАСОВА Д.В. ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ПРИЕМОМ БАД	45
МЕДВЕДЕВА А.Д., ИГНАТЬЕВА Д.Д. АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА	47
МИШИН В.О., ПОПОВА Е.С. СРАВНЕНИЕ РУЧНОГО ВВОДА ДАННЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ	49
МИШЕНИНА А.Д., ВЛАДИМИРОВА В.О. ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	51
МИХАЛЬЦОВА О.Ю. АНАЛИЗ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ	54
НАУРСБАЕВА М.О. ОТРАБОТКА ГИБКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВО ВНЕАУДИТОРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ПРОЕКТЕ «ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ НСО»	56
НЕКРАСОВА М.Н., ИВАНКО Д.А. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	59
ПЛАТОНОВА А.Е., ПЕШКИЧЕВА А.Д. ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ПОДАГРА: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	60
РЫЖОВА М.К., ПОЛЕЖАЕВА В.С. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	63
САРДАРЯН А.С., КУЩ О.В. IT-ТЕХНОЛОГИИ В ПРОЦЕССНОМ ПОДХОДЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ НИИ КПССЗ	66
СЕРГЕЕВА А.Е., ПИЛЬЩИКОВА А.В. МЕДИЦИНСКИЕ МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ В РОССИИ: ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ	69

СЛЕСАРЕВА А.М.	71
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КАБИНЕТА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
СОЛНЦЕВА Е.О., АЗАРОВА Е.А	73
СИСТЕМА ПОДДРЕЖКИ ПРИНЯТИЙ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	
СТРЕЛЬЧЕНКО Н.С.	76
ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК	
СТРЕЛЬЧЕНКО Н.С.	79
ПРОБЛЕМА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИИ	
ТАНЖОВ Д.М., САФИУЛИН И.Ф., ШАЧНЕВ Е.В.	82
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ДИАГНОСТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ ОГРАНИЧЕНИЯ	
ТЕТЕРИН Г.А., ГЕРАСИМОВ А.М.	84
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПЕРЕСАЖЕННОГО СЕРДЦА	
ТОКМАКОВА Л.А., ТИШАНИНОВА Е.О.	86
КОМПЛАЕНТНОСТЬ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА	
ТОРОПОВА М. А., КОРЧАГИНА П. А.	88
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ	
ШАПОЛОВА Ю.А., ХОЧИБОЕВА Д.В	89
РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК КОМПОНЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСЛИПИДЕМИИ

АЕВ Е.С. БАЛАКАЙ Н.Е

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Л.А. Ласточкина

COMPARATIVE ANALYSIS OF ROSUVASTATIN AND ATORVASTATIN IN THE PREVENTION OF DYSLIPIDEMIA

AEV E.S. BALAKAI N.E.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: Ph.D., Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Действие представителей группы статинов (ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы) профилактирует развитие дислипидемии и гиперхолестеринемии.

Ключевые слова: Аторвастатин, розувастатин, дислипидемия, статины, ХС-ЛПНП.

Abstract: The action of representatives of the group of statins (HMG-CoA reductase inhibitors) prevents the development of dyslipidemia and hypercholesterolemia.

Keywords: Atorvastatin, rosuvastatin, dyslipidemia, statins, LDL-C.

Дислипидемия на сегодняшний день является распространенным состоянием организма, по состоянию на 2024 год имеется у 40-60% населения, что имеет прямую связь с такими заболеваниями как инфаркт миокарда, ОНМК и другими, для которых характерна инвалидизация, высокая смертность. В связи с этим имеется необходимость рассмотреть препараты, профилактирующие развитие данных состояний. Такими препаратами являются статины (ингибиторы ГМК-КоА-редуктазы). Самыми распространенными являются Аторвастатин и Розувастатин.

Цель: провести сравнительный анализ розувастатина и аторвастатина в профилактике дислипидемии.

Материалы и методы: В ходе написания научной статьи была проведена работа с научными статьями об эффективности применения различных представителей группы статинов на профилактику дислипидемии. Информация взята из открытых электронных библиотек: PubMed, e-library, NLM, elpub, КиберЛенинка.

Результаты и их обсуждение:

Аторвастатин является статином второго поколения. Несмотря на довольно старую технологию создания, это один из самых распространенных представителей группы. Одним из преимуществ является способность снижать уровень холестерина на 35-45% при минимальной дозировке в 10 мг. Также при его регулярном приеме отмечена тенденция в снижении уровня триглицеридов,

аполипопротеина В, СРБ и других маркеров воспаления.

Розувастатин – статин третьего поколения. Является самым эффективным представителем группы, т.к. способен снижать уровень холестерина на 45-55% при минимальной дозировке в 5 мг. В меньшей степени по сравнению с аторвастатином, способен снижать уровень триглицеридов, маркеров воспаления, но в большей способен увеличивать уровень ХС-ЛПВП.

С целью сравнения за основу было взято такое исследование, как PULSAR (сравнительное исследование для оценки эффективности малых доз статинов: Аторвастатин и Розувастатин), в ходе которого было проведено 6-недельное крупномасштабное исследование в 121 стране с ноября 2003 года по август 2004 года. Для исследования были отобраны мужчины и женщины с гиперхолестеринемией, ИБС в анамнезе, клинически выявленным атеросклерозом, заболеваниями магистральных сосудов, уровень ХС-ЛПВП у которых варьировался в пределах 130-220мг/дл.

По результатам данного исследования, было выявлено, что прием Розувастатина в минимальных дозировках (10 мг) значительно быстрее и стабильнее привел состояние липидного профиля 483 человек в норму, чем аналогичный прием минимальных доз Аторвастатина (20 мг) у 471 пациента.

Выводы

Проведенный сравнительный анализ позволяет заключить, что применение Розувастатина в минимальных дозировках более эффективно в плане снижения уровня холестерина ЛПНП, достижения целевого уровня холестерина ЛПНП и улучшения атерогенного липидного профиля, чем применение Аторвастатина в аналогичных дозировках.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕПАРАТА САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН (ЮПЕРИО) АЕВ С.С.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Л.А. Ласточкина

THERAPEUTIC POSSIBILITIES OF SACUBITRIL/VALSARTAN (UPERIO) AEV S.S.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: Ph.D., Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Вопрос хронической сердечной недостаточности (ХСН) по-прежнему остаётся актуальным. Несмотря на значительные достижения в лечении пациентов с ХСН, прогноз для них остаётся неблагоприятным. Применение препарата «Юперлио» (сакубитрил/валсартан) позволило изменить подход к

лечению пациентов с ХСН.

Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность, сакубитрил/валсартан, ангиотензиновые рецепторы и неприлизина ингибиторы.

Resume. The issue of chronic heart failure (CHF) is still relevant. Despite significant advances in the treatment of patients with CHF, the prognosis for them remains unfavorable. The use of the drug "Uperio" (sacubitril /valsartan) allowed to change the approach to the treatment of patients with CHF.

Keywords: Chronic heart failure, sacubitril/valsartan, angiotensin receptors and non-lysine inhibitors

Сердечная недостаточность (СН) на сегодняшний день является довольно распространенным состоянием и составляет 7% в общей популяции. Это хроническое прогрессирующее состояние является частой причиной госпитализации, особенно пожилых людей. Заболеваемость данной патологией неуклонно растет, лечение пациентов на амбулаторном и стационарном этапе сопряжено с огромными экономическими затратами.

Материалы и методы

В ходе написания работы были проведены анализ и синтез научных данных о улучшении прогноза больных с сердечной недостаточностью, получающих терапию сакубитрил/валсартаном. Использованы системный и научный подходы, методы синтеза, обобщения и сравнения. Как источники информации выступили такие базы данных, как PubMed, КиберЛенинка, Cochrane.

Результаты и их обсуждение

В 2015 году был одобрен комбинированный препарат, содержащий сакубитрил и валсартан, для лечения взрослых с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сниженной фракцией выброса. Его цель — снизить количество госпитализаций и риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Эти рекомендации были основаны на результатах масштабного рандомизированного исследования PARADIGM-HF. В ходе исследования сравнивали эффективность комбинации антагониста рецепторов ангиотензина II (АТ1) сакубитрила и валсартана с эффективностью ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) эналаприла. Все участники исследования ранее получали лечение препаратами из групп иАПФ, АРА, бета-блокаторов и антагонистов альдостерона. В дополнение к стандартной терапии пациенты получали либо эналаприл в дозе 10 мг два раза в день, либо сакубитрил и валсартан в дозе 97/103 мг два раза в день. По сравнению с эналаприлом, сакубитрил и валсартан показали значительное снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и частоты госпитализаций по поводу ХСН на 20%.

После внедрения сакубитрила и валсартана в клиническую практику были отмечены следующие положительные эффекты препарата: улучшение функционального класса ХСН, снижение потребности в диуретической терапии и улучшение переносимости физической нагрузки.

Сакубитрил и валсартан рекомендуется использовать вместо иАПФ/АРА у пациентов с симптоматической ХСН и сниженной фракцией выброса левого

желудочка, у которых сохраняются симптомы ХСН, для снижения риска госпитализаций и смерти от сердечной недостаточности.

Положительные результаты применения комбинации сакубитрила и валсартана были продемонстрированы у пациентов с сопутствующими заболеваниями, такими как хроническая болезнь почек, анемия и сахарный диабет. У пациентов с ХБП и ХСН наблюдалось повышение уровня гемоглобина, а у пациентов с сердечной недостаточностью и сахарным диабетом снижение уровня гликированного гемоглобина было более выраженным, чем при лечении эналаприлом.

Наиболее частыми побочными эффектами являются: гиперкалиемия, головокружение, головная боль, выраженное снижение АД (возможен ортостатический коллапс), нарушение функции почек. Это обуславливает противопоказания к его применению, такие как нарушение функции почек (СКФ <60 мл/мин/1,73м²), нарушение функции печени тяжелой степени (класс С по классификации Чайлд-Пью), билиарный цирроз и холестаза.

Выводы

Проведенный обзор позволяет заключить, что комбинированный препарат сакубитрил/валсартан может быть использован пациентам, страдающим ХСН со сниженной фракцией выброса. Применение препарата сакубитрил/валсартан приводит к улучшению ФК ХСН, снижению требований к диуретической терапии и улучшению толерантности к физической нагрузке, улучшению качества жизни пациентов, а также к снижению в первичной конечной точке смертности от сердечно-сосудистой патологии и первичной госпитализации по поводу ХСН.

РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

АРЫКОВА Ю.Г., ЮДАЕВА А.В.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Т.Е. Помыткина

THE ROLE OF MEDICAL EXAMINATION IN THE PRIMARY PREVENTION OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

ARYKOVA Yu.G., YUDAEVA A.V.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – MD, Associate Professor T.E. Pomytkina

Резюме: Выявление модифицируемых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и своевременное взятие под диспансерное наблюдение пациентов с социально значимыми заболеваниями на ранних стадиях будет препятствовать преждевременной инвалидности и смертности.

Ключевые слова: диспансеризация, хронические неинфекционные

заболевания, факторы риска

Abstract: Medical examination is an integral part of the healthcare system, contributing to the prevention of diseases and the preservation of public health. Medical examinations play a key role in the prevention of chronic noncommunicable diseases, which are the leading cause of death and disability in the world.

Keywords: medical examination, chronic non-communicable diseases, risk factors

Введение. Диспансеризация – это неотъемлемая часть системы здравоохранения, способствующая профилактике заболеваний и сохранению здоровья населения. Диспансеризация играет ключевую роль в профилактике хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), которые являются основной причиной смерти и инвалидности в мире.

Общепризнано, что широкое распространение ХНИЗ в основном обусловлено особенностями образа жизни и связанными с ним факторами риска. Чем раньше выявить наличие факторов риска болезни или первые ее проявления, тем успешнее будут профилактические и лечебные мероприятия. На сегодняшний день одним из ведущих механизмов, позволяющим обеспечить профилактическое направление, является диспансеризация взрослого населения.

Цель – проанализировать результаты диспансеризации прикрепленного населения на терапевтическом участке одной из муниципальных поликлиник города Кемерово, выявить основные факторы риска развития ХНИЗ и впервые выявленных заболеваний.

Материалы и методы: были проанализированы результаты диспансеризации взрослого населения различных возрастных группы на одном терапевтическом участке. Всего на терапевтическом участке прикреплено 1402 человека, из них подлежало диспансеризации 831 человек (59,3%).

Результаты и обсуждения

Количество прикрепленных на терапевтическом участке граждан, прошедших первый этап диспансеризации (скрининг), с января по июнь 2024 году составило 413 человек (49,7% от плана). Это 144 мужчины и 269 женщин. Второй этап диспансеризации прошли 144 человека (34,9%). Это 56 мужчин и 88 женщин.

Наиболее часто встречаемым фактором риска ХНИЗ среди обследованного населения оказалось нерациональное питание, которое было выявлено у 252 обследованных граждан (61,0%). Также у пациентов прошедших диспансеризацию, были выявлены такие факторы риска, как низкая физическая активность (202 человека (49%)), ожирение или избыточная масса тела (173 человека (42%)), гипергликемия (162 человека (39,3%)), повышенный уровень артериального давления (112 человек (27%)), курение табака (83 человека (20%)), пагубное употребление алкоголя (14 человек (3,5%)) и употребление наркотических и психотропных веществ без назначения врача (2 человека (0,5%)). Высокий суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE имели 66 человек (16,1%), очень высокий – 72 человека (17,4%). В семейном анамнезе

отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы была выявлена у 8 граждан (2%), по сахарному диабету – у 5 человек (1,2%), злокачественным заболеваниям – у 4 человек (0,9%), хроническим болезням дыхательных путей – у 4 человека (0,9%).

На втором этапе диспансеризации неврологом было осмотрено 15 человек (10,4%), из них на дуплексное сканирование БЦА было направлено 8 человек (5,5%). В консультацию врача-хирурга или врача-уролога нуждались 19 человек (13,1%), врача-хирурга или врача-колопроктолога – 13 человек (9,0%), осмотр врачом акушером-гинекологом был необходим 36 человек (25%), осмотр врачом-оториноларингологом – 13 человек (9,0%), осмотр врачом-офтальмологом – 41 человек (28,5%), осмотр врачом-дерматовенерологом – 9 человек (6,3%). Колоноскопия была проведена 12 гражданам (8,3%), спирометрия – 23 человека (15,9%), ЭФГДС – 28 человек (19,4%), определение уровня гликированного гемоглобина - 47 человек (32,6%).

При диспансеризации за период с января по июнь 2024 г. было отмечено, что у взрослого населения лидирующее место занимают болезни системы кровообращения (62 человека (42,9%)), эндокринологические заболевания (15 человек (10,4%)), болезни мочеполовой системы (9 человек (6,2%)), болезни пищеварительной системы (8 человек (5,9%)), заболевания органов дыхания (5 человек (3,5%)), злокачественные новообразования (2 человека (1,7%)).

В рамках диспансеризации в отчетном году установлено 11 случаев впервые выявленных заболеваний. Среди них злокачественные новообразования были обнаружены у 2 человек (1 пациент – рак предстательной железы, 1 пациент – рак желудка). Также выявлены 3 случая впервые выявленной артериальной гипертензии, 2 случая сахарного диабета 2 типа, по 1 случаю заболеваний дыхательной и нервной системы и 2 случая прочих болезней.

Выявление модифицируемых факторов риска ХНИЗ позволило выявить пациентов, наиболее подверженных этим болезням. С данной группой пациентов на первом этапе диспансеризации было проведено краткое профилактическое консультирование. Участковые врачи дали гражданам рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от вредных привычек. Своевременная диагностика злокачественных новообразований на ранних стадиях развития, повышенного уровня артериального давления, наличия сахарного диабета и ряда других заболеваний, проведение углубленного профилактического консультирования, обследования и лечения в течение диспансерного наблюдения будут препятствовать преждевременной инвалидности и смертности населения.

Выводы. Диспансеризация относится к приоритетным медицинским мероприятиям профилактики заболеваний, проведение которых направлено на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, таких как: болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хронические болезни лёгких. Главная цель диспансеризации: скорректировать факторы риска его развития, как можно раньше обнаружить заболевание и предотвратить появление осложнений.

ЗНАЧЕНИЕ АКТИВНОГО И ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

БАЕВ Т.А., ТУРАЕВ И.В.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель-к.м.н., доцент Н.В. Шатрова

BAEV T.A., TURAEV I.V.

THE ROLE OF ACTIVE AND PASSIVE SMOKING IN CARDIOVASCULAR DISEASE

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: PhD N.V. Shatrova

Резюме: Воздействие табачных продуктов является важным звеном развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Поддержка общественных инициатив, направленных на снижение курения, наряду с просвещением населения о вреде табачного дыма, способствует значительному снижению заболеваемости и смертности от ССЗ.

Ключевые слова: курение, сердечно-сосудистые заболевания, атеросклероз.

Abstract: Usage of tobacco products is an important part of cardiovascular diseases. Support for public initiatives aimed at reducing smoking, along with educating the population about the dangers of tobacco smoke, contributes to a significant reduction in morbidity and mortality from cardiovascular diseases.

Keywords: smoking, cardiovascular diseases, atherosclerosis.

Введение

Курение оказывает разрушительное воздействие на сердечно-сосудистую систему. Курение, подразумевающее как активное потребление табака, так и пассивное вдыхание табачного дыма, представляет собой одну из наиболее значимых и широко распространенных причин развития ССЗ. Эта проблема затрагивает миллионы людей во всем мире, приводя к колоссальным экономическим потерям и страданиям. Отказ от курения – это не просто рекомендация, а критически важная стратегия профилактики, способная значительно снизить риск развития и смертности от ССЗ. Настоящий обзор углубленно рассматривает механизмы вредного воздействия табака на сердечно-сосудистую систему (ССС), анализируя данные многочисленных научных исследований.

Цель исследования

Изучение ключевых патогенетических звеньев потребления табачной продукции в развитии ССЗ.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели использовался анализ научной литературы с применением электронных баз данных eLIBRARY.RU,

«КиберЛенинка», PubMed, применялись общенаучные методы исследования для выявления причинно-следственных связей.

Результаты и их обсуждение

Активное и пассивное курение оказывают комплексное и деструктивное воздействие на сердечно-сосудистую систему. Их влияние выходит далеко за рамки простого повышения риска ишемической болезни сердца (ИБС) и атеросклероза.

Курение провоцирует мощный окислительный стресс, вызывая повреждение эндотелия – внутреннего слоя кровеносных сосудов. Поврежденный эндотелий теряет свою способность регулировать тонус сосудов, что приводит к вазоконстрикции и повышению артериального давления. Более того, курение стимулирует агрегацию тромбоцитов, увеличивая риск образования тромбов, которые могут закупоривать артерии и вызывать инфаркт миокарда или инсульт. Недавние исследования также показали, что курение способствует развитию воспалительных процессов в сосудистой стенке, ускоряя формирование атеросклеротических бляшек. Эти бляшки состоят из холестерина, жиров, кальция и других веществ, которые сужают просвет артерий, ограничивая кровоток и приводя к кислородному голоданию сердечной мышцы или головного мозга. Кроме того, никотин, содержащийся в табаке, стимулирует выброс адреналина, что приводит к учащению сердцебиения, повышению артериального давления и увеличению нагрузки на сердце. Длительное воздействие этих факторов значительно повышает риск развития сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий и других опасных для жизни состояний.

Пассивное же курение, или воздействие вторичного табачного дыма, не менее опасно, чем активное. Вторичный дым содержит более чем 70 канцерогенов и токсичных веществ, которые оказывают повреждающее воздействие на организм. Пассивное курение увеличивает риск смерти от ИБС на 30%, во многих странах ежегодно от 35 до 40 тысяч смертей от ИБС связаны с пассивным курением. Важно отметить, что риск для некурящих, проживающих с курящими, значительно выше, чем для тех, кто не подвергается воздействию табачного дыма. Вторичный дым вызывает повреждение сосудов, нарушение тромбоцитарной функции, способствует развитию атеросклероза и повышает сердечно-сосудистую смертность. Дети, подвергающиеся пассивному курению, имеют повышенный риск развития респираторных заболеваний, бронхиальной астмы и других проблем со здоровьем.

Курение имеет глубокие социально-экономические корни. Менее образованные слои населения, часто имеющие ограниченный доступ к качественной медицинской помощи и информации о вреде курения, сталкиваются с более высоким риском. Женщины, особенно беременные, подвержены повышенному риску осложнений, связанных с курением, как для себя, так и для своего ребенка. Экономические затраты, связанные с лечением ССЗ, вызванных курением, колоссальны. Они включают затраты на медицинское обслуживание, утрату трудоспособности, снижение производительности труда и социальные выплаты.

Выводы

Борьба с курением требует комплексного подхода, включающего пропаганду здорового образа жизни, повышение осведомленности населения о вреде курения, регулицию продажи табачных изделий и разработку эффективных программ по отказу от курения. Только комплексные меры смогут эффективно снизить бремя ССЗ, связанных с курением, и улучшить качество жизни людей. Кроме того, необходимо учитывать психологические аспекты зависимости от никотина и разрабатывать программы поддержки для тех, кто стремится бросить курить. Важно помнить, что отказ от курения – это инвестиция в собственное здоровье и будущее, это вклад в экономическое благополучие общества и улучшение качества жизни будущих поколений.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БАКЫТБЕК М., ЖОМАРТКАНОВА Л.М., ЕРБОЛАТОВА А.Е., БАЙБУРОВА А.Б.

*Кафедра Фармакологии им д.м.н., проф. М.Н.Мусина,
НАО Медицинский университет Семей, Казахстан
.Научный руководитель- PhD Махатова А.Р.*

THE POSSIBILITIES OF PERSONALIZED THERAPY WITH ATORVASTATIN IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE BAKYTBEEK M., ZHOMARTKHANOVA L.M., ERBOLATOVA A.E., BAYBUROVA A.B.

Department of Pharmacology named after MD, Professor M.N.
Mussin of the NCJSC "Semey Medical University"
Supervisor: PhD Makhatova A.R.

Резюме: Статины снижают риск летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний, однако их применение может сопровождаться нежелательными реакциями, включая миалгии, миопатии и в редких случаях рабдомиолиз. Необходим тщательный мониторинг и индивидуальный подход к терапии статинами, включая фармакогенетическое тестирование.

Ключевые слова: Статины, фармакогенетика, миопатия, ИБС, казахи

Abstract: Statins reduce the risk of death from cardiovascular diseases, but their use may be accompanied by adverse reactions, including myalgia, myopathy, and in rare cases, rhabdomyolysis. Careful monitoring and an individual approach to statin therapy, including pharmacogenetic testing, are necessary.

