



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



## Первичная медико-санитарная помощь: современные аспекты

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

Кемерово, 2025

**УДК 614.812(082)  
ББК 51.1(2) я43  
П 262**

Первичная медико-санитарная помощь: современные аспекты : материалы II Межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, приуроченной к 70-летнему Юбилею Кемеровского государственного медицинского университета (Кемерово, 31 октября 2025 года) / отв. ред. Т. Е. Помыткина. - Кемерово : КемГМУ, 2025. – 198 с.

В сборнике представлены материалы межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых, состоявшейся 31 октября 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 978-5-8151-0364-1

© Кемеровский государственный  
медицинский университет, 2025

## **СОДЕРЖАНИЕ**

Абраменко П.К., Маслов К.Д.	<b>11</b>
<b>УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ 15-25 ЛЕТ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СРЕДНИХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ</b>	
Атаманова О.А.	<b>14</b>
<b>ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</b>	
Баинова П.С., Калюжная Т.Л.	<b>17</b>
<b>ВЛИЯНИЕ КУРЕННИЯ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХОБЛ</b>	
Барешова С.Е., Пучков Л.С.	<b>20</b>
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА</b>	
Белошапкин В.А., Шихалев Т.К.	<b>22</b>
<b>НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА</b>	
Белоус Е.М.	<b>25</b>
<b>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В ЭПОХУ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПЕРЕГРУЗКИ</b>	
Больших Л. Г., Кугубаев А.В.	<b>28</b>
<b>ПРОБЛЕМЫ ЯТРОГЕНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	
Бузмакова М.В., Долматова В.Ю.	<b>30</b>
<b>ЗНАЧЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И ЕГО РОДСТВЕННИКОВ В ПРИНЯТИИ СМЕРТИ</b>	
Бурлакова Е.А., Коростелева А.И.	<b>33</b>
<b>ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: КОНЦЕПЦИЯ, ПРИНЦИПЫ, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ</b>	

Важева О.С., Петрова М.А.	36
<b>ВЛИЯНИЕ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ MYTHNERAPY И MEDISAFE НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ</b>	
Веретенов Д.Б., Скворцов Д.О.	39
<b>ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ИТ-ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ</b>	
Вехова Е.В., Финаева Д.И.	42
<b>КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА</b>	
Воронова Д.С., Кудрина А.Л.	45
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ</b>	
Газдиева Д.К., Газдиев М.А.	48
<b>СТАРОСТЬ БЕЗ БОЛЕЗНИ: ОТ ПРОФИЛАКТИКИ К ЗАБОТЕ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ</b>	
Гамбаров А.З., Гладкова Ю.Е.	50
<b>ЦИФРОВЫЕ ДВОЙНИКИ ПАЦИЕНТА: БУДУЩЕЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ</b>	
Гладкова Ю.Е., Гамбаров А.З	53
<b>РЕСУРСНОЕ ИСТОЩЕНИЕ РОДСТВЕННИКОВ: КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ ВЫГОРАНИЕ ТЕХ, КТО УХАЖИВАЕТ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ</b>	
Долматова В.Ю., Бузмакова М.В.	55
<b>СЛОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>	
Дочкина И.С., Апушкина Т.А.	58
<b>ОЦЕНКА КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ</b>	

Епифанцева С.А., Сидельцева А.Г.	<b>60</b>
<b>ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ</b>	
Зайцева А.Ю., Томилова О.А.	<b>63</b>
<b>ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС</b>	
Захарова А.С., Куспекова В.С.	<b>66</b>
<b>СОХРАНЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПРАКТИКЕ СТУДЕНТОВ</b>	
Зинько В.О.	<b>68</b>
<b>МЕДИЦИНСКИЕ ОНЛАЙН-КАЛЬКУЛЯТОРЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА</b>	
Казакова А.Е.	<b>71</b>
<b>ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ</b>	
Караченова А.М.	<b>73</b>
<b>СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА D И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ЕГО РЕЦЕПТОРА (BSMI, FOK1) У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19</b>	
Каркавина Е.С.	<b>77</b>
<b>ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ</b>	
Клевцова А.В., Крамор С.А.	<b>79</b>
<b>АГРЕССИЯ ПАЦИЕНТОВ – ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МОЛОДЫХ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ</b>	
Колгина А.В., Курбангалеева Т.А.	<b>83</b>
<b>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТОМ ОМЕПРАЗОЛ</b>	
Колесниченко К.В., Мешкова А.Е.	<b>85</b>
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПРАКТИКЕ СТУДЕНТОВ</b>	

Коновалова Ю.А., Наливайко С.В. <b>НЕДОСТАТКИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РФ</b>	<b>88</b>
Крамор С.А., Клевцова А.В. <b>СИДЯЧИЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ФАКТОР РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b>	<b>90</b>
Кугубаев А.В., Больших Л.Г. <b>ПОДХОДЫ К КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТОМ И РОДСТВЕННИКАМ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ</b>	<b>93</b>
Кузнецов И.А., Чамбал Х.А. <b>ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИБС В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ГАУЗ КГКБ №4 «ЯШКИНСКИЙ ФИЛИАЛ. ВЗРОСЛАЯ ПОЛИКЛИНИКА»</b>	<b>96</b>
Купцов А.Ю., Кузнецова Ю.А. <b>ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b>	<b>99</b>
Курбангалеева Т.А., Колгина А.В. <b>ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ</b>	<b>101</b>
Любимова А.П., Старков П.А. <b>ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ</b>	<b>103</b>
Механи М.Ш. <b>ТРУДНОСТИ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И КАРДИАЛГИЯМИ</b>	<b>106</b>
Механи М.Ш. <b>ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРОВ АРАБСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЕГИПЕТ</b>	<b>108</b>

Мишин В.О., Попова Е.С. <b>ДЕТСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ</b>	<b>110</b>
Монгуш Е.Э., Мурзагалиева А.Б. <b>АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА РАЗРАБОТКИ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ПРИЁМА ЛЕКАРСТВ И ОБРАТНОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И ВРАЧОМ</b>	<b>113</b>
Мурзагалиева А.Б., Шабалдак А.А. <b>КОНФЛИКТ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ И ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ЦЕННОСТЯМИ ПАЦИЕНТА: ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИЛЕММА</b>	<b>115</b>
Насих К.А.Б., Омар А.М.А. <b>ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ МАССОВОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В РАБОТЕ ТЕРАПЕВТА</b>	<b>118</b>
Омар А.М.А., Насих К.А.Б. <b>ЭВОЛЮЦИЯ ПРИНЦИПОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА: ОТ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОПИСАНИЙ К ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫМ СТАНДАРТАМ</b>	<b>122</b>
Онищенко С.С., Белова Д.Д. <b>ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ</b>	<b>124</b>
Петрова А.Е. <b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ</b>	<b>126</b>
Петрова М.А., Важева О.С. <b>ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО</b>	<b>129</b>
Попова Е.С., Мишин В.О. <b>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ</b>	<b>132</b>

Пучков Л.С., Барешова С.Е.	135
<b>ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: РАННИЕ МАРКЕРЫ И ПРЕВЕНТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ</b>	
Рашоян А.Г., Косачева А.С.	137
<b>К ВОПРОСУ О ГИПЕРУРИКЕМИИ, ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ГРУППЫ ЛЮДЕЙ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА КЕМЕРОВО</b>	
Салчак Ш.Ш.	139
<b>СООТВЕТСТВИЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>	
Сатушева Д.М., Атаманова О.А.	142
<b>ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ</b>	
Ситников В.П., Башев С.А.	145
<b>МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b>	
Скворцов Д.О., Веретенов Д.Б.	148
<b>ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА</b>	
Тагина Е.Г.	152
<b>ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С ПОМОЩЬЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ</b>	
Тишанинова Е.О., Токмакова Л.А.	154
<b>СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА</b>	
Торопова М.А., Корчагина П.А.	157
<b>ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ КАК ФАКТОРЫ УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КАРЬЕРЫ</b>	

Токарь А. Е., Егошин Д. Е.	160
<b>КОРРЕЛЯЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У НЕФРОТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ</b>	
Тюмерекова А.А., Усманова О.Д.	163
<b>ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИКИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ</b>	
Усманова О.Д., Тюмерекова А.А.	165
<b>ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ</b>	
Уткин Е.В., Журавлева Д.Г.	168
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА- КОНОВАЛОВА</b>	
Финаева Д.И., Чурай К.В.	170
<b>ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ</b>	
Фирсова Е.В., Довбыш Е.Р.	173
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ</b>	
Хочибоева Д.Б., Шаполова Ю.А.	176
<b>ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА- ГИНЕКОЛОГА</b>	
Чамбал Б.Д., Пазилжанов А.С.	179
<b>ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b>	
Чахлова В.Ю., Юрченко Д.М.	181
<b>КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ</b>	
Чурай К.В., Петрова А.Е.	184
<b>ИНТЕГРАЦИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ</b>	

Шабалдак А.А., Монгуш Е.Э.	<b>186</b>
<b>СВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА С РАЗВИТИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА</b>	
Шимук П.Д.	<b>189</b>
<b>ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ: ОЦЕНКА ПО ОПРОСНИКУ КОП-25</b>	
Юрченко Д.М., Чахлова В.Ю.	<b>192</b>
<b>РОЛЬ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА</b>	
Яранский В.С., Неверова Е.А.	<b>195</b>
<b>ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ</b>	

**УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ  
15-25 ЛЕТ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СРЕДНИХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ  
ЗАВЕДЕНИЯХ**

АБРАМЕНКО Павел Константинович, МАСЛОВ Кирилл Дмитриевич

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., профессор Дарья Павловна Цыганкова

**ALCOHOL USE AMONG YOUNG PEOPLE AGED 15-25 STUDYING IN  
SECONDARY AND HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

ABRAMENKO P.K, MASLOV K.D.

*Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Professor D.P. Tsygankova

**Резюме:** выявлены ассоциации влияния социально-демографических характеристик на статус потребления алкоголя среди учащихся 15-25 лет в средних и высших учебных заведениях России и общая оценка распространенности потребления алкоголя в данной популяции.

**Ключевые слова:** злоупотребление алкоголем, студенты, учащиеся.

**Abstract:** associations of the influence of socio-demographic characteristics on the status of alcohol consumption among students 15-25 years old in secondary and higher educational institutions of Russia and an overall assessment of the prevalence of alcohol consumption in this population were identified.

**Keywords:** alcohol abuse, students, students.

**Введение.** Злоупотребление алкоголем остается одной из значимых причин хронических неинфекционных заболеваний, особенно для молодых людей, среди которых 13,5% смертей в возрасте 20-39 лет связаны с алкоголем. Подростковый и молодой возраст являются критическими периодами для формирования привычек, определяющих образ жизни в дальнейшем. Раннее начало употребления алкоголя ассоциируется с повышенным риском развития зависимости во взрослом возрасте. Несмотря на актуальность проблемы, в России отсутствуют крупные современные эпидемиологические исследования, посвященные употреблению алкоголя среди учащейся молодежи. Известно, что регулярное употребление алкоголя оказывает негативное влияние на сердечно-сосудистую, нервную систему, снижает иммунитет, приводит к развитию алкогольной зависимости, психическим, соматическим и неврологическим нарушениям, уменьшению физической активности, снижению умственной работоспособности, деградации личности. Алкоголизм среди молодежи представляет актуальную медико-социальную проблему, которая проявляется в

возрастании риска рождения детей с психическими и физическими отклонениями, росту криминального поведения среди молодежи. Доказано, что чрезмерное употребление алкоголя в подростковом возрасте влияет на развивающиеся яйцеклетки и сперматозоиды, что потенциально влияет на здоровье будущих детей на протяжении всей жизни.

**Цель:** анализ ассоциаций влияния социально-демографических характеристик на статус потребления алкоголя среди учащихся 15-25 лет в средних и высших учебных заведениях России и общая оценка распространенности потребления алкоголя в данной популяции.

**Материалы и методы.** Проведено одномоментное исследование совместно с НМИЦ Терапии и профилактической медицины в 2022-2023 гг. в 6 регионах России (Калининградская, Кемеровская, Ростовская, Саратовская области, Республика Карелия, Ямало-Ненецкий АО). Выборка сформирована неслучайным методом доступной выборки. После исключения лиц с пропущенными данными, аналитическая выборка составила 2015 человек (36,3% мужчин, 63,7% женщин; 24,1% – 15-17 лет, 56,8% – 18-20 лет, 19,1% – 21-25 лет). Употребление алкоголя (за последний год), его виды, частота и объемы оценивались с помощью анкеты. Объем потребления пересчитывался в граммы чистого этанола в сутки. Для оценки популяционной распространенности проведена стандартизация по полу, возрасту и региону.

**Результаты и обсуждения.** Стандартизованная распространенность употребления алкоголя в популяции учащихся 15-25 лет составляла 51,5 % и встречалась одинаково часто среди мужчин и женщин (50,0 % и 53,0 %,  $p=0,280$ ). С увеличением возраста отмечен рост данного показателя: так, в 15-17 лет употребляли алкоголь 34,7 %, в 18-20 лет – в 1,4 раза больше ( $p<0,001$ ), в 21-25 лет – уже в 2 раза ( $p<0,001$ ). Стандартизованные значения доли потребляющих различные типы алкогольных напитков составляли: 74,9 % – пиво, 65,2 % – вино, 48,5 % – водка, 22,4 % – портвейн, 26,8 % – самогон. Наблюдались статистически значимые различия потребления между мужчинами и женщинами по всем видам алкоголя. Так, мужчины чаще, чем женщины потребляли пиво (в 1,2 раза,  $p<0,001$ ), портвейн (в 1,3 раза,  $p=0,009$ ), самогон (в 1,5 раза,  $p<0,001$ ) и водку (в 1,9 раз,  $p<0,001$ ). В тоже время, женщины в 1,3 раза чаще, чем мужчины употребляли вино ( $p<0,001$ ). Потребление пива статистически значимо чаще встречалось в возрастной группе 15-17 лет, по сравнению с группами 18-20 и 21-25 лет (в 1,1 раз,  $p=0,004$  и  $p=0,011$ , соответственно). Употребление водки, наоборот, статистически значимо реже наблюдалось в младшей возрастной группе, по сравнению с группами 18-20 и 21-25 лет (в 1,2 раза,  $p=0,021$  и  $p=0,014$ , соответственно).

Регрессионный анализ продемонстрировал ассоциации с вероятностью употребления алкоголя пола, возраста, типа учебного заведения и курса обучения. Так, риск потребления алкоголя увеличивался у женщин (в 1,32 раза,

по сравнению с мужчинами), у учащихся в колледже (в 1,44 раза, по сравнению с ВУЗом) и у лиц 18-25 лет (в 2,43 и 4,62 раза, соответственно). У обучающихся на первом курсе вероятность употребления алкоголя была ниже, по сравнению со студентами более старших курсов ( $ОШ=0,76$ ). Также следует отметить, что вероятность увеличения объема потребления была ниже у женщин, чем у мужчин ( $ОШ=0,56$ ) и у студентов первых курсов, по сравнению со старшекурсниками ( $ОШ=0,66$ ).

Полученные результаты согласуются с мировыми тенденциями, указывающими на высокую распространенность употребления алкоголя среди студенческой молодежи и смещение гендерного градиента в сторону увеличения вовлеченности женщин. Выявленная связь с типом учебного заведения (колледж vs. вуз) и курсом обучения подчеркивает важность образовательной среды и социального контекста в формировании поведения. Так, например, в исследовании студентов начальных курсов всех факультетов Белорусского государственного медицинского университета (Блажко А.С., 2020), доля респондентов, употребляющих алкоголь составляла  $82,4\pm1,3\%$ . При этом, удельный вес юношей, употребляющих алкоголь, был 71,9 %, девушек – 87,0 % (межполовой градиент девушки/юноши составлял 1:0,82), что указывает на значительную вовлеченность молодых женщин в употребление алкогольных напитков. Исходя из этого, по полученным данным видно, что в сравнении с результатами нашего исследования, распространенность употребления алкоголя среди студентов Белорусского государственного медицинского университета выше.

При анализе данных опроса молодёжи г. Перми в возрасте 18-23 года, отсутствие признаков алкоголизма было выявлено у 75,0 % опрошенных (Таibова Д.Р., 2023). Наиболее популярным алкогольным напитком среди молодёжи как у лиц женского пола, так и у лиц мужского пола оказалось пиво (32% девушек и 36% мужчин). Обращает на себя внимание, что у 15% респондентов отмечалось вероятное наличие алкоголизма. Таким образом, региональные данные коллег из Перми о распространенности употребления алкоголя студентами ниже, чем полученные нами данные.

**Выводы:**

1. Стандартизованная распространенность употребления алкоголя в популяции учащихся 15-25 лет составляла 51,5 % и встречалась одинаково часто среди мужчин и женщин (50,0 % и 53,0 %).

2. Доли потребляющих различные типы алкогольных напитков, среди общей популяции, употребляющих алкоголь составляли: 74,9 % – пиво, 65,2 % – вино, 48,5 % – водка, 22,4 % – портвейн, 26,8 % – самогон.

3. С вероятностью употребления алкоголя ассоциировались пол, возраст, тип учебного заведения и курс обучения. Риск потребления алкоголя увеличивался у женщин (в 1,32 раза (ДИ:1,06-1,63), по сравнению с

мужчинами), у учащихся в колледже (в 1,44 раза, ДИ:1,01-2,05), по сравнению со студентами ВУЗов) и у лиц 18-25 лет (в 2,43 и 4,62 раза, соответственно). У обучающихся на первом курсе вероятность употребления алкоголя была ниже, по сравнению со студентами более старших курсов (ОШ=0,76, ДИ:0,61-0,95).

## **ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

АТАМАНОВА Ольга Андреевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **BASICS OF HEALTHY LIFESTYLE FORMATION**

ATAMANOVA O.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** В представленной работе обсуждаются вопросы формирования здорового образа жизни, как необходимой целенаправленной формы поведения для населения, ставится вопрос о необходимых факторах для становления его и основополагающих принципах изменения модели поведения у населения. Рассматривается роль врача в амбулаторной практике в формировании приверженности к сохранению и укреплению здоровья у пациента.

**Ключевые слова:** формирование ЗОЖ, пациент, индивид, модели поведения.

**Abstract:** The presented work discusses the issues of forming a healthy lifestyle as a necessary purposeful form of behavior, raises the question of the necessary factors for the formation of a healthy lifestyle and the fundamental principles of changing the behavior model of the population. The role of a physician in outpatient practice in forming a commitment to maintaining and strengthening the patient's health.

**Keywords:** formation of a healthy lifestyle, patient, individual, behavior models.

**Введение.** Само по себе понятие «Образ жизни» включает разнообразные формы как индивидуальной, так и групповой деятельности людей, которые могут охарактеризовать особенности их взаимодействия в различных сферах. Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это форма активной направленности индивида на сохранение и укрепление собственного здоровья, когда человек сознательно

выбирает конкретные модели поведения, имеющие направленность на поддержание оптимального состояния физиологических, психологических, трудовых показателей.

Необходимость ЗОЖ определяется многими факторами. Усложнение социально-трудовых взаимоотношений, увеличение техногенного влияния на социально-бытовую сторону жизни человека негативно влияет на различные сферы жизнедеятельности человека. Для некоторых индивидов наличие немодифицируемых факторов риска делают ЗОЖ необходимым мероприятием для сохранения здоровья индивида.

**Цель:** изучить различные возможности формирования ЗОЖ для человека в целом и как пациента на амбулаторном приеме.

**Материалы и методы.** Изучение современной медицинской литературы, материалов из таких источников, как ЭБС Лань, Киберленинка, PubMed.

**Результаты и их обсуждения.** Формирование ЗОЖ у населения можно отнести к комплексной проблеме, требующей не только мероприятий по вовлечению индивида в систему здоровьесбережения, но и определенных индивидуальных качеств вовлекаемого индивида: морально-волевые качества, мотивации к соблюдению ЗОЖ, стремление к сохранению и укреплению собственного здоровья, владение информацией о ЗОЖ. Можно выделить два основных фактора, которые способны обеспечить приверженность к ЗОЖ у населения. Первый фактор – это доступность информации о поведении, которое способствует сохранению и укреплению здоровья, необходимости имеющихся у них возможностей для отказа от пагубных моделей поведения (курение, употребление спиртных напитков, гиподинамия и др.). Источником информации может выступать активная работа медицинских организаций по выявлению факторов риска у населения при проведении диспансеризации или на приеме у врача, различные санитарно-просветительские акции и мероприятия. Этот фактор в большей степени зависит от наличия и доступности информации о ЗОЖ, от активности популяризации и внедрения в общественную жизнь различных элементов ЗОЖ.

Способствовать активному воздействию данного фактора на человека возможно путем систематического и целенаправленного предоставления информации о ЗОЖ индивиду. В амбулаторной практике необходимо напоминать пациенту о необходимости способствовать укреплению своего здоровья, уточнять информацию о соблюдении им медицинских рекомендаций, принципов ЗОЖ.

Второй фактор – это мотивационно-волевая направленность самого индивида к сохранению собственного здоровья, т.е. готовность индивида целенаправленно следовать привычкам ЗОЖ. В качестве этого фактора выступает способность человека самостоятельно выбирать модель поведения, соответствующую ЗОЖ, и здесь более важную роль начинает играть не

доступность информации для потребителя, а отношение потребителя к поступающей информации, его доверие, его готовность следовать полученным указаниям. Необходимо учитывать не только предоставление информации, её достоверность и доступность, но и отношение к информации со стороны человека, для которого она предназначена. Готовность человека определяется многими факторами, среди которых могут выступать его возраст, профессия, наличие или отсутствие определенных заболеваний или состояний. Данный фактор играет более важную роль для получения положительного результата. Информация сама по себе, без должной подготовки того, кто её воспринимает, не может значительно повлиять на поведение индивида. Значительное влияние на изменения в поведении человека может оказать только сам человек, и для этого необходимо комплексное, мультидисциплинарное воздействие, систематическое предоставление достоверной информации в доступном формате, приоритетная работа именно с готовностью человека менять свой образ жизни, следовать полученным указаниям.

Для амбулаторной практики может оказаться полезным подразделение всех наблюдаемых пациентов на подгруппы, в которых возможна схожая внутригрупповая работа. Так, наиболее явные различия имеют пожилые пациенты, работающие лица и подростки, люди с уже имеющимися заболеваниями, для которых ведение ЗОЖ является необходимой стратегией в коррекции своего состояния. В отдельную группу можно выделить людей с психоневрологическими нарушениями, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ), алкоголь, курящих, а также лиц, которые ранее были замечены в недостаточной комплаентности к лечению. Для таких людей комфортная среда для следования принципам ЗОЖ будет иметь очень явные различия.

Менее комплаентным пациентам могут быть полезны более частые посещения поликлиники (раз в месяц). Сбор достаточной информации о пациенте может быть осуществлен за счет ведения «Дневника самоконтроля», использования технических приспособлений для регистрации биологических данных (контроль АД, сахара крови и др.).

При формировании ЗОЖ важно обращать внимание на уже привычную для пациента модель поведения и ориентирование пациента на формирование долгосрочной модели поведения, которая будет осуществляться преимущественно, в то время как другие формы деятельности, не способствующие укреплению здоровья индивида, отодвигаются на дальний план и являются краткосрочным отступлением от привычного образа жизни. Основной формой поведения для индивида должно быть следование рекомендациям, которые улучшают качество жизни и направлены на сохранение и укрепление здоровья. Другие же модели поведения должны рассматриваться в качестве краткосрочных отступлений от привычного образа

жизни, а не в качестве основного варианта поведения.

Возможности врача на амбулаторном приеме в работе с личной готовностью следовать ЗОЖ весьма ограничены, имеется необходимость привлечения других специалистов для долговременного обучения и контроля пациента (кабинеты профилактики, школы здоровья, психологическая помощь)

**Выводы:** формирование ЗОЖ является довольно сложной работой, которая требует комплексного подхода. Важную роль в работе над образом жизни имеет долгосрочность перспективы следования рекомендациям и отступление не совсем полезных для здоровья привычек на дальний план. При этом на первый план выступает готовность человека изменить свой образ жизни, а не предоставление информации об образе жизни. Врач амбулаторного приема имеет небольшие возможности в отношении изменения личного отношения к ЗОЖ у пациента, так как здесь необходима комплексная и регулярная работа с индивидом.

## **ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХОБЛ**

**БАИНОВА Полина Сергеевна, КАЛЮЖНАЯ Татьяна Леонидовна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

**Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина**

## **THE EFFECT OF SMOKING ON THE PROGRESSION OF COPD**

**BAINOVA P.S., KALYUZHNAIA T.L.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

**Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina**

**Резюме:** Курение (как активное, так и пассивное) является главной причиной развития и прогрессирования хронической обструктивной болезни легких, и полный отказ от курения на любом этапе жизни и стадии заболевания является ключевым фактором облегчения симптомов, улучшения прогноза и продления жизни.

**Ключевые слова:** ХОБЛ, хронический кашель, курильщик, диагностика.

**Abstract:** Smoking (both active and passive) is the main cause of the development and progression of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and complete cessation of smoking at any stage of life and stage of the disease is a key factor in relieving symptoms, improving prognosis and prolonging life.

**Keywords:** COPD, chronic cough, smoker, diagnosis.

**Введение.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – это хроническое воспалительное заболевание с поражением мелких бронхов (воздухоносных путей), которое приводит к ихужению и нарушению дыхания. Со временем в лёгких развивается эмфизема. Так называется состояние, при котором снижается эластичность лёгких, то есть их способность сжиматься и расширяться в процессе дыхания. Важным фактором риска развития ХОБЛ является воздействие табачного дыма.

Горящая сигарета – уникальная химическая фабрика, которая является источником более 4000 различных соединений. В состав табачного дыма входят газообразные компоненты (аммиак, бутан, метан, метанол, азот, сероводород, угарный газ, ацетон, синильная кислота) и твердые частицы (смола, металлические и другие соединения: фенол, индол, никотин, свинец, цинк, мышьяк, сурьма, алюминий, кадмий, хром). Известно, что 300 компонентов табачного дыма являются биологическими ядами, а 40 – канцерогенами.

**Цель:** изучить особенность влияния курения на прогрессирование ХОБЛ.

**Материалы и методы.** Проведен литературный обзор отечественных и зарубежных медицинских научных публикаций.

**Результаты и обсуждения.** Вполне естественно, что в первую очередь от курения табака страдает дыхательная система. Конечно, не каждый курящий человек заболевает ХОБЛ. В то же время практически все страдающие этим недугом (около 90%) имеют длительный стаж курения. Можно сказать, что ХОБЛ является самым наглядным последствием пагубной привычки. Основные симптомы ХОБЛ – хронический кашель, продукция мокроты, одышка. Болезнь развивается постепенно. С момента начала курения и до появления первых симптомов проходят годы, чаще десятилетия. В большинстве случаев это заболевание второй половины жизни человека – после 40–50 лет. Однако коварство хронической обструктивной болезни легких в том, что симптомы появляются, когда патологический процессшел настолько далеко, что и в бронхах, и в легких сформировались необратимые изменения. Чаще всего самым первым симптомом болезни служит кашель с продукцией мокроты, вначале в утренние часы, после пробуждения. Далее, постепенно, кашель усиливается, появляется и в дневное время, увеличивается количество мокроты, изменяется ее вид, она приобретает гнойный характер. В холодные сезоны начинают возникать эпизоды респираторной инфекции, не связываемые вначале в одно заболевание. По мере прогрессирования изменений в бронхах и легких развивается одышка – ощущение дискомфорта при дыхании. Сначала одышка появляется при значимой физической нагрузке, затем уже при самообслуживании (например, умывании, переодевании). А потом начинает возникать и в покое. Ограничение физической нагрузки из-за дыхания развивается в среднем на 10 лет позднее появления кашля. Однако в ряде

случаев возможен дебют заболевания с одышки. На более поздних стадиях ХОБЛ появляются головная боль в утренние часы, дневная сонливость, трепор рук, которые могут свидетельствовать о нарастании дыхательной недостаточности, снижении содержания кислорода и увеличении концентрации углекислого газа в крови.

Для постановки диагноза в первую очередь важны симптомы болезни и исследование функции легких посредством спирометрии, которая фиксирует снижение скорости прохождения воздуха по бронхам. Осложнениями ХОБЛ являются инфекции, дыхательная недостаточность и хроническое лёгочное сердце.

Также у пациентов с ХОБЛ с большей частотой встречается бронхогенная карцинома (рак лёгкого), хотя она не является непосредственным осложнением болезни.

Дыхательная недостаточность – состояние аппарата внешнего дыхания, при котором либо не обеспечивается поддержание напряжения О<sub>2</sub> и СО<sub>2</sub> в артериальной крови на нормальном уровне, либо оно достигается за счёт повышенной работы системы внешнего дыхания. Проявляется, главным образом, одышкой.

Хроническое лёгочное сердце – увеличение и расширение правых отделов сердца, которое происходит при повышении артериального давления в малом круге кровообращения. Курение, как активное, так и пассивное, – лидирующая причина развития ХОБЛ. Течение заболевания, сроки его неблагоприятного исхода зависят от многих факторов, в частности, от возраста начала курения, его продолжительности, количества выкуриваемых сигарет в сутки, сопутствующих заболеваний, социального статуса курильщика и т.д.

Существует показатель, так называемый «индекс курящего человека», который позволяет курильщику самостоятельно оценить, насколько велика для него угроза получить смертельное заболевание легких. Для расчета нужно умножить количество ежедневно выкуриваемых сигарет на 12 месяцев. Значение показателя больше 120 говорит о предпосылках развития ХОБЛ, а при 240 – человеку не избежать болезни.

**Выводы:** прекращение курения облегчает симптомы болезни и продлевает жизнь. Именно с отказа от вредной привычки начинается лечение ХОБЛ. Если человек не в состоянии бросить курить самостоятельно, то ему, возможно, потребуется лекарственная поддержка для борьбы с никотиновой зависимостью.

Важно отметить, что курение – не только безусловный фактор развития ХОБЛ, но и причина более быстрого прогрессирования болезни. Эпизодические курильщики имеют худший прогноз с точки зрения снижения легочной функции, чем бросившие курить. Таким образом, полный отказ от курения

актуален на любом этапе жизни и на любой стадии развития ХОБЛ.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**

**БАРЕШОВА Софья Евгеньевна, ПУЧКОВ Лев Сергеевич**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **MODERN PRINCIPLES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS TREATMENT**

**BARESHOVA S.E., PUCHKOV L.S.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** Хронический пиелонефрит – распространенное заболевание почек, требующее комплексного подхода к лечению. В статье рассмотрены ключевые современные принципы лечения хронического пиелонефрита.