Keywords: Statins, pharmacogenetics, myopathy, CHD, Kazakhs

Введение: Статины, представляющие собой ингибиторы 3-гидрокси-3-

метилглутарил-коэнзим Аредуктазы, зарекомендовали себя как эффективные гиполипидемические препараты. Они продемонстрировали высокую эффективность в снижении общего риска летальных исходов, обусловленных сердечно-сосудистыми заболеваниями, и их назначение рекомендовано всем пациентам с ИБС, имеющих высокий и очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Препараты этой группы достаточно хорошо переносятся, но все же характеризуются развитием нежелательных лекарственных реакций, включая бессимптомное повышение активности трансаминаз, миалгии и миопатии, вплоть до тяжелейшего проявления — рабдомиолиза. Частота миалгий и миопатий, связанная с использованием статинов, варьируется в различных публикациях от 2-3 % до 10-25 %, примечательно, что подавляющее большинство зарегистрированных побочных эффектов связано с мышечными болями, слабостью и повышением активности креатинкиназы, в то время как серьезные мышечные поражения являются достаточно редкими. Неопределенная угроза возникновения тяжелых нежелательных реакций требует тщательного подхода к назначению статинов, принимая во внимание различные факторы, включая лекарственные взаимодействия и генетические предрасположенности пациента, которые могут влиять на фармакологический ответ. Учитывая случаи серьезных последствий, связанных с лечением статинами, возникает необходимость в разработке мероприятий, направленных на повышение безопасности их применения, включая реализацию фармакогенетического тестирования пациентов.

Материалы и методы: Исследование включило 178 пациентов казахской национальности с ИБС в возрасте $61 \pm 7,8$ лет (108 мужчин, 70 женщин) с гиперхолестеринемией, которым в течение 6 месяцев назначался аторвастатин в дозе 20 мг/сутки. Все пациенты были генотипированы по аллельному варианту SLCO1B1*5 (c.521T>C, rs4149056) методом Real-Time. Комплекс исследований включил клиничко-лабораторные анализы (определение ОХ, ЛПНП, КФК) и статистические методы.

Результаты: В результате генотипирования по аллельному варианту SLCO1B1*5 из 178 пациентов 131 человек имели генотип ТТ (73,6%), 30- генотип ТС (16,9%) и 17- генотип СС (9,6%). У пациентов с генотипом СС различия по общему холестерину с пациентами-носителями генотипа ТТ составили 41,2% через 6 месяцев ($p=0,047$). Также показатели содержания ЛПНП различались во всех выделенных группах незначимо, - кроме наличия существенных различий (29,4%) между генотипами ТТ и СС ($p=0,041$). Наблюдалось резкое и значимое ($p=0,015$) превышение частоты более чем 4-кратного увеличения активности КФК в крови при наличии генотипа СС. Из 14 пациентов, предъявлявших жалобы на миалгии и/или мышечную слабость, 5 имели генотип ТТ (3,8% от численности данной подгруппы), 2 – генотип ТС (6,6%), тогда как при наличии гомозиготного генотипа СС их было 7 из 17 в подгруппе (41,2%, $\chi^2=14,45$, $p=0,005$).

Обсуждение: Полученные нами результаты по распространенности аллелей и генотипов приближены к данным азиатских популяций Дальнего Востока (корейцам и японцам). При выявлении генотипа ТТ генетически

детерминированный риск развития миопатий при применении статинов в высоких дозах расценивался как низкий, ТС- как средний и СС- как высокий. Генетическим фактором, показавшим в нашей работе наибольшую значимость связей с негативными проявлениями со стороны поражения скелетных мышц, оказалось наличие полиморфизма 521Т>С гена транспортного белка SLCO1B1 в гомозиготной форме.

Выводы: Применение аторвастатина представляет опасность развития осложнений и сниженной эффективности при наличии полиморфизма SLCO1B1 (521Т>С) с гомозиготным генотипом СС. Для оценки эффективности и безопасности применения статинов в казахской популяции рекомендуется проведение генотипирования по аллельному варианту SLCO1B1*5(с.521Т>С)

ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

БЕЛОВА Д.Д., ОНИЩЕНКО С.С.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к. м. н. О.В. Полтавцева

PECULIARITIES OF DISPENSARY OBSERVATION OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

BELOVA D.D., ONISHCHENKO S.S.

Department of polyclinic therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: В данной работе обсуждаются особенности диспансерного наблюдения пациентов с бронхиальной астмой, находящихся под диспансерным наблюдением участкового терапевта территориальной поликлиники.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, бронхиальная астма, профилактика.

Resume: This publication discusses the peculiarities of outpatient observation of patients with bronchial asthma who are under the outpatient observation of the district therapist at the territorial polyclinic.

Keywords: dispensary observation, bronchial asthma, prevention.

Введение

Бронхиальная астма (БА) – одно из ведущих и социально значимых заболеваний респираторной системы, доля которого среди других болезней в последние годы неуклонно возрастает. По данным недавно проведенного эпидемиологического исследования, распространенность БА среди взрослого населения России составляет 6,9%. Также установлено, что 42% больных имеют

неконтролируемую БА, у 35% пациентов был достигнут только частичный контроль течения заболевания.

Проведение вторичной профилактики в виде диспансерного наблюдения (ДН) пациентов с БА способствует значительному снижению числа случаев обострения в течение года, повышает качество жизни пациентов с данным заболеванием. Целью исследования явилось изучение особенностей диспансерного наблюдения пациентов с БА на примере территориального терапевтического участка городской поликлиники.

Материалы и методы

Анализ амбулаторных карт пациентов с бронхиальной астмой; проведение обзора литературы и интернет-источников.

Результаты

На исследуемом территориальном участке в прикреплении находились 1856 человек, из них 1,67% (31 пациент) страдали БА с преобладанием аллергического компонента. Все больные с БА находились под диспансерным наблюдением участкового терапевта. Осмотр больных с целью диспансерного наблюдения проводился два раза в год. Терапевтом оценивалась эффективность лечения; проводилось профилактическое консультирование; разрабатывались профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия.

По показаниям назначались консультации врачей других специальностей: дерматолога, оториноларинголога, аллерголога, гинеколога, невролога, эндокринолога. Из лабораторных исследований назначались общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты. Проводились инструментальные исследования: спирография, флюорография, электрокардиография. На момент проведения диспансерного осмотра у двух пациентов выявлено обострение БА, проведена коррекция лечения.

Обсуждение

В связи с проблемами контроля течения заболевания, после назначенного лечения необходимо интенсивно наблюдать за пациентами, профилактировать обострения и ухудшение течения заболевания. Таким образом, терапевты обязаны проводить вторичную профилактику, а именно – осуществлять диспансерное наблюдение пациентов с БА. Минимум два раза в год необходимо обзванивать больных и приглашать на прием для дообследования и выявления неконтролируемости БА.

Выводы

Диспансерное наблюдение пациентов с БА на терапевтическом участке территориальной поликлиники проводится в соответствии с рекомендациями, что способствует своевременной коррекции лечения и предупреждению обострений.

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:
ОПЫТ И РЕКОМЕНДАЦИИ**

БУЗМАКОВА М.В., ДОЛМАТОВА В.Ю.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Н.В. Шатрова

**EDUCATIONAL PROGRAMS FOR THE PREVENTION OF CHRONIC NON-
COMMUNICABLE DISEASES:**

EXPERIENCE AND RECOMMENDATIONS

BUZMAKOVA M.V., DOLMATOVA V.Y.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor: Ph.D., Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Основное внимание в анализе успешных образовательных программ по профилактике хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) уделяется необходимости комплексного подхода к организации образовательных мероприятий, обсуждаются преимущества просвещения населения о факторах риска и здоровом образе жизни, выделяются рекомендации для эффективного внедрения программ на локальном уровне.

Ключевые слова: профилактика, хронические неинфекционные заболевания, образовательные программы

Abstract: The analysis of successful educational programs for the prevention of chronic non-communicable diseases focuses on the need for a comprehensive approach to organizing educational events, discusses the benefits of educating the population about risk factors and a healthy lifestyle, and highlights recommendations for the effective implementation of programs at the local level.

Keywords: prevention, chronic non-communicable diseases, educational programs

Введение: По определению ВОЗ (2023) хронические неинфекционные заболевания – это болезни, характеризующиеся продолжительным течением и являющиеся результатом воздействия комбинации генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов.

Первичная профилактика – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития заболеваний у здоровых лиц. Образовательные программы могут сыграть ключевую роль в изменении поведения и формировании у граждан навыков, способствующих профилактике ХНИЗ.

Материалы и методы исследования: Анализ образовательных программ по профилактике хронических неинфекционных заболеваний и анализ данных по заболеваемости и результативности этих программ;

Результаты: В России было реализовано несколько успешных программ по профилактике ХНИЗ:

1. Национальный проект «Здоровье Нации» объединяет усилия организаций, ведущих деятельность в сферах науки, образования, здравоохранения, производства пищевой продукции, экологии и многих других в целях эффективной реализации «Стратегии повышения качества пищевой продукции в Российской Федерации до 2030 года».

2. Федеральная программа «Здоровое питание». Опыт кампании 2010 года, разработанной и проведенной корпорацией «УРАЛСИБ», показал, что 43% сотрудников удалось повысить потребление фруктов и овощей, за год 38% стали физически более активными, 22% снизили потребление соли, 35% снизили потребление жиров и сахара.

3. Антитабачная кампания «Брось курить и выиграй!». Эффективность этой кампании доказана: долгосрочный отказ от курения (на 1 год) среди участвующих составляет в среднем 15%.

4. Программа «Здоровое сердце».

5. Программа «Мама и малыш».

6. Проект «Движение без боли».

7. Программа «Здоровая семья». Мониторинг показал, что 85% семей улучшили свои привычки, снижается уровень ожирения среди молодежи на 12%.

Обсуждение: Опыт образовательных программ по профилактике ХНИЗ показывает, что можно снизить заболеваемость и улучшить качество жизни населения.

Рекомендации по улучшению программ:

1) Индивидуализированный подход: образовательные программы должны учитывать возрастные и социальные особенности населения.

2) Использование современных технологий: внедрение мобильных приложений и онлайн-платформ способствует доступности информации и позволяет пользователям отслеживать успехи в предотвращении заболеваний, позволяет привлечь больше участников и поддерживать их интерес.

3) Мультидисциплинарный подход: включение специалистов из разных областей обеспечивает более глубокое понимание проблемы и формирует целостный подход к профилактике.

4) Оценка эффективности: важно регулярно проводить оценку результатов программ, чтобы понять, какие аспекты работают, а какие требуют доработки.

5) Долгосрочная поддержка: образовательные программы должны иметь долгосрочный характер, чтобы участники смогли закрепить полученные знания и навыки.

Выводы: Образовательные программы по профилактике ХНИЗ являются важным инструментом в борьбе с их распространением и прогрессированием. Опыт успешных образовательных программ показывает, что комплексный подход, учитывающий особенности целевой аудитории и современные технологии, может значительно повысить их эффективность. Разработка и реализация долгосрочных

образовательных проектов становится ключевым шагом на пути к формированию здорового общества.

ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ОТОШЕНИЯХ ВРАЧ - ПАЦИЕНТ

ВЕСНИН Д.А.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ласточкина Лилия Алексеевна

ISSUES OF DEONTOLOGY IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

VESNIN D.A.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor – С.М.S, AP, Lastochkina Lilia Alekseevna

Резюме: Деонтология – это наука о профессиональном поведении медицинских работников, комплекс этических норм и принципов, цель которых – исключить возможность причинения вреда пациенту и способствовать повышению эффективности лечения и профилактики болезней.

Ключевые слова: отношения, медицинская помощь, ответственность.

Abstract: Deontology is the science of professional behavior of medical professionals, a set of ethical standards and principles. The purpose of deontology is to eliminate the possibility of harm to the patient and to promote the effectiveness of treatment and prevention of diseases.

Keywords: relationships, medical care, responsibility.

Введение:

Под медицинской деонтологией (греч. deon - должное) понимают принципы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение пользы лечения и устранение последствий неполноценной медицинской работы. Деонтология является частью медицинской этики, медицинской морали.

Отношения врач – пациент являются ключевыми в деонтологических вопросах.

Материалы и методы: Главные принципы медицинской деонтологии – действия врача должны направляться на благо пациента, избегать действий, которые могут причинить страдания больному, его родственникам или могут нанести ущерб другим людям, хранить сведения о здоровье пациента в тайне, уважать честь и достоинство пациента, решения врача должны основываться на знаниях современной науки, с соблюдением принципа коллегиальности.

В сфере медицинской этики действуют международные документы – Международный кодекс медицинской этики, Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации и принятые в России - Этический кодекс Российского

врача.

Результаты и обсуждение: В настоящее время новейшие достижения медицинской науки и техники заставляют несколько с другой точки зрения рассматривать традиционные нормы медицинской деонтологии. Принцип «врач-больной» заменяется новым «врач-прибор-больной», а потребность больного в чутком и внимательном отношении медицинского работника, в его добром слове, вселяющем надежду, не уменьшилась, а еще более увеличилась.

Врачу необходим честный отчет о проблемах со здоровьем и об образе жизни пациента, чтобы лучше представлять ситуацию и оказать эффективную и своевременную помощь. Поэтому врач должен грамотно строить беседу на этапе расспроса жалоб больного, проявлять внимание, успокаивать его своими репликами.

Этический принцип уважения желания пациента иметь полную информацию о состоянии своего здоровья обязывает врача предоставлять пациенту эту информацию, при необходимости - сообщать о возможности альтернативного метода лечения, а также о преимуществах и рисках каждого из них.

Медицинская деонтология требует от врача соблюдения врачебной тайны. Например, врач должен избегать обсуждения диагноза в присутствии другого пациента, коллег, вспомогательного персонала.

Врач-профессионал при работе с пациентами должен соблюдать такт, проявлять внимательность и доброжелательность. Это поможет ему достигать успеха в профессиональной деятельности, добиться уважения и доверия своих пациентов.

В основе врачебной деонтологии лежат доверительные отношения врача и пациента. Врач должен максимально доступно объяснить, какое у пациента заболевание и как его предполагается лечить, избегая жаргона и панибратства.

Немаловажен внешний вид медицинского персонала. Чистые халат и шапочка, аккуратная сменная обувь, ухоженные руки с коротко остриженными ногтями - всё это элементы врачебной деонтологии, уважительного отношения к пациенту.

Выводы: Медицинская этика и деонтология - фундамент медицинской деятельности, на котором основывается доверие больного к врачу.

Здоровье человека - высшая ценность и пренебрежение этим принципом может стать причиной намеренного или случайного ущерба физическому или психическому здоровью пациента.

ЗАКАЛИВАНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ГАЗДИЕВА Д.К., ГАЗДИЕВ М.А.

Кафедра поликлинической терапии

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово,
Россия*

Научный руководитель – к. м. н. О.В. Полтавцева

HARDENING AS AN ELEMENT OF A HEALTHY LIFESTYLE

GAZDIEVA D.K., GAZDIEV M.A.

Department of polyclinic therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: закаливание является необходимым элементом здорового образа жизни. Большая часть опрошенных студентов считает, что закаливание полезно для организма. Практически все студенты используют различные виды закаливания для укрепления собственного здоровья.

Ключевые слова: закаливание, здоровье, профилактика заболеваний.

Resume: hardening is a necessary element of a healthy lifestyle. Most of the students surveyed believe that hardening is good for the body. Almost all students use various types of hardening to strengthen their own health.

Keywords: hardening, health, disease prevention.

Введение

Закаливание – это система профилактических мероприятий, сориентированных на сопротивляемость организма неблагоприятным условиям окружающей среды. Закаливание является мощным оздоровительным средством, необходимым элементом здорового образа жизни человека. Оздоровительное закаливание помогает организму повысить адаптацию к условиям внешней среды. Установлено, что систематическое закаливание в четыре раза снижает вероятность простудных заболеваний. У закаленного человека хорошо работают и функционируют все органы, в том числе сердечно-сосудистая и нервная системы, что способствует повышению выносливости и работоспособности. Цель исследования – оценить знания студентов о влиянии закаливания на здоровье человека.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 110 студентов начальных курсов Кемеровского государственного медицинского университета.

Результаты

Половина участвующих в анкетировании студентов – 56 человек (50,9%) – оценивают свое здоровье как среднее. Выше среднего оценивают свое здоровье 29 (26,4%), как высокое оценивают свое здоровье 25 (22,7%) респондентов.

На вопрос: «Как закаливание влияет на работоспособность студентов вуза?» большая часть тестируемых (68,2%) считает, что занятия закаливанием улучшают

работоспособность, 28,2% ответили, что не замечали улучшений и 3,6% считают, что закаливание отнимает много сил и ухудшает работоспособность.

На вопрос: «Насколько важным фактором является закаливание в развитии карьеры?» 88 (80%) студентов ответили «очень важным»; 21 (19,1%) опрошенных считают, что не самым важным; только один (0,9%) студент считает «совсем не важным».

Среди способов закаливания, которые наилучшим образом влияют на работоспособность, 72 (65,5%) обучающихся выбрали закаливание воздухом (аэротерапию), 23 (20,9%) выбрали вариант закаливания водой и 15 (13,6%) закаливание посредством хождения босиком.

Обсуждение

Большая часть респондентов считает, что закаливание очень полезно для организма и оно, несомненно, влияет на дальнейшую профессиональную деятельность. Аэротерапия закаливания включает в себя принятие воздушных ванн и долгие прогулки на свежем воздухе. При водном закаливании циркуляция крови в организме происходит интенсивней, принося органам и системам организма дополнительный кислород и питательные вещества.

Хождение босиком – это способ закаливания, который делает организм более устойчивым к простудным заболеваниям. На стопах человека находится большое количество биологически активных точек, которые при хождении босиком стимулируются и помогают нормализовать работу многих органов и систем организма, повышает иммунитет.

Закаливание проводится систематически, каждый день в течение всего года независимо от погодных условий и без длительных перерывов. Так организм привыкнет к внешнему регулярному «раздражителю».

Важно помнить, что закаливание — не лечение, а профилактика заболеваний. При закаливании необходимо контролировать свое состояние. Можно обратиться к врачу, который с учетом массы тела, температуры, пульса, артериального давления, сна, аппетита и общего самочувствия поможет подобрать верные рекомендации.

Выводы

Исследование показало, что студентам медицинского университета хорошо известно о положительном влиянии закаливания на здоровье и работоспособность. Практически все опрошенные студенты используют различные виды закаливания для укрепления собственного здоровья.

МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ГЕРАСИМОВ А.М., ТЕТЕРИН Г.А.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Шатрова

LIFESTYLE MODIFICATION AS A METHOD OF PREVENTION OF HYPERTENSION

GERASIMOV A.M., TETERIN G.A.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний. Превентивным лечением является коррекция образа жизни путем ограничения потребления алкоголя, табакокурения, контролирования лишнего веса и соблюдения диеты DASH.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, модификация образа жизни, алкоголь, табакокурение, диета DASH.

Abstract: Arterial hypertension (AH) is a leading risk factor for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. Preventive treatment is lifestyle correction by limiting alcohol consumption, smoking, controlling excess weight and following the DASH diet.

Keywords: arterial hypertension, lifestyle modification, alcohol, tobacco smoking, DASH diet.

Введение: По статистическим данным, собранным за 2025 год, АГ является причиной почти 10 миллионов смертей и более чем 200 миллионов случаев инвалидности в мире. В связи с высокой заболеваемостью, множеством осложнений и значительным снижением качества жизни пациентов, предлагается рассмотреть меры профилактики АГ.

Материалы и методы: в качестве метода исследования использовался анализ и синтез данных научной литературы с таких источников, как PubMed, NCBI Cyberleninka и Elibrary.

Результаты: Рассмотрены факторы риска АГ, коррекция которых ведет к снижению артериального давления (АД). Было показано, что снижение потребления алкоголя среди пьющих значительно снижает АД и оно возвращается к норме примерно у 70% алкоголиков после детоксикации и остается нормальным, если пациенты остаются абстинентными.

Гиподинамия способствует развитию АГ в 5-13% случаев. В свою очередь, умеренные аэробные упражнения и изометрические тренировки понижают АД приблизительно на 7/5 мм рт. ст. у людей с легкой и умеренной АГ.

Распространенность АГ среди пациентов с ожирением варьирует от 60% до 77%, увеличиваясь с ростом индекса массы тела во всех возрастных группах; у пациентов с нормальной массой тела АГ наблюдается в 34% случаев. Показано, что контроль ожирения помогает устранить 48% случаев АГ.

Лица с низким уровнем социально-экономического статуса (СЭС) хуже справляются со стрессорами, которые в совокупности способствуют повышению риска АГ.

Диета DASH (Dietic Approaches Stop Hypertension) нацелена на увеличение калий-натриевого соотношения. Повышение содержания калия в диете снижает цифры артериального давления у людей с АГ.

Показано, что добавки кальция снижают АД у людей с ГБ, а диета с высоким содержанием кальция повышает вазорелаксацию при АГ.

Обсуждение. Прием алкогольных напитков лицами с АГ должен быть ограничен до 14 единиц в неделю для мужчины и 8 единиц в неделю для женщин (1 единица соответствует 100 мл сухого вина или 250 мл пива).

Ожирение является доказанным фактором риска АГ. Существует прямая положительная связь между избыточной массой тела и АГ. Висцеральное ожирение играет центральную роль в повышении АД, благодаря большему выделению свободной жирной кислоты в системное кровообращение и, как следствие, увеличению инсулинорезистентности и гиперинсулинемии. Хотя инсулин является вазодилатирующим гормоном, резистентность к нему может снизить способность инсулина к вазодилатации. Доказано, что снижение массы тела помогает снизить АД и отсрочить необходимость начала антигипертензивной терапии. Отмечено, что у пациентов с ожирением любого возраста бариатрическая хирургия обеспечивает стабильное улучшение САД, что позволяет либо прекратить прием антигипертензивных препаратов, либо снизить их дозировку.

СЭС также является фактором риска АГ. Профессиональные стрессоры, включающие в себя неблагоприятную рабочую среду, отсутствие безопасности на работе, нехватку времени, высокое напряжение, независимо связаны с АГ и риском ССЗ. Высокий уровень тревожности и депрессии является независимым фактором риска развития АГ, в то же время низкое качество сна и генетическая предрасположенность могут влиять на развитие АГ.

Хроническое табакокурение вызывает АГ, повышает окислительный стресс, ухудшает биодоступность оксида азота, способствует ремоделированию сердца. Существуют несколько стратегий, способствующих прекращению курения: рекомендации врача, никотинзаместительная терапия, программы по прекращению курения.

Диета DASH предполагает употребление большого количества фруктов и овощей для снижения распространенности АГ и сердечно-сосудистой смертности в общей популяции. Например, 2 ломтика ветчины (57 г) содержат 32,0 ммоль натрия и 4,0 ммоль калия, в то же время чашка вареного гороха содержит 0,3 ммоль натрия и 9,8 ммоль калия. Установлено, что эссенциальная АГ связана с различными нарушениями в метаболизме кальция.

Выводы: модификация образа жизни является действенным методом при выборе стратегии превентивного лечения АГ и позволяет отсрочить начало антигипертензивной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

ГОНЯЙКИНА Е.А.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В.Шатрова

CLINICAL CASE OF IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA

GONYAIKINA E.A.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, PhD N.V.Shatrova

Резюме: В представленной статье дано описание клинического наблюдения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры и краткий обзор литературы. Приведен план обследования пациента, отражена тактика лечения пациента при неэффективности консервативной терапии.

Ключевые слова: гематология, клинический случай, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

Abstracts: The presented article provides a description of a clinical observation of idiopathic thrombocytopenic purpura and a brief literature review. It includes a plan for a comprehensive patient examination and outlines the treatment strategy for the patient in cases of ineffective conservative therapy.

Keywords: hematology, clinical case, idiopathic thrombocytopenic purpura.

Введение. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – заболевание, обусловленное выработкой антител к структурам мембраны тромбоцитов и мегакариоцитов, что вызывает повышенную деструкцию тромбоцитов, неадекватный тромбоцитопоз, характеризующийся изолированной тромбоцитопенией ниже $100,0 \times 10^9/\text{л}$ и геморрагическим синдромом, клинически проявляющимся петехиальной сыпью, петехиями и экхимозами, носовыми и десневыми кровотечениями. В связи с отсутствием четких критериев диагноза ИТП является диагнозом исключения, для установления которого требуется проведение комплексного обследования, исключающего заболевания и состояния, протекающие с тромбоцитопенией.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ медицинской документации пациента А., который проходил обследование и лечение у участкового терапевта в поликлинике ГАУЗ ККРБ им.Б.В.Батиевского в период с

декабря 2022 г. по декабрь 2024г. Приведены результаты комплексного обследования и тактика ведения пациента при неэффективности консервативной терапии.

Результаты. Пациент впервые обратился за медицинской помощью в декабре 2022 года по поводу рецидивирующих в течение 2 недель носовых кровотечений. Результаты общего анализа крови (ОАК) от 06.12.2022 г.: тромбоциты $4 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 156 г/л, эритроциты $4,77 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $10,0 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы 69%, лимфоциты 22%. С 12.12.2022 г. по 30.12.2022 г. госпитализирован в гематологическое отделение, где проводилось консервативное лечение – дексаметазон 40 мг 4 дня 2 курса. По данным миелограммы от 13.12.2022 г. данных за гемобластоз не выявлено. В динамике в ОАК от 29.12.2022 г. – нарастание уровня тромбоцитов до $7 \times 10^9/\text{л}$; лейкоциты $23,0 \times 10^9/\text{л}$; гемоглобин 123 г/л. Был выписан с диагнозом «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, хроническая, рецидивирующее течение» с рекомендациями: преднизолон 80 мг в сутки длительно.

В августе 2023 г. на приеме у гематолога жалоб активно не предъявлял, по данным ОАК выявлено незначительно нарастание уровня тромбоцитов до $17 \times 10^9/\text{л}$, нормализация лейкоцитов ($6,16 \times 10^9/\text{л}$). В дальнейшем пациент самостоятельно отменил консервативную терапию. В мае 2024 г. обратился к терапевту по месту жительства с наличием жалоб на спонтанное появление обширных гематом на нижних конечностях и туловище. По данным ОАК от мая 2024 г. резкое снижение тромбоцитов до $1 \times 10^9/\text{л}$, был госпитализирован в гематологическое отделение. Проведена пульс-терапия дексаметазоном 40 мг внутривенно капельно 4 дня, далее прием преднизолона 80 мг в течении 7 дней без эффекта с последующим снижением дозы вплоть до отмены. С 24.06.2024 - прием Револейда в дозировке 50 мг/сут на 28 дней. В динамике в ОАК от 25.07.2024 г. нарастание уровня тромбоцитов до $2 \times 10^9/\text{л}$. В дальнейшем был назначен Револейд в дозировке 75 мг/сут. В динамике по ОАК от 14.08.2024 г. отмечено снижение тромбоцитов до $4 \times 10^9/\text{л}$, сохранявшееся до октября 2024 г. Был установлен диагноз «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, хроническая, рецидивирующее течение, резистентная к медикаментозной терапии ГКС». Было принято решение о проведении спленэктомии. В динамике в ОАК от 28.12.2024 г.: гемоглобин 171 г/л, эритроциты $5,5 \times 10^{12}/\text{л}$, гематокрит 50%, тромбоциты $64 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 2 мм/ч. После проведения спленэктомии пациент активно жалоб не предъявлял. Окончательный диагноз верифицирован в декабре 2024 г.: Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, хроническая, рецидивирующее течение, резистентная к медикаментозной терапии ГКС, с/п спленэктомии от 23.10.2024г, фаза ремиссии.

Обсуждение. Таким образом, ИТП может протекать с малым количеством симптомов. При обследовании пациентов нужно обязательно исключить гемобластозы, так как они сопровождаются похожей клинической картиной. При лечении пациентов следует учитывать вероятность того, что пациент может оказаться резистентным к ГКС-терапии, тогда проводится более радикальное лечение – спленэктомия.

Выводы. ИТП — это заболевание, требующее внимательного подхода к диагностике и лечению. Важно учитывать индивидуальные особенности пациента и возможные риски, связанные с тромбоцитопенией. В дальнейшем приоритетной задачей является изучение этиопатогенеза данного заболевания, что поспособствует поиску этиотропной и патогенетической терапий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕЙ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

ГУЛЯ К.В. ШИПАЧЕВ А.Н.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Т.Е. Помыткина

THE USE OF AI FOR PROFESSIONAL TASKS IN THE PRACTICE OF A DOCTOR

GULYA K.V. SHIPACHEV A.N.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, T.E. Pomytkina

Резюме: Внедрение нейросетей открывает новые перспективы для повышения качества и эффективности медицинской помощи. Они способны автоматизировать рутинные задачи, обрабатывать большие объёмы данных, анализировать медицинские изображения и предоставлять врачам ценную информацию для принятия обоснованных решений.

Ключевые слова: Нейросети, оптимизация, анализ, автоматизация.

Abstract: The introduction of AI opens up new prospects for improving the quality and effectiveness of medical care. They are able to automate routine tasks, process large amounts of data, analyze medical images, and provide doctors with valuable information to make informed decisions.

Keywords: AI, optimization, analysis, automation.

Введение. В современном мире информационные технологии развиваются с невероятной скоростью, и медицина не остаётся в стороне от этого процесса. Одним из наиболее перспективных направлений в этой области является использование нейросетей для решения профессиональных задач врачей.

Нейросети представляют собой системы искусственного интеллекта, которые способны обучаться на больших объёмах данных и выявлять закономерности, незаметные для человека. В медицине они могут использоваться для диагностики заболеваний, прогнозирования исходов лечения, автоматизации рутинных процедур и многих других целей.

Цель исследования: изучить, как нейросети помогают врачам принимать

более точные и обоснованные решения, снижая вероятность ошибок и улучшая качество медицинской помощи.

Материалы и методы. В качестве источника информации использовались статьи с ключевыми словами Artificial intelligence; AI; Generative pre-trained transformer; GPT взятые с PubMed - текстовой базы данных медицинских и биологических публикаций (NCBI США).

Результаты. Точность диагностики дерматоскопических изображений, которую показала модель, созданная на основе архитектур ResNet50 и InceptionV3, превзошла результаты специалистов с опытом работы менее 10 лет и оказалась на уровне врачей с опытом более 10 лет. Точность анализа проб Тцанка (мазков для диагностики герпеса) нейросетью TzanckNet составляет 94,3%. Нейросеть, разработанная Хьюстонским медицинским научно-исследовательским институтом, интерпретирует маммограммы с точностью 99%. Технология ускорения создания МРТ-изображений, основанная на глубоком машинном обучении, разработана Meta AI и NYU Langone Health, позволяет значительно сократить время сканирования без потери качества изображения. Исследователи из Стэнфордского университета совместно с коллегами из UCSF и Rhythm Technologies создали нейросеть, которая точно определяет типы аритмии. Благодаря использованию нейросетей разработка лекарственного препарата DSP-1181, предназначенного для лечения обсессивно-компульсивного расстройства, заняла 12 месяцев вместо обычных четырёх лет., препарат является агонистом 5-HT_{1A} рецептора серотонина. Нейросеть AlphaFold умеет предсказывать структуру белков. Платформа Deep Docking при помощи молекулярного докинга и QSAR-модели ускоряет процесс скрининга и делает его более экономичным — в 50–100 раз.

Обсуждение. Преимущества нейросетей включают высокую точность диагностики, особенно в сложных случаях, когда человеческий глаз может пропустить детали. Кроме того, нейросети способны обрабатывать большие объёмы данных быстрее, чем это возможно для человека, что ускоряет процесс принятия решений и повышает эффективность работы врачей.

Однако существуют и определённые ограничения. Во-первых, требуется большое количество качественных данных для обучения нейросетей, что может быть затруднительно в некоторых областях медицины. Во-вторых, необходимо тщательно прорабатывать этические и юридические аспекты использования нейросетей, включая вопросы конфиденциальности данных пациентов и ответственности за принимаемые решения.

Выводы. Использование нейросетей в медицинской практике открывает новые горизонты для диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Однако важно учитывать как преимущества, так и ограничения этого подхода.

Использование нейросетей представляет собой перспективное направление, которое может значительно улучшить качество и эффективность медицинской помощи. Однако для успешного внедрения этого подхода необходимо разрабатывать стратегии для преодоления возможных проблем.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ДВАДЦАТОВА П.Н., ЧЕРЕПКОВСКАЯ М.В.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научные руководители – д.м.н., доцент Т. Е. Помыткина,

к.м.н., доцент Н. В. Шатрова

POSSIBILITIES OF USING TELEMEDICINE TECHNOLOGIES IN MONITORING PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN OUTPATIENT PRACTICE

DVADTSATOVA P.N., CHEREPKOVSKAYA M.V.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisors – MD, PhD, docent Pomytkina T.E.,

Ph.D., Associate Professor Shatrova N.V.

Резюме: Телемедицинские технологии важны в организации амбулаторной помощи пациентам в Российской Федерации. В данной работе изучены такие телемедицинские устройства как: патч Zio, NUVANT Mobile, Scandu scout. Устройства удаленного отслеживания способствует сокращению расходов на здравоохранение вследствие более раннего выявления сердечно-сосудистой патологии и предотвращения повторных госпитализаций.

Ключевые слова: Телемедицинские технологии, сердечно-сосудистые заболевания, патч Zio, NUVANT Mobile, Scandu scout.

Abstract: Telemedicine technologies are important in the organization of outpatient care for patients in the Russian Federation. In this study, telemedicine devices such as the Zip patch, NUVANT Mobile, and Scandu scout are reviewed. Remote tracking devices help reduce healthcare costs due to earlier detection of cardiovascular diseases and prevention of repeated hospitalizations.

Keywords: Telemedicine technologies, Cardiovascular diseases, Zip patch, AVAST Mobile, Scandu scout.

Введение

Телемедицинские технологии на сегодняшний день играют важную роль в организации амбулаторной помощи пациентам в Российской Федерации, позволяя разрабатывать персонализированные программы реабилитации и лечения, основанные на индивидуальных потребностях и состоянии здоровья пациента. Использование дистанционных технологий при оказании медицинской помощи пациентам с патологией системы кровообращения является перспективным, так как они снижают смертность пациентов с нарушениями ритма и проводимости сердца, ишемическими событиями, артериальной гипертензией.

Материалы и методы

Проведен поиск оригинальных исследований и обзоров по изучаемой теме в базах данных PubMed и E-library за период с 2020 по 2025 г. Для последующего анализа отобраны 19 публикаций.

Результаты

В данной работе изучены такие телемедицинские устройства для проведения ЭКГ в амбулаторных условиях как патч Zio, NUVANT Mobile. Также для измерения числа сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхания, термометрии, SpO2 используется Scanadu Scout.

Система дистанционного мониторинга состоит из портативного датчика, собирающего данные о физиологических параметрах; сетевого и коммуникационного интерфейса, позволяющего передавать эти данные на удаленную станцию мониторинга, такую как терминал медсестры/врача или смартфон; удаленной аналитической платформы, позволяющей выявлять ключевые параметры здоровья пациента и рекомендовать оптимальные способы изменения компонентов немедикаментозного/медикаментозного лечения.

Обсуждение

Устройством для продолжительного мониторинга сердечного ритма и идентификации аритмий служит патч Zio. Данный патч представляет собой клейкий пластырь, фиксируемый на область грудной клетки слева, с помощью которого записывается ЭКГ. Устройство имеет кнопку маркера событий, которую больной может использовать при появлении симптомов.

NUVANT Mobile -это система мобильной кардиотелеметрии, которая позволяет непрерывно мониторить сердечный ритм и другие физиологические сигналы. Система состоит из портативного патча, устройства передачи данных, а также магнита, который используют в качестве триггерной кнопки, когда пациент испытывает симптомы (аритмии, боли в сердце, обморок).

Scandu Scout — это медицинское устройство, которое позволяет измерять основные параметры здоровья человека. Представляет собой небольшую пластиковую капсулу, внутри которой находится множество разных датчиков. Его нужно приложить к виску на 10 секунд, после чего он расскажет о температуре, давлении, частоте дыхания, сердечном ритме, оксиметрии крови, базовой электрокардиограмме.

В исследовании HEART результаты при дистанционной кардиореабилитации показали достоверно более высокую толерантность к физической нагрузке с лучшим качеством жизни (SF36) у пациентов в сравнении с группой пациентов, проходящих реабилитацию в медицинском учреждении.

Выводы

Применение устройств удаленного отслеживания способствует сокращению расходов на здравоохранение вследствие более раннего выявления сердечно-сосудистой патологии и предотвращения повторных госпитализаций

ВОПРОСЫ ЭТИЧНОСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АУДИОФИКСАЦИИ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ДОВБЫШ Е.Р., ФИРСОВА Е.В.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Помыткина Т. Е.

ETHICAL ISSUES IN THE USE OF AUDIO RECORDINGS AT A DOCTOR'S APPOINTMENT IN OUTPATIENT PRACTICE

DOVBYSH E.R., FIRSOVA E.V.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, docent Pomytkina T. E.

Резюме: В этой статье были проанализированы как положительные, так и негативные аспекты вопроса о введении аудиоконтроля амбулаторного приема врачей, оказывающих помощь взрослому населению.

Ключевые слова: аудиозапись; персональные данные; врачебная тайна; контроль качества медицинской помощи.

Abstract: His article analyzes both the positive and negative aspects of introducing audio recording of outpatient appointments with adult patients..

Keywords: audio recording; personal data; medical secrecy; quality control of medical care.

Введение

Конфликтные ситуации между медицинским персоналом и пациентами становятся всё более распространёнными в нашей практике, поэтому возникает вопрос о возможности использования аудиозаписи во время приема в поликлиниках. Мнения по этому поводу расходятся. Некоторые выражают опасения, что аудиоконтроль амбулаторного приема может быть применен для оказания давления на медработников, а использование слов и фраз, определенных приказом, «роботизирует» работу врача. Другие считают, что в спорных ситуациях между врачом и пациентом такая запись может защитить медиков от уголовного преследования.

Материалы и методы

Был проведен анализ научных статей, а также изучение нормативно-правовой базы по вопросам правомерности проведения аудиоконтроля в медицинских организациях.

Результаты

С 28 декабря 2023г. вступил в силу приказ Департамента Здравоохранения города Москвы №1241 о внедрении «проекта по проведению аудиоконтроля приема врача в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению», который повлечёт за собой общественный

резонанс. Основываясь на факте того, что обращения гражданина за медицинской помощью и сведения о его здоровье составляют врачебную тайну, что определено ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», сведения, полученные медицинским работником и организацией на приеме, являются специальной категорией персональных данных, распространение которых не допускается, можно сделать вывод, что ведение аудиоконтроля на протяжении всего врачебного приёма является неэтичным и неправомерным, по отношению к пациенту.

Важно уточнить, что подобная практика в России вводится не впервые. В 2018 году также был организован аудиоконтроль в поликлинике №2 Тюменской областной клинической больницы. Данные проекты хорошо себя зарекомендовали. Дирекцией по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения Москвы результаты проектов были расценены положительно, что послужило основанием для принятия нормативно-правового акта. По задумке аудиоконтроль должен помочь поменять коммуникационную культуру в медучреждениях. Записи приемов могут быть использованы как доказательство в конфликтных ситуациях, в том числе в суде, защищая репутацию врачей и/или пациентов, а также для разрешения вопросов непрофессионального и неэтичного поведения обеих сторон.

Выводы

Споры вокруг необходимости вести аудиозапись врачебного приема на текущий момент не утихают. Данное нововведение пока расценивается пациентами и работниками поликлиник как стрессовая ситуация. Врачи опасаются использования записей как рычага давления и утечки персональных данных, содержащих врачебную тайну, учитывая высокую уязвимость данного вида информации и недостаточный уровень подготовленности медорганизаций к сбору и защите сведений, подобного рода. Таким образом, обсуждение данного вопроса предполагает многочисленные аспекты, касающиеся как защиты прав медицинских работников, так и соблюдения интересов пациентов, что делает его актуальным в современном обществе.

ДИНАМИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В ТЕРАПИЮ ДАПАГЛИФЛОЗИНА

ЗАВЬЯЛОВА Е.Е., МУЛЕРОВА Е.З.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Шатрова

DYNAMICS OF CHRONIC HEART FAILURE WHEN DAPAGLIFLOZIN IS INCLUDED IN THERAPY

ZAVYALOVA E.E., MULEROVA E.Z.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Ph.D., Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Несмотря на существенные успехи в базисной терапии пациентов с ХСН, прогноз пациентов остается неблагоприятным. Назначение ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа дапаглифлозина позволило изменить парадигму лечения пациентов с ХСН с низкой, умеренно сниженной и сохраненной фракцией выброса левого желудочка.

Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность, дапаглифлозин, ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа, фракция выброса.

Resume: Despite significant advances in the basic therapy of patients with CHF, the prognosis of patients remains unfavorable. The appointment of inhibitors of the type 2 sodium-glucose cotransporter dapagliflozin has made it possible to change the paradigm of treatment of patients with CHF with low, moderately reduced and preserved left ventricular ejection fraction.

Keywords: Chronic heart failure, dapagliflozin, inhibitors of sodium-glucose cotransporter type 2, ejection fraction.

Введение

Сердечная недостаточность - неуклонно прогрессирующее заболевание, ведущее к инвалидизации и смерти пациентов. По данным российских эпидемиологических исследований распространенность ХСН в РФ увеличилась с 6,1 до 8,2% в течение 20-летнего наблюдения. В РФ средняя годовая смертность среди пациентов с ХСН I-IV ФК составляет 6%, а среди пациентов с клинически выраженной ХСН — 12%. По данным исследования ЭПОХА-ХСН прогноз пациентов неблагоприятен: при ХСН I-II ФК медиана времени дожития составляет 8,4 года, а при ХСН III-IV ФК — 3,8 года.

Материалы и методы

В ходе написания работы были проведены анализ и синтез научных данных о улучшении прогноза больных с сердечной недостаточностью, получающих терапию дапаглифлозином. Использованы системный и научный подходы, методы синтеза, обобщения и сравнения. Как источники информации выступили такие базы данных, как PubMed, КиберЛенинка, Cochrane.

Результаты и их обсуждение

В 2019 г. проведено исследование DAPA-HF с участием пациентов с ХСН со сниженной ФВЛЖ (ХСНнФВ). В результате, добавление иНГЛТ2 к стандартной терапии снижает риск госпитализации, обращений за неотложной помощью по поводу СН или смерть от сердечно-сосудистых причин на 26 %, в отличие от группы плацебо. Применение препарата привело и к уменьшению симптомов СН. На основании данных исследования сделано заключение о класс-специфическом кардиопротективном эффекте иНГЛТ2. В связи с чем, Российским кардиологическим сообществом в 2020 г., предложено назначать дапаглифлозин пациентам с ХСНнФВ, с сохраняющимися симптомами СН, несмотря на терапию АПФ/АРА/валсартан + сакубитрил, БАБ и АМКР. В 2021 г. Европейское

общество кардиологов отказались от ступенчатого подхода к терапии ХСН и предложили для пациентов с низкой ФВ назначать четырехкомпонентную терапию иАПФ/АРНИ, БАБ, АМКР, иНГЛТ-2.

На базе Ульяновской областной клинической больницы в 2023 г. проводилось исследование, в которое были включены 30 пациентов мужского пола с ХСНнФВ любой этиологии, получавшие стандартную терапию ХСН не менее 6 месяцев до модернизации терапии. Длительность наблюдения за пациентами составила 6 месяцев. На фоне терапии иНГЛТ2 показатель NTproBNP стал на 36% меньше исходного. Отмечалось нарастание ФВЛЖ на 15,1% от исходного показателя. При проведении теста шестиминутной ходьбы оказалось, что исходно пациенты проходили $273 \pm 11,3$ м, а при включении в терапию иНГЛТ2 средние показатели пройденной дистанции возросли до $386 \pm 11,4$ м. Таким образом, отмечался статистически значимый прирост пройденной пациентом дистанции.

В 2022 году на конгрессе Европейского кардиологического сообщества были представлены результаты исследования DELIVER. Дапаглифлозин продемонстрировал снижение риска сердечно-сосудистой смерти или ухудшения течения СН на 18% у пациентов с ХСНунФВ и ХСНсФВ. Таким образом, добавление дапаглифлозина позволяет достичь эффекта вне зависимости от фракции выброса и поэтому может использоваться в качестве основной терапии в широкой популяции пациентов с сердечной недостаточностью. В связи с этим в обновленных рекомендациях Европейского общества кардиологов по СН 2023 г., а также в Российских Клинических рекомендациях 2024 г. по ХСН в качестве терапии первой линии для пациентов с умеренно сниженной и сохраненной ФВ ЛЖ включены эмпаглифлозин и дапаглифлозин.

Выводы

Включение в стандартную терапию ХСН дапаглифлозина продемонстрировало снижение сердечно-сосудистых смертей, декомпенсаций и госпитализаций по поводу СН, снижение биомаркера СН (NTproBNP), отмечено нарастание ФВЛЖ, уменьшение симптомов СН, зарегистрирован функциональный прогресс при выполнении теста шестиминутной ходьбы, в связи с чем пациенты отмечали улучшение качества жизни, улучшались когнитивные функции исследуемых пациентов.

АНАЛИЗ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ЗАТРАТ НА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИИ

ЗУБАЧ Е.А., ЛАРИОНОВА Т.В.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент, зав. кафедрой Т.Е. Помыткина

ANALYSIS OF PHARMACOECONOMICAL COSTS FOR

SOCIALLY SIGNIFICANT GROUPS OF DISEASES IN RUSSIA

ZUBACH E.A., LARIONOVA T.V.