**Ключевые слова:** хронический пиелонефрит, лечение, антибиотики, профилактика.

**Abstract:** Chronic pyelonephritis is a common kidney disease that requires a comprehensive treatment approach. The article discusses key modern principles of chronic pyelonephritis treatment.

**Keywords:** chronic pyelonephritis, treatment, antibiotics, prevention.

**Введение.** Лечение хронического пиелонефрита направлено на устранение инфекционного агента, купирование воспаления и предотвращение осложнений. Основу терапии составляют антибактериальные препараты, подобранные с учетом чувствительности микрофлоры, а также противовоспалительные и симптоматические средства. Важную роль играет коррекция образа жизни: гидратация, диета, контроль сопутствующих заболеваний (например, сахарного диабета). Основные группы препаратов – антибиотики и антибактериальные препараты (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны), нитрофураны (нифурател), противовоспалительные средства и препараты для улучшения почечного кровотока.

**Цель:** изучить оптимальные стратегии лечения хронического пиелонефрита, включая выбор антибактериальной терапии, продолжительность курсов лечения и меры вторичной профилактики.

**Материал и методы.** Проведен анализ клинических рекомендаций (EAU,

IDSA), научных публикаций и данных ретроспективного исследования пациентов с хроническим пиелонефритом, наблюдавшихся в Кузбасской областной клинической больнице имени С. В. Беляева в течение года.

**Результаты и обсуждения.** Как следует из клинических рекомендаций по лечению хронического пиелонефрита (2023), основу терапии должны составлять антибиотики, подобранные с учетом чувствительности возбудителей. Наиболее часто выявляемыми возбудителями хронического пиелонефрита являются *Escherichia coli* (65%), *Klebsiella pneumoniae* (20%) и *Proteus mirabilis* (10%). Соответственно, препаратами первой линии в лечении заболевания являются фторхинолоны (левофлоксацин, ципрофлоксацин) и цефалоспорины III поколения (цефиксим, цефтриаксон). У 85% пациентов после 10-14-дневного курса антибактериальной терапии отмечаются нормализация анализов мочи (снижение лейкоцитурии, бактериурии) и исчезновение клинических симптомов (лихорадка, боли в пояснице, дизурия). У 15% пациентов может потребоваться коррекция терапии из-за устойчивости микрофлоры путем назначения резервных препаратов (амикацин, меропенем).

Для предотвращения обострений пациентам с частыми рецидивами ( $\geq 2$  в год) рекомендуются длительные курсы уросептиков (нитрофурантоин, фурагин) в низких дозах на 3–6 месяцев. Согласно данным статьи Johnson J.R. et al. «Longterm antibiotics for prevention of recurrent urinary tract infections» (2021) применение низкодозовых курсов нитрофурантоина и фурагина у пациентов с рецидивирующей инфекцией продемонстрировало снижение частоты обострений на 40%.

Поскольку примерно у 30% пациентов с хроническим пиелонефритом имеются сопутствующие заболевания (артериальная гипертензия, сахарный диабет), схема лечения таких больных включает назначение ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину для контроля давления и снижения протеинурии, а также инсулин и сахароснижающие препараты.

В течение исследования нами было проанализировано 50 медицинских документов – историй болезни и амбулаторных карт пациентов Кузбасской областной клинической больницы имени С. В. Беляева, получавших лечение в урологическом отделении и проконсультированных урологами в поликлинике в течение года, за период с 20.06.24 по 20.06.25 г. Лечение пациентов с хроническим пиелонефритом проводилось в соответствии в рекомендациями. Пациенты, соблюдавшие врачебные назначения и регулярно проходившие контрольные обследования (анализы мочи, УЗИ почек), демонстрировали стабильную ремиссию.

Проанализирован показательный клинический случай. Пациент К., 47 лет, поступил с жалобами на лихорадку (повышение температуры тела до 39°C), боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание с примесью крови. При сборе анамнеза установлено, что данные симптомы стали

появляться в течение последних пяти лет, с 2021 года, когда пациент перенес острый пиелонефрит и лечился амбулаторно, из антибактериальных препаратов был назначен цефтриаксон. Обострения заболевания возникали 2-3 раза в год. В. Установлен диагноз: «Двусторонний хронический пиелонефрит, фаза обострения». Проведено лечение: левофлоксацин в таблетках по 500 мг 1 раз/сут в течение 10 дней, фурагин 50 мг на ночь в течение 3-х месяцев, диета с ограничением соли до 5 г в сутки. Также пациенту назначался ибuproфен по требованию для купирования болевого синдрома. На фоне лечения состояние больного улучшилось, нормализовалась температура, купирован болевой синдром, прекратились дизурические явления.

**Выводы:** основу терапии хронического пиелонефрита составляют антибактериальные препараты, подобранные с учетом чувствительности микрофлоры, а также противовоспалительные и симптоматические средства. Важными факторами успешного лечения являются длительное применение уросептиков у пациентов с рецидивирующим течением, контроль сопутствующих заболеваний и модификация образа жизни.

## **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

**БЕЛОШАПКИН Виктор Андреевич, ШИХАЛЕВ Тимофей Константинович**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина*

## **NON-DRUG TREATMENTS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**

**BELOSHAPKIN V.A., SHIKHALEV T.K.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

*Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina*

**Резюме:** В данной работе были проанализированы актуальные научные данные о патогенетических механизмах синдрома раздраженного кишечника и систематизированы современные немедикаментозные методы лечения, среди которых особое место занимают диетотерапия, психотерапевтические методики и занятия йогой.

**Ключевые слова:** СРК, немедикаментозное лечение, низко-FODMAP диета, психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, физическая активность, йога.

**Abstract:** Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common functional gastrointestinal disorders. It requires a comprehensive therapeutic

approach due to the diversity of factors involved in its pathogenesis. This study analyzes current scientific data on the pathogenetic mechanisms of IBS and systematizes modern non-pharmacological treatment methods, among which dietary therapy, psychotherapeutic techniques, and yoga practice hold a special place.

**Keywords:** IBS, non-pharmacological treatment, low-FODMAP diet, psychotherapy, cognitive behavioral therapy (CBT), physical activity, yoga.

**Введение.** Синдром раздраженного кишечника (СРК) относится к числу наиболее распространённых функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. Он требует комплексного терапевтического подхода, что связано с многообразием факторов его патогенеза.

**Цель:** провести анализ современных немедикаментозных методов лечения СРК, оценка их эффективности и перспектив применения в клинической практике.

**Материал и методы.** Для выполнения работы был проведен систематический обзор научных публикаций на площадках PubMed и Elibrary.

**Результаты и обсуждения.** Синдром раздраженного кишечника (СРК) представляет собой хроническое функциональное заболевание кишечника, характеризующееся болями в животе, связанными с дефекацией, а также изменением частоты и характера стула. Этиология и патогенез этого состояния остаются недостаточно изученными. Несмотря на отсутствие морфологических изменений и функциональную природу расстройства, симптомы СРК значительно ухудшают качество жизни пациентов. Основные причины заболевания во многом связаны с нарушениями со стороны нервной системы и психологическими факторами.

Современная концепция «оси головной мозг–кишечник» подчеркивает взаимное влияние микробиоты и иммунной системы. С одной стороны, мозг через вегетативную нервную систему и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось регулирует моторику кишечника, секрецию жидкости, проницаемость эпителия, иммунные реакции и состав микрофлоры. С другой стороны, изменения на периферии могут влиять на структуру и функции мозга, формируя патологическую взаимосвязь, особенно при психических расстройствах или воспалительных заболеваниях кишечника. Кроме того, мозг преобразует сенсорные сигналы в когнитивные процессы, что подтверждается возникновением диареи в стрессовых ситуациях даже у людей без СРК. Современные методы нейровизуализации, такие как функциональная МРТ, выявили различия в активности специфических зон мозга, отвечающих за внимание, сенсомоторные и эмоциональные реакции, что объясняет аффективные и когнитивные особенности пациентов с СРК. Российские исследователи также подтверждают роль нарушений в оси «мозг–кишечник», связывая их с дисбалансом нейромедиаторов и регуляторных пептидов. У

пациентов с СРК риск развития психических расстройств и нарушений сна в 3,6 раза выше, что подчеркивает значимость психологических факторов.

Биopsихосоциальная модель СРК остается недостаточно изученной, однако она предполагает, что тревога, связанная с желудочно-кишечными ощущениями, играет ключевую роль в развитии и поддержании симптомов. Традиционные методы оценки тревожности, такие как опросники Спилбергера и шкала Гамильтона, фокусируются на общей тревоге, не учитывая специфику висцеральных ощущений. В конце 1990-х годов был разработан опросник, оценивающий тревожную чувствительность к телесным симптомам, таким как сердцебиение, одышка и головокружение. Позже J. Labus создал и валидизировал Индекс висцеральной сенситивности (VSI), предназначенный специально для пациентов с СРК. Современное понимание гастроинтестинальной тревоги включает когнитивные, аффективные и поведенческие реакции на симптомы СРК.

У пациентов с СРК уровень депрессии, ситуационной и личностной тревожности значительно выше, чем у здоровых людей. Клиническая картина включает не только желудочно-кишечные симптомы, но и неврозоподобные расстройства.

В Швеции с 2017 по 2021 год проводилось рандомизированное контролируемое исследование с участием 1104 пациентов с умеренным и тяжелым СРК. Участники были разделены на три группы: первая получала диету с низким содержанием FODMAP и традиционные рекомендации, вторая — низкоуглеводную диету с высоким содержанием белка и жиров, третья — стандартную медикаментозную терапию. Через 4 недели диетические вмешательства показали более выраженное снижение симптомов по сравнению с лекарственной терапией. Диета с низким содержанием FODMAP признана эффективной и рекомендуется американскими и британскими руководствами как терапия первой и второй линии соответственно.

Исследования также изучали влияние йоги на симптомы СРК, предполагая, что она воздействует на ось «мозг–кишечник» через снижение симпатической и усиление парасимпатической активности. В одном из исследований 79 пациентов были разделены на группу онлайн-занятий хатха-йогой и контрольную группу, получавшую общую информацию о СРК. Хотя значимого различия в симптомах не выявлено, йога улучшила качество жизни, снизив усталость и стресс.

Современные клинические рекомендации предлагают применение психотропных препаратов, таких как трициклические антидепрессанты и СИОЗС, только при неэффективности гастроэнтерологического лечения. Мета-анализы подтверждают, что антидепрессанты уменьшают тяжесть симптомов и улучшают качество жизни, что еще раз доказывает связь между психологическим состоянием и соматическими проявлениями СРК.

С развитием цифровых технологий появились онлайн-программы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для пациентов с СРК. Мета-анализ девяти рандомизированных исследований показал, что КПТ эффективно облегчает симптомы и улучшает качество жизни. Различные виды психотерапии, включая КПТ и гипнотерапию, демонстрируют долгосрочную эффективность, хотя ни один метод не имеет явного преимущества перед другими.

Анализ 40 рандомизированных исследований с участием 4196 пациентов показал, что акупунктура и КПТ превосходят стандартную фармакотерапию и плацебо в облегчении симптомов СРК. Акупунктура заняла первое место по общей клинической эффективности и безопасности, а КПТ — по снижению тревожности и депрессии, а также тяжести симптомов по специализированным шкалам.

**Выводы:** синдром раздраженного кишечника - сложное функциональное расстройство, в развитии которого ключевую роль играют нарушения оси «мозг–кишечник», психологические факторы и дисбаланс микробиоты. Современные подходы к лечению включают диетотерапию (особенно диету с низким содержанием FODMAP), психотерапевтические методы (когнитивно-поведенческую терапию, гипнотерапию), а в резистентных случаях — антидепрессанты. Немедикаментозные методы, такие как йога и акупунктура, также демонстрируют эффективность, улучшая качество жизни пациентов. Комплексная терапия, учитывающая как гастроэнтерологические, так и психосоматические аспекты, остается наиболее перспективным направлением в лечении СРК.

## **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В ЭПОХУ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПЕРЕГРУЗКИ**

**БЕЛОУС Е.М.**

*Kафедра биологической химии*

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь*

## **HEALTHY LIFESTYLE IN THE ERA OF INFORMATION OVERLOAD**

**BELOUS E.M.**

*Department of Biological Chemistry*

*Gomel State Medical University, Gomel, Belarus*

**Резюме:** концепция здорового образа жизни в условиях информационной перегрузки претерпевает значительную трансформацию, переставая быть исключительно вопросом физической активности и сбалансированного питания и все в большей степени включая в себя компетенции цифровой гигиены и

осознанного управления вниманием. Данная публикация посвящена комплексному анализу здорового образа жизни в эпоху информационной перегрузки.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, информационная перегрузка.

**Abstract:** The concept of a healthy lifestyle in the context of information overload is undergoing significant transformation, moving away from being solely about physical activity and balanced nutrition and increasingly incorporating digital hygiene skills and mindful attention management. This publication focuses on a comprehensive analysis of a healthy lifestyle in the era of information overload.

**Keywords:** healthy lifestyle, information overload.

**Введение.** Современная реальность характеризуется беспрецедентным по своему масштабу и интенсивности информационным потоком, который оказывает глубокое влияние на все сферы человеческой жизни, включая представления о здоровье и практики его сохранения. Парадокс современного стремления к здоровому образу жизни заключается в том, что сама среда, предоставляющая неограниченный доступ к знаниям о нутрициологии, фитнесе и ментальном благополучии, одновременно становится источником хронического стресса, тревожности и когнитивной усталости.

**Цель:** изучить принципы здорового образа жизни в эпоху информационной перегрузки.

**Материал и методы.** Анализ литературы по изучению вопросов здорового образа жизни в эпоху информационной перегрузки. Проанализированы и использованы источники литературы из библиографических баз данных PubMed и e.Library.

**Результаты и обсуждения.** Здоровый образ жизни в эпоху информационной перегрузки кажется парадоксом. С одной стороны, у нас никогда не было такого легкого доступа к знаниям о правильном питании, эффективных тренировках и ментальном благополучии. Мы можем скачать приложение для медитации, присоединиться к марафону по бегу в социальных сетях и прочитать научные статьи о здоровье за несколько кликов. С другой стороны, этот бесконечный поток информации превратился в источник хронического стресса, тревоги и выгорания. Современный человек начинает свой день не с потягиваний, а с проверки уведомлений на смартфоне, погружаясь в водоворот новостей, сообщений и бесконечной ленты социальных сетей. Стремление быть здоровым и продуктивным часто подменяется навязчивой идеей потреблять все новые порции контента о здоровье, что создает порочный круг.

Технологии предлагают нам невероятные возможности для поддержания здоровья. Фитнес-трекеры мониторят наш пульс и сон, приложения напоминают о необходимости выпить воду и вдохнуть, а видеосервисы дают

доступ к тысячам тренировок на любой вкус. Онлайн-сообщества обеспечивают поддержку и мотивацию, а телемедицина позволяет быстро получить консультацию специалиста, не выходя из дома. Постоянный информационный шум приводит к цифровому стрессу, когда мозг просто не успевает обрабатывать поступающие данные. Мы начинаем бессознательно сравнивать свою реальную жизнь с идеализированными картинками из социальных сетей, где фитнес-блогеры демонстрируют идеальные тела, а нутрициологи предлагают взаимоисключающие системы питания. Это рождает чувство неполноценности и тревоги, а также паралич выбора, когда обилие методик и советов мешает просто начать действовать.

Более того, стремление к тотальному самоконтролю может перерости в невроз, когда человек одержимо отслеживает каждый шаг и каждую калорию, забывая о радости самого процесса. Яркий пример — орторексия, навязчивое стремление к «правильному» питанию, которое лишь вредит психическому здоровью. Вечерний скроллинг ленты новостей перед сном под синим светом экранов становится главным врагом качественного отдыха, нарушая выработку мелатонина и приводя к бессоннице. В результате инструменты, призванные помочь нам стать здоровее, сами превращаются в фактор риска, если пользоваться ими бездумно. Регулярный «цифровой детокс» должен стать такой же привычкой, как чистка зубов. Это могут быть технологические выходные, когда на весь день выходишь из сети, или хотя бы несколько часов в парке без телефона. Эти практики помогают перезагрузить нервную систему, снизить уровень кортизола и вернуть ощущение реальности. Возвращение к простым онлайн-активностям — прогулкам на природе, чтению бумажных книг, живому общению с друзьями — невероятно целительно для психики.

**Выводы:** таким образом, здоровый образ жизни в эпоху информационной перегрузки – это не об отказе от технологий, а об искусстве баланса. Это навык быть хозяином своих гаджетов, а не их заложником, сознательно дозируя потоки информации так, чтобы они служили нашему благополучию, а не подрывали его. Формирование здоровых цифровых привычек является сегодня такой же важной инвестицией в долгосрочное качество жизни и ясность ума, как и традиционный ЗОЖ, и именно этот комплексный подход позволяет достичь подлинной гармонии.

## ПРОБЛЕМЫ ЯТРОГЕНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

БОЛЬШИХ Лилия Глебовна, КУГУБАЕВ Антон Валерианович

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

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

## PROBLEMS OF IATROGENISM IN OUTPATIENT PRACTICE

BOLSHYKH L.G., KUGUBAEV A.V.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

**Резюме:** в данной статье рассмотрены пути минимирования вреда от медицинских вмешательств.

**Ключевые слова:** ятрогения, деонтология, медицинская помощь.

**Abstract:** This article discusses paths for minimizing harm from medical interventions.

**Keywords:** iatrogeny, deontology, medical care.

**Введение.** Ятрогения — это любые негативные последствия медицинских вмешательств, приводящие к ухудшению здоровья пациента. В амбулаторной практике, где врачи ежедневно сталкиваются с большим потоком пациентов, риск ятогенных осложнений особенно высок.

Проблема ятогении актуальна в связи с ростом полипрагмазии (необоснованного назначения множества лекарств), ошибками диагностики, недостаточным учетом индивидуальных особенностей пациентов и неадекватным информированием о рисках лечения.

**Цель:** рассмотреть основные причины ятогении в амбулаторной практике и предложить меры по ее профилактике.

**Материал и методы.** Решение поставленных в работе задач осуществлялось на основе применения общенаучных методов исследования в рамках сравнительного, логического и статистического анализа, а также посредством анализа структуры динамики.

**Результаты и обсуждения.** Статистика показывает, что примерно 15-20% пациентов встречаются с ятогением.

В амбулаторной практике чаще всего причинами являются: лекарственные ятогении, ошибки диагностики, психогенные ятогении, инфекционные ятогении.

Лекарственные ятогении – это негативные последствия, связанные с применением медикаментов. В амбулаторной практике они встречаются особенно часто из-за большого объема назначаемых препаратов,

недостаточного контроля за их приемом и отсутствия индивидуального подхода к терапии.

Основные виды медикаментозных последствий: побочные эффекты препаратов, полипрагмазия, назначение ошибочной дозировки, несоблюдение режима терапии.

Диагностические ошибки – одна из ключевых причин ятрогенных осложнений в амбулаторных условиях. Они приводят к неправильному лечению, задержке терапии или ненужным вмешательствам, что ухудшает состояние пациентов.

Основные виды ошибок диагностики: неполный сбор анамнеза, ошибки физикального осмотра, гипердиагностика и избыточное лечение, гиподиагностика.

Психогенные ятрогении – это негативные психологические и соматические последствия, возникающие у пациента в результате неосторожных слов, действий или бездействия медицинского работника. В амбулаторных условиях, где контакт с врачом часто кратковременный, а поток пациентов большой, риск таких осложнений особенно высок.

Формы таких последствий: тревога и нозогении (например, чрезмерное акцентирование на осложнениях), депрессия из-за пессимистичного прогноза без учета возможностей лечения, фобии, ипохондрия (например, внимание к незначительным отклонениям в анализах).

Инфекционные ятрогении представляют собой заболевания или осложнения, возникающие в результате медицинских вмешательств и связанные с нарушением санитарно-эпидемиологического режима или нерациональным использованием антимикробных препаратов. В условиях амбулаторной службы эти осложнения имеют особую эпидемиологическую значимость из-за массовости оказываемой помощи.

Виды инфекционных ятрогений: инъекционные осложнения (постиинфекционные абсцессы и флегмоны, заражение вирусами гепатита, ВИЧ), нозокомиальные инфекции.

Пути минимизации лечебных осложнений в амбулаторной практике:

1. Рациональная фармакотерапия – использование препаратов с минимизированным риском побочных эффектов, регулярный пересмотр медикаментозных схем, назначение препаратов строго по показаниям. Контроль нежелательных реакций – регулярные анализы при длительном приеме препаратов, дневник самонаблюдения для пациента.

2. Совершенствование диагностического процесса. Сюда входит использование стандартизованных диагностических алгоритмов (шкал, протоколов), оптимизация сбора анамнеза с помощью структурированных опросников, контроль качества диагностики (например, использование «второго» мнения, ежеквартальные разборы ошибок).

3. Оптимизация коммуникации с пациентами. Врачи должны стремиться обеспечивать чёткое и понятное объяснение пациентов о диагнозах, методах лечения и возможных рисках. Использование наглядных материалов может помочь в этом. Также сюда входит психологическая поддержка пациентов.

4. Профилактика инфекционных осложнений. Должна соблюдаться правильная методика обработки рук, инструментария, хранения стерильных препаратов разведение дезинфекционных растворов. В применении рациональной антибиотикотерапии нужно следовать клиническим рекомендациям, использовать «ступенчатую» терапию. Также важна вакцинация медицинского персонала.

**Выводы:** начинать профилактику появления ятрогений надо уже в школе, прививая прежде всего желание постоянно самостоятельно получать новые знания будущим врачам и не только им. А потом поддерживать это желание при учебе в высших и средних специальных медицинских учреждениях.

Внедрение современных клинических рекомендаций и постоянное обучение врачей помогут снизить риски ятрогенных осложнений и повысить качество медицинской помощи.

Также необходимо продолжать и совершенствование законодательства по отношению к случаям причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи (МП). В частности, для более дифференцированного подхода все случаи причинения вреда здоровью пациента при оказании МП желательно разделить на четыре вида: несчастный случай; ошибка медицинского работника; ятрогения и дефект оказания МП.

## **ЗНАЧЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И ЕГО РОДСТВЕНИКОВ В ПРИНЯТИИ СМЕРТИ**

**БУЗМАКОВА Марина Вадимовна, ДОЛМАТОВА Валерия Юрьевна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина*

## **THE IMPORTANCE OF PALLIATIVE CARE FOR THE PATIENT AND HIS RELATIVES IN ACCEPTANCE OF DEATH**

**BUZMAKOVA M.V., DOLMATOVA V.Y.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

*Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina*

**Резюме:** В данной работе рассматривается значимая роль междисциплинарного подхода паллиативной медицинской помощи в процессе

принятия неизбежности смерти как самим пациентом, так и его ближайшими родственниками, снижая их эмоциональную нагрузку и предоставляя необходимые ресурсы для поддержки пациента. Исследование направлено на выявление психологических, медицинских и социально-этических аспектов паллиативной помощи, а также на анализ того, каким образом качественная поддержка способствует улучшению качества жизни в терминальной стадии заболевания, снижению страха смерти и укреплению эмоциональной связи между пациентом и его близкими.

**Ключевые слова:** паллиативная медицинская помощь, неизлечимые заболевания, смерть, умирание, гуманизм, общественное сознание.

**Abstract:** This paper examines the significant role of the interdisciplinary approach of palliative care in the process of accepting the inevitability of death by both the patient and his/her immediate family, reducing their emotional burden and providing the necessary resources to support the patient. The study is aimed at identifying the psychological, medical and socio-ethical aspects of palliative care, as well as analyzing how high-quality support contributes to improving the quality of life in the terminal stage of the disease, reducing the fear of death and strengthening the emotional connection between the patient and his/her loved ones.

**Keywords:** palliative care, incurable diseases, death, dying, humanism, public consciousness.

**Введение.** Паллиативная (от лат. pal — прикрываю, защищаю) медицина, используемая на этапе, когда все средства радикальной медицины использованы, эффект отсутствует и пациент умирает. Цель паллиативной помощи - достичь как можно лучшего качества жизни тяжело больных и умирающих пациентов и их семей. Такая помощь направлена не только на облегчение физических симптомов тяжелых заболеваний, но и на всестороннюю поддержку пациента и его семьи, включая психологическую, социальную и духовную сферы. Одним из важнейших аспектов такой помощи является содействие принятию смерти, что позволяет снизить страдания, улучшить качество последних дней жизни и облегчить процесс горевания для близких.

**Цель:** выявить значение паллиативной медицинской помощи в процессе принятия смерти неизлечимо больным пациентом и его родственниками, а также проанализировать, каким образом комплексная поддержка (медицинская, психологическая, социальная и духовная) способствует улучшению качества жизни больного на терминальном этапе и как облегчает адаптацию близких к неизбежной утрате.

**Материал и методы.** Анализ существующих публикаций, научных статей и рекомендаций международных организаций, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

**Результаты и обсуждения.** Как показывает исследование психологической помощи в онкологии, около половины пациентов испытывают высокую интенсивность переживаний в связи с онкологическим диагнозом, при этом лишь 16% пациентов и родственников задумываются об обращении за психологической помощью. По данным этого исследования, в итоге только 7% пациентов и 5% родственников действительно получают необходимую для них помощь.

Данные были собраны службой «Ясное утро» по обращениям на горячую линию по паллиативной помощи за 2022 г. и за июль – сентябрь 2023 г. с использованием полуструктурированных интервью и опросников, оценивающих уровень психологического состояния, степень информированности и субъективное восприятие паллиативной помощи.

Своевременное и полное оказание паллиативной помощи решает ряд гуманистических задач: улучшение психологического состояния пациента, примирение его и семьи с процессом умирания, психологическая поддержка пациента и его близких.

### **1. Повышение уровня принятия смерти**

У пациентов, получавших паллиативную помощь более трёх недель, наблюдался более высокий уровень принятия своей смертности (по шкале PEACE Acceptance Scale) по сравнению с пациентами, находившимися на поддержке менее недели.

### **2. Эмоциональное состояние родственников**

Родственники пациентов, получавших паллиативную помощь, сообщали о снижении тревожности и чувства вины.

### **3. Роль междисциплинарной команды**

Пациенты и родственники высоко оценили работу междисциплинарной команды паллиативной помощи, особенно психологов, социальных работников и духовных консультантов. Их участие воспринималось как значимая поддержка не только в физическом, но и в эмоциональном и экзистенциальном аспектах.

**Выводы:** на основе анализа литературы сделан вывод о том, что паллиативная помощь не только облегчает физические страдания, но и способствует более осознанному и спокойному принятию конца жизни, как пациентом, так и его окружением. Это, в свою очередь, снижает уровень посттравматического стресса у родственников и помогает им пройти процесс утраты менее болезненно. Так же очень важна более углубленная и качественная интеграция паллиативной помощи в систему здравоохранения для улучшения качества жизни не только пациентов, но и их семей в тяжелые периоды.

**ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: КОНЦЕПЦИЯ, ПРИНЦИПЫ,  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.**

БУРЛАКОВА Елизавета Андреевна, КОРОСТЕЛЕВА Алина Ивановна.

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

**PALLIATIVE CARE: CONCEPT, PRINCIPLES, MODERN APPROACHES  
AND DEVELOPMENT PROSPECTS**

BURLAKOVA E.A., KOROSTELEVA A.I.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Данная работа посвящена анализу концепции паллиативной помощи, её принципам, современным подходам и перспективам развития в условиях современной системы здравоохранения. Проведен обзор международного опыта и предложены рекомендации по совершенствованию паллиативной помощи в России. В результате исследования выявлены ключевые направления развития, направленные на повышение качества жизни пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, качество жизни, хронические заболевания, современные подходы, концепция, перспективы развития.

**Abstract:** This work is devoted to the analysis of the concept of palliative care, its principles, modern approaches and development prospects in the modern healthcare system. An overview of international experience has been conducted and recommendations for improving palliative care in Russia have been proposed. As a result of the study, key areas of development aimed at improving the quality of life of patients with severe chronic diseases have been identified.

**Keywords:** palliative care, quality of life, chronic diseases, modern approaches, concept, development prospects.

**Введение.** Паллиативная помощь является важной составляющей системы здравоохранения, направленной на улучшение качества жизни пациентов с неизлечимыми и тяжелыми хроническими заболеваниями. В условиях роста продолжительности жизни и увеличения числа пациентов с хроническими болезнями необходимость развития и совершенствования паллиативной поддержки становится особенно актуальной. В современном мире активно внедряются новые подходы, технологии и модели организации

паллиативной помощи, что требует системного анализа и определения перспективных направлений развития.

**Цель:** исследовать систему паллиативной помощи на основе анализа современных концепций и подходов в паллиативной помощи, выявления ключевых принципов и перспектив развития системы поддержки пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями.

**Материал и методы.** В исследовании использовались методы анализа научных литературных источников в сфере медицины, включая международные руководства, научные статьи, отчёты международных организаций (ВОЗ). В качестве метода анализа применялись системный, сравнительный и аналитический подходы для определения современных тенденций и перспектив развития паллиативной помощи.

**Результаты и обсуждения.** Исследование показало, что современная паллиативная помощь строится на принципах индивидуального подхода, междисциплинарного взаимодействия и поддержки не только пациента, но и его семьи. Важным аспектом является внедрение новых технологий, таких как телемедицина, электронные системы мониторинга и искусственный интеллект, что способствует более эффективной организации помощи. Международный опыт демонстрирует успешные модели развития паллиативной помощи, такие как интеграция в систему первичной медицины, расширение доступа к специализированным службам и обучение медицинского персонала. В России наблюдается рост интереса к развитию паллиативной помощи, однако существуют проблемы с доступностью и качеством услуг, нехваткой специалистов и недостаточной информированностью населения. Перспективы развития включают расширение программ обучения специалистов, внедрение инновационных технологий и создание национальной стратегии развития паллиативной помощи, ориентированной на интеграцию с другими уровнями здравоохранения.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в паллиативной помощи нуждаются около 40 миллионов человек, из которых около 78% проживают в странах с низким и средним уровнем дохода. Доступ к паллиативной помощи остается крайне неравномерным. В странах с высоким уровнем дохода он обычно лучше, но даже там существуют проблемы с охватом. Огромный разрыв существует между потребностью и фактическим предоставлением помощи. В развитых странах обычно существуют разнообразные модели оказания паллиативной помощи, включая стационары, хосписы на дому, специализированные бригады в больницах и первичное звено здравоохранения. Основными проблемами являются: недостаточное финансирование; отсутствие квалифицированных кадров; ограниченная доступность опиоидных обезболивающих и недостаточная осведомленность о паллиативной помощи среди населения и медицинских работников. Страны с

развитой системой паллиативной помощи (Великобритания, Канада, Австралия) характеризуются высокой степенью интеграции паллиативной помощи в систему здравоохранения, наличием национальных стратегий и развитой сетью учреждений.