*Department of Polyclinic Therapy**Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, Associate Professor, Head of the Department T.E. Pomytkina

Резюме. Проведен углубленный анализ фармакоэкономических расходов системы здравоохранения Российской Федерации по категориям заболеваний, которые демонстрируют устойчивый рост выявления в период с 2005 по 2021 годы. В 2019 году были зафиксированы рекордные показатели, что связано с реализацией Национального проекта РФ "Здравоохранение".

Ключевые слова: здравоохранение, фармакоэкономические расходы, сердечно-сосудистые заболевания, онкология.

Abstract. An in-depth analysis of the pharmacoeconomic expenditures of the healthcare system in the Russian Federation by disease categories exhibiting a steady increase in detection from 2005 to 2021 has been conducted. In 2019, record figures were recorded, attributed to the implementation of the National Project of the Russian Federation "Healthcare," which introduced programs aimed at enhancing detection, treatment, and prevention of socially significant diseases.

Keywords: healthcare, pharmacoeconomic expenditures, cardiovascular diseases, oncology.

Введение. В современных развитых странах финансирование здравоохранения играет решающую роль в диагностике и лечении различных заболеваний. Согласно рейтингу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по уровню расходов на здравоохранение Global Health Expenditure 2020, лидирующие позиции занимают США (21% от общего бюджета страны), Афганистан (15%), Германия (14%), Япония и Армения (по 13%), тогда как Украина, Узбекистан и Россия расходуют 9%, 8% и 7% соответственно.

С 1 января 2019 года в России началась реализация Национального проекта "Здравоохранение", бюджет которого составляет 1 трлн 725 млрд 800 млн рублей. В структуре финансирования предусмотрены средства на борьбу с такими группами заболеваний, как онкологические (969 млрд рублей или 56% от общего финансирования), сердечно-сосудистые (75,2 млрд рублей или 4,3%) и развитие сети национальных медицинских исследовательских центров (63,9 млрд рублей или 3,6%), а также на другие направления здравоохранения, включая создание единого цифрового контура и развитие системы первичной медико-санитарной помощи.

Национальный проект "Здравоохранение" включает девять целевых показателей. К числу основных относятся: снижение смертности от болезней системы кровообращения с 565 случаев на 100 тысяч населения в 2018 году до 450 случаев к 2024 году (уменьшение на 20%); снижение смертности от новообразований, включая злокачественные, с 199,9 случая на 100 тысяч населения до 185 случаев (уменьшение на 7,5% к 2024 году); увеличение охвата

граждан профилактическими медицинскими осмотрами с 39,7% в 2018 году до 70% к 2024 году.

Материалы и методы. Статистика выявляемости заболеваний и фармакоэкономических затрат здравоохранения Российской Федерации.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа были выделены три ключевые группы заболеваний: сахарный диабет, злокачественные новообразования и гипертония. Наблюдается устойчивый рост впервые выявленных случаев с 2005 по 2021 год. Частота выявления сахарного диабета увеличилась с 250 тыс. до 346 тыс. человек (рост в 1,4 раза), а на 100 тыс. населения — с 175 тыс. до 237 тыс. человек (рост в 1,3 раза). Заболеваемость гипертонией возросла с 773 тыс. до 1 447 тыс. человек (увеличение в 1,8 раза), а на 100 тыс. — с 543 тыс. до 992 тыс. человек (также увеличение в 1,8 раза). Выявляемость злокачественных новообразований увеличилась с 443 тыс. до 491 тыс. человек (рост в 1,1 раза), а на 100 тыс. населения — с 311 тыс. до 337 тыс. человек.

Анализ данных по сердечно-сосудистым заболеваниям показал резкий рост выявляемости в 2019 году, что связано с запуском федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в рамках национального проекта «Здравоохранение». Этот проект способствовал снижению числа новых случаев в 2020 году благодаря акценту на профилактику и лечение пациентов с высоким риском.

Ситуация аналогична для злокачественных новообразований: после плавного роста выявляемости с 2005 по 2018 год наблюдается значительное увеличение случаев в 2019 году, после чего, благодаря реализации проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», выявляемость начала снижаться.

Выводы. По представленным данным можно сделать вывод, что затраты на здравоохранение в России не соответствуют идеальным стандартам и составляют лишь малую долю от общих расходов страны. Тем не менее, эти затраты критически важны для уровня выявляемости, профилактики и терапии социально значимых заболеваний. Реализация национального проекта «Здравоохранение», начатого в 2019 году, позволяет наглядно отслеживать статистические изменения и подчеркивает необходимость продолжения данных программ и эффективности бюджетных вложений в здравоохранение.

**СОЦИАЛЬНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

ИВАШКЕВИЧ А.В

Кафедра общей врачебной практики

Институт профессионального образования

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.

Сеченова (Сеченовский университет) Москва, Россия
Научные руководители - д.м.н., профессор Т.Е. Морозова;
д.м.н. А.В. Волнухин

**SOCIAL AND BEHAVIORAL RISK FACTORS FOR CHRONIC
NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG STUDENTS
IN HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS**

IVASHKEVICH A.V

*Department of General Medical Practice
Institute of Professional Education*

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) Moscow,
Russia*

Supervisors – MD, PhD, T.E. Morozova; MD A.V. Volnukhin

Резюме: Хронические неинфекционные заболевания являются одной из ведущих причин смертности в мире и в России. Все большую актуальность они приобретают среди молодежи, включая обучающихся в образовательных учреждениях высшего образования. Особого внимания заслуживают модифицируемые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний - поведенческие и социальные. Их комплексный анализ, с учетом специфики группы населения, необходим для разработки результативных профилактических программ.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, поведенческие факторы, социальные факторы, обучающиеся, молодежь.

Abstract: Chronic non-communicable diseases are one of the leading causes of death in the world and in Russia. They are becoming increasingly relevant among young people, including those studying in higher education institutions. Modifiable risk factors for chronic non-communicable diseases - behavioral and social - deserve special attention. Their comprehensive analysis, taking into account the specifics of the population group, is necessary for the development of effective preventive programs.

Keywords: chronic non-communicable diseases, behavioral factors, social factors, students, youth.

Введение. В последние десятилетия хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) приобрели глобальный характер и стали одним из важнейших вызовов здравоохранению во всём мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), удельный вес ХНИЗ в структуре всех причин смерти составляет более 70%, и этот показатель имеет тенденцию к росту. Согласно официальным статистическим данным, в Российской Федерации вклад ХНИЗ в смертность населения превышает 75%. Несмотря на то, что ХНИЗ развиваются преимущественно в пожилом возрасте, данная проблема становится все более актуальной для молодежи, в том числе для обучающихся в образовательных учреждениях высшего образования. Профилактика ХНИЗ у этой категории населения приобретает особую актуальность, и с этой точки зрения

предметом особого внимания являются модифицируемые факторы риска.

Цель: на основании данных литературы изучить поведенческие и социальные факторы риска ХНИЗ у обучающихся в образовательных учреждениях высшего образования.

Материалы и методы. Были использованы библиографический и аналитический методы исследования. Поиск осуществлялся в базах данных - PubMed, Google Scholar, Elibrary, КиберЛенинка по таким ключевым словам, как "хронические неинфекционные заболевания", "поведенческие факторы", "социальные факторы", "молодежь", "высшее образование" на русском и английском языках. Глубина поиска составила 10 лет.

Результаты

Под ХНИЗ принято понимать группу заболеваний, не передающихся от человека к человеку и характеризующихся длительным течением, медленным развитием патологического процесса, а также возможностью серьёзных осложнений и летального исхода при отсутствии адекватного лечения и профилактики. К ним относятся: сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания); злокачественные новообразования; хронические респираторные заболевания (хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма); сахарный диабет. Кроме биологических факторов окружающей среды и профессиональных развитие ХНИЗ определяют модифицируемые факторы - поведенческие и социальные.

Начало обучения в образовательном учреждении высшего образования ассоциировано с целым рядом значимых изменений, которые происходят в жизни молодого человека, создающих условия для реализации влияния целого ряда негативных поведенческих и социальных факторов. По данным исследований, только 30–40% студентов регулярно потребляют фрукты и овощи в количестве, рекомендованном ВОЗ, предпочитая быстро приготовленные продукты (фастфуд), выпечку, сладкие газированные напитки, что повышает риск метаболических нарушений, избыточной массы тела и ожирения. Лишь 20–25% обучающихся регулярно выполняют физические упражнения в достаточном объеме. Это предрасполагает к увеличению массы тела за счет жировой ткани, развитию сердечно-сосудистых заболеваний и болезней эндокринной системы. Существенная доля лиц молодого возраста курит традиционные сигареты, либо использует электронные средства доставки никотина. Никотиновая зависимость повышает риск сердечно-сосудистых, респираторных и онкологических заболеваний. Эпизодическое употребление алкоголя в количествах, превышающих безопасные, распространённое в молодёжной среде, может стать причиной формирования алкогольной зависимости, которая тесно связана с развитием сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Хронический стресс, связанный с учебной нагрузкой, нередко приводит к дефициту сна, способствуя повышению артериального давления, нарушению обменных процессов, а также развитию тревожных и депрессивных расстройств. Снижение экономического статуса в период обучения напрямую влияет на возможность покупки качественных продуктов питания, абонементов в спортивные залы, на

возможность получать профилактические и лечебные медицинские услуги. Наличие или отсутствие в образовательном учреждении доступной спортивной инфраструктуры и столовых с недорогими блюдами на основе продуктов здорового питания может существенно влиять на формирование здоровых привычек. На осведомлённость и мотивацию студентов к принятию ответственных решений в отношении своего здоровья оказывают влияние и организационная культура образовательного учреждения, и семейные традиции.

Обсуждение. ХНИЗ представляют серьёзную угрозу для здоровья населения во всём мире, в том числе и в Российской Федерации, где они формируют основу структуры заболеваемости и смертности. С точки зрения влияния на здоровье будущей нации, молодёжь, обучающаяся в образовательных учреждениях высшего образования, является группой особого внимания для реализации профилактических мероприятий. Уже проведены исследования, просвещённые изучению факторов риска ХНИЗ среди молодёжи. Однако комплексный подход к решению проблемы ХНИЗ требует более глубокого анализа.

Выводы. Необходимо изучение как общих закономерностей, так и специфических особенностей факторов риска развития ХНИЗ у различных групп молодёжи, в зависимости от уровня и профиля образования, социально-экономического статуса, этнических и других особенностей. Это позволит научно обосновать, разработать и внедрить профилактические программы, направленные на укрепление здоровья лиц молодого возраста и сохранение активного долголетия нации.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

КАЗАКОВА А. Е.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к. м. н. О.В. Полтавцева

TREATMENT OF PAIN SYNDROME IN OUTPATIENT PRACTICE

KAZAKOVA A. E.

Department of polyclinic therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: на современном этапе наиболее востребованными препаратами для купирования болевого синдрома являются нестероидные противовоспалительные препараты. Для лечения нейропатической боли применяются прегабалин, габапентин и дулоксетин.

Ключевые слова: боль, нестероидные противовоспалительные препараты,

нейропатическая боль

Resume: at the present stage, the most popular drugs for pain relief are non-steroidal anti-inflammatory drugs. Pregabalin, gabapentin and duloxetine are used to treat neuropathic pain.

Keywords: pain, non-steroidal anti-inflammatory drugs, neuropathic pain

Введение

Боль является одним из главных поводов для обращения в учреждения первичной медико-санитарной помощи. Адекватная терапия болевого синдрома обуславливает приверженность пациента к лечению. Актуальность данной темы заключается в освещении вопросов современных возможностей купирования болевого синдрома. Цель исследования — изучить лекарственные препараты, которые используются для лечения болевого синдрома в амбулаторной практике.

Материалы и методы

Теоретический анализ современной научной литературы, интернет-ресурсов, анализ и обобщение полученных данных.

Результаты

Поскольку распространенной причиной развития ноцицептивной боли является остеоартроз, на современном этапе наиболее востребованными препаратами для купирования болевого синдрома являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). В настоящее время данная группы включает в себя неселективные и селективные НПВП. К препаратам с выраженной противовоспалительной активностью относятся салицилаты (ацетилсалициловая кислота), производные индолуксусной кислоты (индометацин), производные фенилуксусной кислоты (диклофенак), оксикамы (мелоксикам), производные пропионовой кислоты (ибупрофен, кетопрофен). Примерами препаратов со слабой противовоспалительной активностью являются метамизол натрия (анальгин), производные парааминофенола (парацетамол), производные гетероарилуксусной кислоты (кеторолак).

Габапентин относится к группе антиконвульсантов нового поколения, анальгетический которого эффект реализуется благодаря структурному сходству с гамма-аминомасляной кислотой. Прегабалин обладает противосудорожной активностью, применение препарата приводит к снижению высвобождения нейротрансмиттеров боли. Современные антидепрессанты, являющиеся ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, дулоксетин), не влияют на другие рецепторы, поэтому не имеют побочных эффектов, характерных для amitriptyline.

Обсуждение

Обоснованный подход и выбор врачом подходящего лекарственного препарата позволяют определить тактику ведения пациента с болевым синдромом. Так, ноцицептивная боль возникает при травме, воспалении, ишемии, растяжении тканей. Препаратом выбора при боли слабой и средней интенсивности является парацетамол. При недостаточной эффективности парацетамола назначаются неселективные НПВС.

Нейрогенная боль обусловлена повреждением периферических или центральных структур ноцицептивной системы. Примерами такой боли являются различные нейропатии, например, диабетическая. Прегабалин используется при различных видах нейропатии, наиболее эффективен при диабетической нейропатии — у 50% пациентов. Габапентин лучше переносится больными, хороший анальгетический эффект развивается у 30% пациентов.

Дулоксетин является первым антидепрессантом, в перечень показаний к назначению которого включена и нейропатическая боль. Доказана его эффективность при лечении диабетической нейропатии и фибромиалгии.

Выводы

В настоящее время в практической деятельности врача имеется широкий спектр лекарственных препаратов для решения данной клинической ситуации, что требует обоснованного подхода к выбору тактики ведения пациента с болевым синдромом.

ПРОФИЛАКТИКА ПИЕЛОНЕФРИТА, ФОРМИРОВАНИЕ ЗОЖ НАСЕЛЕНИЯ.

КАМЕНСКАЯ О.В., ПУГОЕВА А.А.

Кафедра поликлинической терапии

*Кемеровского государственного медицинского университета,
г. Кемерово*

Научный руководитель: д.м.н., доцент, заведующий кафедрой
поликлинической терапии Т.Е. Помыткина

PREVENTION OF PYELONEPHRITIS, FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE OF THE POPULATION.

KAMENSKAYA O. V., PUGOEVA A. A.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor, Head of the Department
of Polyclinic Therapy, T.E. Pomytkina.

Резюме: В статье рассматриваются основные пути профилактики пиелонефрита, формирование здорового образа жизни «ЗОЖ» населения.

Ключевые слова: профилактика пиелонефрита, здоровый образ жизни, пиелонефрит.

Abstract: The article discusses the main ways to prevent pyelonephritis, the formation of a healthy lifestyle of the population.

Keywords: prevention of pyelonephritis, healthy lifestyle, pyelonephritis.

Введение На сегодняшний день пиелонефрит является актуальной проблемой нефрологии. По частоте заболеваний он занимает первое место среди патологий почек и мочевыводящих путей.

Патоморфологические данные о частоте выявления пиелонефрита во время вскрытий, по данным зарубежных и отечественных авторов, свидетельствуют о выявлении пиелонефрита у каждого 10-12 умершего, при этом в большинстве случаев заболевание не было распознано при жизни пациента. В 2,5% всех вскрытий он является основной причиной смерти. Распространенность заболевания составляет 19 на 1000 взрослого населения, поэтому профилактическая медицина является важной частью в борьбе с пиелонефритом.

Состояние среды обитания и образ жизни человека определяют здоровье населения. Все эти факторы при загрязнении оказывают негативное влияние, способствуют возникновению заболеваний.

В настоящее время ведущая роль принадлежит профилактике заболеваний мочеполовой системы, которая играет особую роль в улучшении здоровья населения. Государство уделяет огромное значение социально - экономическим и медицинским мероприятиям, направленным на профилактику. Профилактические мероприятия основываются на гигиенических, биологических, социальных исследованиях качества жизни.

Материал и методы исследования На основе анализа научных публикаций отечественных и зарубежных авторов, были проанализированы различные исследования в области профилактики пиелонефрита, а также формирования «ЗОЖ» населения.

Результаты и их обсуждение В Кемеровской области действует пропагандистская система, нацеленная на рекламу, публикации в прессе, пропаганду здорового образа жизни на радио и телевидении - все это меры профилактики заболеваний.

Важнейшим условием являются разработки и внедрение программ профилактики данных о структуре нефрологической заболеваемости учетом внешних и внутренних факторов.

Изменение образа жизни - это один из действенных способов первичной профилактики пиелонефрита. В целях борьбы с неблагоприятными факторами необходимы отказ от курения, борьба с ожирением и приемом НПВП без показаний, а также подбор рациональной диеты. Совокупность этих принципов является эффективным способом профилактики и торможения прогрессирования болезней почек.

Для профилактики пиелонефрита рекомендуется: избегать переохлаждения; своевременно лечить воспалительные процессы в организме (ОРЗ, мочеполовые, зубные инфекции); пить достаточно жидкости; обращаться к врачу при проблемах с мочеиспусканием; пациентам с сахарным диабетом — компенсировать нарушения углеводного обмена диетой или препаратами.

Для профилактики осложнений при инфекциях мочевыводящей системы рекомендовано:

- Своевременное лечение инфекций. Так как пиелонефрит часто развивается из-за распространения очага инфекции из мочевого пузыря или уретры, важно своевременно проходить антибактериальную терапию и не заниматься самолечением.

- Коррекция пороков развития. Если отток мочи нарушен из-за особенностей анатомического строения, вследствие травм или послеоперационных осложнений, рекомендована хирургическая коррекция из-за высокого риска развития пиелонефрита.

- Наблюдение в динамике и превентивная терапия. Людям, которые находятся в группе риска по пиелонефриту, положено регулярно проверять мочу на наличие бактерий.

Выводы В заключение следует отметить, что медицинская профилактика имеет жизненно важную роль в борьбе с пиелонефритом во всём мире, позволяет увеличить продолжительность и качество жизни пациентов.

ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ПРИЕМОМ БАД

КЛИМЕНКОВА А.В., ТАРАСОВА Д.В.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научные руководители – д.м.н., доцент Т. Е. Помыткина,

к.м.н., доцент Н. В. Шатрова

HEPATOTOXICITY CAUSED BY TAKING DIETARY SUPPLEMENTS

KLIMENKOVA A.A., TARASOVA D.V.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisors – MD, PhD T.E. Pomytkina,

Ph.D., Associate Professor N. V. Shatrova

Резюме: Считается, что более 50 % взрослого населения во всем мире используют биологически активные добавки (БАД), чья гепатотоксичность однако до сих пор остается недооцененной. Так вследствие продолжительного приема БАД могут происходить необратимые структурные и функциональные изменения печени, вплоть до развития летального гепатита. Их использование не подлежит строгому предпродажному тестированию и регулированию, поэтому их ингредиенты не определены, нет контроля качества или доказательств их эффективности и безопасности. Всё вышеперечисленное подтверждает важную проблему, связанную с их потреблением.

Ключевые слова: биологически активные добавки, БАД, гепатотоксичность.

Abstract: It is estimated that more than 50% of the adult population worldwide uses dietary supplements, but their hepatotoxicity is underestimated. Thus, because of prolonged intake of dietary supplements, irreversible structural and functional changes in the liver can occur, up to the development of fatal hepatitis. Their use is not subject to strict pre-sale testing and regulation, so their ingredients have not been identified and there is no quality control or evidence of their effectiveness and safety. All the above

confirms an important problem related to their consumption.

Keywords: Biologically Active Additives, БАА, hepatotoxicity

Введение

Биологически активные добавки (БАД) — биологически активные вещества и их композиции, предназначенные для непосредственного приёма с пищей или введения в состав пищевых продуктов. БАД широко потребляются во всем мире, несмотря на недоказанную эффективность. Они легкодоступны и могут быть приобретены не только без рецепта, но и без консультации лечащего врача, ведь юридически не относятся к лекарствам.

Материалы и методы

Для изучения современных представлений о потенциальном ущербе здоровью при употреблении БАД был проведен поиск литературы в базах данных PubMed, NLM-NCBI, журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология».

Результаты

За последние десятилетия значительно возросло использование травяных добавок, натуральных продуктов и альтернативных лекарств. Недавние опросы показывают, что пандемия COVID-19 привела к всплеску популярности некоторых пищевых добавок, особенно тех, что рекламируются как оптимизирующие иммунную функцию: бузина, витамин С, витамин D3, цинк и т. д. Доступность, возможность получить большое количество «полезных» веществ, а также стигма безопасности, существующая в массовом сознании, связанная с принадлежностью ингредиентов к природным, а, значит, полезным и не несущим угрозы веществам, делает рынок БАД потенциально опасным для здоровья потребителя. Уже известны несколько случаев, описанных как в отечественной, так и в зарубежной литературе, где потребление БАД привело к развитию токсического гепатита, требующего пересадки печени, и более того к летальным исходам.

Обсуждение

Считая БАД безопасными, пациенты используют их для профилактики и лечения заболеваний, снижения веса, поддержания здоровья. В отличие от лекарств, к производству и контролю их качества многие производители относятся довольно халатно. БАД часто содержат несколько действующих веществ, не всегда в полном объеме отраженных на этикетке, что вместе с неизученным механизмом поражения печени затрудняет диагностику БАД-индуцированных токсических гепатитов. Помимо отсутствия специфических биомаркеров, свидетельствующих о причинно-следственной связи между компонентами БАД и поражением гепатоцитов, нельзя не отметить и нежелание пациентов упоминать БАД при ответе на вопрос о регулярно принимаемых препаратах, на чем врачи в свою очередь могут прицельно не фокусировать внимание больного.

Выводы

Повреждения печени лекарственного генеза являются одной из важных

проблем современного здравоохранения. В настоящее время растет осведомленность о потенциальной гепатотоксичности, связанной с употреблением различных пищевых добавок. Клинические наблюдения и исследования убедительно продемонстрировали, что растительные средства могут вызвать широкий спектр повреждений печени. Принимая во внимание широкое распространение потребления БАД и их потенциальную вредность, необходимы более строгие правила их производства и реализации, включая точную идентификацию действующих веществ с указанием перечня ингредиентов на упаковке, токсикологические испытания и обязательный отчет о возможных побочных эффектах.

АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

МЕДВЕДЕВА А.Д., ИГНАТЬЕВА Д.Д.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Шатрова

ANTIPLATELET THERAPY AS A SECONDARY PREVENTION OF COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS

MEDVEDEVA A.D., IGNATIEVA D.D.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor – Ph.D., Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Сахарный диабет (СД) существенно повышает риск сердечно-сосудистых осложнений в результате нарушений в системе гемостаза и повышенной тромботической активности. Антитромбоцитарная терапия играет ключевую роль во вторичной профилактике. Приверженность к кардиопротективным препаратам у пациентов с СД зависит от уровня гликемического контроля. Комбинированная терапия, включающая использование антитромбоцитарных средств, может оптимизировать результаты лечения, особенно у пациентов с плохим контролем глюкозы.

Ключевые слова: сахарный диабет, вторичная профилактика, сердечно-сосудистые осложнения, антитромбоцитарная терапия, аспирин, клопидогрел.

Resume: Diabetes mellitus significantly increases the risk of cardiovascular complications as a result of disorders in the hemostasis system and increased thrombotic activity. Antiplatelet therapy plays a key role in secondary prevention. Adherence to cardioprotective drugs in patients with diabetes depends on the level of glycemic control. Combination therapy, including the use of antiplatelet agents, can optimize treatment outcomes, especially in patients with poor glucose control.

Keywords: diabetes mellitus, secondary prevention, cardiovascular complications, antiplatelet therapy, aspirin, clopidogrel.

Введение

Сахарный диабет является независимым фактором риска развития атеротромботических осложнений. Гипергликемия провоцирует дисфункцию тромбоцитов, эндотелия и усиливает воспаление, что приводит к агрессивному течению атеросклероза. Вторичная профилактика у таких пациентов требует не только коррекции метаболических нарушений, но и применения антитромбоцитарных препаратов для снижения риска тромбообразования. Анализ современных исследований позволяет определить оптимальные стратегии терапии, учитывающие особенности пациентов с СД.

Материалы и методы исследования

Проведен поиск, обработка и анализ данных из разных источников научной информации по теме применения антитромбоцитарной терапии у больных сахарным диабетом. Использованы системный и научный подходы, методы синтеза, обобщения и сравнения.

Результаты и их обсуждение

Исследование, проведенное среди 14517 ветеранов США, перенесших первый инфаркт миокарда (ИМ), показало, что пациенты с СД (52%) демонстрируют повышенную приверженность к приему кардиопротективных препаратов в течение первого года по сравнению с пациентами без СД (48%). Однако ключевым фактором, влияющим на приверженность, оказался уровень гликемического контроля. У пациентов с $HbA_{1c} \geq 9\%$ приверженность к кардиопротекции была ниже, чем у лиц с HbA_{1c} 6–6.9%. Соответственно, плохой контроль глюкозы связан не только с прогрессированием осложнений, но и с нарушением соблюдения терапии. HbA_{1c} при госпитализации по поводу ИМ может служить маркером для выявления пациентов, нуждающихся в дополнительных вмешательствах для улучшения приверженности.

Метаанализ клинических исследований подтверждает, что антитромбоцитарная терапия является основой вторичной профилактики у пациентов с СД. Аспирин в дозах 75-325 мг/сутки снижает риск повторных ИМ на 28% и демонстрирует эффективность даже при первичной профилактике у лиц с высоким риском, однако его действие может быть менее выраженным у пациентов с плохим гликемическим контролем из-за повышенной резистентности тромбоцитов.

Клопидогрел показал преимущество перед аспирином: у пациентов с СД он снижал частоту сердечно-сосудистых событий на 21% при лечении пероральными сахароснижающими средствами и на 37% при инсулинотерапии. Комбинация аспирина и клопидогрела уменьшала риск смерти, ИМ и инсульта на 20% у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), включая лиц с СД. Важно, что клопидогрел сохраняет эффективность даже при гипергликемии в отличие от аспирина. Блокаторы $GP IIb/IIIa$ (например, тирофибан) также демонстрируют пользу у пациентов с СД и ОКС, снижая 30-дневную смертность на 36%. При комбинации аспирина и клопидогрела необходима предварительная оценка риска

кровотечений для подбора эффективных доз. Современные рекомендации подчеркивают необходимость пожизненного приема аспирина (75-160 мг/сутки) у пациентов с СД и установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями. При острых состояниях или высоком риске рецидивов предпочтительна комбинация с клопидогрелем на срок до 12 месяцев.

Выводы

Антитромбоцитарная терапия является основным элементом вторичной профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СД. Оптимизация гликемического контроля и индивидуальный подбор препаратов (аспирин, клопидогрел, блокаторы GP IIb/IIIa) позволяют значительно снизить риск тромботических осложнений. Дальнейшие исследования направлены на преодоление резистентности к терапии у пациентов с декомпенсированным СД и разработку персонализированных схем лечения.

СРАВНЕНИЕ РУЧНОГО ВВОДА ДАННЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

МИШИН В.О., ПОПОВА Е.С.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Т.Е. Помыткина

COMPARISON OF MANUAL DATA ENTRY AND MEDICAL INFORMATION SYSTEMS

MISHIN V.O., POPOVA E.S.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, Assoc. Prof. T.E. Pomytkina

Резюме: В последние десятилетия здравоохранение перетерпело значительные изменения, связанные с внедрением новых технологий и методов управления медицинской информацией. Одним из наиболее заметных трендов стало использование медицинских информационных систем, которые постепенно заменяют традиционные бумажные формы ввода данных.

Ключевые слова: медицинские информационные системы, документооборот, медицинские карты, данные, оптимизация.

Abstract: In recent decades, healthcare has undergone significant changes associated with the introduction of new technologies and methods for managing medical information. One of the most noticeable trends has been the use of medical information systems (MIS), which are gradually replacing traditional paper forms of data entry.

Keywords: medical information systems, document management, medical records, data, optimization.

Введение

Актуальность данной работы обусловлена необходимостью оптимизации процессов управления медицинской информацией в условиях растущих объемов данных и требований к качеству медицинских услуг.

Материалы и методы

Решение поставленных в работе задач осуществлялось на основе анализа существующих литературных данных из общедоступных источников, таких как PubMed, BMC Medical Research Methodology, новостные медицинские источники, приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Результаты

В ходе данной работы был сформирован вывод о превосходстве использования МИС над ручным вводом данных, а также тот факт, что у медицинских информационных систем больше преимуществ, чем недостатков.

Обсуждение

Медицинская информационная система (МИС) — система автоматизации документооборота для медицинских учреждений, в которой объединены система поддержки принятия врачебных решений, электронные медицинские карты, данные медицинских исследований в цифровой форме, средства общения между сотрудниками, финансовая и административная информация. Основной задачей МИС является обеспечение оперативного доступа персонала к актуальной информации с рабочего места любому специалисту данного учреждения с учетом прав доступа.

Базовые МИС нацелены на поддержку процессов работы конкретного учреждения. Специализированные МИС могут включать системы, обеспечивающие интеграцию данных между несколькими учреждениями. Стоит отметить, что на начальных этапах внедрение МИС может быть значительно затратным, но в долгосрочной перспективе есть выгода за счет сокращения времени обработки данных и снижения нагрузки на персонал.

В одном из исследований, сравнительный анализ методов сбора данных в медицинских исследованиях, включающих электронные и бумажные формы, показывает, что преимущества электронных лежат не только в удобстве, но и в качестве собираемой информации.

Индийские ученые в 2023 году опубликовали статью, целью которой было исследование оценки удобства использования новой автономной системы безбумажного электронного ввода данных и ручной ввод. Вывод, сделанный в результате исследования, рекомендует использовать этот метод.

Как и у любого программного обеспечения, у МИС есть свои преимущества и недостатки. Среди *преимуществ* можно выделить сокращение числа ошибок, непроизводительного времени работы с документацией, экономию за счет снижения числа повторных и необоснованных исследований и затрат на лекарственные препараты и изделия, увеличение пропускной способности медицинского учреждения, уменьшение случаев неоплаты или несвоевременной оплаты счетов за пролеченных больных.

Недостатки: зависимость от подключения к сети Интернет и отсутствие контроля резервных копий базы данных, высокая стоимость на этапе внедрения и

необходимость обслуживать сервера, риски взлома и утечки данных, дополнительное обучение сотрудников. Стоит отметить, доступ ко всей необходимой информации должен быть максимально открыт для возможности принятия наиболее оперативных и оптимальных решений. Подобные сведения имеют прямое отношение к конфиденциальной информации о персональных данных пациентов, регулируемых положениям статей 23 и 24 Конституции РФ, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Выводы

Внедрение электронных документооборота и делопроизводства как основы системы электронной медицины позволяет результативно функционировать коммуникационному каналу предоставления соответствующих данных: о состоянии пациента, предписанном лечении, диагностике и мониторинге динамики происходящего процесса лечения, для чего и происходит постепенный переход от бумажных носителей к рутинному использованию медицинских информационных систем.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

МИШЕНИНА А.Д., ВЛАДИМИРОВА В.О

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель - д.м.н., доцент Т.Е. Помыткина

DIAGNOSIS, TREATMENT AND SECONDARY PREVENTION OF HYPERTENSION DISEASE

MISHENINA A.D., VLADIMIROVA V.O.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor T.E. Pomytkina

Резюме: Гипертоническая болезнь является одной из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, характеризующейся постоянным повышением артериального давления. Эффективная диагностика и лечение гипертонической болезни имеют ключевое значение для снижения риска осложнений, таких как инсульт, инфаркт миокарда и сердечная недостаточность.

Ключевые слова: Гипертоническая болезнь, диагностика и лечения заболевания, артериальное давление.

Summary: Hypertension is one of the most common cardiovascular diseases characterized by a constant increase in blood pressure. Effective diagnosis and treatment

of hypertension is key to reducing the risk of complications such as stroke, myocardial infarction, and heart failure.

Key words: Hypertension, diagnosis and treatment of the disease, blood pressure.

Гипертоническая болезнь - хроническое заболевание, характеризующееся стойким повышением артериального давления (АД) $\geq 140/90$ мм.рт.ст. при повторных измерениях.

Важность ранней диагностики и назначенного правильного лечения : предотвращение развития и прогрессирования осложнений, а также улучшение качества жизни пациента.

Цель исследования - изучить своевременную диагностику, снижение прогрессирования поражения органов-мишеней и ухудшения качества жизни, подбор гипотензивной терапии.

Материалы и методы исследования. Медицинская литература. Клинические рекомендации по Гипертонической болезни.

Результаты и обсуждения.

I. Диагностика гипертонической болезни:

Методы диагностики:

1. Измерение АД:

Офисное измерение АД (правила измерения).

Суточное мониторирование АД (СМАД): оценка динамики АД в течение суток, выявление "гипертонии белого халата", ночной гипертонии.

Самостоятельное измерение АД пациентом (СИМАД): контроль эффективности лечения.

2. Сбор анамнеза:

Выявление факторов риска (наследственность, возраст, пол, курение, ожирение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, стресс, избыточное потребление соли).

Оценка сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, дислипидемия, заболевания почек).

Выявление симптомов поражения органов-мишеней (головные боли, головокружение, ухудшение зрения, боли в области сердца, одышка, отеки).

3. Физикальное обследование:

Оценка общего состояния.

Измерение АД на обеих руках.

Аускультация сердца и легких.

Пальпация периферических артерий.

Осмотр глазного дна.

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови и мочи.

Биохимический анализ крови (глюкоза, липидный профиль, креатинин, калий, натрий).

Определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Электрокардиограмма (ЭКГ).

Инструментальные исследования:

Эхокардиография (ЭхоКГ): оценка структуры и функции сердца.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек.

При необходимости: рентгенография органов грудной клетки, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, МРТ головного мозга.

4. Дифференциальная диагностика: Исключение вторичных форм гипертонии (заболевания почек, эндокринные заболевания, коарктация аорты, лекарственная гипертензия).

Стратификация риска: Определение общего сердечно-сосудистого риска (ССР) на основе факторов риска, уровня АД и наличия поражения органов-мишеней.

II. Лечение гипертонической болезни:

Цели лечения:

Снижение АД до целевых значений (обычно < 140/90 мм рт. ст., у пациентов с сахарным диабетом и ХБП – < 130/80 мм рт. ст., у пожилых - индивидуально).

Основные направления лечения:

Немедикаментозные методы:

Изменение образа жизни: снижение массы тела, ограничение потребления соли, умеренная физическая активность, отказ от курения и злоупотребления алкоголем, соблюдение диеты (DASH-диета).

Медикаментозная терапия:

Индивидуальный подбор препаратов с учетом возраста, сопутствующих заболеваний, эффективности и переносимости.

Основные классы антигипертензивных препаратов:

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ).

Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА).

Бета-адреноблокаторы (БАБ).

Блокаторы кальциевых каналов (БКК).

Диуретики (тиазидные, петлевые, калийсберегающие).

Комбинированная терапия: часто необходима для достижения целевого АД.

Титрование дозы и контроль эффективности лечения.

Лечение вторичных форм гипертонии: Устранение или коррекция основной причины.

Особые клинические ситуации: Лечение ГБ при беременности, у пожилых, при сопутствующих заболеваниях.

III. Вторичная профилактика гипертонической болезни:

Цель: Предотвращение повторных сердечно-сосудистых событий (инсульт, инфаркт), прогрессирования поражения органов-мишеней и ухудшения качества жизни.

Основные направления:

Строгое соблюдение рекомендаций врача: Прием назначенных лекарств, соблюдение диеты, поддержание оптимального уровня физической активности.

Регулярный контроль АД: Самостоятельное измерение АД и посещение врача.

Контроль факторов риска: Коррекция дислипидемии, контроль уровня глюкозы в

крови (при сахарном диабете), отказ от курения и злоупотребления алкоголем.

Реабилитационные мероприятия: После перенесенных сердечно-сосудистых событий.

Образовательные программы для пациентов: Повышение осведомленности о гипертонической болезни и способах ее контроля.

Психологическая поддержка: Снижение уровня стресса и тревожности.

Раннее выявление и лечение сопутствующих заболеваний: Особенно заболеваний почек и сердечной недостаточности.

Оптимизация антитромботической терапии: При наличии показаний (например, после инфаркта миокарда или инсульта).

Выводы.

Эффективная диагностика, лечение и вторичная профилактика гипертонической болезни являются ключевыми факторами в снижении заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Активное участие пациента в процессе лечения, соблюдение рекомендаций врача и контроль факторов риска играют важную роль в достижении благоприятного прогноза.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ МИХАЛЬЦОВА О.Ю.

Кафедра поликлинической терапии

*Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемерово, Россия*

Научные руководители – д.м.н., доцент Т. Е. Помыткина,
к.м.н., доцент Н. В. Шатрова

ANALYSIS OF THE WORK OF THE DAY HOSPITAL OF THE POLYCLINIC MIKHALTSOVA O.YU.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisors – MD, PhD T.E. Pomytkina,
Ph.D., Associate Professor N. V. Shatrova

Резюме: Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Ключевые слова: поликлиника, дневной стационар, годовой отчет, терапевт

Abstract: The day hospital is a structural subdivision of a medical organization providing primary health care, and is organized to carry out therapeutic and diagnostic measures for diseases and conditions that do not require round-the-clock medical

supervision.

Keywords: polyclinic, day hospital, annual report, therapist

Введение

Предпосылками для создания дневного стационара послужили ограниченные финансовые ресурсы, выделяемые на здравоохранение, тенденция удорожания стационарного лечения, отказ от госпитализации некоторых пациентов по различным причинам (семейным, производственным и т. д.).

Дневной стационар является промежуточным звеном между амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощью в отношении пациентов, которые не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении. Обязательным и необходимым условием для госпитализации в дневной стационар является предварительное полное обследование больного в соответствии с медицинскими стандартами для данной патологии.

Основным документом для понимания и анализа работы дневного стационара является Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н (ред. от 30.09.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Организация работы дневного стационара поликлиники ГАУЗ ККБ СМП им. Подгорбунского.

Отделение рассчитано на 12 коек (3 палаты по 4 койки).

Кроме палат в отделении располагаются:

1. Кабинет заведующего дневным стационаром.
2. Кабинет врача-терапевта.
3. Процедурный кабинет.
4. Пост медицинской сестры.
5. Служебная комната для пациентов.
6. Служебная комната для персонала.
7. Палата ЦАОП (центр амбулаторной онкологической помощи).

Материалы и методы:

1. Медицинская информационная система «Аметист» для сбора статистических данных.

2. Анализ, изучение и обобщение имеющихся данных.

3. Сравнительная характеристика имеющихся данных.

Результаты и их обсуждение:

Всего в период с 01.01.2024 г. по 31.12.2024 г. в ГАУЗ ККБ СМП им. Подгорбунского пролечено 845 больных.

Наиболее распространенные нозологии для лечения в дневном стационаре ГАУЗ ККБ СМП им. Подгорбунского:

1. 332 пролеченных - полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы, болезни нервно-мышечного синапса и мышц,

церебральный паралич и другие паралитические синдромы, другие нарушения нервной системы.

2. 224 пролеченных - другие цереброваскулярные болезни, поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках, последствия цереброваскулярных болезней, атеросклероз.
3. 121 пролеченных - дорсопатии.

По количеству к/дней более длительные по лечению:

1. 9,80 к/дней: другие цереброваскулярные болезни, поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках, последствия цереброваскулярных болезней, атеросклероз.
2. 9,14 к/дней: сахарный диабет I типа.
3. 9,07 к/дней: бронхиальная астма.

На приемах специалистов было выявлено большое количество больных, кому была необходима медицинская помощь, оказываемая в дневном стационаре.

Выводы:

Необходимо реализовать комплекс мероприятий по оптимизации лечебно-диагностического процесса в поликлинике, направленного на снижение уровня заболеваемости и расширение реабилитационных возможностей. Необходимо обеспечить регулярные и доступные физические нагрузки (лечебная физкультура, бассейн), внедрить школы здорового образа жизни.

ОТРАБОТКА ГИБКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВО ВНЕАУДИТОРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ПРОЕКТЕ «ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ НСО» НАУРСБАЕВА М.О.

*Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия*
Научный руководитель – д.м.н., доцент А.А. Попова

DEVELOPMENT OF FLEXIBLE COMPETENCIES IN THE EXTRACURRICULAR SPACE OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS IN THE PROJECT "MEDICAL EXAMINATION OF THE NSO POPULATION" NAURSBAYEVA M.O.

*Department of Polyclinic Therapy and General Medical Practice Novosibirsk State
Medical University, Novosibirsk, Russia*
Scientific supervisor – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor A.A. Popova

Резюме: Отработка гибких компетенций во внеаудиторном пространстве через участие обучающихся медицинского университета в проекте «Диспансеризация населения НСО» представляет собой уникальную возможность развивать навыки, необходимые для успешной профессиональной деятельности.

Ключевые слова: гибкие компетенции, диспансеризация населения, профессиональные навыки.

Abstract: The development of flexible competencies in the extracurricular space

through the participation of medical university students in the project "Medical examination of the NSO population" is a unique opportunity to develop the skills necessary for successful professional activity.

Keywords: flexible competencies, medical examination of the population, professional skills.

Введение: В настоящее время современные специалисты, особенно в сфере здравоохранения, должны обладать не только знаниями, эмоциональным интеллектом, но и умением коммуницировать и выстраивать позитивные отношения с коллегами, пациентами, их родственниками, владеть навыками критического мышления, принятия ответственного, нестандартного решения тех или иных задач; быть способным к саморазвитию и развитию в собственной профессиональной деятельности. Все это еще называют «мягкими навыками» или «softskills». «Гибкие» или «мягкие» навыки (англ. soft skills) – это «комплекс неспециализированных, важных для карьеры надпрофессиональных навыков, которые отвечают за успешное участие в рабочем процессе, высокую производительность и являются сквозными, то есть, не связаны с конкретной предметной областью» так описывают термин soft skills зарубежные исследователи тенденций молодых людей. Существуют следующие методы формирования и совершенствования «гибких» навыков: самообучение — самостоятельное изучение необходимой информации о моделях успешного поведения и универсальных навыках (чтение литературы, самостоятельное изучение различных материалов); поиск обратной связи (feedback) — получение обратной связи от одноклассников, преподавателей об успешности своего поведения в аспекте конкретных навыков; обучение на опыте других — выделение моделей успешного поведения в работе человека, обладающего высоким уровнем развития социальных компетенций; специальные задания — упражнения, развивающие определенные компетенции, воспитывающие выбранные личностные качества или, наоборот, утилизирующие вредные привычки; развитие в процессе работы — поиск и освоение более эффективных моделей поведения при решении профессиональных задач или при выполнении отдельных заданий в процессе обучения.

Цель исследования: определение значимости привлечения студентов медиков в систему оказания медицинской помощи сельскому населению с кадровой нехваткой медицинского персонала в центральных районных больницах НСО, а также формирование представления о будущей работе в поликлинике с помощью вовлечения в реальную практику с отработкой гибких навыков.

Материалы и методы: контент-анализ, статистический, социологический.

Результаты и обсуждение: Сегодняшний студент медицинского вуза должен уже на этапе обучения хорошо представлять свою будущую профессиональную деятельность, особенно если учесть, что значительная часть выпускников должна сразу после окончания университета прийти на работу в первичное звено. Врач терапевт, работающий в первичном звене как раз, кроме больших знаний должен в полной мере владеть и «гибкими» навыками, которые

необходимо осваивать уже во время обучения в университете. Такая возможность есть в Новосибирском государственном медицинском университете. Летом 2024 года НГМУ при поддержке Министерства здравоохранения НСО запустил пилот проекта «Медицинский десант», направленный на выполнение программы, связанной с диспансеризацией населения НСО. Проект охватил 2 района Новосибирской области – Колыванский и Черепановский. Проект имеет следующие задачи: знакомство студентов с современными условиями работы в сельской местности; формирование мотивации к трудоустройству в поликлиническом звене после окончания обучения; отработка гибких навыков и приобретение практических навыков работы среднего медицинского персонала и врачей первичного звена. В рамках участия в реализации проекта «Медицинский десант» направленного на программу диспансеризации населения НСО, мы поставили перед собой цель и обучающую, а именно - формирование представления о будущей работе в поликлинике с помощью вовлечения в реальную практику с отработкой гибких навыков. В пилоте приняло участие 8 студентов НГМУ. Среди них закончившие 5 курс – 1 чел., 4 курс – 1 чел., и 3 курс – 6 чел. Студенты трудились в период с 8.07 – 25.08. 2024 в Черепановской и Колыванской больницах. Больницы предоставили комфортные условия для проживания и работы. В зависимости от окончившего курса обязанности ребят были разные. 3 курс выполнял: анкетирование, антропометрию, измерение АД, определение уровня глюкозы, запись ЭКГ; 4-5 курсы кроме этого работал в МИС, открывал и заполнял карты диспансеризации; также студенты участвовали в составе выездных бригад в ФАП. В итоге Колыванском районе 7 тыс. прошли диспансеризацию, по плану на 2024 год – 9 324 человека. Был выявлен ряд часто встречающихся заболеваний: АГ, СД, ожирение, хронический гастрит, хроническая болезнь кишечника. В Черепановском районе по данным июля 2024 года: число лиц в трудоспособном возрасте, прошедших диспансеризацию определенных групп взрослого населения – 6454, число лиц, прошедших ПМО 930. Заболевания, выявленные при проведении ПМО: туберкулез органов дыхания – 6, ЗНО – 133; болезни органов дыхания 268, среди них бронхит – 77, другая хроническая обструктивная легочная болезнь – 146; болезни органов пищеварения – 337, среди них язва желудка и двенадцатиперстной кишки 21, гастрит и дуоденит 195, прочие 625; болезни системы кровообращения – 4349, среди них болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 3966, ишемические болезни сердца 171, цереброваскулярные болезни 88. Определены группы здоровья: I - 693, II – 1412, IIIА – 4257, IIIБ – 1021.