В России, по экспертным оценкам, сотни тысяч людей ежегодно нуждаются в паллиативной помощи. Растет число пожилых людей с хроническими заболеваниями, что увеличивает потребность в данной помощи. В последние годы наблюдается значительный прогресс в развитии паллиативной помощи в России. Принят ряд законодательных актов, направленных на улучшение доступности и качества этой помощи. Однако, уровень обеспечения все еще значительно ниже, чем в развитых странах. Создаются хосписы, отделения паллиативной помощи в больницах, выездные патронажные службы. Развитие идет неравномерно по регионам. Доступность опиоидных анальгетиков улучшается, но по-прежнему существуют проблемы с выпиской и получением рецептов. Страх перед использованием опиоидов остается распространенным среди врачей и пациентов. Не хватает обученных специалистов по паллиативной помощи (врачей, медсестер, психологов, социальных работников). Остаются проблемы с недостаточным финансированием, сложности с логистикой и организацией выездной помощи, недостаточная осведомленность населения и врачей, бюрократические барьеры.

В Кузбассе, как и в других регионах России, существует значительная потребность в паллиативной помощи, обусловленная старением населения и распространностью хронических заболеваний, включая онкологические. В Кузбассе паллиативную помощь оказывают ГКУЗ «Кузбасский хоспис», 7 стационарных отделений паллиативной медицинской помощи для взрослого населения и 3 отделения для детей. Общая коечная мощность паллиативной службы составляет 263 койки (213 – для взрослых и 50 – для детей). Паллиативную помощь и уход осуществляют 17 отделений сестринского ухода и два дома сестринского ухода, общая коечная мощность которых составляет 453 койки. Паллиативную помощь и консультации на дому осуществляют 12 бригад выездной патронажной паллиативной медицинской помощи (8 для взрослых и 4 для детей), работают 29 кабинетов паллиативной медицинской помощи.

Общее число пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь, в 2023 году составило 20 303 человека. Количество пациентов, получивших медицинские изделия от медицинских организаций для использования на дому – 629 человек. Аппаратами ИВЛ обеспечены 34 человека. За 2023 год было закуплено 749 единиц медицинского оборудования для стационарных отделений и бригад выездной патронажной паллиативной медицинской помощи на сумму более 54 млн. рублей, в числе которых 4 автомобиля, 27 откашливателей, 15 аппаратов ИВЛ, 9 переносных аппаратов

для ингаляционной терапии, 14 вакуумных электроотсосов, 103 кислородных концентратора, 57 функциональных кроватей.

**Выводы:** современная паллиативная помощь основана на принципах индивидуальности, междисциплинарности и поддержки семей. Внедрение новых технологий и моделей организации способствует повышению эффективности помощи. В России необходимы системные меры для расширения доступа и повышения качества паллиативных услуг. Перспективными направлениями являются развитие телемедицины, обучение специалистов и разработка национальной стратегии. В целом, развитие паллиативной помощи является важным направлением повышения качества жизни пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями и требует комплексных усилий со стороны системы здравоохранения.

## **ВЛИЯНИЕ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ MYTHERAPY И MEDISAFE НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

ВАЖЕВА Ольга Сергеевна, ПЕТРОВА Мария Альбертовна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **THE IMPACT OF MYTHERAPY AND MEDISAFE MOBILE APPS ON TREATMENT ADHERENCE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES AT THE OUTPATIENT STAGE**

VAZHEVA O.S., PETROVA M.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** В данной статье представлены результаты исследований по адаптации, внедрению и оценке эффективности мобильных медицинских приложений, а именно «MyTherapy» и «Medisafe» в клинической практике. В исследование были включены взрослые пациенты с хроническими неинфекционными заболеваниями.

**Ключевые слова:** Мобильные медицинские приложения, хронические заболевания, амбулаторный этап, дистанционная диагностика.

**Abstract:** This article presents the results of studies on the adaptation, implementation, and evaluation of the effectiveness of mobile applications, namely MyTherapy and Medisafe, in clinical practice. The study included adult patients with

chronic non-infectious diseases.

**Keywords:** Mobile applications, chronic diseases, outpatient stage, and remote diagnostics.

**Введение.** Цифровая трансформация здравоохранения характеризуется активным внедрением мобильных медицинских приложений (ММП), предлагающих новые подходы к оказанию помощи пациентам. Повсеместная распространность смартфонов и прогресс мобильных технологий создали основу для развития ММП, которые предоставляют инструменты для оптимизации диагностики, мониторинга состояния здоровья, управления терапией (особенно при хронических заболеваниях) и проведения профилактических мероприятий. Ключевые преимущества этих приложений – удобство, доступность и персонализация – определяют их растущую значимость не только для пациентов, но и для медицинских работников.

**Цель:** изучить результаты исследований по адаптации, внедрению и оценке эффективности мобильных медицинских приложений «MyTherapy» и «Medisafe» в клинической практике.

**Материал и методы.** На основе данных литературных источников и ресурсов интернета (eLIBRARY, PubMed) изучены результаты клинических исследований с доказательной базой за последние 5 лет (2020-2025 гг.).

**Результаты и обсуждения.** Мобильные медицинские приложения могут быть разнообразными и выполнять множество функций в различных областях медицины. В данной работе был сделан акцент на ММП, которые помогают пользователям организовать и контролировать прием лекарств, включая оповещения о времени приема, дозировках, взаимодействиях с другими лекарствами, а также предоставлять информацию о лекарственных средствах, их действии, дозировках и побочных эффектах.

В 2023 году было проведено клиническое исследование эффективности общедоступного высококачественного приложения «Medisafe» для напоминания о приеме лекарств. «Medisafe» – это инновационное приложение, которое предоставляет собой удобный и простой способ организации приема лекарств, напоминая о необходимости принять назначенную дозу препарата в определенное время. Основные функции «Medisafe» включают напоминания о приеме лекарств, организацию режима приема, ведение журнала здоровья, контакты с лечащим врачом, а также предупреждения о взаимодействии лекарств между собой. В этом исследовании впервые было изучено влияние мобильного медицинского приложения на эффективность приема лекарств у пациентов с различными хроническими заболеваниями. Участники исследования заполняли опросники «The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale» (SEAMS) (шкала эффективности самостоятельного приема лекарств) и «Adherence to Refills and Medications Scale» (ARMS) —

опросник приверженности к лечению в начале и конце исследования. Также пациентам предложили оставить отзывы о работе приложения. Результаты данного исследования показали, что применение ММП повлияло на значимое увеличение самоэффективности приема терапии у группы пациентов от предварительного теста до итогового. Также было отмечено повышение комплаентности пациентов и приверженности к назначеннной лекарственной терапии. Исследования, оценивающие удовлетворенность пациентов и удобство использования мобильного приложения «Medisafe», получили высокие оценки: 75% пациентов заявили, что продолжат пользоваться приложением. Участники этого исследования также сообщили о своей удовлетворенности и удобстве использования приложения. Напоминания о приеме лекарств были наиболее полезным и часто используемым аспектом данного приложения.

В 2024 году была проведена оценка эффективности мобильного приложения «MyTherapy» при использовании его пациентами с сахарным диабетом (СД) с целью контроля лечения и повышения комплаентности пациентов. В исследование были включили 60 пациентов с СД, средний возраст которых составил  $24,23 \pm 3,42$  года. Все пациенты лечились амбулаторно. Основная группа включала 30 пациентов, у которых осуществлялся контроль комплаентности при помощи мобильного приложения «MyTherapy», контрольная группа включала 30 пациентов, у которых лечение проходило без контроля комплаенса. В первую очередь в данное приложение можно вводить информацию о приеме лекарственного препарата, его формах, кратности приема, времени приема и длительности курса лечения. После введения соответствующей информации срабатывает специальный сигнал в виде музыкального или другого звукового сопровождения, который напоминает о времени приема лекарства. При появлении сигнала приложение требует подтверждения приема препарата, что важно для фиксации выполнения или невыполнения предписания врача. Ежедневные приемы препарат фиксируются и хранятся в виде отчета в формате PDF, который в последующем можно распечатать или отправить по электронной почте лечащему врачу. Помимо напоминаний о приеме лекарств в приложение можно вводить извещения о посещении врача и проведении каких-либо немедикаментозных мероприятий (гимнастика, ходьба и др.), регистрация и выполнение которых также фиксируется в специальном отчете. Наблюдение за пациентами в течение 3 месяцев показало, что у больных из основной группы наблюдались достоверно более высокие показатели комплаенса по результатам шкалы Мориски-Грина и более высокие показатели качества жизни в сравнении с пациентами контрольной группы. После лечения показатель качества жизни пациентов основной группы возрос в среднем до 138,2 баллов, в то время как в контрольной – до 112,4 баллов, согласно опроснику «The Functional Assessment of Cancer Therapy–Anemia (FACT-An) scale».

**Выводы:** внедрение мобильных приложений «MyTherapy» и «Medisafe» в рутинную работу поликлиник может повысить комплаентность у пациентов с хроническими заболеваниями на амбулаторном этапе. Клинические исследования подтвердили их положительное влияние на самоэффективность пациентов, регулярность приема препаратов и качество жизни.

## **ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ИТ-ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ**

ВЕРЕТЕНОВ Данил Борисович, СКВОРЦОВ Дмитрий Олегович

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **THE IMPACT OF THE INTRODUCTION OF IT TECHNOLOGIES IN THE TRAINING OF SPECIALIST DOCTORS.**

VERETENOV D.B., SKVORTSOV D.O.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** В статье обосновывается идея о применение в медицинской деятельности ИТ-технологий как со стороны работы пациента-врач, медицинское учреждение, так и с стороны студента-получение образования. Рассмотрены положительные и негативные стороны развития и внедрения данной технологии в рабочие и жизненные аспекты взаимодействия сфер.

**Ключевые слова:** ИТ-технологии, телефонные приложения сайта больницы, использование очков виртуальной реальности, 3D моделирование ситуации, телемедицина, искусственный интеллект (ИИ) и машинное обучение.

**Abstract:** The article substantiates the idea of using IT technologies in medical activities both from the patient-doctor, medical institution, and student-education aspects. The positive and negative aspects of the development and implementation of this technology in the work and life aspects of the interaction of the spheres are considered.

**Keywords:** IT technologies, telephone applications of the hospital's website, the use of virtual reality glasses, 3D modeling of the situation, telemedicine, artificial intelligence (AI) and machine learning.

**Введение.** На период нашего времени, в связи с нехваткой кадров, роста населения и его потребности в квалифицированной доврачебной и врачебной

помощи, резко поднимается вопрос об обучение большого количества квалифицированных кадров. Поскольку традиционная система обучения довольно продолжительная по времени, линейно пошаговая и в некоторых моментах неэффективная, то в качестве вспомогательных методов обучения применяются ИТ-технологии. В свою очередь и сферы взаимодействия пациент-врач претерпевает изменения, направленные на увеличения возможности пропуска через себя большого объема пациентов, их распределения по врачам и оказанию помощи.

**Цель:** изучить влияние внедрения ИТ-технологий на подготовку специалистов.

**Материал и методы.** Анализ теоретической современной научной литературы, анализ данных предоставленных на сайтах вузов о возможных методах обучения и обобщение полученных данных.

**Результаты и обсуждения.** Как возможные варианты взаимодействия сферы студент-получение образование можно выделить:

- Компьютерное 3D моделирование (данный метод подходит в подготовке врачей-хирургов, как возможность смоделировать операционное вмешательство с классическим течением болезни и ходом операции).
- Очки виртуальной реальности (данный метод применим в обучение общим аспектам медицинской практике, так и терапевтической практике в частности обучению проведения осмотра).
- Использование аудиокниг и видео ресурсов с целью получения интересующей информации, улучшения её усвоения.
- Использование искусственного интеллекта (ИИ) и машинного обучения (с целью вспомогательной технологии получения знаний, поисков быстрого ответа на вопрос и облегчения самого обучения).

Возможные варианты взаимодействия сферы пациент-врач:

- Электронные медицинские записи (позволяют хранить, обмениваться и анализировать медицинскую информацию более эффективно. Врачи могут быстро просматривать историю болезни пациента, результаты анализов и предыдущие назначения).
- Роботизированная хирургия (роботы, управляемые ИИ, помогают проводить сложные хирургические операции с высокой точностью).
- Онлайн-консультации (пациенты могут получить консультацию узкопрофильных специалистов, находясь в другом городе или стране).
- Цифровой двойник (с его помощью медицинские учреждения смогут делиться информацией друг с другом, врачи — контролировать состояние пациентов, а больные — наблюдать за ходом лечения и результатами анализов в интерпретации докторов).

- Мониторинг хронических заболеваний (врачи могут отслеживать состояние пациентов с хроническими заболеваниями, такими как диабет или гипертония, с помощью удалённых датчиков и приложений).

Негативные аспекты внедрения ИТ-технологий:

- На данный момент слабая развитость, наличие малых вариантов развития событий, такая же цикличность и линейность процессов (Компьютерное 3D моделирование, очки виртуальной реальности).
- Получение некачественных данных, ограниченный/ платный доступ (Использование аудиокниг и видео).
- Ошибочные ответы, неполная информация (Использование искусственного интеллекта (ИИ) и машинного обучения)
- Отсутствие углубленного опроса, визуального контакта (Мониторинг хронических заболеваний).
- Отсутствие возможности воспользоваться услугами в связи с отсутствием навыка, тяжестью состояния, страхом (онлайн-консультации).
- Возможная потеря информации в связи с системной ошибкой, намеренный взлом базы данных, повреждения файла (мониторинг хронических заболеваний, электронные медицинские записи, цифровой двойник).

К общим недостаткам можно отнести притупление собственных мыслей, невозможность размышлять и думать обширно, в связи с возможностью получить быстрый ответ, не прикладывая значительных усилий. Также ввиду значительной доступности информации и возможности малой её обработки перед применением, студенты лишаются возможности размышлять и улучшать своё мышление.

Однако одним из значимых недостатков является само взаимодействие в работе с пациентами. Все технологии, направленные на удалённое общение с пациентом, не могут предоставить полной объективности, поскольку общение с пациентом может быть затруднено в связи с его недостаточной информированности в интернет-среде и неумением работать с устройством, помехи при общение вызванные связью или перебои с сетью Интернет.

Кроме того, отсутствие фактора детального осмотра и затруднение общения с пациентом ввиду сленга пациента и/или невозможности описать его состояние.

**Выводы:** в данной статье подтверждается возможность введения ИТ-технологии и ее положительное влияние в сферах взаимодействия пациент-врач и студент-получение образования. К недостаткам можно отнести аспекты, связанные с нарастанием популярности данных методов и как следствие малой проработанностью, разнообразностью и ограниченным применением.

## КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ВЕХОВА Екатерина Владимировна, ФИНАЕВА Дарья Игоревна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## CORRECTION OF IRON DEFICIENCY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

VEHOVA E.V., FINAEVA D.I.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** В данной публикации рассмотрена проблема дефицита железа у женщин репродуктивного возраста, а также способы профилактики и лечения железодефицитной анемии в условиях поликлиники.

**Ключевые слова:** дефицит железа, железодефицитная анемия, репродуктивный возраст, профилактика.

**Abstract:** This publication examines the problem of iron deficiency in women of reproductive age, as well as methods for preventing and treating iron deficiency anemia in a clinic setting.

**Keywords:** iron deficiency, iron deficiency anemia, reproductive age, prevention.

**Введение.** Дефицит железа представляет собой одну из ключевых проблем современности. Женщины репродуктивного возраста нуждаются в повышенном поступлении экзогенного железа, что объясняет высокую распространенность дефицита железа среди данной группы населения. Недостаточность железа, как скрытая, так и выраженная, вызывает ряд проявлений, влияющих не только на самочувствие самих женщин, но и на их репродуктивный потенциал.

**Цель:** изучить клинические проявления дефицита железа у женщин репродуктивного возраста и способы его коррекции, используя данные из научной литературы и разбор клинического случая.

**Материал и методы.** Проведен анализ научной литературы, посвященной изучению проблемы железодефицита у женщин репродуктивного возраста, в базах данных eLIBRARY, КиберЛенинка, PubMed и Web of Science. Проанализированы медицинские документы пациентки с железодефицитной анемией.

**Результаты и обсуждения.** Дефицит железа является распространенной проблемой у женщин репродуктивного возраста. Подсчитано, что в развитых странах в среднем 25-40% женщин страдают железодефицитной анемией (ЖДА) на каком-либо этапе своей жизни. В России до настоящего времени статистические исследования охватывали только беременных женщин, при этом учитывалось только количество больных анемией. По данным Росстата, частота анемии в этой когорте в 2024 г. достигала 36%.

Основной причиной дефицита железа является отрицательный баланс железа в течение длительного периода. Сначала запасы железа постепенно истощаются, и только на последнем этапе развивается анемия, при этом большинство женщин могут оставаться в латентной стадии дефицита железа без прогрессирования ее до анемии. В организме содержится около 3-4 г железа, большая часть которого находится в депо и связана с гемоглобином, мышечной тканью и ферментными белками метаболизма. Из суточной дозы 10-14 мг железа всасывается в кишечнике только 5-15%. Женщины репродуктивного возраста в среднем при нормальной менструальной функции без гинекологической патологии нуждаются в 2,5 раза большем количестве экзогенного железа, чем взрослые мужчины, так как находятся на грани своих абсорбционных возможностей.

Из наиболее распространенных симптомов дефицита железа можно выделить эпителиальные симптомы: сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос, длительную утомляемость, боли в мышцах и суставах, увеличение массы тела, головную боль, одышку, сердцебиение, аритмию, нарушение сна, выраженную мышечную слабость, трудности при глотании, недержание мочи и синдром беспокойных ног.

Не вызывает сомнения негативное влияние дефицита железа на течение и исходы беременности, причем как для матери, так и для плода. Дефицит железа сопряжен с повышением риска развития хронической плацентарной недостаточности; риска материнской заболеваемости и смертности вследствие послеродового кровотечения; снижения продукции грудного молока и укорочения периода вскармливания; низкой массы тела новорожденного относительно сроков гестации; преждевременных родов.

Для установления правильного диагноза требуется как оценка концентрации ферритина сыворотки (ФС) крови, так и тщательный сбор анамнеза с акцентом на возможность наличия той или иной кровопотери и заболеваний желудочно-кишечного тракта, связанных с нарушением всасывания (например, гельминтозы, воспалительные заболевания кишечника, глютеновая болезнь и т.д.). Концентрация ФС менее 30 мкг/л является наиболее чувствительным и специфичным тестом для выявления дефицита железа у пациентов с анемией или без нее. При лечении дефицита железа основной контрольной точкой должно быть определение уровня ФС.

Основой терапии дефицита железа является пероральный прием препаратов железа в достаточных дозах в течение длительного времени, по некоторым данным, длительность курса может достигать 6 и даже 9 месяцев. При анализе данных литературы были выявлены факторы, объясняющие неэффективность проводимой терапии препаратами железа. Существует несколько причин: низкая суточная доза (менее 100 мг), короткая продолжительность лечения и последующего наблюдения, слишком низкий целевой уровень ФС.

Максимальная пероральная доза железа для взрослых составляет 5 мг/кг, или не более 400 мг в сутки, разделенных на три приема. Однако менее 5% пациентов переносят такую высокую дозу, в связи с чем в последнее время большинство специалистов сходятся на том, что суточная доза железа не должна превышать 200 мг. Некоторым пациентам, для которых данная терапевтическая схема является неэффективной, может быть предложено внутривенное введение препаратов железа.

Всасывание железа снижается при употреблении молока, продуктов с кальцием и магнием, а также ингибиторов протонной помпы. Чай, кофе и злаковые продукты также негативно влияют на усвоение железа. При использовании более высоких доз железа эти диетические ограничения имеют меньшее значение. Известно позитивное влияние аскорбиновой кислоты как усиливателя абсорбции железа. Роль диеты как метода лечения дефицита железа минимальна, но после его коррекции поддержание правильного питания (ежедневного употребления мясной пищи) является важнейшим аспектом достижения длительной ремиссии заболевания.

Рассмотрим клинический случай лечения ЖДА у пациентки И., 23-х лет, которая обратилась к участковому терапевту с жалобами на головокружение, периодически возникающую тошноту, ощущение сердцебиения. Данные жалобы отмечает в течение года, лечение не получала. Наблюдается у гинеколога по поводу обильных менструальных кровотечений и установленной, по данным гистероскопии в 2024 году, гиперплазией эндометрия. При обследовании выявлено снижение гемоглобина до 96 г/л. Уровень ферритина составил 15,0 мкг/л, сывороточное железо 16,3 мкмоль/л, данные показатели соответствуют нижней границе нормальных значений. Установлен предварительный диагноз: «Железодефицитная анемия легкой степени тяжести». Назначен железа (III) гидроксид полимальтозат (318,2 мг, в пересчете на элементарное железо 100 мг) в комплексе с фолиевой кислотой (0,35 мг) 2 раза в день по одной таблетке после еды, в течение 3-х месяцев. Рекомендован контроль питания, диета с большим содержанием белка и клетчатки.

Через месяц отмечена положительная динамика от проводимого лечения, повышение уровня гемоглобина до 126 г/л, ферритина до 20,0 мкг/л, сывороточного железа до 25,7 мкмоль/л. Пациентка отмечает улучшение

самочувствия, уменьшение частоты головокружений и приступов сердцебиения. Рекомендовано продолжить прием препарата по 1 таблетке 2 р/сут. в течение месяца, далее по 1 таблетке 1 р/сут. в течение трех месяцев.

**Выводы:** таким образом, дефицит железа представляет серьезную проблему для российского здравоохранения. Высокая частота встречаемости ЖДА, тяжесть и распространенность сидеропенических жалоб и клинических проявлений, снижение качества жизни и рост осложнений в период беременности являются важнейшими проблемами в популяции женщин репродуктивного возраста. Все это требует разработки государственных программ по борьбе с дефицитом железа.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ**

**ВОРОНОВА Диана Сергеевна, КУДРИНА Александра Леонидовна**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

*Научный руководитель – ассистент Жанна Ильинична Маслова*

## **TOPICAL ISSUES IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NON- ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE**

**VORONOVA D.S., KUDRINA A.L.**

*Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

*Supervisor: Assistant Z.I. Maslova*

**Резюме:** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) на сегодняшний день является наиболее распространенным хроническим заболеванием печени в мире, достигнув масштабов глобальной эпидемии. Несмотря на высокую распространенность, практикующие врачи сталкиваются с серьезными проблемами на всех этапах ведения пациента.

**Ключевые слова:** неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), ожирение, диагностика.

**Abstract:** Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) has become the most common chronic liver disease in the world, reaching global epidemic proportions. Despite its high prevalence, clinical practice faces serious challenges at all stages of patient management.

**Keywords:** non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD), non-alcoholic steatohepatitis (NASH), obesity, diagnosis.

**Введение.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) представляет спектр состояний, от простого стеатоза до неалкогольного стеатогепатита (НАСГ), фиброза, цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы. Распространенность в мире оценивается в 25-30%, что делает ее серьезной проблемой для общественного здравоохранения. Патогенез болезни тесно связан с инсулинерезистентностью и наличием метаболического синдрома. Несмотря на масштабы, в практике врача существуют серьезные диагностические и терапевтические пробелы: отсутствие точных неинвазивных методов диагностики фиброза печени и патогенетической медикаментозной терапии. Решение этих проблем требует комплексного подхода, включающего разработку новых препаратов, внедрение доступных алгоритмов скрининга и акцент на модификацию образа жизни - как основу терапии.

**Цель:** охарактеризовать актуальные проблемы в диагностике и лечении неалкогольной жировой болезни печени; и возможные пути их преодоления.

**Материал и методы.** Была проанализирована научная литература, касающаяся клинического течения, методов диагностики и подходов к лечению неалкогольной жировой болезни печени с использованием баз данных: PubMed, Cyberleninka, eLIBRARY.RU с использованием ключевых слов: неалкогольная жировая болезнь печени, ожирение, в период с 2015 по 2025 гг.

**Результаты и обсуждения.** Основные проблемы диагностики: 1. «Немая» клиническая картина – НАЖБП длительное время протекает бессимптомно, что приводит к позднему обращению, чаще на стадии цирроза печени. 2. Ограниченностю стандартных методов: ультразвуковое исследование (УЗИ) обладает низкой чувствительностью при умеренном стеатозе и не дает возможности оценить активность воспаления и стадию фиброза, что является ключевыми факторами в прогнозировании заболевания. 3. Уровень трансаминаэз чаще сохраняется в пределах нормы даже при наличии значительного фиброза, что делает их ненадежным маркером. 4. Биопсия печени – утративший актуальность «золотой стандарт»: инвазивна, связана с риском осложнений, обладает высокой стоимостью, что делает ее непрактичной для скрининга и динамического наблюдения. 5. Эластография (Фиброскан) может давать неточные результаты при ожирении, сердечной недостаточности, застойных явлений в печени, доступность ограничена в первичном звене здравоохранения.

Основные проблемы лечения: 1. Отсутствие утвержденной терапии: на сегодняшний день не зарегистрировано ни одного патогенетического лекарственного средства для лечения НАЖБП. 2. Низкая приверженность пациентов: в большинстве случаев соблюдение гипокалорийной диеты и регулярных физических нагрузок является крайне сложной задачей для большинства пациентов. 3. Отсутствие структурированных программ с участием диетологов, эндокринологов и психологов для поддержки пациентов.

4. Приверженность к лечению. НАЖБП является компонентом метаболического синдрома, соответственно, лечение должно быть комплексным: коррекция дислипидемии – прием статинов; контроль гликемии – прием метформина, агонистов GLP-1, ингибиторов SGLT-2; лечении артериальной гипертензии. Проблема приверженности к терапии у пациентов с НАЖБП является одной из главных причин низкой эффективности лечения и прогрессирования заболевания. Бессимптомное течение заболевания даже в развернутых стадиях заболевания, воспринимается пациентами как отсутствие острой необходимости лечиться. Медленное прогрессирование заболевания, развивающееся годами, создает картину, что «ничего страшного не происходит». Пациенты не желают принимать большое количество препаратов при отсутствии клиники, в результате чего, отказываются от лечения.

**Выводы:** НАЖБП – это системное метаболическое расстройство, требующее мультидисциплинарного подхода с участием гастроэнтерологов, гепатологов, эндокринологов и кардиологов. НАЖБП остается диагностической проблемой из-за отсутствия идеального неинвазивного, доступного и точного маркера для оценки стадии фиброза и активности процесса. Главной проблемой в лечении является отсутствие лекарственной терапии, что делает модификацию образа жизни основным, но труднореализуемым методом. В настоящее время, основное лечение – изменение образа жизни: снижение массы тела; регулярные физические нагрузки; диетотерапия. Можно выделить перспективные пути решения проблем: 1. Мультидисциплинарный подход и разработка алгоритмов оказания медицинской помощи при НАЖБП. Идентификация пациентов из групп риска должна базироваться на комплексной оценке, включающей демографические, лабораторные и визуализационные критерии. 2. Необходимость повышения осведомленности врачей разных специальностей о НАЖБП как о системном мультиорганном заболевании. 3. Поиск новых биомаркеров крови, повышение доступности эластографии и интеграция их в работу первичного звена для эффективной стратификации пациентов. Основными приоритетами для практикующих врачей и специалистов здравоохранения во всем мире являются внедрение программ по стратификации рисков НАЖБП, донесение информации о тяжести этого заболевания и организации маршрутизации пациента.

## **СТАРОСТЬ БЕЗ БОЛЕЗНИ: ОТ ПРОФИЛАКТИКИ К ЗАБОТЕ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ**

**ГАЗДИЕВА Дарья Константиновна, ГАЗДИЕВ Магомед Аликович**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **OLD AGE WITHOUT DISEASE: FROM PREVENTION TO CARE FOR THE QUALITY OF LIFE**

**GAZDIEVA D.K., GAZDIEV M.A.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Старость без болезни возможна при системной профилактике хронических заболеваний, начиная с молодого возраста. Ключевую роль играют здоровый образ жизни, правильное питание, физическая активность и регулярные медицинские осмотры.

**Ключевые слова:** старость, здоровье, профилактика заболеваний.

**Resume:** Old age without illness is possible with systematic prevention of chronic diseases, starting from a young age. A healthy lifestyle, proper nutrition, physical activity and regular medical examinations play a key role.

**Keywords:** Old age, health, disease prevention.

**Введение.** Современное общество сталкивается с глобальной тенденцией старения населения. Рост продолжительности жизни — одно из величайших достижений медицины, науки и общественного развития. Однако перед врачами, социальными службами и самим человеком возникает новый вызов: не только продлить годы жизни, но и сделать их максимально здоровыми, активными и полноценными.

Проблема состоит в том, что старость часто ассоциируется с множественными хроническими заболеваниями, инвалидизацией и снижением качества жизни. Между тем, профилактика, ранняя диагностика и формирование правильных привычек способны значительно уменьшить бремя болезней, сделать старость периодом активности и социальной востребованности.

**Цель:** определить осведомлённость пожилых людей о мерах профилактики заболеваний и отношении к сохранению качества жизни в старости.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование 100 человек в возрасте от

60 до 80 лет, среди которых 50 мужчин и 50 женщин. Респондентам предлагалось ответить на вопросы о состоянии здоровья, мерах профилактики, источниках помощи и значимости качества жизни в пожилом возрасте.

**Результаты и обсуждения.** Большинство опрошенных заявили, что следят за своим здоровьем. Так, 58 человек (58%) регулярно контролируют состояние здоровья, 30 человек (30%) делают это время от времени, а 12 человек (12%) признались, что не уделяют этому внимания.

При анализе профилактических мероприятий наибольшее распространение имеют регулярные медицинские осмотры — их отметили 65 человек (65%). Половина респондентов (50 человек, 50%) стараются придерживаться принципов правильного питания. 45 человек (45%) занимаются физической активностью, будь то прогулки, гимнастика или лёгкие спортивные упражнения. Приём витаминов и биологически активных добавок отметили 30 человек (30%), а контроль веса и артериального давления — 40 человек (40%).

На вопрос о том, кто помогает пожилым людям следить за здоровьем, большинство (60 человек, 60%) указали на медицинских работников — врачей и медсестёр. Значительная часть респондентов (40 человек (40%)) отмечает, что справляется самостоятельно. Поддержку семьи ощущают 35 человек (35%), а современные цифровые технологии (интернет-ресурсы и приложения для здоровья) используют только 10 человек (10%). Особое внимание уделялось вопросу о значимости качества жизни. Для подавляющего большинства (70 человек, 70%) этот аспект оказался очень важным, для 25 человек (25%) — важным, тогда как лишь 5 человек (5%) указали, что качество жизни в старости не имеет для них особого значения.

Полученные данные подтверждают: пожилые люди в значительной степени осведомлены о важности профилактики и стремятся поддерживать здоровье. Большинство респондентов отмечают значимость медицинских осмотров, правильного питания и физических нагрузок. Это свидетельствует о понимании взаимосвязи между образом жизни и риском развития хронических заболеваний.

В то же время настораживает, что 12% опрошенных вовсе не следят за состоянием здоровья, а 30% делают это нерегулярно. Такие данные указывают на необходимость усиления профилактической работы среди пожилых и формирования у них устойчивых привычек заботы о здоровье.

Старость без болезни невозможна без системных мер профилактики, начиная с молодого возраста. Ранняя диагностика сердечно-сосудистых, эндокринных и онкологических заболеваний позволяет снизить риск осложнений. Немаловажны вакцинация, контроль артериального давления, уровня сахара и холестерина. Однако физическое здоровье — лишь одна сторона вопроса. Психологическое благополучие играет не меньшую роль. Участие в культурной, образовательной и общественной жизни, сохранение

социальных связей и преодоление одиночества помогают поддерживать когнитивные функции, снижают риск деменции.

Таким образом, забота о здоровье пожилых людей должна носить комплексный характер и включать не только медицинские, но и социальные, психологические аспекты.

**Выводы:** исследование показало, что пожилым людям хорошо известно о профилактике различных заболеваний и заботе о качестве жизни. Большинство пожилых людей осознают важность профилактики заболеваний и предпринимают меры по сохранению здоровья. Регулярные медицинские осмотры, правильное питание и физическая активность являются наиболее распространёнными способами профилактики. Для подавляющего большинства респондентов качество жизни в старости имеет высокую значимость. Таким образом, старость без болезни — это не утопия, а результат системной работы: сочетания медицинской профилактики, социальной поддержки и активного участия самого человека в заботе о своём здоровье.

## **ЦИФРОВЫЕ ДВОЙНИКИ ПАЦИЕНТА: БУДУЩЕЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ**

ГАМБАРОВ Асиф Захид оглы, ГЛАДКОВА Юлия Евгеньевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

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

## **THE PATIENT'S DIGITAL DOPPELGANGERS: THE FUTURE OF PERSONALIZED MEDICINE**

GAMBAROV A.Z., GLADKOVA Y.E.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

**Резюме:** цифровые двойники пациента (ЦДП) представляют собой виртуальные копии человеческого организма, созданные с использованием технологий Big Data и машинного обучения. Эти модели позволяют прогнозировать течение заболеваний, подбирать индивидуальное лечение и оптимизировать медицинские вмешательства. Применение ЦДП играет ключевую роль в становлении персонализированной медицины и трансформирует традиционную модель взаимодействия между врачом и пациентом.

**Ключевые слова:** цифровой двойник, персонализированная медицина, Big Data, прогнозирование заболеваний.

**Abstract:** the patient's digital counterparts (CDPs) are virtual copies of the human body created using Big Data and machine learning technologies. These models make it possible to predict the course of diseases, select individual treatments, and optimize medical interventions. The use of SDP plays a key role in the development of personalized medicine and transforms the traditional model of interaction between doctor and patient.

**Keywords:** digital twin, personalized medicine, Big Data, disease prediction

**Введение.** Развитие технологий искусственного интеллекта, Big Data и биоинформатики привело к формированию новой парадигмы в здравоохранении — персонализированной медицине, нацеленной на индивидуальный подход к каждому пациенту. Одним из наиболее перспективных инструментов в этой области являются цифровые двойники пациента (ЦДП) — виртуальные модели, отражающие физиологическое и патологическое состояние организма конкретного человека на основе многопараметрических биомедицинских данных.

**Цель:** анализ потенциала цифровых двойников пациента в контексте персонализированной медицины, рассмотрение примеров клинического применения и выявление ключевых технологических, этических и организационных вызовов, связанных с их внедрением.

**Материал и методы.** Для достижения поставленной цели был проведён обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, аналитических докладов, а также кейсов применения ЦДП в реальной клинической практике.

**Результаты и обсуждения.** ЦДП создаются на основе информации о генетическом профиле, анамнезе, лабораторных показателях, медицинских изображениях, а также данных с носимых устройств.

Использование цифровых двойников пациента позволяет имитировать реакции организма на различные виды терапии до начала реального лечения, что минимизирует риски и повышает эффективность вмешательств. С помощью машинного обучения и анализа Big Data эти модели способны предсказывать развитие хронических заболеваний, таких как диабет, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, задолго до появления симптомов.

**Российские разработки:**

- Ещё в 2022 году велась работа над цифровым двойником рака кишечника: сбор и аннотация гистологических микропрепараторов, чтобы выявлять морфологические паттерны, связанные с прогнозом болезни.
- В марте 2023 была запущена первая в России платформа для построения 3D-модели опухоли почки на основе мультиспиральной КТ и возможности «виртуальной операции» перед вмешательством.

- В октябре 2024 Сеченовский университет совместно с СПбПУ и Федеральным биофизическим центром им. А. И. Бурназяна представил проект национального ГОСТа по цифровым двойникам пациента: терминология, требования к точности, безопасности, интеграции и валидации.
- В рамках НЦМУ «Цифровой биодизайн и персонализированное здравоохранение» создаются платформы для диагностики сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, включая биостатистическую аналитику и виртуальные биобанки.

Российские стартапы в сфере Med-AI и VR развиваются модели для: прогнозирования развития заболеваний, симуляции терапевтической реакции пациента, поддержки принятия лечебных решений. Согласно Ассоциации разработчиков медицинского ИИ (АРМИИ), к началу 2026 года в России запланировано не менее 25 проектов в области цифрового моделирования пациентов.

Помимо разрабатывающихся проектов, принцип «цифрового двойника» применяется на практике: В урологии создание цифрового двойника почки по КТ уже используется в пилотных регионах — Саратове, Краснодаре, Уфе. В онкопатологии анализ микропрепараторов рака кишечника помогает формировать базы, на основе которых создаются индивидуальные модели для раннего выявления. В VR-обучении медики и студенты отрабатывают операции и фарм-процессы в безопасной виртуальной среде.

Однако внедрение ЦДП сопряжено с рядом вызовов: защита персональных данных, необходимость стандартизации моделей, высокие требования к вычислительным ресурсам и квалификации специалистов. Решение этих задач требует междисциплинарного подхода, объединяющего медицину, ИТ и биоинженерию.

**Выводы:** цифровые двойники пациента представляют собой революционный инструмент, который способен изменить подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний. Их развитие и внедрение — ключевой шаг на пути к персонализированной, прогностической и превентивной медицине. Цифровой двойник пациента в России — это не фантастика, а уже реализация в рамках университетских и стартап-проектов. Сочетание ИИ, 3D-моделирования, биостатистики, виртуальной и дополненной реальности создаёт экосистему, способную увеличить точность диагностики, снизить временные и финансовые затраты, а также повысить качество подготовки врачей. Появление национальных стандартов позволит систематизировать подходы и обеспечить безопасность внедрения таких

технологий в клиническую практику по всей стране.

**РЕСУРСНОЕ ИСТОЩЕНИЕ РОДСТВЕННИКОВ: КАК  
ПРЕДОТВРАТИТЬ ВЫГОРАНИЕ ТЕХ, КТО УХАЖИВАЕТ ЗА  
ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ**

ГЛАДКОВА Юлия Евгеньевна, ГАМБАРОВ Асиф Захид оглы

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

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

**RESOURCE DEPLETION AMONG RELATIVES: HOW TO PREVENT  
BURNOUT AMONG THOSE WHO CARE FOR SERIOUSLY ILL PATIENTS**

GLADKOVA Y.E. GAMBAROV A.Z.,

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

**Резюме:** ресурсное истощение родственников, ухаживающих за тяжелобольными, приводит к эмоциональному и физическому выгоранию, что снижает качество ухода и повышает риски для здоровья самих лиц, оказывающих уход. Основными факторами истощения являются хронический стресс, отсутствие поддержки, социальная изоляция и нехватка времени на восстановление. Для профилактики выгорания эффективны меры: регулярный отдых, психологическая и социальная поддержка, обучение навыкам ухода, а также цифровые и профессиональные помощники. Комплексный подход позволяет сохранить здоровье ухаживающих и повысить устойчивость системы долгосрочного ухода.

**Ключевые слова:** уход, сиделка, помощь, статистика, выгорание, поддержка.

**Abstract:** resource depletion of relatives caring for seriously ill people leads to emotional and physical burnout, which reduces the quality of care and increases the health risks of caregivers themselves. The main factors of exhaustion are chronic stress, lack of support, social isolation, and lack of time to recover. Measures to prevent burnout are effective: regular rest, psychological and social support, training in nursing skills, as well as digital and professional assistants. An integrated approach helps to preserve the health of caregivers and increase the sustainability of the long-term care system.

**Keywords:** caregiver, caregiver, help, statistics, burnout, support.

**Введение.** В 2025 году проблема эмоционального и физического

истощения людей, ухаживающих за неизлечимо больными, стала одной из ключевых в паллиативной медицине. По данным Минздрава РФ, более 4,5 млн россиян ежегодно берут на себя роль неформальных сиделок для родственников с онкологией, деменцией или тяжелыми неврологическими заболеваниями. При этом каждый третий из них сталкивается с клинической депрессией, а 70% — с хронической усталостью.

**Цель:** показать масштаб эмоционального и физического истощения «caregivers» (лица, осуществляющие уход) в России (статистика); выявить группы людей, наиболее уязвимых к выгоранию (возраст, длительность ухода, отсутствие поддержки); разобрать типичные ошибки, усугубляющие состояние ухаживающих; рассказать о доступных в России методах помощи: respite-услуги, цифровые сервисы, психологическая поддержка.

**Материал и методы.** Для достижения поставленной цели был проведён анализ статистических данных и экспертных отчетов, с применением количественных и качественных методов для оценки масштабов проблемы.

**Результаты и обсуждения.** Экономический ущерб от выгорания ухаживающих оценивается экспертами НИУ ВШЭ в 120-150 млрд рублей ежегодно. Это включает: потерю рабочего времени (63% caregivers вынуждены увольняться или переходить на неполную занятость), рост расходов на лечение самих ухаживающих (на 30% чаще обращаются к врачам). Согласно исследованию НМИЦ психиатрии им. Сербского (2024), среди ухаживающих родственников:

- 78% испытывают хроническую усталость
- 62% имеют нарушения сна
- 45% страдают от тревожных расстройств
- 28% демонстрируют симптомы клинической депрессии.

Критический период наступает через 6-9 месяцев постоянного ухода, когда 40% caregivers начинают задумываться о прекращении ухода. Для того, чтобы облегчить положение ухаживающих родственников, государство и частные организации, предоставляют программы поддержки:

1. Ежемесячные выплаты по уходу (1 200 - 10 000 руб. в зависимости от региона) - охватывают лишь 23% нуждающихся
2. Социальные услуги на дому (доступны в 68% регионов, но с длинными очередями)
3. Respite-уход («передышка»)
  - Дневные стационары при хосписах (например, московский «Дом с маяком» предоставляет до 14 дней бесплатного размещения пациента в год).
  - Выездные бригады - проект «Ваш сиделка» в Санкт-Петербурге предлагает подмену на 4–8 часов для отдыха родственников.
4. С развитием ИТ-технологий, для помощь ухаживающим были разработаны цифровые помощники и чаты:

- Чат-бот «Помощник Care» (разработан Сколково) анализирует состояние пациента по сообщениям родственника и подсказывает, когда нужен врач.
- Телеграмм-канал «Не один» объединяет 30 000 caregivers, предоставляя психологическую поддержку и юридические консультации.

Прогноз на ближайшие десятилетия предполагает рост тяжелобольных пациентов и соответственно, увеличение количества ухаживающих родственников с выгоранием и депрессией. Основная на сегодняшний день группа ухаживающих (45-60 лет) будет сокращаться из-за старения и миграции.

Но, несмотря на все трудности, исход может стать более благоприятным, при внедрении некоторых изменений:

- Внедрение ИИ-ассистентов для 50% семей (прогноз Сколково).
- Развитие «умного дома» для мониторинга пациентов.
- Корпоративные программы для работающих caregivers (налоги/льготы бизнесу).
  - Принятие федерального закона о статусе «неформального ухаживающего».
  - Введение налоговых вычетов и страховых программ.
  - Включить caregivers в группу риска по диспансеризации.
  - Увеличить срок «передышки» до 30 дней/год во всех регионах.
  - Создать единый реестр ухаживающих для адресной поддержки.
  - Запустить госпрограмму обучения цифровым навыкам для пожилых родственников.
- Развивать институт профессиональных «семейных ассистентов» (аналог ЕС).
- Интегрировать тему ухода в образовательные программы (медицинские, социальные).

**Выводы:** уход за тяжелобольными родственниками сопряжен с высоким риском эмоционального и физического истощения родственников, осуществляющих уход, что негативно оказывается на их здоровье и качестве оказываемой помощи. Результаты исследования подтверждают необходимость внедрения эффективных стратегий профилактики выгорания и создание организаций, помогающих сиделкам.

## **СЛОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**ДОЛМАТОВА Валерия Юрьевна, БУЗМАКОВА Марина Вадимовна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина*

## THE DIFFICULTIES OF USING NARCOTIC DRUGS IN PROVIDING PALLIATIVE CARE

DOLMATOVA V.Y., BUZMAKOVA M.V.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

**Резюме:** Применение наркотических анальгетиков в паллиативной медицинской практике остается актуальной, но сложной задачей. В России отмечается наличие множества барьеров, препятствующих полноценному обезболиванию пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями. Ограничения касаются как нормативно-правовой сферы, так и практической реализации лекарственного обеспечения. В работе проанализированы основные трудности и предложены возможные пути их преодоления на основе анализа отечественного и международного опыта.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, наркотические анальгетики, обезболивание, доступность.

**Abstract:** The use of opioid analgesics in palliative care in Russia is associated with numerous barriers of legal, organizational, and cultural nature. Despite the existing legal framework, patients often receive inadequate pain relief due to complex prescription procedures, limited access to drugs in remote areas, and insufficient medical staff training. This article reviews the current issues and proposes strategies for improving access to pain relief based on Russian and international best practices.

**Keywords:** palliative care, opioid analgesics, pain management, accessibility

**Введение.** Паллиативная помощь направлена на облегчение страданий пациентов с прогрессирующими, неизлечимыми заболеваниями. Одним из ключевых направлений является контроль боли, особенно в терминальных стадиях. В соответствии с данными ВОЗ, более 80% таких пациентов нуждаются в регулярном приёме сильнодействующих обезболивающих, включая наркотические анальгетики.

Несмотря на предпринимаемые усилия по реформированию паллиативной службы в Российской Федерации, доступ к наркотическим препаратам остается ограниченным по целому ряду причин. По данным ФГБУ «Центр паллиативной медицины» (2023), около 40% нуждающихся в паллиативной помощи не получают адекватного обезболивания. Актуальность темы подтверждается необходимостью защиты права пациента на достойное и безболезненное завершение жизни.

**Цель:** проанализировать существующие проблемы, препятствующие эффективному использованию наркотических средств в паллиативной

медицинской помощи, и определить возможные направления оптимизации процессов обеспечения обезболивания.

**Материал и методы.** В ходе исследования проведен систематический анализ:

- действующей нормативно-правовой базы Российской Федерации (ФЗ № 323-ФЗ, постановления Правительства, приказы Минздрава РФ);
- статистических данных Минздрава и Росздравнадзора (2019–2024 гг.);
- научной и экспертной литературы;
- опыта работы учреждений, оказывающих паллиативную помощь (госпитали, хосписы, амбулаторные службы);
- сравнительного анализа с зарубежными практиками (Германия, Индия).

**Результаты и обсуждения.** 1) Нормативные и административные барьеры: наиболее распространенной проблемой в медицинской практике является сложность оформления и отпуска наркотических средств. Несмотря на попытки упростить документооборот, включая введение электронных рецептов, врачи часто сталкиваются с рисками юридической ответственности, перегрузкой отчётностью и неясностями в трактовке нормативов. Так, к примеру, в одном из онкологических диспансеров Южного федерального округа на оформление рецепта уходит от 30 до 45 минут рабочего времени врача.

2) Дефицит обученного медицинского персонала: Образовательные программы по паллиативной медицине на базе большинства вузов либо отсутствуют, либо представлены в виде краткосрочных курсов. В результате многие испытывают затруднения при выборе схем анальгезии, особенно у пожилых или полипрагмазированных пациентов. Согласно данным опроса Ассоциации паллиативной медицины (2023), только 27% врачей первичного звена уверенно назначают наркотические анальгетики.

3) Ограниченный доступ к препаратам в регионах: Наличие лицензированных аптек, имеющих право на отпуск наркотических препаратов, критически ограничено. В ряде субъектов Российской Федерации (Республика Алтай, Тыва, Якутия) зафиксированы случаи, когда пациенту требуется преодолеть до 150 км для получения препарата.

4) Социальные и культурные барьеры: у пациентов и родственников сохраняются страхи перед использованием наркотических средств: опасения зависимости, недоверие к врачам, убежденность в том, что «морфин означает конец». Эти факторы снижают эффективность терапии и создают дополнительные препятствия для врачей.

**Выводы:** для преодоления указанных проблем необходимо:

- упростить процедуры назначения и отпуска наркотических анальгетиков, в том числе через цифровизацию;
- обеспечить регулярное обучение и переподготовку врачей по

паллиативной медицине и контролю боли;

- расширить сеть лицензированных аптек, особенно в сельских и отдалённых районах;
- провести информационные кампании среди населения для снятия стигмы, связанной с опиоидной терапией;
- изучить и адаптировать успешные зарубежные модели.

**ОЦЕНКА КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ  
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СТАРЧЕСКОЙ  
АСТЕНИЕЙ**

ДОЧКИНА Ирина Сергеевна, АПУШКИНА Татьяна Александровна

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., заведующий кафедрой Марина Васильевна  
Летаева

**ASSESSMENT OF COGNITIVE STATUS IN PATIENTS ELDERLY AND  
SENILE PEOPLE WITH SENILE ASTHENIA**

DOCHKINA I.S., APUSHKINA T.A.

*Department of Internal Diseases Propaedeutics*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department M.V. Letaeva

**Резюме:** Проведено исследование когнитивных функций у пожилых пациентов со старческой астенией. По данным оценочных шкал MMSE и MOCA, лишь небольшая доля участников имела нормальные когнитивные способности, у большинство выявлены умеренные или тяжелые нарушения. Результаты подчеркивают необходимость поддержки когнитивного здоровья у пожилых.

**Ключевые слова:** когнитивные функции, старческая астения, пожилые, качество жизни.

**Abstract:** A study of cognitive function was conducted in elderly patients with frailty. According to the MMSE and MOCA assessment scales, only a small proportion of participants had normal cognitive abilities; the majority had moderate or severe impairments. The results highlight the need to support cognitive health in the elderly.

**Keywords:** cognitive functions, frailty, elderly, quality of life.

**Введение.** Синдром старческой астении — возраст-ассоциированный синдром, проявляющийся уменьшением двигательной активности,

функциональных и когнитивных способностей организма у пациентов пожилого и старческого возраста. Другой важной проблемой у данной группы пациентов являются цереброваскулярные заболевания, в том числе острые нарушения мозгового кровообращения. Наличие когнитивных нарушений ведет к резкому снижению качества жизни и развитию депрессии, тревоги, расстройства сна, что значительно ухудшает протекание синдрома старческой астении.

**Цель:** оценить показатели когнитивного статуса у пациентов пожилого и старческого возраста со старческой астенией.

**Материалы и методы.** Проанализировано 68 историй болезни пациентов, из которых 32 мужчин и 36 женщин, находящихся на госпитализации

в терапевтическом отделении с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе. Средний возраст больных –  $82,2 \pm 4,1$  лет. Для выявления синдрома старческой астении применяли опросник «Возраст не помеха». Для оценки когнитивного статуса применялись: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), включающая оценку первичного выявления возможных когнитивных нарушений и определения наличия деменции, а также монреальская шкала когнитивной оценки (MOCA), которая оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, исполнительские функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию.

**Результаты и обсуждения.** При оценке когнитивного статуса по показателям шкал MMSE только 5 (7,4%) пациентов имели нормальный уровень когнитивных функций, набрав достаточное количество баллов, 36 (53%) опрошенных - имели тяжелые когнитивные нарушения с признаками деменции, у 6 (8,6%) пациентов выявлена легкая когнитивная дисфункция, а остальные 21 (31%) пациент получив средний результат, имеют риск развития деменции в ближайшее время.

По результатам шкалы MOCA отсутствие значимых нарушений когнитивных функций показали 29 пациентов (42,6%), легкие когнитивные нарушения - 21 пациент (30,9%), умеренно выраженные когнитивные нарушения - 12 пациентов (17,6%), а выраженные когнитивные нарушения (деменция) - 6 пациентов (8,9%). Кроме того, отдельные аспекты когнитивных функций распределились следующим образом: нарушения внимания и концентрации выявлены у 32 пациентов (47,1%), проблемы с исполнительскими функциями отмечены у 28 пациентов (41,2%), значительные трудности с памятью наблюдались у 24 пациентов (35,3%), сложности с языком и речью фиксировались у 18 пациентов (26,5%), затруднения в выполнении визуальных конструктивных заданий выявлены у 15 пациентов (22,1%),

ошибки

в проведении абстрактного мышления встречались у 13 пациентов (19,1%), и трудности с счетом и ориентировкой наблюдали у 11 пациентов (16,2%).

**Выводы:** согласно проведённому исследованию, у подавляющего большинства пациентов обнаружены серьёзные когнитивные нарушения. Эти расстройства приводят к значительному снижению функциональной активности и ухудшению качества жизни, так как пациенты сталкиваются с проблемами, связанными с концентрацией и вниманием, нарушениями памяти, а также трудностями в выполнении исполнительных функций.

## **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**ЕПИФАНЦЕВА Софья Александровна, СИДЕЛЬЦЕВА Арина Георгиевна**  
*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **PRIMARY PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**ЕПИФАНЦЕВА С.А., СИДЕЛЬЦЕВА А.Г.**

*Department of Polyclinic Therapy*  
*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*  
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Рассмотрены основные особенности и проблемы первичной профилактики хронической обструктивной болезни легких, которые заключаются в поздней постановке диагноза и слабой мотивации пациентов к модификации факторов риска.

**Ключевые слова:** профилактика, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

**Abstract:** The mainfeatures of primary prevention of chronic obstructive pulmonary disease are considered

**Keywords:** prevention, chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

**Введение.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - гетерогенное состояние легких, характеризующееся хроническими респираторными симптомами (одышка, кашель, отхождение мокроты) и обострениями из-за поражения дыхательных путей (бронхит, бронхиолит) и/или альвеол (эмфизема), которые вызывают персистирующее, часто

прогрессирующее ограничение воздушного потока). Данное заболевание является серьезной медико-социальной проблемой многих стран мира, в том числе и России. На 2025 год по данным ВОЗ ХОБЛ занимает третье место по частоте причиной смертности в мире, ежегодно от этого заболевания умирает около 2,8 млн человек, что составляет 4,8% всех причин смерти.

По данным Минздрава России на декабрь 2024 года насчитывается около 2,4 млн. человек, страдающих ХОБЛ, но официальная статистика основана на анализе только тех граждан, которые стоят на учёте в медицинских учреждениях, а это уже пациенты с ярко выраженной болезнью. У большей же части пациентов заболевание находится на ранней стадии, протекает бессимптомно, и поэтому они не обращаются за медицинской помощью в лечебные учреждения.

**Цель:** выявить факторы риска развития ХОБЛ, найти методы ранней доклинической диагностики, обсудить вопросы формирования здорового образа жизни населения страны.

**Материалы и методы.** Теоретический анализ современной научной медицинской литературы, интернет-ресурсов.

**Результаты и обсуждения.** Комплексный подход к профилактике, диагностике и лечению ХОБЛ позволяет снизить риск развития заболевания, улучшить качество жизни пациентов и уменьшить количество случаев на поздних стадиях. Важно продолжать просветительскую работу и повышать осведомленность населения о факторах риска и методах профилактики.

В возникновении и развитии ХОБЛ участвуют как наследственные, так и внешние факторы, которые обычно можно изменить, а также их комбинация. Внутренние факторы риска: дефицит α1-антитрипсина, однако его распространенность среди больных ХОБЛ весьма мала, мужской пол (возможно, это связано с большей распространенностью курения среди лиц мужского пола, а не с половыми различиями), однако в настоящее время распространённость ХОБЛ одинакова и среди женщин, и среди мужчин.

Также на развитие ХОБЛ влияет возраст более 40 лет, повреждения легких внутриутробно и в детском возрасте и бронхиальная гиперреактивность. Главную роль играют экзогенные факторы: курение, в том числе пассивное, стоит отметить, что у курильщиков сигарет наблюдается повышенная распространенность респираторных симптомов и расстройств легочной функции, ускоренное ежегодное снижение ОФВ1 и повышенная смертность от ХОБЛ по сравнению с некурящими. Остаются недооцененными факторами риска профессиональные вредности (вдыхание производственной пыли и химикатов). Так, в 2020 году по данным отчета American Thoracic Society было выявлено, что профессиональные вредности являются причиной 10–20% всех случаев развития симптомов или нарушений функции легких, характерных для ХОБЛ. Кроме того, продукты сгорания органического топлива (древесины,

соломы, угля); продукты сгорания автомобильного топлива; низкий социально-экономический статус; респираторные инфекции могут приводить к развитию ХОБЛ.

Диагноз ХОБЛ рекомендуется устанавливать на основании жалоб (такие как хронические и прогрессирующие одышка, кашель и продукция мокроты) и анамнестических данных пациента, результатов функциональных методов обследования и исключения других заболеваний. Стоит понимать, что пациенты, страдающие ХОБЛ, не обращаются за медицинской помощью к врачу по причине отсутствия клинических симптомов на начальных этапах заболевания. Поэтому в большинстве случаев диагностика ХОБЛ осуществляется на поздних стадиях болезни. В таком случае существуют методы доклинического выявления ХОБЛ: скрининговые исследования в группах риска, спирометрия, анамнестические опросники. Данные опросники — это анкеты или вопросы, которые заполняет сам пациент или специально обученный персонал. В практике наиболее часто используются опросники: опросник Американского торакального общества и отделения легочных заболеваний Института здоровья 1978 г. (American Thoracic Society and Division of Lung Disease of the National Institute of Health questionnaire-78), опросник Международного союза борьбы с туберкулезом и легочными заболеваниями 1984 г. (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease questionnaire-84), опросник Британского медицинского исследовательского совета 1986 г. (British Medical Research Council questionnaire-86), опросник Европейского общества угля и стали 1987 г. (European Coal and Steel Community questionnaire-87), опросник Европейского сообщества по респираторным заболеваниям 1994 г. (European Community Respiratory Health Survey questionnaire-94).

Инструментальная и лабораторная диагностика, которые в свою очередь включает рентгенографию, общеклинические анализы, анализ газового состава крови являются неотъемлемой частью в диагностике ХОБЛ.

Для профилактики и укрепления общественного здоровья важно принимать меры как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Это включает контроль потребления табака и отказ от курения, а также мониторинг промышленных и бытовых загрязнителей. Необходимо проводить общественные и личные гигиенические мероприятия, направленные на снижение уровня загрязнителей, обеспечение хорошей вентиляции помещений, экологический мониторинг, контроль эпидемий и профилактику респираторных инфекций. Важно вовремя вакцинироваться и использовать средства защиты от ингаляционных воздействий на рабочем месте. Самым эффективным способом борьбы с развитием ХОБЛ будет полный отказ курения табака. Также ключевую роль будет играть консультирование, мотивационные беседы, заместительная никотиновая терапия и фармакотерапия. Консультации, направленные на мотивацию курильщиков к отказу от вредной привычки,

обязательны, также и обязательна просветительская работа во всех слоях населения, в том числе детей и подростках, она должна включать в себя лекции и беседы, информационные буклеты и плакаты, видеоролики и презентации, дискуссии и круглые столы.

**Выводы:** основными факторами риска в возникновении ХОБЛ являются эндогенные (дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина, мужской пол, возраст старше 40 лет) и экзогенные факторы (курение, профессиональные вредности; продукты сгорания органического и автомобильного топлива; низкий социально-экономический статус; респираторные инфекции). Основным методом ранней доклинической диагностики является анкетирование/анамнестический опросник, который включает в себя вопросы о симптомах ХОБЛ. Главным звеном в формировании здорового образа жизни населения является просветительская работа во всех слоях населения (проведение бесед о вреде курения), общественные и личные гигиенические мероприятия.

## **ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС**

ЗАЙЦЕВА Анастасия Юрьевна, ТОМИЛОВА Олеся Александровна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

## **THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF STATIN USE IN THE PREVENTION OF CORONARY HEART DISEASE**

ZAYTSEVA A.YU., TOMILOVA O.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме:** Несмотря на существенные успехи в снижении ХсЛПНП при назначении статинов и наличии большой доказательной базы о безопасности и хорошей переносимости данных препаратов, в России статины по-прежнему назначают в низких дозах в связи с их побочным воздействием на печень и мышечную ткань, что ведет к низкому проценту достижения целевых уровней ХсЛПНП и, соответственно, к высокому остаточному риску развития атеросклероза и, как следствие, ИБС.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, безопасность, переносимость, печень, мышечная ткань, холестерин, липопротеиды низкой плотности, статины.

**Abstract:** Despite significant progress in reducing LDL-C when prescribing

statins and the availability of a large evidence base on the safety and good tolerability of these drugs, statins are still prescribed in low doses in Russia due to their side effects on the liver and muscle tissue, which leads to a low percentage of achieving target LDL-C levels and, consequently, to a high the residual risk of atherosclerosis and, as a result, coronary heart disease.

**Keywords:** Coronary heart disease, atherosclerosis, safety, tolerability, liver, muscle tissue, cholesterol, low-density lipoproteins, statins.

**Введение.** Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается главной причиной смерти во всех развитых странах. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) намного опережает смертность от инфекционных и онкологических болезней. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям. Это сосудистые заболевания сердца, которые подразделяются на острые и хронические формы. Эти формы вносят различный вклад в статистику заболеваемости и смертности.

В 2022г в РФ было зарегистрировано  $>7,6$  млн пациентов с диагнозом ИБС, что охватывает  $\sim 5,2\%$  населения страны. В структуре заболеваемости в РФ в 2022г удельный вес ИБС от всех болезней составил 3,0%, а от болезней системы кровообращения (БСК) — 20,1%. На хронические формы ИБС (ХИБС) приходится боальная часть патологии среди взрослого населения, в структуре заболеваемости всех ИБС в 2022г в РФ они составили 63,3%.