Выводы: Таким образом, опыт практической деятельности при проведении диспансеризации населения в НСО позволил студентам: окунуться в работу поликлинического звена; приобрести практические и коммуникативные навыки; отработать навыки общения с пациентами; помочь ЛПУ охватить большее число пациентов в рамках диспансеризации. Это позволило выявить на ранних стадиях ряд онкологических заболеваний, а также хронических неинфекционных заболеваний; возможность трудоустроиться в эту же ЦРБ после окончания обучения.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

НЕКРАСОВА М.Н., ИВАНКО Д.А.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – д.м.н., Т.Е. Помыткина

TOPICAL ISSUES OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

NEKRASOVA M.N., IVANKO D.A

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor MD, PhD, T.E. Pomytkina

Резюме: Оценена распространённость синдрома поликистозных яичников у девушек репродуктивного возраста. Произведена оценка профилактики и лечения у лиц с данным заболеванием. Оценены факторы риска и связь с сопутствующими заболеваниями.

Ключевые слова: Синдром поликистозных яичников, бесплодие, наследственность, образ жизни.

Abstract: The prevalence of polycystic ovary syndrome in women of reproductive age was estimated. The evaluation of prevention and treatment in people with this disease was carried out. Risk factors and association with concomitant diseases, genetic predisposition were assessed.

Keywords: Polycystic ovary syndrome, infertility, predisposition, lifestyle

Введение: Актуальность такого заболевания, как синдром поликистозных яичников (СПКЯ) стала очень распространена среди девушек репродуктивного возраста. СПКЯ встречается у 5-10% пациенток с бесплодием. Данное заболевание связано с эндокринно-обменными нарушениями и приводит к сбою менструальной и репродуктивной функциям. Патогенез СПКЯ остается чрезвычайно сложным и до конца не изученным. Большую роль играет половое созревание девушки, экология, сопутствующие заболевания эндокринной системы, наследственность, большая роль отводится стрессу.

Цель: Выявить факторы риска, приводящие к возникновению СПКЯ.

Материал и методы: Составлена анкета по следующим параметрам: возраст, первые менархе, регулярность менструаций, начало половой жизни, уровень стресса, физическая активность. В анкетировании приняли участие 30 девушек. Из всех участников у 9 девушек был выставлен диагноз СПКЯ.

Результаты и их обсуждение: На основании данных анкетирования были выявлены следующие результаты: возраст девушек составил 24 (± 2) года. Первые менархе в возрасте 12 (± 1) лет. 18 девушек (60%) отмечали нерегулярный менструальный цикл. Половая жизнь началась в возрасте 18 (± 2) лет. Уровень

стрессовых ситуаций у 22 (73,3%) девушек был повышен. Физическая активность у 20 девушек (66,6%) была ниже среднего.

В исследовании были рассмотрены важные аспекты жизни, которые влияют на появление выше рассматриваемого заболевания. По результатам опроса, все девушки с СПКЯ отмечали поздние менархе, нерегулярный менструальный цикл, позднее начало половой жизни в 19 (± 1) лет, большой уровень стресса и низкую физическую активность.

Выводы. Как уже упоминалось ранее, СПКЯ имеет большую распространенность среди девушек репродуктивного возраста. Уровень заболеваемости растёт ежегодно.

Мы сделали вывод, что этому способствуют большое количество факторов. Одним из них, а так же наиболее значимым является поддержание физической активности и ведение здорового образа жизни. Вторым, не менее важным фактором, является заблаговременное проведение необходимых обследований.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ПОДАГРА: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ПЛАТОНОВА А.Е., ПЕШКИЧЕВА А.Д.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

Научный руководитель – Мозес Кира Борисовна

IDIOPATHIC GOUT: FEATURES OF PATIENT MANAGEMENT IN OUTPATIENT PRACTICE

PLATONOVA A.E., PESHKICHEVA A.D.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – Moses Kira Borisovna

Резюме: В статье представлены особенности ведения пациентов с подагрой в амбулаторной практике, в том числе данные о причинах развития подагры, методах диагностики, особенностях клинической картины и лечении. Приведено описание клинического случая, который демонстрирует течение подагры у молодого мужчины без лечения, а также подчеркивает необходимость раннего обращения к терапевту при возникновении суставного и болевого синдромов.

Ключевые слова: идиопатическая подагра, гиперурикемия, диагностика и лечение подагры, клинический случай.

Resume: The article presents the features of the management of patients with gout in outpatient practice, including data on the causes of gout, diagnostic methods, clinical features and treatment. The description of a clinical case is given, which demonstrates the course of gout in a young man without treatment,

and also emphasizes the need for early access to a therapist in case of joint and pain syndromes.

Key words: idiopathic gout, hyperuricemia, diagnosis and treatment of gout, clinical case.

Введение

Подагра – хроническое аутовоспалительное системное тофусное заболевание, из группы микрокристаллических артритов, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия в различных органах и тканях и развивающимся в связи с этим воспалением, у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами. Хроническая ГУ - главный фактор риска подагры. Согласно рекомендации Европейской антиревматической лиги по диагностике подагры (2016 г.) предполагается считать гиперурикемией уровень мочевой кислоты > 360 мкмоль (6 мг/дл) – концентрация, при которой ураты не растворяются в жидкостных структурах человеческого организма. С начала XXI во многих странах мира наблюдается тенденция к увеличению встречаемости ГУ. Большим количеством экспериментальных, наблюдательных и клинических исследований показано негативное влияние ГУ на сердце и сосуды, почки, и метаболические процессы. В настоящее время гиперурикемию (ГУ) рассматривают как проявление метаболического синдрома, фактор риска развития и прогрессирования болезней почек, маркер сердечно-сосудистых заболеваний.

Подагра ассоциирована с высокой коморбидностью.

Цель исследования: оценить распространённость подагры в амбулаторной практике, выделить факторы влияющие на течение болезни и ее прогноз.

Материалы и методы: «Форма федерального статистического наблюдения № 12» одной из крупных поликлиник города Кемерово; медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь, в амбулаторных условиях с диагнозом подагра. Обработка данных проводилась при помощи параметрических методов статистики.

Результаты

В поликлинике наблюдается 242 человека с диагнозом подагра. Из них мужчин – 180, женщин – 62. Средний возраст пика заболеваемости у мужчин приходится на 40-55 лет, у женщин – 50-70 лет.

Приводим пример развития и течения подагры при позднем обращении за медицинской помощью.

Пациент, мужчина, 36 лет, наблюдается терапевтом в поликлинике с октября 2024 года Суставной синдром с 2015 года, Принимал НПВП при усилении боли, к ревматологу не обращался. С 2016 года отметил появление тофусов в области суставов правой стопы, количество и размеры тофусов постепенно увеличивались. Впервые обратился за медицинской помощью в территориальную поликлинику осенью 2024г. С 03.12.2024 по 12.12.2024

обследовался в стационаре. Подтвержден диагноз: Подагра идиопатическая, тофусная форма, хронический подагрический полиартрит суставов кистей, стоп, лучезапястных, коленных, голеностопных суставов, с наличием периферических тофусов в области суставов кистей, стоп, лучезапястных, голеностопных суставов. ФК III. Инфицированный подагрический тофус левой стопы. Скорректирована терапия. Из анамнеза жизни: Артериальная гипертензия, нарушение ритмов сердца в виде частой НЖЭС, МКБ, конкремент правой почки, ХБП С2, ожирение 1 ст. Вредные привычки отрицает. Наследственный анамнез: заболевания ССС у матери, родственников с установленным диагнозом подагры отрицает. Экспертный анамнез: не работает в связи с тяжестью основного заболевания. Пациент направлен на МСЭ для установления группы инвалидности

Обсуждение

К факторам риска подагры относятся: ожирение, приём алкоголя, курение, характер питания, питьевой режим, уровень гликемии, липидемии, мочевой кислоты в сыворотке, артериальное давление, лекарственные средства. У пациента имелось большинство из перечисленных факторов. Осложнения и последствия подагры связаны с ее переходом в конечную стадию с образованием тофусов практически везде: на пальцах, локтях, ушах, лбу, коленях и даже во внутренних органах. Последствиями подагры оказывается артрит, поражение почек, сердца и сосудов, глаз, нервной системы, кожи. Мужчина обратился впервые к врачу на стадии развернутых клинических проявлений. Диагноз пациента был подтвержден при комплексном обследовании в стационаре. Лечение подагры должно быть максимально персонализированным. Только на фоне полноценной терапии был стабилизирован патологический процесс в приведенном случае. Суставные и внесуставные последствия приводят к значительному ухудшению качества жизни и инвалидности. Заболевания сердечно-сосудистой системы на фоне подагры часто оказываются причиной преждевременной смерти. Пациент относится к группе высокого сердечно-сосудистого риска.

Выводы

Своевременное обращение пациента за медицинской помощью, ранняя диагностика заболевания и верно подобранное лечение влияют на увеличения продолжительности, и улучшения качества жизни. Важно ежегодное прохождения профилактических осмотров как эффективное средство раннего выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, в том числе и гиперурикемии.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

РЫЖОВА М.К., ПОЛЕЖАЕВА В.С.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

Научный руководитель - д.м.н., доцент Т.Е. Помыткина

**MODERN METHODS OF BREAST CANCER DIAGNOSIS
AND TREATMENT**

RYZHOVA M.K., POLEZHAIEVA V.S.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor: MD, PhD T.E. Pomytkina

Резюме: Рак молочной железы развивается в результате бесконтрольного деления и роста злокачественных клеток. Ежегодный рост рака молочной железы можно сократить при своевременном обнаружении. Современные методы диагностики и лечения способствуют сохранению здоровья как женщин, так и мужчин.

Ключевые слова: Рак, молочная железа, диагностика, лечение.

Abstract: Breast cancer develops as a result of uncontrolled division and growth of malignant cells. The annual growth of breast cancer can be reduced if detected in a timely manner. Modern diagnostic and treatment methods contribute to maintaining the health of both women and men.

Keywords: Cancer, breast, diagnosis, treatment.

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) - злокачественная опухоль, исходящая из эпителия ткани молочной железы. Не существует единого этиологического фактора развития РМЖ. У 3-10% пациентов с РМЖ развитие заболевания связано с наличием мутаций в генах РМЖ (breast cancer gene - BRCA)1, BRCA2, CHEK, NBS1, TP53. У остальных пациентов РМЖ имеет спорадический характер.

Цель: Изучение диагностики и лечения рака молочной железы путем разработки, внедрения и реализации постоянно действующей скрининговой программы.

Материалы и методы исследования. Анализ научной медицинской литературы, электронных источников, общенаучный метод и систематический анализ.

Результаты и их обсуждение. Диагностические критерии постановки диагноза:

Жалобы: наличие образования в молочной железе, увеличение подмышечных, над- и подключичных лимфатических узлов, наличие кожных изменений на молочной железе, отечность молочной железы.

Физикальное обследование: пальпация молочных желез и зон регионарного метастазирования (подмышечных, над-, подключичных). При осмотре необходимо внимательно посмотреть симметрию молочных желез, состояние сосково-ареолярного комплекса, наличие отека кожи, других кожных симптомов. При пальпации необходимо обратить внимание на наличие узловых образований, уплотнений, определить их подвижность, наличие инфильтрации окружающих тканей, размер и консистенцию лимфоузлов.

Лабораторная диагностика: рекомендуется выполнять развернутые клинический и биохимический анализы крови, включая показатели функции печени (билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ), исследование свёртывающей системы крови, анализы крови на уровень фолликулостимулирующего гормона и эстрадиола, анализ мочи. Также рекомендуется выполнить гистологическое и ИГХ биопсийного и/или операционного гистологического материала. Ещё может проводиться цитологическое исследование пунктата из опухоли и лимфатических узлов.

Инструментальная диагностика: рекомендуется выполнить билатеральную маммографию + УЗИ молочных желез и регионарных зон, МРТ молочных желез проводится при наличии таких показаний, как возраст до 30 лет, наличие мутаций в генах BRCA1, BRCA2, CHECK, NBS1, tP53, высокая рентгенологическая плотность молочных желез, наличие долькового рака *in situ*. Обязательно выполняют УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, а также рентгенографию грудной клетки в двух проекциях либо КТ органов грудной клетки для исключения отдаленного метастазирования. Рекомендуется выполнить остеосцинтиграфию при подозрении на метастатическое поражение костей скелета. Если есть подозрение на метастазы в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения, то рекомендуется выполнить биопсию очагов в органах и тканях под контролем УЗИ/КТ. ЭКГ выполняется для исключения патологии сердечной деятельности. После проведения всей необходимой диагностики определяется тактика лечения.

Лечение: первично операбельный рак молочной железы (0, I, IIА, IIВ стадии).

Стадия 0. Дольковый и протоковый рак *in situ*: рекомендуется выполнять органосохраняющее хирургическое вмешательство (секторальная резекция, лампэктомия). При необходимости рекомендовано выполнение срочного гистологического или цитологического исследования краев резекции. При обнаружении элементов опухоли в краях резекции рекомендуется повторная операция: ререзекция или мастэктомия для достижения «чистоты» краёв резекции. При необходимости выполняют корректирующую операцию на контралатеральной молочной железе для достижения симметрии. При невозможности выполнения органосохраняющей операции рекомендуется выполнение мастэктомии как с первичной реконструкцией молочной железы, так и без нее. При выполнении подкожной мастэктомии обязательен гистологический контроль состояния протоков железы, пересечённых за соском. Обнаружение элементов опухоли в этой зоне является показанием к удалению сосково-

ареолярного комплекса. При необходимости возможна корректирующая операция на контралатеральной молочной железе. Лучевая терапия: не рекомендовано после мастэктомии проводить ЛТ. Послеоперационный курс дистанционной ЛТ рекомендовано начать в сроки от 4 до 12 недель от даты операции (при условии полного заживления операционной раны). Гормональная терапия: рекомендовано при положительных РЭ и РП рассмотреть назначение гормонотерапии.

Стадия I, стадия IIА: рекомендовано органосохраняющее хирургическое вмешательство (секторальная резекция, лампэктомия) с БСЛУ. При невозможности выполнения БСЛУ или при выявлении метастатического поражения СЛУ рекомендовано выполнение подмышечной лимфаденэктомии (I-II уровни). При необходимости возможна корректирующая операция на контралатеральной молочной железе для достижения симметрии. При обнаружении элементов опухоли в краях резекции рекомендуется повторная операция: рerezекция или мастэктомия для достижения «чистоты» краёв резекции. Лучевая терапия: рекомендовано проводить ЛТ после мастэктомии в случае наличия опухолевых клеток по краю резекции или на расстоянии менее 1 мм от края резекции.

Стадия IIА, IIВ, IIIА: рекомендуется выполнение резекции молочной железы с подмышечной лимфаденэктомией. При невозможности выполнения органосохраняющей операции рекомендуется выполнение подкожной или кожесохраняющей мастэктомии с одномоментной или отсроченной реконструкцией с подмышечной лимфаденэктомией (метод реконструкции определяет врач-хирург). При необходимости возможна корректирующая операция на контралатеральной молочной железе. Лучевая терапия после мастэктомии: при поражении 1-3 лимфоузлов – на мягкие ткани передней грудной стенки, над-/подключичную зону, ипсилатеральные парастернальные лимфатические узлы, любую часть подмышечной области (как зону риска) РОД 2 Гр, СОД 46-50 Гр (ЛТ 28 можно не проводить больным с поражённым 1 лимфатическим узлом без наличия факторов высокого риска развития рецидива опухоли); при pN0, размере опухоли ≥ 5 см или наличии опухолевых клеток в краях резекции. Рекомендуется проведение ЛТ после органосохраняющих операций: при отсутствии поражённых лимфатических узлов только на оставшуюся часть молочной железы дозой 46-50 Гр за 23-25 фракций или 40-42,5 Гр за 15-16 фракций. Лечение проводится 5 раз в неделю, при поражении 1-3 лимфатических узлов проводить ЛТ на оперированную молочную железу, над-/подключичную, ипсилатеральную парастернальную и часть подмышечной зоны (как зону особого риска) РОД 2 Гр, СОД 46-50 Гр. Но чтобы выявить заболевание на ранних стадиях, нужно регулярно проходить осмотр у врача.

Выводы. Разработанные современные методы диагностики патологических изменений молочных желез помогают выявить новообразования на ранней стадии развития и определяют тактику лечения рака данного органа на разных стадиях заболевания.

IT-ТЕХНОЛОГИИ В ПРОЦЕССНОМ ПОДХОДЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ НИИ КПССЗ

САРДАРЯН А.С., КУЩ О.В.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (НИИ КПССЗ), Кемерово, Россия

Научный руководитель – д.м.н., ведущий научный сотрудник О.В. Кущ

IT-TECHNOLOGIES IN THE SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT

IN A MEDICAL ORGANISATION
SARDARYAN A.S., KUSHCH O.V.

Information support of the system of internal quality control and safety of medical activity: the experience of the Research Institute of Complex problems of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, leading researcher O.V. Kushch

Резюме: рассматриваются вопросы внедрения процессного подхода в деятельность организации, оказывающей медицинскую помощь. Показано, что применение цифровых технологий является надежным инструментом, обеспечивающим результативность ключевых процессов медицинской организации в сочетании с рациональным использованием ресурсов.

Ключевые слова: алгоритмы действий медицинского персонала, информационные технологии, процессный подход, управление качеством медицинской помощи.

Resume: This article discusses the implementation of a process approach in the activities of a healthcare organisation. It is shown that the use of digital technologies is a reliable tool that ensures the effectiveness of key processes of a medical organisation in combination with the rational use of resources.

Key words: algorithms of medical personnel actions, information technology, process approach, quality management of medical care.

Введение

Обеспечение качественной и безопасной медицинской помощи является одним из основных трендов в здравоохранении Российской Федерации. Усиление требований к оказанию медицинской помощи сформировало необходимость внедрения передовые технологии управления качеством, среди которых ведущая роль принадлежит процессному подходу.

Процесс — это последовательность взаимосвязанных действий и этапов, выполняемых внутри организации для достижения определенной цели. Процессы каждой организации можно разделить на три группы. Основные процессы (или процессы жизненного цикла) создают основную ценность для потребителя. В медицинских организациях эту группу процессов составляют лечебный, диагностический процессы, профилактика, реабилитация. Вспомогательные

(обеспечивающие) процессы поддерживают основные (например, управление персоналом, оборудованием, инфраструктурой). Управляющие процессы направлены на координацию и контроль основных и вспомогательных процессов (например, стратегическое планирование, оценка удовлетворенности, внутренние аудиты).

Каждый процесс начинается со входа (запуск задачи), заканчивается выходом (ожидаемый результат, конечный итог), имеет своего владельца. Определены ответственные за выполнение этапов и исполнители. Разрабатываются критерии результативности процесса – показатели, определяющие выполняемость процесса, чтобы контролировать его пригодность и актуальность. Для исполнения этапов процесса разрабатываются локальные документы – алгоритмы для разных категорий персонала, которые являются его неотъемлемой частью.

Создание, документирование, поддержание в актуальном состоянии процессов организации - достаточно сложный и трудоемкий процесс. Поэтому цифровизация этой деятельности является актуальной задачей организаций.

Цель настоящей работы - продемонстрировать опыт применения информационных технологий при внедрении процессного подхода в систему управления качеством организации, оказывающей медицинскую помощь (на примере Федерального государственного бюджетного научного учреждения "Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний", далее - НИИ КПССЗ)

Материалы и методы - исследование выполнено на базе НИИ КПССЗ, осуществляющего управление деятельностью на основе базовых стандартов серии ISO 9001.

Результаты и обсуждение. НИИ КПССЗ – федеральный научно-медицинский центр, оказывающий высокотехнологичную медицинскую помощь при болезнях системы кровообращения. В год в НИИ КПССЗ получают медицинскую помощь более 7 тысяч пациентов, более половины из них оперируются. Система управления деятельностью НИИ КПССЗ основана на международных стандартах серии ИСО 9001-2015, в которые интегрированы требования национальных стандартов, Приказов Минздрава. Созданы структуры управления качеством- отдела качества, врачебные комиссии, Совет по качеству. В основе системы управления качеством НИИ КПССЗ лежит процессный подход, в котором лечебно-диагностический процесс (ЛДП) – ключевой процесс жизненного цикла. ЛДП регламентирует порядок работы всех клинических

подразделений, функций медицинского персонала, их зону ответственности.

Владельцем процесса является главный врач клиники НИИ КПССЗ. Вход-пациент, нуждающийся в оказании медицинской помощи. Выход-пациент, получивший ее. Процесс разделяется на этапы: отбор пациентов для оказания медицинской помощи, госпитализация; оказание медицинской помощи на уровне клинического отделения; завершение лечения. Ключевыми показателями результативности ЛДП являются выполнение планов по пролеченным больным, уровень осложнений, выписка с улучшением.

Для исполнения действий медицинским персоналом на этапах ЛДП разработано 154 алгоритма. Это: идентификация личности, транспортировка пациента, периоперационная антибиотикопрофилактика, профилактика пролежней и падений, обеспечение хирургической, лекарственной безопасности, безопасности переливания донорской крови и ее компонентов и др. Разработчиками алгоритмов являются медицинские сестры, врачи, младший медицинский и немедицинский персонал. При внедрении алгоритмов сотрудники сталкиваются с трудностями: временные затраты, неосведомленность о необходимых для разработки документов, сложности поиска уже созданных. Поэтому перед отделом качества НИИ КПССЗ была поставлена задача оптимизировать процесс создания и использования локальных документов. Для этого в 2024 году разработан и внедрен модуль на платформе ПО 1С «Kemcardio: Алгоритм». Это графический модуль, предназначенный для точного описания последовательности действий, направленных на выполнение манипуляции. В нём можно отметить исполнителя конкретного действия или ответственного, функции, должность. Данное решение позволяет регистрировать вход в процесс и выход, отображать в виде блок-схемы этапы, приобщать регламентирующие документы, прикрепить изображение и отметить разветвления при возможности разного выполнения действия. С помощью данного модуля появилась возможность: систематизировать и выстраивать логическую последовательность выполняемых персоналом действий; выбирать действия в зависимости от ситуации; просматривать и использовать прикрепленные нормативные документы и формы, относящиеся к описанному процессу; сократить временные затраты в поиске и изучении документа; использовать модуль любыми подразделениями в программах адаптации и наставничества. За 2024 год с использованием ПО «Kemcardio: Алгоритм» разработано 23 алгоритма, регламентирующие действия различных категорий сотрудников при выполнении ими трудовых функций. При использовании отмечено, что персонал эффективнее усваивает информацию в графическом виде.