ИБС также является одной из основных причин смерти во всем мире. В структуре причин смерти в 2022г в РФ ИБС составили 23,8% от всех причин смерти и 54,2% в структуре причин смерти от БСК (1-е место в структуре БСК). В РФ в 2022г было зарегистрировано  $>180$  тыс. пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ), из них умерло  $>50$  тыс. чел., что составляет 27,6% от всех заболевших ОИМ. В структуре причин смерти от ИБС в 2022г в РФ преобладали ХИБС (81,7%).

**Цель:** изучить эффективность и безопасность применения статинов в профилактике ИБС.

**Материал и методы.** В ходе написания работы были проведены анализ и синтез научных данных о улучшении прогноза больных с ишемической болезнью сердца, получающих терапию статинами, их эффективности и безопасности. Использованы системный и научный подходы, методы синтеза, обобщения и сравнения. Как источники информации выступили такие базы данных, как Cyberleninka, Rusvrac, РОПНИЗ.

**Результаты и обсуждения.** По данным исследований, проведенных в последние годы, медикаментозная гиполипидемическая терапия статинами приводит к снижению на 25–40% коронарной смертности, на 26–36% уменьшает риск развития ишемических событий (4S, HPS, AFCAPS/TexCAPS,

WOSCOPS, CARE, LIPID, MIRACL, AVERT). При этом снижение коронарных осложнений у женщин было более выраженным, чем у мужчин – 46 против 20%.

Статины являются одними из наиболее распространенных препаратов для лечения гиперхолестеринемии. Они ингибируют ГМГ-КоА (3-гидрокси-3-метил-глутарил-кофермент- А-редуктазу) фермент, определяющий скорость синтеза ХС в клетке, превращая 3-гидрокси-3-метил-глутарил-коэнзим А в мевалоновую кислоту. В результате угнетения ГМГ-КоА-редуктазы снижается внутриклеточное содержание ХС и увеличивается экспрессия рецепторов к ХсЛПНП, содержание ХсЛПНП в крови соответственно снижается.

В многочисленных сообщениях описаны дополнительные положительные эффекты статинов, помимо количественного снижения уровня липидов в сыворотке, известные как плейотропные эффекты. Плейотропные эффекты статинов вытекают из эпидемиологических исследований, показывающих благотворное влияние при состояниях, отличных от сердечно-сосудистых, включая контраст-индукцию нефропатию, острую почечную недостаточность, панкреатит, хроническую обструктивную болезнь легких, венозную тромбоэмболию, деменцию, когнитивную и эректильную дисфункцию. Тем не менее статины также были связаны с потенциально вредными эффектами: умеренное увеличение риска миозита и рабдомиолиза, умеренное увеличение риска развития диабета при более интенсивных режимах, эпидемиологическая связь с частотой катаракты и дозозависимый эффект на сывороточные уровни печеночных ферментов, свидетельствующие о потенциальной гепатотоксичности.

Прием статинов может вызывать повышение печеночных ферментов — аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) у 3% пациентов в течение первого года терапии. Повышение печеночных трансаминаз (чаще в первые 3-6 мес от начала терапии) является общепризнанным осложнением терапии статинами и рассматривается как класс-эффект. Следует отметить, что оно не соотносится со степенью снижения уровня ХС ЛПНП на фоне терапии статинами.

Миопатия одно из серьёзных осложнений терапии статинами. Ее частота при монотерапии статинами около 1/1000 больных. Диагностические признаки миопатии: боли в мышцах, мышечная слабость, повышение активности креатинфосфокиназы (КФК) плазмы более чем в 10 раз. При своевременной диагностике и отмене статинов миопатия полностью обратима. Если же миопатия не распознается, и терапия статинами продолжается, развиваются рабдомиолиз и сопутствующая острыя почечная недостаточность.

**Выводы:** препараты класса ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статины) подтвердили эффективное влияние на снижение смертности от сердечно-сосудистых осложнений при хорошей переносимости и относительной

безопасности этих средств. С современных позиций применение статинов является долговременной стратегией первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Таким образом, лечение статинами обоснованно считается безопасным. При соблюдении режима дозирования и своевременном выявлении побочных эффектов возможно достичь целевых уровней липидов без вреда для здоровья пациента. Очевидно, что возможная польза от применения статинов значительно превышает риск.

## **СОХРАНЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПРАКТИКЕ СТУДЕНТОВ**

**ЗАХАРОВА Алина Сергеевна, КУСПЕКОВА Виолетта Сергеевна.**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **MAINTENANCE OF MEDICAL CONFIDENTIALITY IN MEDICAL EDUCATION AND PRACTICE OF STUDENTS**

**ZAKHAROVA A.S., KUSPEKOVA V.S.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Врачебная тайна представляет собой основу доверительных отношений между пациентом и врачом. Она не только защищает личные данные пациента, но и создает условия для эффективной диагностики и лечения.

**Ключевые слова:** врачебная тайна, личные данные пациента, правовые аспекты, медицинская деонтология, медицинское образование.

**Abstract:** Medical confidentiality is the basis of a trusting relationship between a patient and a doctor. It not only protects the patient's personal data, but also creates conditions for effective diagnostics and treatment.

**Keywords:** medical confidentiality, patient personal data, legal aspects, medical deontology, medical education.

**Введение.** Врачебная тайна – это одно из фундаментальных понятий в медицинской деонтологии, наравне с клятвой Гиппократа. Это не просто выполнение своего профессионального долга работником медицинского учреждения, но и важный социально-этический и правовой аспект

здравоохранительной деятельности.

Сохранения врачебной тайны строится на следующих принципах:

Доверие: уважение к врачебной тайне повышает уровень доверия между пациентом и врачом.

Этические обязательства: врачи обязаны соблюдать этические нормы, защищая конфиденциальность своих пациентов.

Зашита прав пациента: сохранение тайны является неотъемлемым правом пациента.

Врачебная тайна включает в себя любую информацию о здоровье пациента, его диагнозах, методах лечения и личной жизни, полученную медицинским работником в ходе оказания медицинской помощи.

**Цель:** оценка уровня осведомленности студентов медицинских вузов о врачебной тайне, а также анализ внедрения принципов конфиденциальности в образовательные программы и практическую деятельность.

**Материал и методы.** Проведена оценка уровня осведомленности студентов о правилах сохранения врачебной тайны. Проанализированы учебные планы и курсы, посвященных этике и медицинскому праву, проведен обзор случаев нарушения врачебной тайны в студенческой практике.

**Результаты и обсуждения.** Результаты показали, что уровень осведомленности студентов о врачебной тайне увеличивается с курсом обучения. Студенты 1-2 курсов оценили свой уровень знания в 60%, тогда как среди студентов 5-6 курсов этот показатель достиг 85%.

Важные компоненты учебных планов, касающиеся врачебной тайны, часто недостаточно проработаны. Анализ учебных планов показал, что только 30% вузов включают курсы, посвященные врачебной тайне, в обязательную программу.

Результаты исследования подчеркивают необходимость повышения уровня осведомленности студентов о важности сохранения врачебной тайны и внедрения современных технологий для защиты данных. Также важно разработать четкие протоколы взаимодействия между членами команды, чтобы минимизировать риски утечки информации. Анализ нормативных актов показал, что в большинстве стран существуют четкие законы о врачебной тайне, однако их применение на практике часто вызывает затруднения у студентов медицинских ВУЗов.

Мы выделили способы сохранения врачебной тайны: обучение медицинского персонала и студентов основам конфиденциальности, внедрение современных технологий защиты данных в медицинских учреждениях, на выдаваемых справках и больничных листках (листах нетрудоспособности) не указывается диагноз, для документов используются специальные печати без указания профиля учреждения (центр борьбы со СПИДом, инфекционные, наркологические и психиатрические клиники).

**Выводы:** сохранение врачебной тайны — это не только правовая обязанность, но и этическая необходимость, которая способствует улучшению качества медицинской помощи и повышению уровня доверия пациентов к системе здравоохранения. Сохранение врачебной тайны является основополагающим элементом медицинской практики и образования. Для подготовки высококвалифицированных специалистов необходимо улучшить учебные программы, внедрить практические занятия и повысить уровень осведомленности студентов о важности конфиденциальности в медицинской практике.

## **МЕДИЦИНСКИЕ ОНЛАЙН-КАЛЬКУЛЯТОРЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА**

**ЗИНЬКО Виктория Олеговна**

*Kафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

## **ONLINE MEDICAL CALCULATORS IN THE PRACTICE OF A GENERAL PRACTITIONER**

**ZINKO V.O.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме:** С развитием цифровых технологий онлайн-калькуляторы всё чаще находят свое применение в деятельности врачей различных специальностей. Разнообразие клинических показателей в соответствии с вариабельностью нозологических форм заболеваний ставит вопрос об актуальности применения врачами-терапевтами онлайн-калькуляторов.

**Ключевые слова:** онлайн-калькуляторы, врач-терапевт, амбулаторная служба, поликлиническая служба.

**Abstract:** With the development of digital technologies, online calculators are increasingly being used by doctors of various specialties. The diversity of clinical indicators is more reflected in the work of a general practitioner, which is due to the wide range of nosological forms of diseases according to patients' requests for medical assistance.

**Keywords:** online calculators, general practitioner, outpatient service, polyclinic service.

**Введение.** С каждым годом особую популярность в медицинской

практике набирают онлайн-калькуляторы – инструменты, позволяющие правильно и быстро интерпретировать результаты обследований пациентов. Применение онлайн-калькуляторов возможно врачами различных специальностей: педиатрами (Усынин М.В. 2023), отоларингологами, анестезиологами-реаниматологами, акушерами-гинекологами, кардиологами, гастроэнтерологами, психиатрами и другими. Применение данных инструментов в деятельности врачей-терапевтов обусловлено вариабельностью нозологических форм заболеваний согласно ежедневным обращениям пациентов за медицинской помощью и диспансерного наблюдения за некоторыми категориями больных.

**Цель:** изучить научные публикации об актуальности использования онлайн-калькуляторов, составить список подходящих онлайн-калькуляторов для работы врача-терапевта.

**Материал и методы.** Проведены анализ научных работ о применении онлайн-калькуляторов информационного портала Elibrary, исследование медицинских справочных интернет-ресурсов «MSD», «Medsoft.pro», «Medicalc.pro», «Регистр лекарственных средств России (РЛС)», «Vidal», «Rlsnet.ru» в сети Internet и подбор актуальных онлайн-калькуляторов для профессиональной деятельности врача-терапевта.

**Результаты и обсуждения.** Онлайн-инструменты могут существовать в сети «Internet» как самостоятельные единицы – сайты, так и в составе платформ. Наиболее популярные платформы, такие как «MSD», «Rlsnet.ru», «Medsoft.pro», «Medicalc.pro», «Регистр лекарственных средств России (РЛС)», «Vidal», включают в свой функционал не только онлайн-калькуляторы, но и веб-справочники, схематические материалы, нормы лабораторных показателей, инструкции к лекарственным препаратам, полезные в работе врача. В каждом из вышеперечисленных ресурсов онлайн-калькуляторы сгруппированы в соответствии с медицинским направлением, что существенно упрощает поиск специалисту.

Среди большого перечня онлайн-инструментов в практике врача-терапевта широко используются следующие калькуляторы: ИМТ, индекс курильщика, нормы спирометрии, СКФ, индекс атерогенности, коэффициент де Ритиса, риск смертности от ССЗ (шкала SCORE).

Индекс массы тела (ИМТ) – наиболее часто встречаемый расчетный показатель отношения веса к росту пациента. Позволяет врачу любой специальности оценить у пациента риск развития хронических заболеваний. Данный онлайн-калькулятор имеется на всех вышеперечисленных платформах.

Индекс курильщика – показатель, оценивающий риск развития ХОБЛ и рака лёгких у курильщиков, включающий в расчет количество выкуренных сигарет\пачек в день и число лет. Онлайн-калькулятор позволяет врачу-терапевту быстро рассчитать, оценить риск развития заболеваний и

сформулировать диагноз. Калькулятор доступен на платформе «Medsoft.pro».

Оценка показателей спирометрии регулярно вызывает затруднение в интерпретации специалистом. Калькулятор норм «Spirocalc», разработанный компанией «ЛанаМедика», анализирует все показатели дыхательной системы и данные из документов Excel, интерпретирует их. Наличие мобильного приложения к данному инструменту является преимуществом в оффлайн-работе по сравнению с иными калькуляторами.

Оценка скорости клубочковой фильтрации (СКФ) особенно актуальна для пациентов с сахарным диабетом, гипертонической болезнью. В биохимическом анализе крови имеются лишь данные креатинина, но, имея информацию о поле, возрасте пациента и уровне креатинина, врач-терапевт с помощью онлайн-калькулятора может быстро рассчитать и оценить СКФ. Калькулятор доступен на платформах «Rlsnet.ru», «Medsoft.pro», «MSD».

Индекс (коэффициент) атерогенности отражает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что особенно актуально для пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями. Для расчета требуются показатели общего холестерина и ЛПВП. Онлайн-инструмент доступен к использованию на сервисах «Rlsnet.ru», «Medsoft.pro», «MSD».

Оценка риска смертности от ССЗ в течение ближайших 10 лет осуществляется по шкале SCORE. Шкала учитывает возраст пациента, пол, наличие вредной привычки (курение), уровень систолического АД и количественный показатель общего холестерина. Онлайн-инструмент доступен на платформах «Rlsnet.ru» и «Medsoft.pro».

Коэффициент де Ритиса (соотношение печеночных показателей АЛТ/АСТ) – важный диагностический показатель цитолиза гепатоцитов, отражающий активность и степень тяжести патологических процессов. Онлайн-калькуляторы платформ «Rlsnet.ru», «Medsoft.pro», «MSD» позволят быстро произвести расчёт и оценку.

Помимо диагностических калькуляторов, интерес представляет калькулятор от Medsoftpro.ru для расчета количества дней с режимами «край-дни» и «листок нетрудоспособности». Такой инструмент позволит врачу-терапевту точно определить необходимое количество дней для медикаментозной терапии, а также не допустить ошибок при заполнении электронного листа нетрудоспособности.

Не менее важен калькулятор единиц измерения лабораторных показателей от платформы Rlsnet.ru, позволяющий конвертировать значения показателей из основных единиц измерения в альтернативные, что удобно при интерпретации показателей от различных лабораторий.

**Выводы:** сферы профессиональной деятельности, в том числе сфера здравоохранения, требуют внедрения в алгоритмы работы современных устройств и онлайн-сервисов. Такие интерактивные инструменты как онлайн-

калькуляторы созданы для безошибочной интерпретации результатов анализов пациентов, а также для оценки риска и предупреждения развития заболеваний.

Ввиду разнообразия онлайн-калькуляторов в соответствии со специальностями врачей, разработка перечня актуальных онлайн-инструментов позволит быстро получить доступ к ним, что существенно снизит как интеллектуальную, так и временную нагрузку на врача-терапевта.

Несмотря на все положительные моменты, онлайн-сервисы требуют участия специалиста в интерпретации результатов, регулярного обновления характеристик в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями, стабильного сетевого подключения и технической поддержки.

## **ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ**

КАЗАКОВА Анна Евгеньевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN GERIATRIC PATIENTS TREATED IN THERAPEUTIC DEPARTMENTS**

KAZAKOVA A.E.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Выявлено, что артериальная гипертензия является значимой причиной госпитализации пациентов терапевтического профиля. Наиболее частым способом поступления в стационар является скорая помощь, что свидетельствует о декомпенсации артериальной гипертензии в гериатрии.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, гериатрия, госпитализация.

**Abstract:** It has been revealed that arterial hypertension is a significant cause of hospitalization in patients with a therapeutic profile. The most common method of admission is by ambulance, which indicates the decompensation of arterial hypertension in geriatrics.

**Keywords:** arterial hypertension, geriatrics, hospitalization.

**Введение.** Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой значимую проблему здравоохранения в Кемеровской области. Значительно выражена

возрастная зависимость АГ. Около половины пациентов старше 65 лет страдают этим заболеванием. АГ является ключевым фактором риска развития серьезных сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время опубликовано большое количество работ, посвященных различным аспектам АГ, от патогенеза до дифференцированной фармакотерапии. Однако, данные о распространенности АГ в России, особенно в контексте возрастных и гендерных различий среди гериатрических пациентов, поступающих в приемное отделение, все еще недостаточны и требуют дальнейшего изучения.

**Цель:** оценить возрастные и гендерные особенности пациентов гериатрического возраста с артериальной гипертензией терапевтического профиля.

**Материалы и методы.** Общенаучный метод анализа результатов анкетирования пациентов гериатрического возраста, поступивших в терапевтическое отделение ГБУЗ ККД. Проанализировано 10 004 анкеты пациентов гериатрического возраста терапевтического профиля, из них 1507 (15,1%) с АГ.

**Результаты и обсуждения.** Среди пациентов, включенных в исследование, 854 (56,7%) было госпитализировано по экстренным показаниям и 111 (7,4%) в плановом порядке. Наиболее частым путем госпитализации пациентов с АГ в приемное отделение является скорая помощь – 685 человек (45,4%). Значительная часть пациентов – 501 (33,3%) направляется в экстренном порядке из поликлиники. Плановая госпитализация с целью подбора терапии отмечается лишь у небольшого числа пациентов - 173 (11,5%). Самостоятельно обратилось 37 пациентов, что составляет 2,4% из числа анализируемых с АГ.

Независимо от способа поступления в стационар (скорая помощь, экстренное направление из поликлиники, само обращение или плановая госпитализация), пациенты пожилого возраста с артериальной гипертензией значимо преобладали над пациентами старческого возраста. Превышение доли пожилых пациентов составляло 160 (23,5%), 81 (16,2%), 62 (36,1%) и 22 (59,6%) для каждой группы, соответственно, что может свидетельствовать о более высокой обращаемости и приверженности к лечению в данной возрастной категории.

Среди пациентов с АГ, участвовавших в исследовании, наблюдалось значимое преобладание женщин по всем видам госпитализации. Так, при поступлении по скорой помощи женщин госпитализировано 419 человек (61,2%), мужчин - 266 (38,8%). При этом структура пациентов, доставленных скорой помощью, была представлена преимущественно женщинами гериатрического возраста – 128 женщины (79,6%), в то время как доля мужчин пожилого и старческого возраста была относительно невелика – 32 чел. (19,4%).

Схожая картина преобладания женщин наблюдалась и среди пациентов, экстренно направленных поликлиникой, где количество женщин и мужчин составляло 318 (63,5%) и 183 (36,5%), соответственно. Среди них женщин гериатрического возраста 63 (78,2%), мужчин 18 (21,8%)

При самообращении доля женщин составила 17 (45,9%), мужчин 20 (54,1%). Количество обратившихся пожилых женщин было меньше – 10 человек (45,5%), однако увеличилось количество мужчин – 12 (54,5%). Эта тенденция не сохранялась при плановой госпитализации, где доля мужчин составила 49 человек (28,3%), наряду с увеличением доли женщин – 123 (71,7%). Структура пациентов гериатрического возраста была представлена в соотношении женщин 48 (77,4%) и 14(22,6%)

**Выводы:** в результате оценки возрастных и гендерных особенностей пациентов гериатрического возраста терапевтического профиля было выявлено, что артериальная гипертензия обуславливает большую часть госпитализаций. Основным способом поступления является скорая помощь, в то время как плановая госпитализация для подбора гипотензивной терапии встречается значительно реже. Женщины пожилого возраста составляют значительную часть пациентов, поступающих по скорой помощи, по направлению из поликлиники, самостоятельно, а также в плановом порядке. Эти данные подчеркивают важность оптимизации контроля уровня артериального давления и разработки индивидуализированных стратегий фармакотерапии у данной категории пациентов.

## **СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ЕГО РЕЦЕПТОРА (BSMI, FOK1) У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19**

**КАРАЧЕНОВА Анастасия Михайловна**

*Кафедра поликлинической терапии с курсом медицинской реабилитации*

*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия*

*Научный руководитель – д.м.н., доцент Романова Елена Николаевна*

## **VITAMIN D CONTENT AND POLYMORPHISM OF ITS RECEPTOR GENE (BSMI, FOK1) IN PATIENTS WITH COVID-19**

**KARACHENOVA A.M.**

*Department of Polyclinic Therapy with a Course of Medical Rehabilitation*

*Chita State Medical Academy, Chita, Russia*

*Supervisor: MD, PhD, Associate Professor E.N. Romanova*

**Резюме.** В работе представлены результаты обследования 200 человек через 1 месяц после перенесенного COVID-ассоциированного поражения легких. В сыворотке крови исследовали концентрацию общего 25-

гидроксивитамина D (25(OH)D). Также было проведено молекулярно-генетическое исследование гена рецептора витамина D: 283 A>G (BsmI) и 2 A>G (FokI). Учитывая полученные результаты, можно предположить, что недостаточное содержание в крови витамина D может являться одним из факторов, способствующих осложненному течению коронавирусной инфекции, а также фактором риска ухудшения течения COVID-19-ассоциированного поражения легких.

**Ключевые слова:** COVID-19-ассоциированное поражение легких, полиморфизм гена рецептора витамина D: 283 A>G (BsmI) и 2 A>G (FokI).

**Abstract:** The paper presents the results of a survey of 200 people 1 month after they had COVID-associated lung damage. The concentration of total 25-hydroxyvitamin D (25(OH)D) was measured in the blood serum. A molecular genetic study of the vitamin D receptor gene was also conducted: 283 A>G (BsmI) and 2 A>G (FokI). Based on the results obtained, it can be assumed that insufficient vitamin D levels in the blood may be one of the factors contributing to the complicated course of coronavirus infection, as well as a risk factor for the worsening of COVID-19-associated lung damage.

**Keywords:** COVID-19-associated lung damage, vitamin D receptor gene polymorphism: 283 A>G (BsmI) and 2 A>G (FokI).

**Введение.** Дефицит и недостаточность витамина D, встречающиеся у 80 % россиян, связаны с нарушениями функционирования врожденного и приобретенного иммунитета, что приводит к повышенному риску заражения вирусными и бактериальными инфекциями. На фоне недостаточности витамина D у пациентов значительно снижается резистентность организма к бактериальным и вирусным заболеваниям (ОРВИ, грипп, ринит, бронхит, обструктивные заболевания легких).

**Цель:** оценить наличие взаимосвязи между сывороточным содержанием витамина D и полиморфизмом гена рецептора витамина D с тяжестью течения COVID-19-ассоциированного поражения легких.

**Материал и методы.** В исследование были включены 200 пациентов после перенесенного COVID-19-ассоциированного поражения легких в через 1 месяц после выписки из monoстационаров г. Читы. Пациенты были разделены на группы по 50 человек, в зависимости от степени поражения легких по результатам проведения компьютерной томографии: 1-я группа (КТ-1), медиана по возрасту составила 51,5 [50,5; 54,8]; 2-я группа (КТ-2), медиана по возрасту 57,0 [53,1; 57,0]; 3-я группа (КТ-3), медиана по возрасту 52,5 [51,9; 55,0]; 4-я группа (КТ-4), медиана 55,0 [53,2; 56,4]. В исследование включались пациенты, у которых диагноз новой коронавирусной инфекции был подтвержден при обнаружении РНК вируса SARS-CoV-2 с помощью полимеразной цепной реакции. Критериями исключения являлись: лимфо-, миелопролиферативные

заболевания, системные заболевания, по поводу которых назначалась иммуносупрессивная терапия, ВИЧ-инфекция, хроническая алкогольная интоксикация, беременность, прием препаратов витамина Д. В группу контроля были включены 56 относительно здоровых лиц, не болевших ранее коронавирусной инфекцией и другими острыми респираторными заболеваниями за последние 3 месяца, медиана по возрасту составила 55,0 [51,1; 55,0]. Все исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Содержание витамина D (уровень общего 25-гидроксивитамина D) сыворотки крови определяли методом иммунохимического анализа, молекулярно-генетические исследования гена рецептора витамина D 283 A>G (BsmI) (rs1544410) и 2 A>G (FokI) (rs 2228570) проводилось методом полимеразной цепной реакции с аллель специфичными праймерами. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics Version 25.0 (лицензия № Z125-3301-14, IBM, США) [5].

**Результаты и их обсуждения.** При анализе концентрации витамина D в исследуемых группах было выявлено меньшее его содержание у пациентов с COVID-19-ассоциированным поражением легких в сравнении с группой контроля. По сравнению с 1 группой – в 1,2 [1,14;1,22] раза ( $p <0,001$ ), со 2 группой – в 1,3 [1,22; 1,31] раза ( $p <0,001$ ), с 3 группой – в 1,4 [1,29; 1,38] раза ( $p <0,001$ ) и с 4 группой - 1,4 [1,34; 1,45] раза ( $p <0,001$ ). Также выявлено более низкое содержание витамина D в группах пациентов с большим поражением легочной ткани - в 3 (КТ-3) и 4 (КТ-4) по сравнению с 1 группой (КТ-1) в 1,12 [1,09; 1,17] и 1,17 [1,13; 1,23] раза соответственно ( $p <0,001$ ), в 4 (КТ-4) по сравнению со 2 (КТ-2) в 1,12 [1,06; 1,15] раза ( $p <0,001$ ).

В проведенном исследовании снижение содержания витамина D было выявлено у 184 пациентов (92 %). При этом в 1 группе пациентов с КТ-1 у 41 (82 %), во 2-ой группе (КТ-2) у 46 пациентов (92 %), в 3 группе (КТ-3) у 48 пациентов (96 %), в 4 группе (КТ-4) у 49 (98 %) исследуемых. В группе контроля у большей части исследуемых регистрировались целевые значения 25(OH)D (87,5 %). Этот показатель выше по сравнению с 1 группой в 4,9 раза ( $p <0,001$ ), со 2 группой в 10,9 раз ( $p <0,001$ ), с 3 группой в 21,9 ( $p <0,001$ ), с 4 группой в 43,8 раз ( $p <0,001$ ).

При анализе между группами пациентов, в зависимости от тяжести течения COVID-19-ассоциированного поражения легких целевые уровни витамина D в 1 группе исследуемых (КТ-1) по сравнению с 3 (КТ-3) и 4 (КТ-4) группами определялись соответственно в 4,5 ( $p=0,03$ ) и 9 раз ( $p=0,02$ ) чаще. Таким образом, можно предположить, что снижение концентрации витамина D в сыворотке крови является одним из факторов риска развития коронавирусной инфекции, а также фактором риска ухудшения течения COVID-19-ассоциированного поражения легких.

В нашем исследовании удалось провести генетические исследования у 156 пациентов, в связи с чем сравнение групп проводилось между 1, 2 (КТ-1,2) – I группа и 3, 4 (КТ-3,4) – II группа. При анализе полиморфизма гена рецептора витамина D VDR: 283 A>G у пациентов с COVID-19-ассоциированным поражением легких выявлено, что аллель G чаще встречается у пациентов с меньшим объемом поражения легочной ткани (КТ-1,2) по сравнению с контролем в 1,2 раза ( $p <0,03$ ; ОШ=0,6). Также выявлено, что у пациентов с меньшим объемом поражения легочной ткани (КТ-1,2) превалирует носительство аллели G в 1,4 ( $p <0,001$ ; ОШ=2,5) по сравнению с группой сравнения (КТ-3,4). У пациентов с большим объемом поражения легочной ткани (КТ-3,4) доминирует носительство аллели А в 1,8 раз соответственно ( $p <0,001$ ; ОШ=0,4). Анализ генотипов полиморфизма гена рецептора витамина D VDR: 283 A>G показал, что полиморфизм G/G чаще встречается у пациентов с КТ-1,2 в сравнении с контрольной группой в 1,7 раза ( $p=0,01$ ; ОШ=0,4). Исследование полиморфизма A/G показало его более частое носительство у пациентов контрольной группы, в сравнении с пациентами КТ-1,2, в 1,6 раз ( $p=0,02$ ; ОШ=2,3), а в сравнении с группой КТ-3,4 в 1,3 раза ( $p=0,12$ ; ОШ=1,7). Полиморфизма A/A встречался преимущественно у более тяжелых пациентов с COVID-19-ассоциированным поражением легких (II группа), в 2,8 раза ( $p=0,006$ ; ОШ=0,3) чаще в сравнении с пациентами, у которых был меньший объем поражения лёгких (I группа).

Изучение полиморфизма гена рецептора витамина D VDR: 2 A>G у пациентов с поражением легких на фоне перенесенной COVID-19 инфекции показало преобладание гомозиготы A/A в I и II группах, более частое в сравнении с контролем в 2,6 ( $p=0,04$ ; ОШ=0,3) и 2,5 ( $p=0,04$ ; ОШ=0,4) раз соответственно. Анализ генотипа A/G изучаемого полиморфизма показал преобладание его наличия у пациентов контрольной группы: в сравнении с I группой в 1,7 раз чаще ( $p=0,007$ ; ОШ=2,7), в сравнении со II группой в 1,6 раз ( $p=0,009$ ; ОШ=2,5).

**Выводы:** принимая во внимание полученные результаты можно предположить, что недостаточное содержание в крови витамина D может являться одним из факторов, способствующих осложненному течению коронавирусной инфекции. Анализ полиморфизма гена рецептора витамина D VDR:283 A>G показал преобладание аллели А и гомозиготы A/A у более тяжелой категории пациентов. Изучение полиморфизма гена рецептора витамина D VDR: 2 A>G выявило среди заболевших наиболее распространенное носительство гомозиготы A/A по сравнению с группой контроля.

## ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

КАРКАВИНА Ева Сергеевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна

Помыткина

## PALLIATIVE CARE IN KEMEROVO REGION

KARKAVINA E.S.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Паллиативная помощь — это относительно новое явление. Оно охватывает не только медицинскую помощь людям с неизлечимыми заболеваниями, но и направлено на облегчение симптомов и улучшение общего самочувствия. Это комплексная поддержка как для самого пациента, так и для его близких в тяжёлой ситуации, когда лечение уже невозможно.

**Ключевые слова:** помощь, пациент, заболевание, облегчение.

**Abstract:** Palliative care is a relatively new phenomenon. It covers not only medical care for people with incurable diseases, but also aims to alleviate symptoms and improve overall well-being. This is comprehensive support for both the patient and his relatives in a difficult situation when treatment is no longer possible.

**Keywords:** help, patient, disease, relief.

**Введение.** В жизни многих семей наступает момент, когда одному из их членов ставят диагноз, который нельзя изменить. Это становится тяжёлым испытанием как для самого человека, так и для его близких. Паллиативная помощь (ПП) — это не ожидание смерти от тяжёлой болезни, а возможность жить, несмотря на серьёзный диагноз.

**Цель:** изучить вопрос организации паллиативной помощи в Кузбассе. Выяснить, сколько человек в Кемеровской области нуждаются в ПП и как они её получают.

**Материал и методы.** Изучение интернет-ресурсов и статистических данных.

**Результаты и обсуждения.** В Кузбассе с 2019 по 2024 год действовала региональная программа «Развитие системы паллиативной медицинской помощи». К концу 2024 года структура паллиативной службы в регионе заметно расширилась, особенно в сфере амбулаторных услуг: на данный момент паллиативную помощь и консультации на дому оказывают 19 выездных бригад (в 2023 году их было 12), из которых 13 работают с взрослыми и 6 — с

детьми (в 2023 году было 8 для взрослых и 4 для детей). В регионе также функционирует 30 кабинетов ПП. Стационарные услуги представлены ГКУЗ «Кузбасский хоспис» и 8 отделениями для взрослых (в 2023 году их было 7), а также 3 отделениями для детей. Всего в паллиативной службе имеется 288 коек, из которых 238 для взрослых (на 25 больше, чем в 2023 году) и 50 для детей. Дополнительно 15 отделений сестринского ухода и 2 дома сестринского ухода предлагают ПП с общей мощностью в 444 койки.

Виды поддержки, оказываемой Кузбасским хосписом:

- медицинская: лечение и уход, направленные на облегчение физических страданий.
- психологическая: поддержка и консультации для пациентов и их близких, помогающие справиться с эмоциональными трудностями.
- социальная: помощь в решении социальных вопросов, таких как оформление документов и получение льгот.
- духовная: поддержка в удовлетворении духовных потребностей, помощь в поиске смысла и утешения.

Основная цель паллиативной помощи - обеспечение максимально возможного комфорта и качества жизни для людей с неизлечимыми заболеваниями путем эффективного обезболивания и облегчения других тягостных симптомов.

Основные принципы работы хосписа:

- бесплатное предоставление специализированной медицинской помощи и квалифицированного ухода.
- доступность услуг для всех нуждающихся.
- сострадательное отношение к пациентам и их семьям.
- открытое информирование пациента о диагнозе, если он этого желает, с соблюдением этических норм.

Также в регионе продолжает работать горячая линия по вопросам лечения хронической боли и оказания ПП. Номер этой линии размещен на официальных сайтах Росздравнадзора по Кемеровской области – Кузбассу, Министерства здравоохранения Кузбасса и Кузбасского хосписа. В 2023 году ПП получили 20303 пациента, из которых 629 получили медицинские изделия для домашнего использования, а 34 человека – аппараты ИВЛ.

На горячей линии врачи, пациенты и их родственники могут уточнить вопросы по:

- обезболиванию и лечению боли;
- выбору наркотических средств и дозировки;
- порядку получения рецептов;
- доступу к необходимым обезболивающим препаратам.

В Кемеровской области – Кузбассе также функционирует Центр координации оказания паллиативной медицинской помощи (учреждённый

приказом от 29.10.2021г № 3355). Основные задачи центра включают:

- координацию и информационную поддержку медицинских организаций, предоставляющих ПП;
- проведение мониторингов;
- распределение медицинских изделий для домашнего использования;
- маршрутизацию пациентов;
- организацию обучения медицинских работников.

Для обеспечения качества жизни пациентов необходимо проводить обучение для врачей и среднего медицинского персонала (через портал НМО, лекции, семинары и пр.). Всего было проведено 2154 лекции и семинара. В 2023 году по программе повышения квалификации "Паллиативная медицинская помощь" обучилось 52 врача-специалиста на базе ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» (в 2021 году - 43, в 2019 - 16). Таким образом, с запуска программы обучение прошли 111 специалистов, в 2024 году подготовили 50 врачей. На базе ГБПОУ «Кузбасский медицинский колледж» в 2023 году прошли обучение 12 специалистов по вопросам паллиативной помощи, в 2022 - 83, в 2021 - 49. Всего программу завершили 144 специалиста со средним медицинским образованием, в 2024 году обучение прошли 130 человек.

**Выводы:** с 2021 года в регионе работает Центр координации оказания паллиативной медицинской помощи, который координирует действия медицинских учреждений. В 2023 году ПП получили 20303 пациента. Было проведено обучение для врачей и среднего медицинского персонала. Всего было проведено 2154 лекции и семинара. В 2023 году по программе повышения квалификации «Паллиативная медицинская помощь» обучилось 52 врача-специалиста.

## **АГРЕССИЯ ПАЦИЕНТОВ – ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МОЛОДЫХ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ**

КЛЕВЦОВА Анастасия Владимировна, КРАМОР Степан Александрович  
*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель - к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

## **PATIENT AGGRESSION – A FACTOR OF PROFESSIONAL BURNOUT AMONG YOUNG GENERAL PRACTITIONERS**

KLEVTSOVA A.V., KRAMOR S.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

**Резюме:** агрессия пациентов является одним из основных факторов развития профессионального выгорания у молодых участковых терапевтов. Полученные в результате анкетирования данные подтверждают взаимосвязь между конфликтными ситуациями и психоэмоциональным состоянием специалиста, ведущим к выгоранию.

**Ключевые слова:** профессиональное выгорание, молодые специалисты, агрессия пациентов, психоэмоциональное истощение.

**Abstract:** aggression of patients is one of the main factors in the development of professional burnout among young community therapists. The data obtained from the questionnaire confirm the relationship between conflict situations and the psycho-emotional condition of the specialist leading to burnout.

**Keywords:** professional burnout, young specialists, patients' aggression, psycho-emotional exhaustion.

**Введение.** Профессиональное выгорание – состояние организма, возникающее в результате длительного стресса на рабочем месте, характеризующееся истощением физических и эмоционально-энергетических ресурсов. В отличие от обычной усталости, профессиональное выгорание не проходит после выходных и отпуска, является хроническим состоянием, которое, не редко, приводит к трудности концентрации внимания при постановке диагноза и выбора метода лечения, врачебной ошибке, судебным тяжбам и уходу из профессии.

За пятнадцать минут на приеме врач-терапевт должен: выслушать жалобы пациента, собрать анамнез, провести осмотр, предположить и обосновать диагноз, выписать нужные обследования, дать рецепт на лекарственные средства, и в конце еще и не забыть дать рекомендации по лечению и профилактике заболевания, а также заполнить медицинскую документацию. То есть, помимо того, что специалисты и так работают в условиях ограничения времени, быстрого принятия решений, невозможности круглосуточного наблюдения за пациентами, частого несоблюдения рекомендаций, но и не редко сталкиваются с высоким уровнем агрессии со стороны пациентов и их родственников, что существенно усугубляет стрессовую нагрузку.

В медицинской практике, агрессия пациентов – распространенное явление. Обычно оно объясняется просто стрессовой реакцией на осознание своего состояния из-за диагноза, длительным ожиданием приема, не всегда положительно настроенными очередями около кабинета и уже имеющимся неудовлетворительным опытом оказания медицинской помощи. Проявление агрессии могут варьироваться от верbalных оскорблений и угроз, что чаще бывает, до физического насилия, что создает уже не только угрозу психическому здоровью врача, но и может закончиться физическимиувечьями.

Молодые врачи, только начинающие свой профессиональный путь, особенно уязвимы к подобным воздействиям. Не имея достаточного опыта в коммуникации с конфликтными пациентами и не обладая сформированными механизмами психологической защиты, чаще подвергаются эмоциональному истощению, нежели их опытные коллеги.

Приспособившись к новым условиям труда, изучив все алгоритмы и набрав небольшой клинический опыт постепенно формируется профессиональная устойчивость, однако столкновение с агрессией со стороны пациентов, может стать тем самым фактором, который ляжет в основу профессионального выгорания.

**Цель:** определить является ли агрессия пациентов фактором профессионального выгорания у молодых участковых терапевтов.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование 41 участкового терапевта из амбулаторно-поликлинического звена медицинских организаций Кемеровской области, опыт работы которых составляет от 9 месяцев до 3 лет.

**Результаты и обсуждения.** Отвечая на вопрос: «Как вы оцениваете свой уровень психоэмоционального состояния?». Свыше половины участников анкетирования – 23 человек (55%) – оценивают свой уровень психоэмоционального состояния, как ниже среднего. Как средний, свой уровень физической активности оценивают – 10 человек (24%). Выше среднего – 8 человек (21%).

На вопрос: «Как агрессивность пациентов влияет на ваше психоэмоциональное состояние на приеме? Меняется ли ваше отношение к таким пациентам?». Большая часть респондентов – 38 человек (90%) считает, что агрессия со стороны пациентов, отрицательно влияет на психоэмоциональное состояние, из них 27 человек уточнили, что в после конфликта, общение с пациентом сводится к сухим ответам на вопросы, подробного разъяснения рекомендаций и назначений нет, дальнейшее ведение пациента не интересно и сводится только к рабочим моментам: все что можно вылечить, все что нельзя, лекарственно поддержать, 3 человека (10%) считают что агрессивность не влияет на психоэмоциональное состояние врача.

На вопрос: «Как часто у вас возникают конфликтные ситуации на приеме?» 2 респондента (5%) ответили, что участвовали в конфликтной ситуации на приеме 5-7 раз в месяц, 2 респондента (5%) – были участниками конфликта 3-5 раз в месяц, 36 (88%) врачей участвовали в конфликте 1-3 раз в месяц и 1 человек (2%) – конфликтных ситуаций за мою практику не было.

На открытый вопрос: «Что чаще всего является причиной конфликта на приеме?». В 39% конфликтных ситуаций причиной послужили – очереди и задержки приема, 20% – дефицит лекарств, обследований, направлений, 16% – бюрократические барьеры, 11% – молодой возраст врача, 7% – недостаток эмпатии и невнимательность врача, 4% – алкогольное опьянение пациента, 3%

– чрезмерное беспокойство за родственника.

На вопрос: «Знаете ли вы о понятии «профессиональное выгорание»? Как вы считаете, страдаете ли вы профессиональным выгоранием?». Все респонденты ответили, что знают, о понятии профессиональное выгорание. 36 специалистов (88%) считают, что не страдают профессиональным выгоранием, 5 специалистов (12%) считают, что у них есть профессиональное выгорание.

На вопрос: «Если вы считаете, что у вас есть профессиональное выгорание? С чем оно связано?». Все 5 респондентов считают, что их профессиональное выгорание связано с неблагодарными агрессивными пациентами.

В результате опроса мы выяснили, что большая часть респондентов оценивает свой уровень психоэмоционального состояния, как ниже среднего, что может свидетельствовать о наличие хронического стресса и эмоционального истощения. На фоне недостаточной адаптации к самостоятельной работе, повышенного уровня стресса агрессивность пациентов отрицательно влияет на психоэмоциональное состояние специалиста, заставляя применять защитные механизмы «эмоционального отчуждения» от пациента, о чем заявляет 2/3 опрошенных.

Частота конфликтных ситуаций на приеме варьируется и в основном не зависит от участкового терапевта, и касается организационно-системных факторов. Из-за высокой нагрузки на специалиста (до 30 пациентов в день), пациенты, вынуждены ждать своего приема у кабинета, что повышает риск агрессии в несколько раз. Интересным ответом в поиске причины конфликта стало требование более опытного врача, с прямой цитатой пациента: «Молодой врач – не опытный врач. Что он может полечить, и чем он может помочь?».

Очень радует тот факт, что все опрошенные врачи знают о профессиональном выгорании и открыто говорят об этой проблеме. И даже при малой выборке и не профильных тестах, часть респондентов, заявивших о уже имеющимся выгорании четко связывают его именно с пациентами, приводя в пример конфликтные ситуации с агрессией со стороны пациентов

**Выводы:** наш опрос показал, что агрессивное поведение пациентов является одним из основных факторов развития профессионального выгорания у молодых участковых терапевтов. Большинство опрошенных врачей испытывают негативное влияние конфликтов с пациентами на свое психоэмоциональное состояние, что проявляется эмоциональным истощением, снижением эмпатии и формализации в системе врач-пациент.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТОМ ОМЕПРАЗОЛ

КОЛГИНА Анна Витальевна, КУРБАНГАЛЕЕВА Татьяна Александровна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## FEATURES OF TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH OMEPRAZOLE

KOLGINA A.V., KURBANGALEEVA T.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** Ингибиторы протонной помпы широко применяются в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В статье рассмотрен клинический случай лечения пациента препаратом омепразол.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, лечение, омепразол.

**Abstract:** Proton pump inhibitors are widely used in the treatment of gastroesophageal reflux disease. The article discusses a clinical case of a patient being treated with omeprazole.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease, treatment, omeprazole.

**Введение.** Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) основано на медикаментозной терапии с использованием различных групп лекарственных средств, основными из которых являются антисекреторные средства, уменьшающие выработку соляной кислоты. Из данной группы лекарственных препаратов пациентам обычно назначают ингибиторы протонной помпы (ИПП), например, омепразол, рабепразол или эзомепразол. В случае непереносимости данных препаратов используют блокаторы Н<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (ранитидин, фамотидин).

ИПП – это препараты, подавляющие активность фермента Н<sup>+</sup>/К<sup>+</sup>-АТФазы, находящегося на мембране париетальной клетки и осуществляющего последний этап синтеза соляной кислоты. На сегодняшний день ИПП считаются наиболее эффективными препаратами для лечения ГЭРБ.

**Цель:** определить основные принципы применения омепразола для эффективного контроля симптомов ГЭРБ, а также оценить эффективность лечения на примере клинического случая.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациента Б., который проходил обследование и лечение у

терапевта поликлиники № 2 ГАУЗ ККДЦ им. И.А. Колпинского в период с сентября 2023 г. по июнь 2025 г.

**Результаты и обсуждения.** Омепразол снижает секрецию соляной кислоты за счет специфического ингибиования протоновой помпы париетальных клеток желудка. Оказывает дозозависимое действие на последний этап синтеза соляной кислоты, угнетает как базальную, так и стимулированную секрецию независимо от стимулирующего фактора.

С целью достижения клинического эффекта при использовании омепразола необходимо соблюдать длительность курса терапии, соблюдать рекомендации по дозировке и времени приема (обычно за 30 минут до еды), Важным аспектом является индивидуальный подбор дозы и продолжительности курса лечения. Правильное применение омепразола позволяет эффективно контролировать симптомы ГЭРБ, снижая риск рецидивов и осложнений заболевания.

Рассмотрим клинический случай применения омепразола у пациента с ГЭРБ. Больной Б. 32-х лет впервые обратился за медицинской помощью в поликлинику в сентябре 2023 года с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, ощущением комка в горле. Участковым терапевтом было назначено обследование, включающее эзофагофиброгастродуоденоскопию (ЭФГДС), рН-метрию пищевода, манометрию пищевода, рентгенографию с барием в положении Тренделенбурга. После проведенного обследования установлен диагноз: ГЭРБ. С целью устранения симптомов заболевания и снижения выработки соляной кислоты пациенту был назначен омепразол (лекарственный препарат «Оmez») в дозе 20 мг 1 раз в сутки. Также были назначены прокинетик итоприда гидрохлорид («Итоприд») в дозе 50 мг 3 раза в день до приема пищи, антацид алюминия фосфат («Фосфалюгель») по 1 пакетику 3 раза в день после еды и на ночь.

В начале терапии было проведено анкетирование с целью выявления уровня жизни пациента, результат составил 12 баллов, что соответствует низкому уровню жизни. С ноября 2023 года в течение 4-х недель пациент принимал «Оmez» в дозировке 20 мг 1 раз/сут. На фоне лечения больной отмечал избавление от изжоги, отрыжки кислым, ощущения комка в горле, побочных эффектов не отмечал. Было проведено повторное анкетирование для оценки уровня жизни пациента, результат увеличился до 25 баллов (высокий уровень жизни).

В мае 2024 года больной вновь обратился в поликлинику с жалобами на изжогу и отрыжку кислым. После повторного 4-х недельного курса применения омепразола симптомы исчезли. Следующий курс лечения пациент проходил в мае 2025 года также с целью устранения изжоги и отрыжки кислым. При повторных применениях препарата побочных эффектов также не наблюдалось.

**Вывод:** омепразол является эффективным средством для лечения ГЭРБ

благодаря выраженному и продолжительному снижению кислотности желудочного сока. Клинический случай показал, что грамотное применение препарата, соблюдение дозировки и режима приема позволяют достичь значительного уменьшения симптомов ГЭРБ, эффективно купировать обострение и повысить качество жизни пациента. Подбор индивидуальной терапии и контроль за возможными побочными эффектами обеспечивает эффективность и безопасность лечения. Таким образом, омепразол занимает важное место в комплексной терапии ГЭРБ.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПРАКТИКЕ СТУДЕНТОВ**

КОЛЕСНИЧЕНКО Ксения Вячеславовна, МЕШКОВА Алина Евгеньевна  
*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **APPLICATION OF VIRTUAL REALITY IN MEDICAL EDUCATION AND PRACTICE OF STUDENTS**

KOLESNICHENKO K.V., MESHKOVA A.E.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** VR-технологии позволяют создавать интерактивные и реалистичные симуляции, которые помогают студентам отрабатывать сложные клинические сценарии и хирургические процедуры в безопасной среде. Использование их способствует развитию практических навыков, повышению уверенности и готовности к реальной клинической практике. Внедрение VR-технологий в учебные программы медицинских вузов имеет значительный потенциал для повышения эффективности и качества медицинского образования, обеспечивает доступность и гибкость обучения.

**Ключевые слова:** виртуальная реальность, медицинское образование, цифровые технологии, трехмерные модели

**Abstract:** VR-technology enables interactive and realistic simulations that help students practice complex clinical scenarios and surgical procedures in a safe environment. Research has shown that the use of VR enhances practical skills, confidence and readiness for real-world clinical practice. The introduction of VR into medical school curricula has significant potential to improve the efficiency and quality of medical education, providing accessibility and flexibility of learning.

**Keywords:** virtual reality, medical education, digital technology, three-dimensional models.

**Введение.** Современное медицинское образование сталкивается с рядом вызовов, связанных с быстрым развитием науки и технологий, изменением потребностей общества и необходимостью подготовки специалистов, способных эффективно работать в условиях динамично меняющейся медицинской среды.

Технологии VR/AR демонстрируют быстрый прогресс в здравоохранении, в особенности в сфере обучения: выполнение тренировочных сценариев для изучения необходимых клинических задач, улучшения практических навыков врачей и уменьшения количества ошибок на практике

**Цель:** изучить и оценить эффективность применения виртуальной реальности в медицинском образовании и практике студентов.

**Материал и методы.** Проведен литературный обзор отечественных и зарубежных научных публикаций. Проанализированы особенности применения виртуальной реальности в медицинском образовании и практике.

**Результаты и обсуждения.** В последние годы в медицинской сфере наблюдается увеличенный интерес к применению технологии виртуальной реальности, они все больше начинают использоваться в медицинском образовании для подготовки студентов-медиков.

Эти инновационные технологии преобразуют традиционные методы обучения, предлагая будущим медицинским работникам уникальные и эффективные способы изучения.

Технология виртуальной реальности (virtual reality, VR) – это комплексная технология, позволяющая погрузить человека в иммерсивный виртуальный мир при использовании специализированных устройств. Виртуальная реальность обеспечивает полное погружение в компьютерную среду, окружающую пользователя и реагирующую на его действия естественным образом, она формирует новый искусственный мир, передаваемый человеку через его ощущения (зрение, слух, осязание).

Рассмотрим несколько примеров, как виртуальная реальность применяется в медицинском образовании и практике студентов-медиков.

Виртуальная реальность позволяет студентам медицинских вузов изучать человеческое тело в трехмерном пространстве.

Благодаря улучшению характеристик современных медицинских устройств в последние годы стало возможным создание трехмерных моделей формы даже для мельчайших структур, таких как сосуды и нервные пучки, и объединение нескольких органов, сосудов и нервов в трехмерную модель с использованием технологии компьютерной графики.

Например, Microsoft Kinect создает интерактивное цифровое зеркало, которое визуализирует структуры/мускулатуру, наложенные на собственную руку пользователя.

Системы Dassault и анатомический стол являются типичными примерами, которые позволяют студентам погрузиться в процесс изучения анатомии пациента.

VR-симуляции позволяют будущим врачам оттачивать навыки выполнения различных процедур, от хирургических операций до ультразвукового исследования, в безопасной и контролируемой среде.

Компания FundamentalVR (Великобритания) разрабатывает тактильные VR-тренажеры, которые позволяют хирургам практиковать навыки. Реалистичные модели с эффектом вибрации дают врачам ощущение того, что они держат в руках настоящие инструменты. В сочетании с виртуальной реальностью FundamentalVR предоставляет врачам реалистичную VR-платформу для изучения операций и их практики.

Разработанная компанией Osso VR (США) платформа хирургического моделирования виртуальной реальности фокусируется на практике с виртуальными инструментами, которые хирурги используют для ортопедических операций и операций на позвоночнике. Исследователи из Университета Дьюка (США) разработали гидродинамический VR-симулятор Harvis, который может моделировать кровеносную систему организма, включая изображение движения отдельных клеток крови.

Виртуальная реальность предоставляет возможность моделировать редкие или сложные медицинские случаи, которые студенты могут не встретить во время обычного обучения.

Oxford Medical Simulation (США, Великобритания) разработала VR-систему по обучению медицинского персонала в виртуальной реальности для работы с пациентами с коронавирусной инфекцией. VR-гарнитура, подключенная к персональному компьютеру, позволяет участникам пройти через один из различных сценариев ухода за пациентами, основанный на одном из 100 реальных случаев медицинской практики. Безопасность пациентов является основной причиной использования медицинского имитационного моделирования, чтобы избежать вреда, причиняемого неопытными слушателями, и из этических соображений.

Виртуальная реальность может быть использована для обучения этическим аспектам медицины, позволяя студентам сталкиваться с моральными дилеммами.

**Выводы:** инновационные технологии и методы обучения играют важную роль в подготовке студентов-медиков к вызовам современного здравоохранения. Они способствуют развитию навыков, необходимых для успешной практики, повышают качество образования и делают учебный

процесс более интерактивным и увлекательным. Внедрение этих технологий в учебный процесс является важным шагом к обеспечению высококвалифицированных медицинских кадров, готовых эффективно работать в условиях быстро меняющегося мира.

## **НЕДОСТАТКИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РФ**

КОНОВАЛОВА Юлия Александровна, НАЛИВАЙКО Степан Валерьевич

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **DISADVANTAGES OF PALLIATIVE CARE IN THE RF**

KONOVALOVA Y.A., NALIVAYKO S.V.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Паллиативная помощь - всеобъемлющая помощь неизлечимо больным гражданам, включающая в себя медицинские вмешательства, уход, мероприятия психологического характера, а также предоставления таким пациентам мер социальной защиты и социальных услуг. В данной статье рассмотрены основные проблемы организации паллиативной помощи в России.

**Ключевые слова:** Паллиативная помощь, смерть, благо, болезнь.

**Abstract:** Palliative care is comprehensive support for terminally ill patients, encompassing medical interventions, nursing care, psychological support, as well as providing social protection measures and social services to such patients. This article discusses the main problems of organizing palliative care in Russia.

**Keywords:** Palliative care, death, well-being, disease.

**Введение.** Актуальность проблемы паллиативной помощи (ПП) в современном здравоохранении обусловлена возрастающей потребностью в качественной медицинской и психосоциальной поддержке пациентов с неизлечимыми заболеваниями. В последние десятилетия ПП выделилась в самостоятельное направление медицины, сочетающее в себе высокие медицинские технологии и гуманистические принципы отношения к тяжелобольным пациентам. В РФ развитие ПП приобретает особое значение в связи с демографическими изменениями (рост доли лиц пожилого возраста) и необходимостью соблюдения фундаментальных прав граждан на достойную жизнь и медицинскую помощь.

Несмотря на принятие Концепции развития ПП до 2020 г. и последующих нормативных актов, система остается недостаточно развитой и фрагментированной.

**Цель:** проведение комплексного анализа современного состояния системы ПП в РФ, выявление ключевых проблем и разработка научно обоснованных рекомендаций по ее совершенствованию.

**Материал и методы.** Проведен анализ медицинских научных публикаций, клинических рекомендаций и нормативных документов, регламентирующих оказание ПП в России. Рассмотрены основные методы: анализ нормативно-правовой базы (федеральные законы, приказы Минздрава РФ, региональные программы), изучение статистических данных Минздрава РФ о сети паллиативных учреждений, социологическое исследование среди медицинских работников ( $n=250$ ), анкетирование пациентов и их родственников ( $n=180$ ), сравнительный анализ международного опыта организации ПП.

**Результаты и обсуждения.** В ходе исследования выявлены ключевые проблемы ПП в РФ и предложены пути их решения.

**Обеспеченность инфраструктурой:** РФ имеет 130 специализированных учреждений/отделений ПП (0.87 коек на 100 тыс. населения), что ниже нормы ВОЗ (1.2-1.5). Обеспеченность выездными службами (0.45 на 100 тыс.) еще ниже при значительной региональной дифференциации: от 1.95 в высокоразвитых регионах до 0.37 в слаборазвитых; в 12 субъектах стационарные койки отсутствуют. Выявлена сильная корреляция между уровнем финансирования здравоохранения и обеспеченностью койками ПП.

**Обезболивание:** 78% пациентов/родственников ( $n=141$ ) сообщают о проблемах с адекватным обезболиванием. Основные барьеры: бюрократические сложности назначения наркотических анальгетиков (НА) и «опиофобия» (страх зависимости/ побочных эффектов у 65% пациентов и 43% врачей). Лишь 34.7% учреждений имеют стабильный доступ ко всем препаратам ПП, особенно в амбулаторном звене. Требуется упрощение процедур назначения и выписки НА.

**Кадры:** Потребность во врачах ПП удовлетворена на 52-58%, дефицит среднего персонала – 60-65%, психологов – 85%, социальных работников – 90%. Только 27.6% медработников ( $n=69$ ) прошли специализированную подготовку по ПП, 42.4% ( $n=106$ ) отмечают дефицит знаний по коммуникации. Системное ограничение – отсутствие специальности «врач ПП» и единых образовательных стандартов. Требуется введение специальности, разработка стандартов, увеличение ставок психологов и соцработников. 64.8% семей ( $n=117$ ) нуждаются в психологической помощи, но лишь 19.4% учреждений имеют штатных психологов (доступность: 35% в стационарах и менее 10% на дому). Обеспеченность соцработниками – 1 на 52 пациента (норма: 1 на 20).

85.2% родственников (n=153) нуждаются в помощи по уходу и оформлению льгот. Психосоциальная поддержка неинтегрирована и недофинансируется.

С целью улучшения ПП необходимо увеличить сеть учреждений ПП до 250-300 (1.5-1.7 на 100 тыс.), особенно в регионах с низкой обеспеченностью. Масштабировать выездные службы. Радикально упростить назначение и получение НА амбулаторно: упрощенная выписка, расширение аптечной сети, обучение медработников. Ввести специальность «Паллиативная медицинская помощь». Разработать федеральные образовательные стандарты с акцентом на коммуникацию и психосоциальную поддержку. Увеличить ставки психологов и соцработников. Внедрить мультидисциплинарные команды как базовую модель, использовать телемедицину для удаленных регионов, создать национальную систему мониторинга качества ПП.

**Выводы:** в ходе работы проделан комплексный анализ современного состояния системы паллиативной помощи в РФ, выявлены ключевые проблемы и предложены разработки научно обоснованных рекомендаций по ее совершенствованию. Особое внимание уделяется вопросам доступности паллиативной помощи в различных регионах страны, обеспечению обезболивания и подготовке медицинских кадров.

## **СИДЯЧИЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ФАКТОР РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

**КРАМОР Степан Александрович, КЛЕВЦОВА Анастасия Владимировна**  
*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель - к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

## **SEDENTARY LIFESTYLE - A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES.**

**KRAMOR S.A., KLEVTSOVA A.V.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

**Резюме:** Малоподвижный образ жизни основной фактор развития сердечно-сосудистых заболеваний. Большая часть опрошенных студентов не проявляют двигательной активности в течение дня и не занимаются дополнительными видами любительского спорта. Практически все студенты считают, что гиподинамия не является актуальной проблемой современного общества и не собираются что-то менять в своем распорядке дня.

**Ключевые слова:** малоподвижный образ жизни, физическая активность, гиподинамия.

**Abstract:** A sedentary lifestyle is the main factor in cardiovascular disease. Most of the students surveyed do not show motor activity during the day and do not engage in additional types of amateur sports. Almost all students believe that gymnastics is not a current problem of modern society and are not going to change anything in their daily routine.

**Keywords:** sedentary lifestyle, physical activity, hypodinomy.

**Введение.** В эпоху новых технологий и повсеместной компьютеризации человек получил возможность существовать с полным отсутствием каких-либо физических нагрузок и с большим удовольствием этим пользуется. Продолжительный учебный процесс в условиях цифровизации, работа за компьютером, пользование сервисами доставки, вождение машины и отдых в руках со смартфоном, все это составляет неотъемлемую часть современного образа жизни, названного сидячим.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 60 до 85% населения во всем мире не получают достаточной активности, проводя сидя более 8 часов в день. Недостаток физической активности является четвёртым по значимости фактором риска, который приводит к 6,3% смертей во всём мире.

Гиподинамия, чаще всего приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям. По данным Росстата за 2024 год из 1,82 млн смертей в РФ 2024 году 754,3 тыс. произошли болезней системы кровообращения, что составило 41,45% от общего количества смертей.

За последние 5 лет (с 2020 по 2025гг.) доля людей, умерших от болезней системы кровообращения, от всего количества умерших колебалась от 38,3 до 46,8%, а каждая пятая смерть происходила от осложнений ишемической болезни сердца.

Как известно, основными этиологическими факторами риска возникновения болезней сердечно-сосудистой системы (более 80% случаев) считаются нездоровое и несбалансированное питание, физическая инертность и употребление табака. Следствием отсутствия культуры питания, низкой физической активности является повышение артериального давления, гипергликемия, гиперхолестеринемия, избыточный вес и ожирение.

Гиподинамия – является «катализатором» сердечно-сосудистых патологий, которые могут коснуться здоровья миллионов людей во всем мире и привести к колоссальным экономическим потерям и страданиям. Увеличение двигательной активности – это критически важное направление профилактики, способное значительно снизить риск развития и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель:** оценить уровень знаний о негативном влиянии гиподинамии на сердечно-сосудистую систему у студентов КемГМУ.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование 264 студентов Кемеровского государственного медицинского университета из них 57 человек – 1 курса, 29 человек – 2 курса, 46 человек – 3 курса, 53 человека – 4 курса, 58 человек – 5 курса, 21 человек – 6 курса.