При внедрении возникает вопрос: готовы ли сотрудники к большим изменениям? Существует мнение, что персонал любой организации может быть не расположен к изменениям. Сотрудники НИИ продемонстрировали готовность получать новые знания и двигаться к оптимизации рабочего процесса. В настоящее время созданные процессы отвечают модели Закмана. Архитектура организации создана на основе процессного подхода и отвечает простым вопросам «что», «как», «когда», «кто» и «где». Внедрение цифровых технологий позволило учреждению автоматизировать процессы, непрерывно повышать эффективность операций, улучшать взаимодействие между всеми участниками процесса.

Выводы: Продемонстрированы инструменты, применяемые для организации работы учреждения по управлению качеством. Показано, что информатизация управленческих процессов на примере процессного управления повышает эффективность персонала и безопасность пациента. Представленные методы могут быть полезны для медицинских организаций. В дальнейшем в НИИ

КПССЗ можно ожидать внедрения более сложных проектов в сфере информационных технологий с целью повышения качества и доступности медицинской помощи для пациентов.

МЕДИЦИНСКИЕ МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ В РОССИИ: ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

СЕРГЕЕВА А. Е., ПИЛЬЩИКОВА А. В.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет,

Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Шатрова

MEDICAL MOBILE APPLICATIONS IN RUSSIA: THEIR IMPORTANCE IN THE LIVES OF DOCTORS AND PATIENTS

SERGEEVA A. E., PILSHCHIKOVA A. V.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: Ph.D., Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: В наш век с быстрым и легким доступом в интернет требуются такие технологии, как медицинские мобильные приложения (ММП). ММП - это современный подход в здравоохранении, который упрощает работу врачей и улучшает жизнь пациентов.

Ключевые слова: медицинские мобильные приложения, ММП, врач, пациент, здоровье, лекарство, аптека, онлайн, календарь, женский, беременность.

Resume: In this age of fast and easy internet access, technologies such as medical mobile applications are required. MMP is a modern approach in healthcare that simplifies the work of doctors and improves the lives of patients.

Keywords: medical mobile applications, MMP, doctor, patient, health, medicine, pharmacy, online, calendar, female, pregnancy.

В 21 веке - веке технологий все больше получают распространение мобильные устройства и интернет. Вместе с ними развиваются мобильные приложения, в том числе медицинские, которые получили широкое распространение во всем мире на множестве платформ. ММП - это современный подход в здравоохранении, упрощающий работу врачей и улучшающий жизнь пациентов. На сегодняшний день ММП предлагают широкий функционал, который мы рассмотрим в данной работе.

Цель исследования - привлечь внимание аудитории к медицинским мобильным приложениям.

Материалы исследования - для изучения, анализа и обобщения информации была использована научно-методическая литература в виде научных

статей и платформа Google Play.

Результаты и их обсуждение

Среди функций ММП мы выделили несколько наиболее важных:

1. База знаний для врачей и студентов медицинских организаций. Такие приложения содержат стандарты помощи при неотложных состояниях, пособия по лекарствам, международные классификации, способы лечения. Примеры: «Справочник врача», «Рубрикатор КР», «Клин. рекомендации - МирВрача», «Справочник MSD профи».

2. Телемедицина. Благодаря данным ММП пациенты могут выбрать врача или симптомы, которые их беспокоят, и запросить онлайн-консультацию в любое время. Это удобно, когда нужный врач находится в другом городе или нет возможности посетить врача в поликлинике. Примеры: «СберЗдоровье - телемедицина», «Яндекс. Здоровье - врач онлайн», «НаПоправку - врачи онлайн 24/7».

3. Поиск лекарств по доступной цене и их приобретение. Подобные медицинские мобильные приложения показывают пациенту наличие лекарств в городе, а так же ценовой диапазон в зависимости от аптеки. Благодаря другой части приложений можно заказать выбранные лекарственные средства самовывозом или на дом. Примеры: «Ютека. Все аптеки города», «Я+аптека - поиск лекарств», «Apteka.ru - заказ лекарств», «ЕАПТЕКА - онлайн аптека».

4. Расшифровка результатов анализов и их динамика. Такие ММП расшифровывают анализы, в том числе по фото, помимо этого есть возможность просматривать их в динамике и сравнивать до, в процессе и после лечения. Так же в функционал входит обмен данных с врачом и персональные чекапы. Пример: «Орнамент: динамика здоровья».

5. Управление назначенными лекарствами. Эти ММП созданы для напоминания о времени приема лекарственных средств, о количестве оставшегося препарата и о сроке годности упаковки. Примеры: «ЕАПТЕКА - онлайн аптека», «Диабет», «Напоминание о приеме лекарств», «Напоминание и трекер таблеток».

6. Женское здоровье, в том числе при беременности. Функционал данных ММП заключается в ведении календаря менструаций с возможностью отметить свои симптомы, отслеживании срока беременности и развития плода в 3D модели, передаче этих данных партнеру подборке научных медицинских статей. Примеры: «Flo Женский Календарь Месячных», «Clatch Женский календарь», «Беременность +», «Календарь беременности по дням».

7. Забота о здоровье и ЗОЖ. Благодаря этой группе можно фиксировать пройденное количество шагов, регулировать питание, сон, записывать и анализировать тренировки. Дополняют функции фитнес-часы, которые записывают все показатели тела и физические нагрузки. Примеры: «Дневник здоровья от MedM», «HONOR/ Samsung/ Apple/ My Health», «Твой тренер».

8. Запись к специалистам. С помощью таких ММП можно записываться к врачу, не звоня в ЛПУ. Помимо удобства для пациентов, данные приложения облегчают работу регистратуре. Пример: «К врачу - запись онлайн», «К-Врачу», «Госуслуги».

Выводы

ММП дают достоверную информацию пациентам, помогают им сохранять приверженность к терапии и соответственно улучшать прогноз болезни. Также медицинские мобильные приложения облегчают работу врачей и ЛПУ. Хотя ММП не могут заменить врача, они упрощают жизнь пациентам и со временем будут иметь все большую значимость в системе здравоохранения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КАБИНЕТА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

СЛЕСАРЕВА А.М.

*Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия*
Научный руководитель – д.м.н. С.Н. Шилов

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF DISPENSARY OBSERVATION IN THE CONDITIONS OF THE OFFICE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Slesareva A.M.

*Department of Polyclinic Therapy and General Medical Practice Novosibirsk State
Medical University, Novosibirsk, Russia*
Supervisor: MD, PhD S.N. Shilov

Резюме. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из центральных проблем современной медицины с высоким уровнем смертности и финансовой нагрузкой на систему здравоохранения. Одним из рациональных подходов к улучшению прогноза у больных с ХСН является создание специализированных кабинетов в условиях амбулаторного звена.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, диспансерное наблюдение, приверженность лечению

Abstract. Chronic heart failure (CHF) is one of the central problems of modern medicine with a high mortality rate and financial burden on the health care system. One of the rational approaches to improving the prognosis of patients with CHF is the creation of specialized offices in outpatient settings.

Key words: chronic heart failure, outpatient observation, adherence to treatment

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из центральных проблем современности с высоким уровнем смертности, частоты повторных госпитализаций и финансовой нагрузкой на систему здравоохранения. Данная нозология актуальна не только для кардиологов, но и для врачей общей практики, поэтому качественная первичная медико-санитарная помощь пациентам с таким диагнозом существенно облегчит работу и сократит

количество обращений. Целью нашего исследования являлась оценка эффективности диспансерного наблюдения за пациентами с ХСН в условиях специализированного кабинета.

Материалы и методы. В основную группу исследования включено 72 больных с ХСН, которые находились на регулярном диспансерном наблюдении в рамках специализированных кабинетов, работающих в поликлиниках г. Новосибирска. В течение 24 месяцев наблюдения за пациентами оценивали приверженность лечению по шкале Мориски-Грина, особенности течения ХСН. Критериями неблагоприятного течения ХСН являлись: появление новых или ухудшение имеющихся симптомов/признаков сердечной недостаточности (СН); и/или госпитализация вследствие декомпенсации СН; снижение фракции выброса левого желудочка более 10%; или увеличение функционального класса ХСН на 1 или более, неблагоприятные сердечно-сосудистые события (инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболия легочной артерии, смертность от сердечно-сосудистых причин). Пациенты, которые не соответствовали перечисленным критериям, относились к благоприятному течению ХСН. В рамках работы кабинета проводились школы для больных ХСН, где пациентам более подробно объясняли причины развития болезни, возможные исходы, необходимость в терапии и модификации образа жизни. В рамках школы пациентов обучали самоконтролю симптомов ХСН, определению частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерению артериального давления (АД), контролю за массой тела и диурезом; давали рекомендации по диетотерапии, физической активности и ходьбе. Группу контроля составили 22 пациента с ХСН, которые по собственной инициативе не посещали регулярно кабинеты больных ХСН. У данных пациентов в течение 24 месяцев наблюдения оценивали приверженность лечению по шкале Мориски-Грина, особенности течения ХСН.

Результаты. В группе пациентов, которые находились на регулярном диспансерном наблюдении в рамках специализированных школ неблагоприятное течение патологии отмечено у 18 пациентов (25,0%), в контрольной группе – у 14 человек (63,6%). Через 24 месяца наблюдения показатель смертности от сердечно-сосудистых причин был достоверно выше в контрольной группе: 5 человек (22,7%) против 6 человек (8,3%) в основной группе (ОШ=3,23; 95 % ДИ =0,88-11,88; $p=0,038$), так же как и количество пациентов, госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН: 12 человек (54,5%) против 11 человек (15,3%) (ОШ=6,65; 95 % ДИ =2,31-19,14; $p=0,0002$).

При оценке приверженности антигипертензивной терапии количество баллов по шкале Мориски-Грина в контрольной группе количество пациентов с низкой приверженностью к лечению (1-2 балла) было значимо больше по сравнению с основной группой ($p=0,032$). В основной группе зарегистрированы лучшие показатели самоконтроля АД, ЧСС и массы тела. Также в основной группе 5 из 14 курящих (35,7%) пациентов отказались от курения, тогда как в контрольной группе случаев отказа от курения (5 человек) зарегистрировано не было.

Выводы. Внедрение специализированных кабинетов пациентов с ХСН благодаря проведению школ пациента, наличию тесной связи врача, медсестры и пациента, стабильному графику осмотров и телефонных звонков повышает приверженность лечению, снижает количество госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН и сердечно-сосудистую смертность. Для повышения приверженности пациентов к диспансерному наблюдению в рамках специализированных кабинетов в качестве перспективных подходов может являться внедрение и использование платформ удаленного мониторинга на базе мобильного приложения.

СИСТЕМА ПОДДРЕЖКИ ПРИНЯТИЙ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

СОЛНЦЕВА Е.О., АЗАРОВА Е.А

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – д.м.н., доцент Т.Е. Помыткина

.SYSTEM OF SUPPORTING MEDICAL DECISION-MAKING IN OUTPATIENT PRACTICE

SOLNTSEVA E.O., AZAROVA

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor T.E. Pomytkina

Резюме: в современном мире объём знаний по медицинской науке растёт с высокой скоростью, с каждым днём врачу клиницисту всё сложнее становится держать в памяти и принимать безошибочные, правильные и своевременные решения, а время на принятие соответствующего решения не увеличивается. Одним из наиболее перспективных и эффективных методов помощи врачу является внедрение в клиническую практику системы поддержки принятий врачебных решений.

Ключевые слова: амбулаторная практика, сппвр, врач клиницист

Summary: in the modern world, the volume of knowledge in medical science is growing at a high rate, every day it becomes more and more difficult for a clinician to remember and make error-free, correct and timely decisions, and the time for making the appropriate decision does not increase. One of the most promising and effective methods of helping a doctor is the introduction of a system of support for medical decision-making into clinical practice.

Keywords: outpatient practice, sppvr, clinician

Амбулаторное звено системы здравоохранения требует быстрого и чёткого

принятия решения за короткие сроки для более эффективной работы. Разработка и внедрение СППВР (система поддержки принятия врачебных решений) в амбулаторную практику принадлежат к самым главным направлениям развития искусственного интеллекта в медицине. СППВР – это программное обеспечение, позволяющее путем сбора и анализа информации влиять на принятие врачом решения при обследовании пациента, диагностике, назначении лечения с целью снижения ошибок и повышения качества оказываемой медицинской помощи.

Цель исследования – изучить ценность СППВР в практике врача-клинициста в амбулаторной практике.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ литературы, посвященной изучению СППВР. Изучен раздел СППВР в практике врача клинициста амбулаторной практики на пациентах кардиологического профиля на базе медицинской информационной системы «Ариадна»

Результаты и обсуждения.

Одной из медицинских задач обсуждаемых и решаемых в области медицины является проблемы снижения врачебных ошибок. Для решения этой проблемы в настоящее время ведется разработка и внедрение экспериментальных систем, одной из которых является СППВР. В настоящее время СППВР является наиболее перспективной системой в данном направлении.

Учитывая современные тенденции, направленные на оптимизацию медицинских учреждений: уменьшение объема времени на принимаемого врачом пациента, сокращение рабочих кадров, растет объем врачебных ошибок, приводящих, в лучшем случае к потере времени до начала адекватного лечения пациента, а в худшем к летальному исходу больного. Как пример врачебные ошибки, повлекшие за собой смерть пациента в США, составляет от 90 до 100 тысяч человек в год, в Италии данный показатель составляет 50 тысяч человек в год, в России число летальных исходов достигает 70 тысяч.

Задача ближайшего будущего – это развитие МИС в интеллектуального помощника врача. Для этого в МИС внедряются клинические руководства, автоматический контроль качества медицинской помощи и другие направления, способные существенным образом улучшить качество оказываемой медицинской помощи и сократить число врачебных ошибок.

Задачами СППВР являются: упрощение и ускорение формирования медицинских карт, быстрый доступ к клиническим рекомендациям, формирование, так называемого, интегрального анамнеза, автоматизация врачебных назначений, автоматический контроль требований нормативно-правовых актов, автоматический контроль «Клинического минимума», автоматическая поддержка клинических руководств, автоматический контроль качества медицинской помощи.

Изучая каждую задачу СППВР, можно понять, насколько данная система упростит работу врача и позволит достигнуть минимализации врачебных ошибок.

Формирование «Интегрального анамнеза» позволяет максимально ускорить формирование первичного клинического представления о больном у врача, который в первый раз с ним встречается. Такая функция на практике улучшает эффективность мер по профилактике заболеваний.

Автоматизация врачебных назначений помогает вести общую базу врачебных назначений и анализировать совместимость лекарственных препаратов между собой, а также выполнять другие проверки, учитывая не только текущий случай лечения, но и всю имеющуюся историю лечения пациента по другим нозологическим единицам.

И это только меньшая часть того, чем может помочь внедрение СППВР в практику врачей клиницистов.

Заключение:

1. Анализ публикаций в научной литературе по теме СППВР показал, что разработки и исследования в этой области ведутся во всем мире и в различных направлениях.
2. СППВР послужит на пользу в практике амбулаторного врача, где приходится в минимальные сроки анализировать данные пациента, корректировать лечение для достижения целевых значений.
3. СППВР позволит в разы уменьшить чисто врачебных ошибок, допускаемых врачами в связи с современными тенденциями медицинских учреждений

**ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК
СТРЕЛЬЧЕНКО Н.С.**

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Шатрова

**SAFETY AND EFFECTIVENESS
OF BIOLOGICALLY ACTIVE ADDITIVES
STRELCHENKO N.S.**

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor N. V. Shatrova

Резюме. Актуальность исследования безопасности употребления биологически активных добавок обусловлена растущим спросом на пищевые добавки среди населения. Отсутствие необходимых клинических исследований биологически активных добавок ставит под сомнение их безопасность и эффективность, что подчеркивает необходимость освещения данной проблемы.

Ключевые слова: биологически активные добавки, пищевые добавки.

Annotation. The relevance of the safety study of dietary supplements is due to the growing demand for dietary supplements among the population. The lack of necessary clinical studies of dietary supplements casts doubt on their safety and effectiveness, which underscores the need to highlight this problem.

Keywords: biologically active additives, food additives

Введение. Биологически активные добавки (БАД) - это природные или

идентичные им биологически активные вещества, предназначенные для непосредственного приема или введения в состав продуктов. БАД подразделяются на три основные группы: нутрицевтики, парафармацевтики, пробиотики и пребиотики.

Пищевые добавки используются с целью воздействия на репродуктивную, пищеварительную, сердечно-сосудистую, иммунную и центральную нервную системы. Среди населения популярны также средства для похудения и спортивное питание.

По результатам исследования ЮMoney и «СБЕР ЕАПТЕКА», с 1 января по 20 ноября 2024 года число покупок россиянами биологически активных добавок выросло на 46%. Общедоступность пищевых добавок способствует их широкому распространению среди населения, однако уровень их реального потребления неизвестен.

Материалы и методы исследования. Произведен поиск с последующим обзором литературы по запросам «биологически активные добавки», «пищевые добавки», «негативное влияние биологически активных добавок на организм» в базах данных: Академия Google, PubMed, eLibrary, Cyberleninka.

При подготовке обзора были использованы теоретические методы (анализ, обобщение, систематизация научных положений и статей).

Результаты и их обсуждение. Биологически активные добавки относятся к пищевой продукции. Клинические испытания безопасности и эффективности, необходимые для лекарственных средств, для биодобавок не требуются. В результате заявленные концентрации веществ могут не соответствовать их фактическому количеству. Известны случаи несоответствия реального состава препарата, заявленного на упаковке. Нельзя говорить и о безопасном уровне действующего вещества, поскольку его содержание может быть не установлено.

Недостаточное нормативно-правовое регулирование производства биологически активных добавок даёт возможность недобросовестным производителям под видом «чудодейственного препарата» продавать не только неэффективный, но зачастую и небезопасный препарат.

В 2007 году Food and Drug Administration (FDA) создало базу данных Tainted Dietary Supplement Database для выявления пищевых добавок, фальсифицированных активными фармацевтическими ингредиентами. До 2021 года было выявлено 1068 уникальных добавок, которые содержали лекарственные ингредиенты. Среди которых был и фенолфталеин, который возможно повышает риск возникновения рака.

В 2019 году по запросу Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США было изъято более трехсот тысяч контейнеров с пищевыми добавками. В них было обнаружено высокое содержание свинца.

В США зарегистрирован летальный исход, связанный с употреблением

продукта Solgar ABC Dophilus Powder. Причиной смерти стал мукомикоз, вызываемый плесневым грибом *Rhizopus Oryzae*, который обнаружили в данной пробиотической добавке.

В 2024 году в результате мониторинга Роскачеством биологически активных добавок, продаваемых на торговых онлайн-площадках, было обнаружено множество нарушений: реализация товаров без обязательных свидетельств о государственной регистрации; превышение допустимой концентрации витаминов; продажа лекарственных средств под видом биологически активных добавок; запрещенные для использования в биологически активных добавках вещества: ашваганда (аитания снотворная), якорцы стелящиеся, эфедра, кава-кава (перец опьяняющий), листья коки (кокаиновый куст).

Некоторые биологические добавки могут влиять на действие лекарственных средств в организме при их совместном применении. Зачастую их сочетание не изучено, а последствия такого «комплексного» лечения для организма могут быть необратимыми.

Помимо возможного негативного влияния биологически активных добавок на организм в целом, следует сделать акцент на их гепатотоксичность. Доля случаев поражения печени из-за приёма биологически активных добавок увеличилась с 7% в 2004 году до 20% в 2013 году в США.

Недостаточной осведомленностью населения о побочных и даже опасных действиях биологически активных добавок на организм пользуются и мошенники. Так, известная в социальных сетях не имеющая медицинского образования траволечебница указывала, что травами способна вылечить рак, гепатит и слабоумие. Самая дорогая услуга — полное излечение от рака даже на четвёртой стадии за 700 тыс. рублей. Такой подход противоречит принципам доказательной медицины. В последнее время популярность набирают и нутрициологи без медицинского образования. Стоит отметить, что подобные «целители», не обладая никакими медицинскими знаниями, находятся вне правового поля, а значит, не несут ответственности за свои назначения в отличие от врача.

Выводы. Необходимо создание единой нормативной базы для регулирования производства, реализации и применения биологически активных добавок. Следует информировать пациентов о вреде биодобавок и о важности сбалансированного питания и ведения здорового образа жизни в целом. Популяризация среди врачей подходов доказательной медицины в лечении пациентов поможет повысить уровень общественного здоровья населения.

ПРОБЛЕМА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИИ
СТРЕЛЬЧЕНКО Н.С.

Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Шатрова

THE PROBLEM OF TIMELY DIAGNOSIS OF ANEMIA
STRELCHENKO N.S.

Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor N. V. Shatrova

Резюме. Актуальность проблемы анемии объясняется её широким распространением среди населения, разнообразием клинических проявлений, развитием серьезных осложнений и ухудшением качества жизни пациента. Своевременная диагностика анемии - ключевой элемент в предотвращении осложнений заболевания. Для эффективной борьбы с анемией необходимо использовать индивидуальный и комплексный подход в лечении пациентов.

Ключевые слова: анемия, анемия хронических заболеваний, железодефицитная анемия, В₁₂-дефицитная анемия, фолиеводефицитная анемия, гемолитическая анемия, апластическая анемия.

Annotation. The urgency of the problem of anemia is explained by its wide spread among the population, the variety of clinical manifestations, the development of serious complications and the deterioration of the patient's quality of life. Timely diagnosis of anemia is a key element in preventing complications of the disease. To effectively combat anemia, it is necessary to use an individual and integrated approach in the treatment of patients.

Keywords: Anemia, anemia of chronic diseases, iron deficiency anemia, В₁₂ deficiency anemia, folate deficiency anemia, hemolytic anemia, aplastic anemia.

Введение. Анемия — это состояние, которое характеризуется пониженным числом эритроцитов или уровнем концентрации гемоглобина в них. Актуальность проблемы анемии объясняется её широким распространением среди населения, разнообразием клинических проявлений, развитием серьезных осложнений и ухудшением качества жизни пациента.

По результатам исследования заболеваемости анемией в 204 странах за последние 30 лет, опубликованным в журнале The Lancet: Hematology, общее число людей, страдающих анемией, составило 1,92 млрд человек в 2021 году по сравнению с 1,5 млрд в 1990 году. В структуре распространенности заболевания в 2021 году среди всех возрастов преобладали женщины - 31,2%, у мужчин заболеваемость анемией составила 17,5%. У лиц репродуктивного возраста тенденция не изменилась - анемией страдают 33,7% женщин и

11,3% мужчин. Стоит отметить высокую распространенность заболевания среди детей младше 5 лет – 41,4%.

Материалы и методы исследования. Произведен поиск с последующим обзором литературы по запросам «анемия», «анемия хронических заболеваний», «железодефицитная анемия», «В₁₂-дефицитная анемия», «фолиеводефицитная анемия», «гемолитическая анемия», «апластическая анемия» в базах данных: Академия Google, PubMed, eLibrary, Cyberleninka.

При подготовке обзора были использованы теоретические методы (анализ, обобщение, систематизация научных положений и статей).

Результаты и их обсуждение.

При первом контакте с больным диагностика анемии может быть затруднительна, особенно у пациентов с полиморбидностью. Жалобы пациента, страдающего анемией, в основном неспецифичны и характерны для гипоксического синдрома: повышенная слабость, головокружение, быстрая утомляемость, шум в ушах, учащенное сердцебиение и одышка.

При железодефицитной анемии пациента будут беспокоить сухость кожи, выпадение волос, ломкость ногтей, раздражительность, нарушения стула, извращения вкуса, снижение аппетита, трещины красной каймы губ, ангулярный стоматит. Кроме того, ухудшается течение депрессии и когнитивных расстройств, особенно у пожилых пациентов.

На первом плане при В₁₂-дефицитной анемии выходят неврологические симптомы: парестезии, "онемение" конечностей, утрата чувствительности пальцев, в тяжелых случаях - проявление фуникулярного миелоза, появление патологических знаков. Для фолиеводефицитной анемии помимо анемического синдрома характерны глоссит и диспепсические расстройства, поражения нервной системы не характерны.

При гемолитической анемии жалобы вне обострения обычно отсутствуют. Во время гемолитического криза – увеличение интенсивности желтухи, сильные боли в животе, рвота, повышение температуры тела.

При апластической анемии геморрагический синдром проявляется кровотечениями, возможны инфекционные осложнения.

К развитию анемии могут приводить такие причины, как несбалансированное питание, кровопотери, в т. ч. аномальные маточные кровотечения, хронические заболевания ЖКТ, ревматические болезни, хроническая болезнь почек, хронические инфекционные заболевания, опухолевые процессы, повышенная потребность в железе в период беременности, пубертатном и преклимактерическом периоде, прием лекарственных препаратов, угнетающих всасывание железа, послеоперационные состояния после резекций желудка или тонкой кишки и многие другие. Стоит отметить и социальные факторы развития анемии. Из-за приоритетности ухода членами семьи, женщины не всегда могут получать достаточное медицинское обследование, а также чаще всего не имеют

доступа к достаточному количеству продуктов, богатых железом. Часто заболевание сочетает в себе несколько причин.

Для того чтобы заподозрить анемию при первом контакте с больным, врачу-терапевту следует обратить внимание и на внешний вид пациента. Так, при развитии железодефицитной анемии кожу и видимые слизистые пациента будет отличать бледность. При V_{12} -дефицитной кожа бледно-желтушная, а сосочки языка становятся сглаженными ("малиновый лаковый язык"). Возможно и раннее появление седых волос у молодых пациентов. Желтушность кожных покровов – один из основных клинических симптомов при развитии гемолитической анемии. Легкая желтушность кожи и склер возможна и при фолиеводефицитной анемии.

Анемия является одной из самых частых сопутствующих патологий у пациентов терапевтического профиля. Врач-кардиолог должен помнить, что анемия способствует развитию ишемии миокарда вплоть до развития инфаркта миокарда, а также оказывает влияние на формирование ХСН. До 70% случаев ревматоидного артрита сопровождаются анемией, что сопряжено с высоким риском развития сердечно-сосудистой патологии и поражения почек. Пациенты гастроэнтерологического профиля часто страдают заболеваниями, сопровождающимися дефектами слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, которые могут проявляться хронической кровопотерей.

Проблема анемии затрагивает не только терапевтическое звено. Так, например, в хирургической практике дефицит железа связан с повышенной частотой послеоперационных осложнений, нередко необходимость восполнения острой кровопотери. Анемия во время беременности увеличивает риск послеродовых кровотечений и материнской смертности.

Врачу любой специальности при терапии болевого синдрома следует помнить о том, что при длительном применении НПВП оказывают угнетающее действие на кроветворение и могут привести к развитию анемии. Поражение гастродуоденальной зоны в виде язв и эрозий вследствие бесконтрольного приёма НПВП может протекать бессимптомно, однако имеет высокий риск осложнений в виде кровотечений и перфораций.

Выводы. Таким образом, анемия представляет собой значимую медицинскую проблему, касающуюся врачей различных профилей. Высокая распространенность и разнообразность клинических проявлений анемии делает своевременную диагностику анемии ключевым элементом в предотвращении серьезных осложнений и улучшений качества жизни пациента.

Врачу любой специальности необходимо уметь вовремя распознать симптомы анемии. Обследование пациента должно быть комплексным. Важно не только назначить лабораторные исследования, но и провести тщательный опрос, сбор анамнеза и физический осмотр пациента.

Для эффективной борьбы с анемией необходимо воздействовать на

этиологический фактор заболевания, использовать индивидуальный и комплексный подход в лечении пациентов.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ДИАГНОСТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

ТАНЖОВ Д.М., САФИУЛИН И.Ф., ШАЧНЕВ Е.В.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

Научный руководитель - д.м.н, доцент Помыткина Т.Е

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN DIAGNOSTICS: OPPORTUNITIES AND LIMITATIONS

TANZHOV D.M., SAFIULLIN I. F., SHACHNEV E.V.

Department of Polyclinic Therapy Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisors: MD Pomitkina T.E.

Резюме

Искусственный интеллект (ИИ) активно внедряется в медицинскую диагностику, повышая точность и скорость постановки диагноза. В статье рассмотрены методы применения ИИ, включая анализ медицинских изображений и обработку больших данных. Описаны перспективные разработки, такие как мультимодальные системы и персонализированная медицина. Однако внедрение ИИ ограничено качеством данных, этическими вопросами, интерпретируемостью алгоритмов и высокой стоимостью. В будущем интеграция ИИ с IoT и улучшение алгоритмов могут значительно повысить эффективность диагностики, но требуют решения технических и правовых вопросов.

Ключевые слова: искусственный интеллект, анализ медицинских изображений, телемедицина, персонализированная медицина, ограничения ИИ, автоматизированные системы поддержки решений.

Abstract. Artificial intelligence (AI) is actively being introduced into medical diagnostics, increasing the accuracy and speed of diagnosis. The article discusses the methods of AI application, including medical image analysis and big data processing. Promising developments such as multimodal systems and personalized medicine are described. However, AI adoption is limited by data quality, ethical issues, interpretability of algorithms, and high cost. In the future, integrating AI with IoT and improving algorithms can significantly improve diagnostic efficiency, but technical and legal issues need to be addressed.

Keywords: artificial intelligence, medical image analysis, telemedicine, personalized medicine, limitations of AI, automated decision support systems

Введение

Искусственный интеллект становится важным инструментом в медицине, особенно в диагностике. Цель: рассмотреть возможности и ограничения ИИ в диагностике.

Методы диагностики с использованием ИИ

- Анализ медицинских изображений (рентген, МРТ, КТ).
- Обработка больших данных (ЭМК, генетическая информация).
- Обработка естественного языка (NLP) для анализа текстовых данных.

Текущие достижения

- Онкология: IBM Watson for Oncology, диагностика рака.
- Кардиология: анализ ЭКГ для выявления аритмий.
- Неврология: диагностика инсульта и болезни Альцгеймера.
- Офтальмология: Google DeepMind для диагностики диабетической ретинопатии.

Новые разработки

- Мультимодальные системы: интеграция данных из разных источников.
- Персонализированная медицина: индивидуальные планы лечения.
- Автоматизированные системы поддержки принятия решений (CDSS).

Ограничения ИИ в диагностике

- Качество данных: необходимость больших объемов точных данных.
- Этические вопросы: конфиденциальность данных и ответственность за ошибки.
- Интерпретируемость: алгоритмы как "черный ящик".
- Высокая стоимость внедрения.

Перспективы

- Интеграция с IoT: использование данных с медицинских устройств.
- Улучшение алгоритмов: повышение точности и надежности.
- Разработка стандартов: регулирование этических и правовых аспектов.

Заключение

ИИ доказал свою эффективность в диагностике, но его внедрение требует решения технических, этических и правовых вопросов. В будущем ИИ может стать незаменимым инструментом для врачей, улучшая качество диагностики и лечения.

**ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
БОЛЕЗНИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПЕРЕСАЖЕННОГО СЕРДЦА**

ТЕТЕРИН Г.А., ГЕРАСИМОВ А.М.

*Кафедра поликлинической терапии**Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н.В. Шатрова

**DIAGNOSTICS, THERAPY AND SECONDARY PREVENTION OF
CORONARY ARTERY ALLOGRAFT VASCULOPATHY**

TETERIN G.A., GERASIMOV A.M.

*Department of Polyclinic Therapy**Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: Ph.D., Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Болезнь коронарных артерий пересаженного сердца (БКАПС) остается нерешенной проблемой современной трансплантологии. Золотым стандартом в раннем скрининге БКАПС является коронароангиография и внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ). Вторичная профилактика БКАПС представляет собой применение адекватной иммуносупрессивной терапии, коррекцию классических факторов сердечно-сосудистого риска.

Ключевые слова: болезнь коронарных артерий пересаженного сердца, коронароангиография, диагностика, лечение, профилактика.

Abstract: Coronary allograft vasculopathy (CAV) remains an unsolved problem in modern transplantology. The gold standard in early screening for CAV is coronary angiography and intravascular ultrasound. Secondary prevention of CAV involves the use of adequate immunosuppressive therapy and correction of classic cardiovascular risk factors.

Keywords: coronary allograft vasculopathy, coronary angiography, diagnostics, treatment, prevention

Введение

Болезнь коронарных артерий пересаженного сердца (БКАПС) – уникальный фибропролиферативный процесс в коронарных артериях у пациентов после ортотопической трансплантации сердца. Морфология БКАПС представлена диффузной концентрической доброкачественной гиперплазией интимы, которая не ограничивается эпикардальными ветвями, а распространяется дальше вплоть до микроциркуляторного русла. Данный феномен развивается у 50% пациентов в течение 10 лет после трансплантации донорского сердца и приводит к летальному исходу у 10% реципиентов в течение 15 лет.

Материалы и методы

Произведен поиск научной информации с использованием баз данных

PubMed, E-library, Cyberleninka.

Результаты

Диагностика БКАПС основана на периодической визуализации коронарного русла с помощью коронароангиографии. Симптом кардиальной боли ишемического характера у пациентов с пересаженным сердцем отсутствуют в связи с денервацией донорского органа. Клиника может манифестировать в виде дисфункции аллотрансплантата, что приводит к острой или хронической сердечной недостаточности, внезапной сердечной смерти.

Также для диагностики БКАПС на сегодняшний день активно используются методы внутрисосудистой визуализации и методы оценки коронарной физиологии. Внутрисосудистое ультразвуковое исследование является золотым стандартом в выявлении БКАПС. Также применяется метод оптической когерентной томографии.

В качестве лечения у таких больных применяется чрескожное коронарное вмешательство с установкой стентов в сосуд в зоне значимого окклюзионно-стенотического поражения.

На сегодняшний день основными принципами профилактики развития БКАПС являются коррекция факторов сердечно-сосудистого риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперлипидемия, курение, ожирение), поддержание физической активности пациента, адекватная иммуносупрессивная терапия.

Обсуждение

Методы внутрисосудистой визуализации позволяют с большей точностью производить раннюю диагностику БКАПС. В исследованиях, оценивающих гистологическое строение стенки коронарной артерии пересаженного сердца, показано, что несмотря на нормальную ангиографическую картину у 75% изучаемых пациентов имелись признаки БКАПС.

Фармакологические методы лечения БКАПС крайне ограничены. Единственной симптоматической терапией является реваскуляризация миокарда, позволяющая сохранить трансплантат и избежать повторной пересадки сердца.

Выводы

БКАПС по сей день остается нерешенной проблемой для современной трансплантологии, методы внутрисосудистой визуализации помогают в ранней диагностике заболевания, но эффективной превентивной терапии пока не разработано.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА

ТОКМАКОВА Л.А., ТИШАНИНОВА Е.О.

*Кафедра поликлинической терапии**Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к. м. н. О.В. Полтавцева

COMPLIANCE IN OUTPATIENT PRACTICE

ТОКМАКОВА L. A., TISHANINOVA E.O.

*Department of polyclinic therapy**Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: В современном обществе проблема комплаентности занимает важное место. Полученные в результате анкетирования данные свидетельствуют о низкой комплаентности амбулаторных пациентов. Для восстановления психологического контакта и повышения комплаентности необходимо использовать коммуникативные техники.

Ключевые слова: комплаентность, рекомендации, лекарственные препараты, деонтология

Resume: In modern society, the problem of compliance occupies an important place. The data obtained as a result of the survey indicate low compliance of outpatients. To restore psychological contact and increase compliance, it is necessary to use communication techniques.

Keywords: compliance, recommendations, drugs, deontology

Введение

Комплаентность пациента – понятие, включающее в себя осознанное и последовательное выполнение пациентом назначений/рекомендаций врача, а в случае необходимости, и изменение образа жизни. В современном обществе проблема непонимания всей важности предписаний лечащего врача занимает все более важное место. COMPLIANCE, или приверженность пациентов к выполнению рекомендаций врача, способствует повышению оптимальных результатов лечения, снижению или предотвращению осложнений и рецидивов. Цель исследования — определить приверженность пациентов к выполнению рекомендаций лечащего врача.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 105 пациентов, получающих амбулаторное лечение в городских поликлиниках; выполнен анализ и обобщение полученных данных.

Результаты

Согласно данным первого анкетирования только половина пациентов (50%) выполняют рекомендации врача в полном объеме. 40% пациентов

выполняют назначение врача частично, допуская погрешности в приеме лекарственных препаратов, а также самостоятельно корректируют их прием. 10% пациентов выполняют рекомендации врача только во время обострения заболевания, после самостоятельно прекращают прием лекарственных препаратов.

Для более полного анализа ситуации проведено второе анкетирование, согласно результатам которого 45% пациентов изначально были против назначенных врачом лекарственных препаратов. Прочитав информацию в интернете посоветовавшись с родственниками, такие пациенты самостоятельно прекращали терапию или меняли назначенные лекарственные препараты на другие. 30% пациентов не поняли, как правильно нужно принимать данное лекарственные препараты и не получая должного эффекта, самостоятельно меняли курс лечения. 15% пациентов также не поняли, как правильно принимать назначенный препарат, но обратились за повторной консультацией врача. 10% пациентов решили самостоятельно прекратить прием лекарственных препаратов при уменьшении симптомов или их исчезновении.

Обсуждение

По утверждению А. П. Зильбера, причиной многих проблем в медицине является «сокращение или даже утрата психологического контакта между больным и врачом». Полученные нами данные свидетельствуют о низкой комплаентности пациентов. Определенная группа пациентов, уже получив консультацию специалиста, склонна в большей степени полагаться на информацию из интернета либо всецело доверять словам людей, которые уже прошли лечение и имели положительный эффект. Поэтому такие пациенты самостоятельно меняют назначенное лечение или вовсе отменяют терапию.

Для восстановления психологического контакта необходимо использовать коммуникативные техники. Для повышения комплаентности пациенту необходима эмоциональная вовлеченность врача. Пациента необходимо подбадривать, хвалить, говорить ему комплименты. Действия и слова врача должны способствовать минимизации неловкости у больного, если речь заходит о сокровенных, интимных вещах. Пациент должен иметь возможность довериться врачу, чтобы донести полную информацию о своем самочувствии. Доступность информации для пациента достигается за счет минимального использования врачом профессиональных терминов и жаргонизмов. Если пациент не понял врача и не задал уточняющий вопрос, он будет вольно интерпретировать полученную информацию или искать объяснение в сети Интернет, что будет снижать комплаентность.

Выводы

Полученные нами данные свидетельствуют о низкой комплаентности пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. Для успешной коммуникации с пациентом врач должен убедить его в необходимости поддержания обратной связи.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

ТОРОПОВА М. А., КОРЧАГИНА П. А.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к. м. н. О.В. Полтавцева

THE INFLUENCE OF PHYSICAL TRAINING ON EFFICIENCY

TOROPOVA M. A., KORCHAGINA P. A.

Department of polyclinic therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: известно, что здоровый человек, занимающийся физической культурой, часто более успешен в карьере. Однако не все студенты учитывают роль физической подготовленности в успешном освоении профессии и карьере.

Ключевые слова: физическая подготовка, карьера, здоровье, работоспособность.

Resume: It is known that a healthy person who is engaged in physical culture is often more successful in his career. However, not all students take into account the role of physical training in successfully mastering the profession and career.

Keywords: physical training, career, health, efficiency.

Введение

Современный труд требует значительного напряжения умственных, психических и физических сил работников в любой сфере труда. Каждая профессия диктует определенный уровень развития психофизических качеств. Так, если студент получает профессию геолога, то ему необходима профессионально-прикладная физическая подготовка одного содержания, а будущему врачу – другая. Специалисты в области медицины свидетельствуют, что здоровый человек, занимающийся физической культурой, часто более успешен в карьере. Цель исследования – оценить знания студентов о влиянии физической подготовки на работоспособность человека.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 110 студентов лечебного факультета Кемеровского государственного медицинского университета, из них 47 (42,7%) студентов обучались на 4-м курсе, 63 (57,3%) – на 5-м курсе.

Результаты

Всем участвующим в анкетировании был предложен блок вопросов, который позволил оценить знания студентов о влиянии здоровья и

физической подготовленности на успешную карьеру. 43,6 % опрошенных студентов считают, что занятия физкультурой улучшают работоспособность; 36,4% ответили, что не заметили улучшений; 20,0% считают, что физическая культура отнимает много сил и ухудшает работоспособность.

Среди видов физической нагрузки половина студентов (56,4%) выбрала занятия спортом; 24,5% студентов – прогулки на свежем воздухе; 19,1% опрошиваемых ответили, что лучше всего повышает работоспособность полноценный сон.

На вопрос: «Насколько важным фактором является здоровье в развитии карьеры?» большинство тестируемых (72,7%) ответили, что очень важным; 2,7% анкетированных выбрали ответ «совсем не важным»; 24,5% студентов считают, что здоровье является не самым важным фактором в развитии карьеры.

Обсуждение

Чем выше заинтересованность студентов в занятиях физического воспитания, тем выше психофизический эффект таких занятий. У студентов должна выработаться потребность и привычка к регулярным занятиям физическими упражнениями. Они должны понимать их значение в формировании психофизической готовности к будущей профессиональной деятельности.

Выводы

Исследование показало, что не все студенты учитывают значение физической подготовленности для успешного освоения выбранной профессии и последующей трудовой деятельности.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК КОМПОНЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ШАПОЛОВА Ю.А., ХОЧИБОЕВА Д.В.

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к. м. н. О.В. Полтавцева

RATIONAL NUTRITION AS A COMPONENT OF A HEALTHY LIFESTYLE

SHAPOLOVA J. A., KHOCHIBOEVA D. V.

Department of polyclinic therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: в настоящее время актуальной становится проблема рационального питания, являющегося важным компонентом здорового

образа жизни. Исследование показало, что не все студенты понимают значение рационального питания для здоровья человека.

Ключевые слова: рациональное питание, здоровый образ жизни, работоспособность.

Resume: the problem of rational nutrition is an important component of a healthy lifestyle, is becoming relevant. The study showed that not all students understand the importance of rational nutrition for human health.

Keywords: rational nutrition, healthy lifestyle, efficiency.

Введение

Правильное питание всегда было одним из средств сохранения здоровья человека и поддержания основных функций организма и работоспособности. С пищей мы получаем все необходимые элементы: белки, жиры, углеводы, различные витамины и минеральные вещества. В связи с этим в настоящее время актуальной становится проблема повышения культуры питания, чтобы рацион соответствовал затратам энергии и потребностям организма. Цель работы: изучить мнение студентов о влиянии рационального питания на здоровье человека.

Материалы и методы

Исследование было проведено с помощью анализа литературных данных и учебных пособий, посвященных здоровому образу жизни. Были использованы общенаучные и исследовательские методы: анкетирование, опрос, беседы. Проведено анкетирование 110 студентов начальных курсов Кемеровского государственного медицинского университета.

Результаты

Всем студентам был предложен блок вопросов, который позволил нам оценить знания студентов о влиянии рационального питания на образ жизни каждого.

На вопрос «Как рациональное питание влияет на здоровый образ жизни человека?»: половина тестируемых – 57 опрошенных (51,8%) считают, что рациональное питание благоприятно влияет на работоспособность и является частью здорового образа жизни человека; 42 студентов (38,2%) ответили, что рациональное питание не влияет на здоровье человека; 11 (10 %) затруднились ответить.

На вопрос: «Какие факторы благоприятно влияют на рациональное питание?» 61 (55,5%) респондент выбрали ответ «разнообразие пищи», 27 (24,5%) – «избегание диетических стрессов», 22 (20,0%) – «приём натуральных продуктов».

На вопрос: «Насколько важным фактором является рациональное питание в здоровье каждого?» «Очень важным» ответили 74 (67,3%) студента, «не самым важным» – считают 34 (30,9%) и «совсем не важным» – двое опрошенных (1,8%).

Обсуждение

Здоровый человек, питающийся правильно, часто более работоспособен, у него хорошее самочувствие. О таких наблюдениях свидетельствуют не только специалисты в области медицины, но и большинство студентов-медиков, участвующих в опросе о роли рационального питания в здоровом образе жизни. Однако не все студенты понимают значение рационального питания.

Рациональным питание – это индивидуальный комплекс, который удовлетворяет потребности организма в энергии и незаменимых жизненно важных веществах в данных конкретных условиях его жизнедеятельности.

При анализе литературы установлено, что рациональное питание основано на пяти принципах. Первый принцип – соответствие энергетической ценности рациона питания среднесуточным энергетическим затратам организма, которые зависят от возраста, пола, биохимического статуса, состояния здоровья, вида деятельности и климата региона проживания. Второй принцип – удовлетворение потребностей организма в веществах, необходимых для осуществления пластического обмена и регуляции физиологических функций организма: белках, углеводах, жирах, витаминах, минеральных веществах. Третий принцип рационального питания – сбалансированность содержания в рационе различных питательных веществ и определённое их соотношение. Четвёртый принцип – соответствие химической структуры пищи ферментному статусу организма. Пятый принцип – безвредность пищи, отсутствие в ней токсических веществ и вредных добавок, таких как консерванты, красители, эмульгаторы.

Выводы

Исследование показало, что не все студенты понимают роль и значение рационального питания. У студентов должна выработаться потребность и привычка к регулярному питанию, осознавать и понимать его значение в формировании здорового образа жизни