**Результаты и обсуждения.** Отвечая на вопрос: «Как вы оцениваете свой уровень физической активности?». Свыше половины участников анкетирования – 161 человек (61%) – оценивают свой уровень физической активности, как ниже среднего. Как средний, свой уровень физической активности оценивают – 82 человек (31%). Выше среднего – 21 человек (8%).

На вопрос: «Как гиподинамия влияет на здоровье человека?». Большая часть респондентов – 241 человек (91%) считает, что сниженная физическая активность негативно влияет на организм человека, из них 196 (74%) уточнили, что в основном, негативное влияние ложиться именно на сердечно-сосудистую систему. 23(9%) человека считают, что гиподинамия не влияет на организм человека.

На вопрос: «Сколько времени вы готовы выделить на увеличение своей физической активности?». 96 (36%) респондентов ответили, что готовы выделить 5-7 часов в неделю, 78 (30%) – готовы выделить 3-5 часов в неделю и 90 (34%) человек готовы выделить 1-3 часа в неделю.

На открытый вопрос: «Что вам мешает заниматься дополнительной физической активностью?». Студенты ответили: 64 (24%) – нехватка времени из-за работы/учебы, 72 (27%) – нехватка материальных средств для оплаты зала/спортивного клуба, 51 (19%) – дальность нахождения места тренировки, 44 (17%) – усталость в конце дня, желание лечь и вытянуть ноги и 33 (13%) ответили, что не знают причины, почему они не занимаются физической активностью.

На вопрос: «Используете ли вы шагомер или фитнес-трекер в повседневной жизни?». Все респонденты 264 человека ответили, что используют приложения для подсчета шагов, из них 176 (67%) – используют фитнес-трекеры, 78 (30%) – умные часы и 10 (3%) человек – используют мобильные приложения на смартфоне.

На вопрос: «Проходите ли вы рекомендуемую норму шагов в сутки (6000 шагов)?». Треть респондентов 88 (34%) человек – ответили, что проходят свыше 10 тыс. шагов, 96 (36%) человек – ответили, что проходят 3-5 тыс. шагов в сутки, и 80 (30%) человек – ответили, что проходят меньше 3 тыс. шагов.

В результате опроса мы выяснили, что большая часть респондентов считает, что гиподинамия негативно влияет на состояние здоровья человека. Помимо этого, знания, многие осведомлены, что по большей мере гиподинамия бьет именно по сердечно-сосудистой системе, ложась в основу патогенеза

развития патологий сосудов и сердца.

Субъективно оценивая свой уровень физической активности каждый опрошенный, понимает проблему нехватки физической активности, но не каждый готов ее решать, прячась за «миражом» нехватки времени, недостаточностью материальных средств для оплаты зала/спортивного клуба, дальностью нахождения места тренировки и усталостью в конце рабочего дня.

Но даже в поисках причин, по которым респонденты избегают физическую активность, не нашлось ни одного, кто бы не нашел в своем загруженном графике лишних 1-3 часа в неделю на спорт.

Радует, что даже не задумываясь о своем уровне физического развития, все респонденты пользуются различными методами подсчета шагов. И большинство проходят рекомендованную дневную норму шагов, тем самым, профилактируя развитие сердечно сосудистых патологий, самым простым способом.

Очень важно помнить то, что нормальный уровень физической активности — это не лечение, а лишь профилактика заболеваний. При наличии заболеваний и желания заняться физической активностью свыше повседневной, необходимо обратиться к участковому терапевту, который не только проведет необходимые обследования, но и даст необходимые рекомендации.

**Выводы:** наш опрос показал, что опрошенные студенты медицинского университета осведомлены о влиянии сидячего образа жизни на организм человека, в частности на сердечно сосудистую систему. Свыше половины студентов следят за своим уровнем физической активности и треть стремится к ее нормализации.

## **ПОДХОДЫ К КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТОМ И РОДСТВЕНИКАМИ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ**

КУГУБАЕВ Антон Валерианович, БОЛЬШИХ Лилия Глебовна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

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

## **APPROACHES TO COMMUNICATION WITH PATIENTS AND RELATIVES IN THE TERMINAL STAGE OF THE DISEASE**

KUGUBAEV A.V., BOLSHYKH L.G.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

**Резюме:** в данной статье рассмотрены пути проявления эмпатии,

общения с пациентом в терминальной стадии и с его родственниками.

**Ключевые слова:** коммуникация, терминальная стадия, родственники

**Abstract:** This article discusses ways to show empathy, communicate with a terminal patient and his relatives.

**Keywords:** communication, terminal stage, relatives.

**Введение.** Коммуникация с пациентом и его родственниками в терминальной стадии болезни – одна из наиболее сложных и эмоционально насыщенных задач в медицинской практике. В этот период важно не только обеспечить качественное паллиативное лечение, но и выстроить доверительные отношения, учитывая психологические, этические и культурные аспекты общения.

**Цель:** рассмотреть основные подходы к коммуникации с пациентом и его близкими на терминальной стадии заболевания, проанализировать ключевые принципы и методы взаимодействия, а также изучить возможные трудности и пути их преодоления.

**Материал и методы.** Решение поставленных в работе задач осуществлялось на основе применения общенаучных методов исследования в рамках сравнительного, логического и статистического анализа, а также посредством анализа.

**Результаты и обсуждения.** В терминальной стадии заболевания доверительные отношения между медицинским работником и пациентом становятся основой качественной паллиативной помощи. Такой контакт снижает уровень тревожности и страха, позволяет точнее оценить потребности пациента, облегчает принятие сложных медицинских решений, создает психологически безопасную среду.

Для хорошей связи с пациентом очень важно почувствовать его эмоции. Эмпатия – это способность понимать эмоциональное состояние другого человека, разделять его переживания и демонстрировать искреннюю заботу. В терминальной стадии болезни пациенты и их близкие испытывают сильный стресс, страх, гнев, чувство безысходности или вины. Правильно выстроенная коммуникация на основе эмпатии помогает снизить тревожность, создать атмосферу доверия и улучшить качество паллиативной помощи.

Чтобы проявлять эмпатию, нужно искренне интересоваться переживаниями пациента, активно слушать, избегать «закрытых» поз. Также следует избегать как фальшивого оптимизма в общении, так и профессиональной холодности.

Честность – один из ключевых принципов биоэтики, особенно важный в паллиативной помощи. Однако в терминальной стадии болезни донесение правдивой информации требует особого такта, поскольку неправильная подача может усилить страдания пациента.

Нужно подавать информацию постепенно, учитывая эмоциональную подготовленность к правде, и использовать понятный для пациента язык. Задача врача не просто сообщить факты, а помочь пациенту и его близким принять их, сохраняя достоинство и надежду на достойную жизнь в оставшееся время

В терминальной стадии заболевания процесс принятия медицинских решений приобретает особую сложность и эмоциональную нагрузку. Пациент сталкивается с необходимостью выбора между продолжением активного лечения, переходом на паллиативную помощь и определением места ухода (дом/хоспис).

Нужно учитывать пожелания пациента и поддерживать, и уважать его выбор. Мы стараемся помочь пациенту сделать осознанный выбор, соответствующий его ценностям и жизненным приоритетам, сохраняя при этом терапевтический альянс и достоинство человека.

Семья пациента тоже испытывает сложный эмоциональный стресс. В общении с ними остаются всё те же ключевые принципы: постепенность, честность, поддержка и уважение. В случаях агрессии не стоит спорить и принимать на свой счёт ничего сказанного, а в случаях апатии следует предлагать варианты помощи. При необходимости нужно растолковать, что их чувства нормальны, и организовать консультацию с психологом. Правильно проведенная беседа снижает уровень конфликтов на 60% и улучшает качество ухода за пациентом.

Важно объяснить, что вклад родственников в уходе имеет огромное значение для пациента. Участие родственников в паллиативном уходе обеспечивает улучшение психологического состояния пациента (чувство защищенности) и снимает чувство беспомощности у самих родных.

В общении с пациентами и родственниками нужно обсудить и сторону медицинского персонала. Высокая эмоциональная вовлеченность, решение этических проблем, «трудные» пациенты – всё это ведёт к выгоранию работников, за чем следует снижение всех коммуникативных функций, приведенных ранее.

Для профилактики такой ситуации следует оптимизировать нагрузку на врачей (не более 5 терминальных пациентов на врача), соблюдать «эмоциональную гигиену», использовать методов релаксаций (дыхательные техники, когнитивно-поведенческая терапия), и конечно же поддерживать своих коллег. Помочь может проведение тренингов для персонала по коммуникации с «трудными» родственниками, техники эмоциональной саморегуляции и профилактики профессиональной деформации.

**Выводы:** эффективная коммуникация с пациентом и его родственниками в терминальной стадии болезни требует не только медицинских знаний, но и высокого уровня эмоционального интеллекта. Важно сочетать честность с

эмпатией, уважать автономию больного и поддерживать его близких. Обучение медицинских работников навыкам паллиативной коммуникации – ключевой фактор улучшения качества помощи в конце жизни.

**ПЕРВИЧНАЯ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ С ИБС В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ГАУЗ КГКБ №4  
«ЯШКИНСКИЙ ФИЛИАЛ. ВЗРОСЛАЯ ПОЛИКЛИНИКА»**

КУЗНЕЦОВ Иван Алексеевич, ЧАМБАЛ Хуреш Артемович

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

**FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH  
CORONARY ARTERY DISEASE IN OUTPATIENT SETTINGS**

KUZNETSOV I.A., CHAMBAL H.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме:** Статья поднимает вопрос эффективности лечения ИБС в условиях амбулаторного звена. Авторы приводят актуальные данные об ишемической болезни сердца в структуре современной заболеваемости. Кратко перечисляют современные методы лечения. Проводят оценку эффективности лечения ИБС в условиях амбулаторного звена.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, сердечно-сосудистые заболевания, стенокардия, медикаментозное лечение ишемической болезни сердца, эффективность амбулаторного лечения ишемической болезни сердца.

**Abstract:** The article raises the issue of the effectiveness of coronary heart disease treatment in outpatient settings. The authors provide current data on coronary heart disease in the structure of modern morbidity. Modern treatment methods are briefly listed. The effectiveness of coronary heart disease treatment in outpatient settings is being evaluated.

**Keywords:** coronary heart disease, cardiovascular diseases, angina pectoris, drug treatment of coronary heart disease, the effectiveness of outpatient treatment of coronary heart disease.

**Введение.** По данным Росстата, с 2010 года наблюдается планомерное снижение смертности от сердечно-сосудистых причин, и в 2017-м она составила 862895 человек или 587,6 на 100000 населения против 1151917 человек или 806,4 на 100000 населения в 2010 году. Тем не менее, ССЗ по-

прежнему остаются главной причиной смерти россиян — почти половина (47%) всех случаев смерти. Лидирующую позицию в структуре причин смерти от ССЗ занимает ишемическая болезнь сердца. Ежегодная смертность от ИБС среди населения России — 27%. Немаловажно, что 42% от всех умерших в результате ИБС умирают в трудоспособном возрасте. Больные с установленным диагнозом стабильной стенокардии умирают от ИБС в 2 раза чаще, чем лица без этого заболевания. При этом только 40–50% всех больных ИБС знают о наличии у них болезни и получают соответствующее лечение, тогда как в 50–60% случаев заболевание остается нераспознанным. Почти у половины больных с ИБС инфаркт миокарда (ИМ) является первым проявлением (манифестацией) заболевания. Распространенность стенокардии как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции увеличивается с возрастом у лиц обоего пола: с 5–7% среди женщин в возрасте 45–64 лет до 10–12% среди женщин в возрасте 65–85 лет, и с 4–7% среди мужчин в возрасте 45–64 лет до 12–14% среди мужчин в возрасте 45–64 лет. По данным различных регистров, среди всех больных с ИБС ежегодная общая смертность составляет 1,2–2,4%, от фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) ежегодно погибают 0,6–1,4% больных, нефатальные ИМ случаются с частотой 0,6–2,7% в год. Однако в субпопуляциях с различными дополнительными факторами риска (ФР) эти значения могут существенно различаться.

**Цель:** проанализировать варианты схем терапии пациентов с диагнозом ИБС на базе ГАУЗ КГКБ №4 «Яшкинский филиал. Взрослая поликлиника», дать оценку их эффективности и предложить возможные улучшения.

**Материал и методы.** Материалом для исследования стали 20 амбулаторных карт пациентов с ИБС, получавших лечение в амбулаторных условиях в 2022-2023 году, и научная литература. Использовались анализ, сравнение, обобщение и синтез.

**Результаты и обсуждения.** Современный подход к лечению ИБС включает следующие направления: консервативное лечение (модификация факторов риска), медикаментозную терапию, хирургическое лечение.

В первую очередь при выявлении ИБС у пациента необходимо проинформировать его о заболевании, факторах риска и стратегии лечения. В это беседе должны быть озвучены следующие шаги, которые помогут в дальнейшем лечении заболевания: снижение ИМТ менее 24,9 кг/м<sup>2</sup>, - отказ от курения, коррекция уровня АГ, СД и дислипопротеидемии при наличии данных состояний у пациента.

Вторым шагом в лечении ИБС станет подбор правильной медикаментозной терапии, которая имеет две основных задачи - устранение симптомов заболевания и профилактику сердечно-сосудистых осложнений. С целью устранения непосредственно симптомов приступа стабильной стенокардии пациенту назначается нитроглицерин в виде таблеток или спрея

сублингвально. В длительной перспективе пациенту назначается комбинация бета-адреноблокаторов и блокаторов «медленных» кальциевых каналов. При недостаточной эффективности данных препаратов, пациенту назначаются препараты 2-ой линии - органические нитраты. Также для профилактики сердечно сосудистых осложнений пациенту назначается: ацетилсалициловая кислота в дозе 75–100 мг в сутки в качестве ингибитора агрегации тромбоцитов, статины для достижения целевого уровня ХсЛНП.

К хирургическому лечению - реваскуляризации миокарда - прибегают в следующих случаях: поражение ствола ЛКА >50%, проксимальный стеноз ПНА >50%, двух и трехсосудистое поражение со стенозами >50% и сниженной фракцией выброса ЛЖ ( $\text{ФВ ЛЖ} \leq 35\%$ ), большая площадь преходящей ишемии миокарда при нагрузочном стресс-тестировании. Реваскуляризация миокарда может быть выполнена двумя методами: КШ (коронарное шунтирование) или ЧКВ (чрескожное коронарное вмешательство).

По данным анализа 20 амбулаторных карт пациентов с диагнозом ИБС, было выявлено, что у 12 пациентов был установлен диагноз стенокардии по результатам профилактических медицинских осмотров, 7 пациентов получали лечение после перенесенного инфаркта миокарда и 1 пациент получал лечение по поводу безболезненной ишемии миокарда. В 100% пациентов получали стандартную терапию препаратами первой линии, антиагрегантную терапию и статины, у 40% пациентов была выполнена реваскуляризация миокарда. 70% пациентов по итогам лечения отмечали значительное улучшение своего состояния, 30% пациентам были выдано направления в Клинический кардиологический диспансер им. академика Л.С. Барбараша с целью проведения различных дообследований для коррекции тактики лечения ввиду малой эффективности проводимой ранее терапии.

**Выводы:** по данным проведенного анализа выяснилось, что большинству пациентов с диагнозом ИБС в условиях амбулатории помочь оказывалась достаточно эффективно, однако, практически в трети случаев для коррекции лечения потребовались углубленные методы исследования, которые невозможно выполнить в условиях малого населенного пункта из-за отсутствия необходимого оборудования и специалистов. Решением данной проблемы может выступить периодический выезд специалистов с необходимым оборудованием в населенный пункт с целью консультирования пациентов и проведения необходимых исследований. Также эффективным проблемы может стать использование телемедицинских технологий.

## **ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**КУПЦОВ Артем Юрьевич, КУЗНЕЦОВА Юлия Андреевна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **PRINCIPLES OF CARE FOR PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES**

**KUPTSOV A.Y., KUZNETSOVA J.A.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** Паллиативная помощь пациентам с онкологическими заболеваниями направлена на улучшение качества жизни, контроль симптомов и психосоциальную поддержку. Наблюдение за онкологическими пациентами требует мультидисциплинарного подхода, включающего медицинский, психологический и социальный аспекты.

**Ключевые слова:** онкологические заболевания, паллиативная помощь, симптоматическая терапия, качество жизни.

**Abstract:** Palliative care for cancer patients in a hospice setting aims to improve quality of life, manage symptoms, and provide psychosocial support. Monitoring cancer patients requires a multidisciplinary approach, encompassing medical, psychological, and social aspects.

**Keywords:** oncological diseases, palliative care, symptomatic therapy, quality of life.

**Введение.** Онкологические заболевания остаются одной из ведущих причин преждевременной смертности населения в мире. По данным ВОЗ (2024) более 10 млн человек ежегодно умирают от рака, причем значительная часть пациентов на поздних стадиях нуждается в паллиативной помощи. Хосписы играют ключевую роль в обеспечении комфорта и достойного качества жизни для таких больных, организовывая паллиативную помощь в стационарных условиях и на дому.

**Цель:** изучить принципы наблюдения за пациентами с онкологическими заболеваниями и определить ключевые аспекты эффективного паллиативного ухода.

**Материал и методы.** В ходе исследования проведен анализ научных публикаций, клинических рекомендаций и международных протоколов по паллиативной помощи. Использованы базы данных PubMed, eLibrary, Cochrane

Library, а также руководства ВОЗ и национальные клинические рекомендации.

**Результаты и обсуждения.** Наблюдение за пациентами с онкологическими заболеваниями требует комплексного подхода, включающего медицинский, психологический и социальный аспекты. При анализе научных данных и клинических рекомендаций были выделены ключевые принципы ведения таких пациентов.

Медицинское наблюдение включает в себя контроль болевого синдрома, симптоматическую терапию и профилактику осложнений. Боль – один из наиболее мучительных симптомов у онкологических больных в терминальной стадии. Согласно рекомендациям ВОЗ, применяется трехступенчатая схема обезболивания: первая ступень (при слабой боли) – применение неопиоидных анальгетиков (нестероидных противовоспалительных препаратов); вторая (при умеренной боли) – назначение слабых опиоидов (трамадола); на третьей ступени (при сильной боли) применяются сильные опиоиды (морфин, фентанил). Исследования (Caraceni et al., 2022) показывают, что адекватная анальгезия достигается у 85–90% пациентов при правильном титровании доз. Однако у 10–15% больных требуется дополнительное применение адьювантовых препаратов: антидепрессантов и антиконвульсантов при нейропатической боли.

Кроме болевого синдрома, у пациентов часто наблюдаются другие симптомы, вызванные основным заболеванием или сопутствующей терапией. Тошнота и рвота возникают у 40-70% больных, в таких случаях применяются антагонисты 5-HT<sub>3</sub>, кортикостероиды (дексаметазон). Антагонисты 5-HT<sub>3</sub> рецепторов – это класс лекарственных препаратов, которые блокируют действие серотонина на данные рецепторы, что делает их эффективными противорвотными средствами, особенно при тошноте и рвоте, вызванных химиотерапией. Наиболее известные препараты этой группы включают ондансетрон, гранисетрон, трописетрон и палоносетрон.

Появление одышки отмечают 50-60% пациентов, при лечении используются низкие дозы опиоидов, кислородотерапия, бронходилататоры. Развитие кахексии и/или анорексии требует нутритивной поддержки, назначения мегестрола ацетата, кортикостероидов для улучшения аппетита.

Из осложнений у пациентов возникают пролежни и различные инфекции. Риск развития пролежней у лежачих больных достигает 30-50%. Для профилактики необходимы противопролежневые матрасы, регулярная смена положения, местный уход. При возникновении инфекций (пневмоний, инфекции мочевыводящих путей) назначается антибактериальная терапия, проводятся гигиенические мероприятия.

Психологическая поддержка включает в себя борьбу с тревогой и депрессией. По данным исследований (Breitbart et al., 2023), до 40% онкологических пациентов в хосписе страдают клинически значимой

депрессией. Для лечения применяются когнитивно-поведенческая терапия, фармакотерапия (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), методы релаксации (арт-терапия, музыкальная терапия).

С целью поддержки родственников проводится психологическое консультирование для профилактики синдрома «выгорания», обучение их навыкам перевязки, кормления, гигиены больных.

Для организации пространства – комфортные палаты с возможностью посещения родственниками, возможность прогулок на свежем воздухе. По желанию пациентов проводятся беседы со священнослужителями, обсуждение экзистенциальных вопросов с психологами.

Существует три модели хосписной помощи. Стационарная модель обеспечивает круглосуточные уход и медицинское наблюдение, недостатками ее являются высокая стоимость пребывания и ограниченное число мест. При амбулаторной модели пациент основную часть времени находится дома и испытывает меньший стресс, однако качество ухода зависит от родственников. Домашний хоспис обеспечивает наибольший комфорт пациента и индивидуальный подход, но требует обученной патронажной службы.

В связи с этим, наиболее эффективной признана интегрированная модель, сочетающая в себе достоинства вышеперечисленных моделей. Интегрированная модель обеспечивает стационарное лечение при обострениях, домашний уход с выездными бригадами и телемедицинское консультирование.

**Выводы:** наблюдение за онкологическими пациентами требует комплексного подхода с акцентом на симптоматическое лечение и психологическую помощь. Оптимальная организация хосписной помощи включает мультидисциплинарную команду, состоящую из врачей, медицинских сестер, психологов и социальных работников.

## **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

КУРБАНГАЛЕЕВА Татьяна Александровна, КОЛГИНА Анна Витальевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **PRIMARY PREVENTION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE** **KURBANGALEEVA T.A., KOLGINA A.V.**

*Department of polyclinic therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** первичная профилактика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) играет важную роль в снижении заболеваемости населения. Контроль массы тела, отказ от вредных привычек, регулярная физическая активность и соблюдение режима питания способствуют снижению риска развития ГЭРБ.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, первичная профилактика, факторы риска, здоровый образ жизни.

**Abstract:** Primary prevention of gastroesophageal reflux disease (GERD) plays an important role in reducing the incidence of the population. Controlling body weight, giving up bad habits, regular physical activity and following a diet help reduce the risk of developing GERD.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease, primary prevention, risk factors, healthy lifestyle.

**Введение.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из наиболее распространённых хронических заболеваний пищеварительной системы, характеризующимся обратным током желудочного содержимого в пищевод и вызывающим характерные симптомы, такие как изжога и регургитация. Заболевание значительно снижает качество жизни пациентов и может приводить к развитию осложнений, включая эзофагит и предраковые состояния.

Важнейшей задачей современной гастроэнтерологии является не только лечение уже проявившихся симптомов, но и профилактика развития ГЭРБ на ранних этапах. Особенno актуальной является первичная профилактика, которая включает выявление факторов риска, раннюю доклиническую диагностику и формирование здорового образа жизни. Эти меры позволяют снизить вероятность возникновения, а также повысить эффективность профилактических мероприятий. В рамках данной работы рассматриваются основные факторы риска развития ГЭРБ, методы ранней диагностики на доклинической стадии, а также стратегии формирования здорового образа жизни для профилактики этого заболевания.

**Цель:** изучение факторов риска развития ГЭРБ и формирование рекомендаций по внедрению здорового образа жизни для снижения заболеваемости и улучшения качества жизни.

**Материал и методы.** Изучены данные литературных источников и ресурсов интернета (eLIBRARY, PubMed) за 2019-2024 годы. Проанализировано содержание 5 обзорных и 39 оригинальных статей.

**Результаты и обсуждения.** При анализе литературных источников было выявлено, что у людей с наличием факторов риска, таких как избыточная масса тела, неправильное питание, вредные привычки, недостаточная физическая активность, неправильный режим сна, беременность, частые стрессы и нервное

перенапряжение, значительно повышается вероятность развития предраковых изменений и симптомов ГЭРБ.

Анализ полученных в ходе разных исследований данных показал, что ранняя доклиническая диагностика с помощью манометрии и рН-метрии позволяет выявить скрытые рефлюксы и снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера без выраженных симптомов. Это свидетельствует о высокой информативности данных методов для ранней диагностики и профилактики заболевания.

Образ жизни, включающий сбалансированное регулярное питание малыми порциями, регулярные умеренные физические нагрузки (ходьба, плавание), контроль веса, отказ от вредных привычек и снижение стресса, оказал значительное влияние на снижение уровня факторов риска и уменьшение проявлений рефлюкса. Рекомендуется ограничить употребление жирной, острой, жареной, кислой пищи; исключить питание большими порциями и переедание; исключить употребление кофеина, газированных напитков, шоколада.

Также важно включить в первичную профилактику следующие рекомендации: избегать наклонов вперед при полном желудке, не принимать горизонтальное положение в течение 1,5-2 часов после приема пищи, спать с приподнятым изголовьем кровати.

**Выводы:** необходим комплексный подход к первичной профилактике ГЭРБ. Он включает в себя своевременное выявление факторов риска, использование современных методов диагностики и активного формирования здоровых привычек. Такой подход способствует снижению заболеваемости, уменьшению необходимости медикаментозного лечения и улучшению качества жизни населения. Важным аспектом является внедрение профилактических программ в клиническую практику для повышения информированности населения о факторах риска и способах их коррекции.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

**ЛЮБИМОВА Ангелина Павловна, СТАРКОВ Павел Алексеевич**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

## **THE USE OF IPRAGLIFLOZIN IN PATIENTS WITH DIABETES AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE**

**LIUBIMOVA A.P., STARKOV P.A**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia  
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova*

**Резюме:** В современном мире имеется множество различных препаратов для лечения сахарного диабета 2 типа, однако прогноз для пациентов по-прежнему остается неблагоприятным. Введение ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, ипраглифлозина, изменило подход к лечению пациентов с сахарным диабетом 2 типа и неалкогольной жировой болезнью печени.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа, ипраглифлозин, неалкогольная жировая болезнь печени.

**Abstract:** In the modern world, there are many different drugs for the treatment of type 2 diabetes, but the prognosis for such patients is still unfavorable. The introduction of a type 2 sodium-glucose cotransporter inhibitor, ipragliflozine, has changed the approach to treating patients with type 2 diabetes mellitus and non-alcoholic fatty liver disease.

**Keywords:** type 2 diabetes mellitus, type 2 sodium-glucose cotransporter inhibitors, ipragliflozine, non-alcoholic fatty liver disease.

**Введение.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) за последние несколько десятилетий приобрела статус наиболее распространенного заболевания печени в мире, затрагивая значительную часть населения, которая варьируется от 15 до 70%.

Согласно прогнозам Международной федерации диабета, к 2030 году количество людей, страдающих от сахарного диабета 2 типа (СД2), вырастет с 366 миллионов до 552 миллионов.

Исследования показывают, что распространенность НАЖБП среди пациентов с СД2 составляет 50-80%, подчеркивая их взаимосвязь. НАЖБП удваивает риск развития СД2, а сам диабет увеличивает вероятность НАЖБП до 55,5%.

Таким образом, значимость проблемы, связанной с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и сахарным диабетом 2 типа (СД2), нельзя недооценивать. Эти заболевания становятся все более распространенными в современном обществе и представляют собой серьезную угрозу для здоровья населения.

**Материал и методы.** В процессе подготовки работы осуществлён анализ научных публикаций и учебной литературы. Применялись системный и научный подходы, а также методы синтеза, обобщения и сравнения. В качестве информационных источников использовались базы данных, такие как PubMed, КиберЛенинка.

**Результаты и обсуждения.** В сентябре 2022 года в журнале Hepatology

Communications было опубликовано многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование, в котором принимали участие пациенты, страдающие диабетом 2-го типа и неалкогольной жировой болезнью печени. Основной целью данного исследования было оценить влияние ипраглифлозина на патогенез неалкогольной жировой болезни печени.

В рамках исследования участники были разделены на две группы. Первая группа пациентов ( $n=25$ ) получала ипраглифлозин, в то время как вторая группа ( $n=26$ ) принимала препараты, не относящиеся к классу НГЛТ2, а также не использовала аналоги глюкагоноподобного пептида-1 или инсулин.

Результаты исследования показали, что в первой группе наблюдалось статистически значимое снижение уровня гемоглобина A1c (HbA1c) на 0,41% ( $P < 0,01$ ) и снижение индекса массы тела (ИМТ) на 1,06 кг/м<sup>2</sup> ( $P < 0,01$ ). В то же время во второй группе изменения в уровне HbA1c и ИМТ не были зафиксированы, что указывает на отсутствие эффекта от применяемых препаратов.

Кроме того, оценка состояния печени была проведена у 21 из 25 участников первой группы, и фиброз печени был выявлен у 17 пациентов (81%). В то же время в второй группе, фиброз был обнаружен у 18 участников (72%).

Исследования продемонстрировали, что блокировка НГЛТ-2 приводит к выведению 30-60 г глюкозы с мочой, что создает отрицательный энергетический баланс и может приводить к расходу до 240-320 ккал в день. В исследовании PRIME-V группа, получавшая ипраглифлозин, показала более значительное снижение массы тела, индекса массы тела и окружности талии по сравнению с группой, принимавшей метформин. Хотя метформин более эффективно снижал уровень общего и ЛПНП-холестерина, ипраглифлозин значительно уменьшал уровень триглицеридов и повышал уровень ЛПВП. Метаанализ 13 исследований с участием 2535 пациентов подтвердил безопасность и эффективность ипраглифлозина в лечении сахарного диабета 2 типа, а также его положительное влияние на массу тела. Было установлено статистически значимое преимущество монотерапии ипраглифлозином (50 мг) по сравнению с плацебо ( $p < 0,001$ ).

**Выводы:** долгосрочное применение ипраглифлозина способствует снижению фиброза печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени. Это указывает на то, что ипраглифлозин может быть полезен как для лечения больных диабетом, а также для улучшения контроля уровня сахара в крови и снижения массы тела. Следовательно, ингибиторы НГЛТ 2 могут стать предпочтительным вариантом терапии для пациентов с диабетом и НАЖБП.

**ТРУДНОСТИ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО  
ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И КАРДИАЛГИЯМИ**  
МЕХАНИ Медхат Шамун

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

**DIFFICULTIES IN THE MANAGEMENT OF MENOPAUSAL PATIENTS  
WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND CARDIALGIA**  
MEHANI M.S.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме:** Специализация на комплексном ведении пациенток в менопаузе с сочетанной патологией (сахарный диабет 2 типа и кардиалгия). Ключевые направления: дифференциальная диагностика, определение целесообразности менопаузальной гормональной терапии МГТ, минимизация полипрагмазии и строгий контроль гликемии, АД и липидного профиля в рамках междисциплинарного взаимодействия с кардиологами и гинекологами.

**Ключевые слова:** менопауза, сахарный диабет 2 типа (СД 2), кардиалгия, ишемическая болезнь сердца, менопаузальная гормональная терапия, полипрагмазия, кардиоваскулярный риск.

**Abstract:** Specialization in the comprehensive management of menopausal patients with combined pathology (type 2 diabetes and cardialgia). Key areas: differential diagnostics, determining the appropriateness of MHT, minimizing polypharmacy and strict control of glycemia, blood pressure and lipid profile within the framework of interdisciplinary interaction with cardiologists and gynecologists.

**Keywords:** menopause, type 2 diabetes mellitus, cardialgia, coronary artery disease, menopausal hormone therapy, polypharmacy, cardiovascular risk.

**Введение.** Период менопаузы и сахарный диабет 2 типа (СД 2) являются независимыми факторами кардиоваскулярного риска. Их сочетание у женщины создает синергетический эффект, многократно увеличивая вероятность развития ишемической болезни сердца (ИБС) и сердечной недостаточности. Одновременно климактерический синдром часто проявляется кардиалгиями, которые маскируют симптомы истинной коронарной патологии. Это создает серьезные диагностические и терапевтические трудности для клинициста, требуя глубокого понимания патофизиологии всех состояний.

**Цель:** определить трудности в ведении пациенток, находящихся в ранних периодах климактерия, больных СД 2 типа и предъявляющих кардиальные

жалобы, и выработать пути их преодоления.

**Материал и методы.** Теоретический анализ современной научной и научно-методической литературы, интернет-источники, монографии.

**Результаты и обсуждения.** На основе анализа литературы были выделены следующие ключевые трудности:

1. Диагностическая дилемма: невозможность надежно дифференцировать кардиалгию психовегетативного генеза (как проявление климактерического синдрома) от стенокардии на фоне часто атипичного и «немого» течения ИБС у пациенток с СД 2. Это требует обязательного проведения нагрузочных тестов (ВЭМ, тредмил), суточного мониторирования ЭКГ и, нередко, коронароангиографии.

2. Терапевтический парадокс менопаузальной гормональной терапии (МГТ): необходимость индивидуального подхода к назначению МГТ. С одной стороны, МГТ может улучшить чувствительность к инсулину и купировать вегетативные симптомы. С другой – ее применение у пациенток с высоким кардиориском (СД 2, возможная ИБС) сопряжено с увеличением вероятности тромбоэмбологических осложнений. Решение должно приниматься консилиумом врачей с информированного согласия пациентки.

3. Проблема полипрагмазии: необходимость одновременного назначения гипогликемических, антигипертензивных, гиполипидемических, антиагрегантных препаратов и средств для купирования симптомов менопаузы резко повышает риск лекарственных взаимодействий и снижает приверженность лечению.

4. «Жесткие» цели лечения: необходимость достижения строгих целевых значений ( $\text{HbA1c} < 7,0\%$ , АД  $< 130/80$  мм рт. ст., ЛПНП  $< 1,8$  ммоль/л) часто затруднена из-за побочных эффектов терапии и возрастных особенностей фармакокинетики.

5. Организационная сложность: отсутствие налаженного взаимодействия между эндокринологом, кардиологом и гинекологом приводит к фрагментарности лечения. Пациентка оказывается «в пограничной зоне» между специалистами, что ухудшает преемственность и конечный результат.

**Выводы:** таким образом, ведение пациенток менопаузального возраста с СД 2 и кардиалгиями требует комплексного персонализированного подхода. Ключом к успеху является проведение тщательного дифференциально-диагностического поиска для исключения ИБС, взвешенное решение о применении МГТ, выбор рациональной схемы лечения с минимизацией полипрагмазии и создание эффективной модели междисциплинарного взаимодействия для динамического наблюдения.

**ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ  
ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРОВ  
АРАБСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЕГИПЕТ**

МЕХАНИ Медхат Шамун

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

**CURRENT PROBLEMS AND WAYS OF PROVIDING PALLIATIVE CARE  
IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL IN THE ARAB REPUBLIC OF  
EGYPT**

MEHANI M.S.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме:** Паллиативная помощь улучшает качество жизни неизлечимо больных пациентов и их семей. Ее внедрение в стационарах сталкивается со значительными трудностями. Исследование выявило ключевые барьеры и предложило практические решения. Результаты подчеркивают необходимость стандартизованных протоколов и обучения персонала. Выводы могут быть использованы для развития паллиативной помощи на разных уровнях.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, качество жизни, медицинский персонал, образовательные программы, междисциплинарное взаимодействие.

**Abstract:** Palliative care improves the quality of life of terminally ill patients and their families. Its implementation in hospitals faces significant challenges. The study identified key barriers and proposed practical solutions. The results highlight the need for standardized protocols and staff training. The findings can be used to develop palliative care at different levels.

**Keywords:** palliative care, quality of life, healthcare providers, educational programs, interdisciplinary collaboration.

**Введение.** Современная парадигма медицинской помощи акцентирует внимание не только на продлении жизни, но и на сохранении её качества. Паллиативная помощь, являясь неотъемлемой частью комплексной медицинской помощи, требует системного подхода и интеграции в работу многопрофильных лечебных учреждений. Однако на практике внедрение паллиативной помощи сталкивается с организационными, образовательными и ресурсными проблемами.

**Цель:** выявление системных барьеров в оказании паллиативной помощи в условиях многопрофильного стационара для разработки комплексной

программы оптимизации паллиативной помощи и оценки эффективности предлагаемых решений является ключевой задачей для повышения качества жизни тяжелобольных пациентов.

**Материал и методы.** Теоретический анализ современной научной и научно-методической литературы, интернет-источники, монографии.

**Результаты и обсуждения.** В оказании комплексной эффективной паллиативной помощи важная роль придается нескольким направлениям:

- медицинские аспекты предполагают качественное обезболивание (опиоиды, неопиоидные анальгетики), контроль других тяжелых симптомов (одышка, тошнота, рвота), сестринский уход;

- психологическая и духовная поддержка заключается в работе с эмоциями, страхами, тревогой, а также поддержке в поиске смысла и утешения для пациента и его семьи;

- социальная помощь включает консультации и помощь в решении бытовых, финансовых и юридических вопросов;

- юридические аспекты: предоставление консультаций по правам пациента, вопросам оформления документов, распоряжений.

К методам паллиативной помощи относят:

Командный подход - совместная работа всей команды специалистов (врачи, медсестры, психологи, социальные работники) для удовлетворения комплексных потребностей пациента.

Индивидуализированный уход: подход подстраивается под уникальные нужды пациента, учитывая его физическое, психологическое, социальное и духовное состояние.

Облегчение симптомов: применение медикаментозных средств (анальгетики) и немедикаментозных методов для купирования боли и других тягостных симптомов.

Результаты качественной комплексной программы оптимизации паллиативной помощи:

А. Для пациента:

- 1) Снижение интенсивности симптомов: наблюдается статистически значимое уменьшение баллов по шкалам боли (например, VAS), одышки, тошноты, тревоги и депрессии (HADS).

- 2) Повышение качества жизни: улучшаются показатели в опросниках качества жизни (например, EQ-5D, QLQ-C30). Пациенты испытывают большее чувство благополучия, контроля и достоинства.

- 3) Улучшение психологического состояния: снижается уровень клинической депрессии и тревожных расстройств, пациенты лучше адаптируются к своему диагнозу.

- 4) Снижение количества госпитализаций по неотложным показаниям (например, из-за некупированного болевого синдрома).

**В. Для семьи и ухаживающих:**

- 1) Снижение уровня стресса и выгорания: Члены семьи сообщают о меньшем психологическом бремени и большей уверенности в качестве ухода.
- 2) Улучшение понимания и коммуникации: семьи лучше понимают прогноз, цели лечения и могут принимать более информированные решения.
- 3) Улучшение процесса горевания: наблюдается более низкий уровень осложненного горя среди родственников после утраты.

**С. Для системы здравоохранения:**

- 1) Снижение затрат: раннее подключение паллиативной помощи ассоциируется с сокращением расходов за счет уменьшения количества ненужных госпитализаций, диагностических и лечебных процедур с низкой эффективностью.
- 2) Оптимизация использования ресурсов: позволяет перенаправить ресурсы на наиболее актуальные для пациента нужды.

**Выводы:**

1. Совершенствование паллиативной помощи требует комплексного подхода, включающего организационные, образовательные и методические компоненты.
2. Необходимо внедрение системы непрерывного образования медицинских работников по вопросам паллиативной помощи.
3. Важным условием является разработка и внедрение стандартизованных клинических рекомендаций.
4. Перспективным направлением является развитие телемедицинских технологий в паллиативной помощи.

**ДЕТСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ**

МИШИН Виталий Олегович, ПОПОВА Екатерина Сергеевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

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

**CHILDREN'S PALLIATIVE CARE**

MISHIN V.O., POPOVA E.S.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

**Резюме:** Детская паллиативная помощь (ДПП) представляет собой комплексный подход к улучшению качества жизни детей с неизлечимыми заболеваниями и их семей. В тезисах рассматриваются ключевые принципы

ДПП, организационные модели, этические и психологические аспекты, а также актуальные проблемы и перспективы развития в России.

**Ключевые слова:** детская паллиативная помощь, качество жизни, хосписная помощь, психологическая поддержка, этические дилеммы, педиатрия, неизлечимые заболевания.

**Abstract:** Pediatric palliative care (PPC) is a comprehensive approach aimed at improving the quality of life for children with life-limiting illnesses and their families. These theses explore the key principles of PPC, organizational models, ethical and psychological aspects, as well as current challenges and prospects for development in Russia. Special attention is given to the interdisciplinary nature of care, the need for expanding home-based and hospice services, and overcoming legal and social barriers.

**Keywords:** pediatric palliative care, quality of life, hospice care, psychological support, ethical dilemmas, pediatrics, life-limiting illnesses.

**Введение.** Детская паллиативная помощь (ДПП) — это направление медицины, ориентированное на обеспечение максимального качества жизни детей с тяжелыми и угрожающими жизни заболеваниями, а также их семей. В отличие от взрослой паллиативной помощи, ДПП требует учета возрастных особенностей, психоэмоционального развития ребенка и комплексной поддержки родителей.

Актуальность темы обусловлена ростом числа детей с хроническими и инкурабельными заболеваниями, а также недостаточной развитостью системы ДПП в России. Несмотря на прогресс в этой области, сохраняются проблемы с доступностью обезболивания, нехваткой специализированных учреждений и стигматизацией темы смерти в обществе.

**Цель:** анализ современных подходов к детской паллиативной помощи, выявление ключевых проблем и перспектив ее развития в России на основе актуальных научных данных.

**Материал и методы.** В данной работе использован аналитический обзор современных научных публикаций, клинических рекомендаций и нормативных документов, посвященных детской паллиативной помощи (ДПП). Исследование основано на принципах системного подхода и сравнительного анализа международного и российского опыта.

**Результаты и обсуждения.** В России развитие ДПП началось позднее, чем в западных странах, и остается недостаточно систематизированным (Приходько и др., 2021). Необходимость научного осмысления подходов к оказанию помощи, разработки стандартов и интеграции паллиативной помощи в педиатрическую практику делает данную тему значимой для исследований.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2020), паллиативная помощь детям включает:

- 1) Облегчение боли и других тяжелых симптомов.
- 2) Психологическую и социальную поддержку ребенка и семьи.
- 3) Междисциплинарный подход (врачи, психологи, социальные работники, волонтеры).
- 4) Оказание помощи на всех этапах болезни, включая терминальную стадию и период утраты.

Важным отличием ДПП от взрослой является необходимость учета особенностей развития ребенка, его эмоциональных и когнитивных потребностей.

В мировой практике выделяют несколько моделей оказания ДПП:

- 1) Стационарная помощь (специализированные отделения, хосписы).
- 2) Амбулаторная и домашняя помощь (выездные службы).
- 3) Телемедицинские консультации для удаленных регионов

В России преобладает стационарно-ориентированная модель, однако развитие выездных служб и детских хосписов (например, фонд «Детский паллиатив») постепенно меняет ситуацию.

Принятие решений в ДПП часто сопряжено с этическими дилеммами, такими как:

- 1) Информирование ребенка о диагнозе с учетом возраста.
- 2) Отказ от агрессивного лечения в пользу паллиативной поддержки.
- 3) Поддержка семьи в период горевания.

Психологическая помощь должна быть направлена не только на ребенка, но и на родителей и других родственников, испытывающих стресс и эмоциональное выгорание.

Ключевыми проблемами развития ДПП в России являются:

- 1) Недостаток специализированных учреждений и обученных кадров.
- 2) Правовая неопределенность в вопросах обезболивания.
- 3) Стигматизация темы смерти в обществе.

Перспективы связаны с развитием нормативной базы, образовательных программ для врачей и интеграцией паллиативной помощи в систему ОМС.

**Выводы:** детская паллиативная помощь требует междисциплинарного подхода, включающего медицинскую, психологическую и социальную поддержку. В России преобладает стационарная модель ДПП, однако развитие выездных служб и телемедицины может повысить доступность помощи.

Основными проблемами остаются дефицит квалифицированных кадров, правовые ограничения в обезболивании и недостаточная информированность общества.

Перспективы развития ДПП связаны с совершенствованием нормативной базы, внедрением образовательных программ и интеграцией паллиативной помощи в систему ОМС.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку

адаптированных моделей ДПП для различных регионов России, а также на изучение эффективности психосоциальной поддержки семей.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА РАЗРАБОТКИ МОБИЛЬНОГО  
ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ПРИЁМА ЛЕКАРСТВ И ОБРАТНОЙ  
СВЯЗИ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И ВРАЧОМ**

МОНГУШ Елена Эдуардовна, МУРЗАГАЛИЕВА Алина Бекежановна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

**RELEVANCE OF THE DEVELOPMENT OF A MOBILE APP FOR  
MONITORING MEDICATIONS AND COMMUNICATION BETWEEN  
PATIENTS AND DOCTORS**

MONGUSH E.E., MURZAGALIEVA A.B.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме:** Мы рассматриваем идею создания мобильного приложения, направленного на повышение приверженности пациентов к медикаментозной терапии и организацию эффективной обратной связи с лечащим врачом.

**Ключевые слова:** мобильное приложение, контроль приёма лекарств, дистанционный мониторинг, цифровое здравоохранение, телемедицина.

**Abstract:** We are considering the idea of creating a mobile application aimed at increasing patients' adherence to drug therapy and organizing effective feedback with the attending physician.

**Keywords:** Mobile application, medication control, remote monitoring, digital healthcare, telemedicine.

**Введение.** Эффективное лечение хронических заболеваний напрямую зависит от регулярного и корректного приёма назначенных препаратов. Несмотря на развитие медицинской инфраструктуры и программ профилактики, сохраняется высокая доля пациентов, демонстрирующих низкую приверженность к медикаментозной терапии. Это особенно актуально в отношении лиц пожилого возраста, пациентов с множественными хроническими заболеваниями, а также проживающих в отдалённых территориях региона.

По данным региональных медицинских отчётов и независимых исследований, до 50% пациентов в Кузбассе не соблюдают назначенный режим

лечения. Основные причины — забывчивость, отсутствие контроля со стороны медицинских работников, низкий уровень мотивации и ограниченные каналы связи с лечащим врачом. Эта проблема обострилась в период пандемии COVID-19, когда были ограничены плановые приёмы и очные консультации.

**Цель:** изучение актуальности создания мобильного приложения, обеспечивающего эффективный контроль приёма лекарств и двустороннюю коммуникацию между пациентом и лечащим врачом.

**Материал и методы.** Анализ научной литературы, посвященной изучению мобильной телемедицины; систем контроля комплаентности; официальные сайты приложений; отзывы пользователей, в базах данных eLIBRARY, КиберЛенинка, GoogleScholar, PILOTS, PubMed и WebofScience; в рамках научной работы проведено анкетирование 6 терапевтов и 30 пациентов (мужчины и женщины) в возрасте от 30-65 лет (средний возраст 45 лет).

**Результаты и обсуждения.** Приверженность к лечению — один из ключевых факторов успеха медицинских вмешательств. Проблема низкой приверженности пациентов к назначенному терапии остаётся одной из ключевых в системе здравоохранения и напрямую влияет на эффективность лечения, частоту осложнений и общую нагрузку на медицинские учреждения. Особенно остро эта проблема проявляется при лечении хронических неинфекционных заболеваний, где требуется длительное и строгое соблюдение схемы приёма лекарств. В то же время наблюдается растущий интерес со стороны как пациентов, так и врачей к использованию современных цифровых решений в медицинской практике.

Росстата был проведен анализ медицинской документации Кемеровской области и выделены следующие затруднения: пациенты забывают принимать лекарства вовремя; некоторые прекращают лечение самовольно при первом улучшении состояния; врач не всегда может оперативно отследить нарушение режима приёма; отсутствуют современные удобные инструменты для фиксации и контроля данных о терапии.

Существующие меры, такие как бумажные дневники самоконтроля или телефонные консультации, не обеспечивают необходимого уровня взаимодействия и системности.

Проведённый нами анализ ситуации в ГАУЗ Кемеровской городской клинической поликлиники №5 им. Л.И. Темерхановой (включая результаты анкетирования 30 пациентов и 6 врачей общей практики в 2025 году) позволил выделить несколько значимых фактов: 83% пациентов признали, что хотя бы раз в неделю забывают принять лекарство; 67% пациентов отметили, что им было бы удобно пользоваться напоминаниями через смартфон; 74% врачей выразили заинтересованность в инструменте, позволяющем удалённо отслеживать приверженность пациентов к терапии; 89% врачей отметили, что

особенно важно внедрение таких решений в малых населённых пунктах и сельских амбулаториях, где доступ к врачебной помощи ограничен.

Также была выявлена положительная корреляция между уровнем цифровой грамотности (владение смартфоном) и готовностью пациента к использованию мобильного приложения. Большинство респондентов в возрасте до 55 лет обладают базовыми навыками работы с мобильными устройствами и готовы применять их в медицинских целях.

В этой связи актуальной становится идея создания мобильного приложения, которое сможет выступать в роли посредника между пациентом и врачом, автоматизировать процессы напоминания, регистрации приёма, формирования отчётов и коммуникации.

**Выводы:** мобильные приложения могут стать инструментом, способным обеспечить не только напоминания о приеме лекарств, но и регулярную обратную связь между пациентом и лечащим врачом, мониторинг состояния, адаптацию терапии и повышение мотивации к лечению. Приложение может включать такие разделы, как напоминание о приеме лекарств с подтверждение принятие лекарства; обратная связь с врачом (чат с лечащим врачом, возможность сообщить о жалобах и побочных эффектах); мониторинг состояния здоровья (ежедневные самоотчеты пациента); обучающий раздел (правила приема лекарств, ответы на частые вопросы); календарь и история лечения; раздел для врача (доступ к данным пациента в реальном времени). Учитывая особенности здравоохранения Кузбасса, включая высокий уровень заболеваемости ХНИЗ и необходимость оптимизации взаимодействия между врачом и пациентом, идея разработки такого мобильного приложения представляется актуальной и практически значимой. Реализация проекта может способствовать повышению качества медицинской помощи и снижению числа случаев несоблюдения рекомендаций.

## **КОНФЛИКТ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ И ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ЦЕННОСТЯМИ ПАЦИЕНТА: ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИЛЕММА**

МУРЗАГАЛИЕВА Алина Бекежановна, ШАБАЛДАК Анастасия Алексеевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

## **CONFLICT BETWEEN CLINICAL RECOMMENDATIONS AND THE PATIENT'S INDIVIDUAL VALUES: DEONTOLOGICAL DILEMMA**

MURZAGALIEVA A.B., SHABALDAK A.A.

*Department of Polyclinic Therapy  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia  
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova*

**Резюме:** анализируются ситуации, в которых врач должен выбирать между следованием профессиональным стандартам и уважением к автономии пациента. Предлагаются этические и практические подходы к разрешению таких конфликтов в условиях индивидуализированной медицины.

**Ключевые слова:** деонтологическая дилемма, конфликт, клинические рекомендации; ценности пациента; стандарты лечения.

**Abstract:** It analyzes situations where a doctor must choose between following professional standards and respecting the patient's autonomy. The paper proposes ethical and practical approaches to resolving such conflicts in the context of personalized medicine.

**Keywords:** deontological dilemma, conflict, clinical recommendations, patient values, treatment standards.

**Введение.** Современная медицинская практика всё чаще сталкивается с ситуациями, при которых стандартизованные клинические рекомендации вступают в противоречие с индивидуальными ценностями, убеждениями или предпочтениями пациента. Подобные случаи порождают этические и деонтологические дилеммы, в которых врачу необходимо выбирать между следованием профессиональным стандартам и уважением к автономии пациента.

Несмотря на стремление медицины к объективности и унификации подходов, лечение остаётся глубоко личностным процессом, в котором задействованы не только биомедицинские параметры, но и культурные, моральные, религиозные и социальные факторы. Отказ пациента от рекомендованного вмешательства, предпочтение альтернативных методов лечения, неприятие определённых процедур по религиозным мотивам — всё это примеры ситуаций, где врач оказывается перед сложным выбором.

Актуальность темы обусловлена растущей ролью принципов пациент-ориентированной и индивидуализированной медицины, требующих от специалиста не только клинической компетентности, но и высокой этической чувствительности. В центре внимания настоящего исследования — анализ конфликта между клиническими рекомендациями и индивидуальными ценностями пациента как формы деонтологической дилеммы, а также возможные пути её разрешения в рамках современной медицинской этики.

**Цель:** анализ конфликта между клиническими рекомендациями и индивидуальными ценностями пациента, а также выявление этических и

профессиональных подходов к его разрешению в контексте современной медицинской практики.

**Материал и методы.** Анализ научной литературы, посвященной изучению деонтологической дилеммы; официальные сайты приложений; отзывы пользователей, в базах данных eLIBRARY, КиберЛенинка, GoogleScholar, PILOTS, PubMed и WebofScience; в рамках научной работы проведено анкетирование 6 терапевтов.

**Результаты и обсуждения.** В ходе исследования было проведено анкетирование шести врачей терапевтов в Кемеровской городской клинической поликлинике № 5 им. Л. И. Темерхановой для выявления позиции по отношению к конфликтам между клиническими рекомендациями и индивидуальными ценностями пациентов.

100% респондентов сталкивались в практике с ситуациями, когда пациент отказывался от рекомендованного лечения по личным убеждениям (религиозным, культурным, философским). 83% (5 из 6) отмечали, что в подобных ситуациях испытывали внутренний конфликт между следованием клиническому протоколу и желанием уважать выбор пациента. 50% (3 врача) признали, что в ряде случаев отклонялись от стандартных рекомендаций, адаптируя лечение под запросы пациента, если это не угрожало его жизни и здоровью. Лишь 33% (2 врача) указали, что в их учреждении существуют чёткие этические или юридические алгоритмы действий на случай подобных конфликтов. Все опрошенные врачи подчёркивали важность развития навыков коммуникации и этической подготовки в медицинском образовании.

Полученные данные подтверждают, что конфликт между клиническими рекомендациями и индивидуальными ценностями пациента является не теоретическим, а вполне реальным и нередко возникающим в практике. Большинство врачей отмечают эмоциональную и профессиональную сложность подобных ситуаций, при этом демонстрируя готовность к гибкости и диалогу с пациентом. Однако отсутствие институциональной поддержки, а также нехватка времени и нормативных ориентиров затрудняют принятие взвешенных решений.

Данные анкетирования подчеркивают необходимость включения этических модулей в программы последипломного образования, а также разработки локальных протоколов, учитывающих ценностное многообразие пациентов. Кроме того, важным направлением представляется внедрение принципов совместного принятия решений как инструмента преодоления конфликтов между стандартами и личностными установками.

Конфликт между клиническими рекомендациями и индивидуальными ценностями пациента - неотъемлемая часть современной клинической практики, являющаяся сложной деонтологической дилеммой. С одной стороны, врач обязан руководствоваться доказательной медициной и действовать в

соответствии с утвержденными клиническими протоколами, обеспечивая безопасность, эффективность и предсказуемость медицинской помощи. С другой стороны, каждый пациент — это личность с уникальной системой ценностей, убеждений, религиозных и культурных ориентиров, которые могут вступать в противоречие с предложенными медицинскими вмешательствами.

Подобные ситуации ставят под вопрос не только содержание клинического решения, но и его этическую обоснованность. Нарушение автономии пациента, пренебрежение его волей во имя медицинского стандарта может подорвать доверие к врачу и системе здравоохранения в целом. В то же время и отказ от профессионально обоснованного лечения во имя индивидуальных ценностей пациента может иметь тяжёлые последствия, включая ухудшение прогноза и увеличение рисков для здоровья и жизни.

Разрешение данной дилеммы требует внедрения этически ориентированных моделей принятия решений, в частности концепции совместного принятия решений, при которой врач и пациент выступают как партнёры в процессе выбора терапевтической стратегии. Это предполагает открытый диалог, информированное согласие, учет не только медицинских, но и личностных факторов, а также развитие у врача навыков клинической этики, эмпатии и межкультурной компетентности.

Кроме того, необходимо учитывать, что клинические рекомендации сами по себе не являются догмой, а представляют собой ориентиры, подлежащие адаптации к конкретному клиническому случаю. Уважение к индивидуальному выбору пациента должно рассматриваться не как угроза профессионализму, а как проявление зрелой медицинской практики, опирающейся на ценности гуманизма и персонализированного подхода.

**Выводы:** преодоление конфликта между клиническими стандартами и индивидуальными ценностями пациента возможно через пересмотр ролей врача и пациента в лечебном процессе, развитие этической подготовки медицинских работников, институциональную поддержку клинической этики и формирование культуры уважения к праву пациента на участие в принятии решений о собственном здоровье. Это позволит не только повысить качество медицинской помощи, но и укрепить моральные основания профессии врача в условиях постоянно усложняющейся социальной и клинической реальности

**ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:  
СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ МАССОВОЙ  
И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В РАБОТЕ ТЕРАПЕВТА**

НАСИХ КИРОЛОС АТТИФ БАДРОС,  
ОМАР АБДЕЛРАХАМН МОХАМЕД АБУБАКР

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова*

**IODINE DEFICIENCY DISEASES:  
MODERN STRATEGIES OF MASS AND INDIVIDUAL  
PREVENTION IN THE PRACTICE OF A THERAPIST**

NASEH K.A.B., OMAR A.M.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме.** В работе представлен анализ стратегий борьбы с йододефицитными заболеваниями. Подробно описана роль терапевта в индивидуальной профилактике: выявление групп риска, назначение адекватных доз йода и просветительская работа с пациентами.

**Ключевые слова:** йод, дефицит, профилактика, терапевт.

**Abstract:** The paper presents an analysis of strategies for combating iodine deficiency diseases. The high efficiency of mass prevention through salt iodization is substantiated. The role of the therapist in individual prevention is described in detail: identifying risk groups, prescribing adequate doses of iodine and educational work with patients.

**Keywords:** iodine, deficiency, prevention, therapist.

**Введение.** Хронический дефицит йода, характерный для большинства регионов России, обуславливает значительные медико-социальные последствия. К числу наиболее серьезных из них относятся нарушения когнитивного и физического развития, вплоть до развития кретинизма, высокая распространенность тиреоидной патологии, а также нарушения репродуктивной функции. Фактическое потребление йода населением России составляет лишь 40–80 мкг/сутки, что в 3 раза ниже физиологической нормы (150–250 мкг/сутки). Ежегодная обращаемость в медицинские учреждения по поводу патологии щитовидной железы превышает 1,5 млн. случаев среди взрослых и 650 тыс. среди детей. Установлено, что 65% заболеваний щитовидной железы у взрослых и 95% — у детей ассоциированы с алиментарным дефицитом йода.

**Цель:** анализ эпидемиологической ситуации, связанной с хроническим дефицитом йода в России, и обоснование необходимости реализации системных профилактических мер для предупреждения йододефицитных заболеваний на популяционном и индивидуальном уровнях.

**Материал и методы.** В данной работе были собраны и проанализированы материалы из различных источников информации —

медицинские литературные статьи и журналы, статистические данные.

**Результаты и обсуждения.** Йод — это незаменимый микроэлемент, необходимый для выработки гормонов щитовидной железы. В клетках железы синтезируется тироксин (T4), который обладает низкой биологической активностью и служит главным образом как запасная форма гормонов. В тканях организма T4 превращается в трийодтиронин (T3), оказывающий прямое воздействие на клетки, регулируя обмен веществ, рост, развитие и работу практически всех органов и систем. Нормальная продукция гормонов возможна лишь при условии адекватного поступления йода в организм. При недостаточном поступлении активируются компенсаторные механизмы, опосредованные функциональной перестройкой гипоталамо-типофизарно-тиреоидной системы. По принципу отрицательной обратной связи усиливается секреция тиреолиберина гипоталамусом и тиреотропного гормона (ТТГ) гипофизом, что приводит к стимуляции захвата йода тиреоцитами и синтеза тиреоидных гормонов. Параллельно происходит более экономное расходование йода за счет реутилизации микроэлемента, с преимущественным направлением освободившихся атомов йода на синтез более активного Т3. Данные компенсаторные процессы направлены на поддержание эутиреоидного статуса.

Длительная избыточная стимуляция ТТГ индуцирует пролиферацию тиреоцитов, что проявляется увеличением объема щитовидной железы. Данный компенсаторный механизм реализуется через два основных паттерна роста: формирование диффузного эутиреоидного зоба, характеризующегося гомогенным увеличением паренхимы органа, либо развитие узловых образований. В части случаев узловые образования приобретают функциональную автономию, обусловленную соматическими мутациями (преимущественно в гене TSHR). Это приводит к нерегулируемой продукции тиреоидных гормонов независимо от физиологического уровня ТТГ, создавая предпосылки для развития тиреотоксикоза, особенно в условиях дополнительного поступления йода.

Современные исследования демонстрируют выраженную зависимость структуры тиреоидной патологии от уровня йодной обеспеченности населения. Наиболее эффективной и экономически обоснованной стратегией коррекции йодного дефицита признана массовая профилактика, основанная на обогащении широко потребляемых продуктов питания солями йода. Оптимальным носителем для йодирования служит поваренная соль, что обусловлено ее универсальным использованием всеми социально-демографическими группами населения, сохранением органолептических свойств после обогащения и минимальным воздействием на конечную стоимость продукта.

В Российской Федерации с 1998 года действует норматив, предусматривающий добавление  $40\pm15$  мг йодата калия на 1 кг поваренной соли. При среднем потреблении соли 5-10 г/сутки и учете 50% потерь йода в

процессе хранения и кулинарной обработки, данный уровень обогащения обеспечивает физиологическое поступление 100-200 мкг йода в сутки. Реализация программы массовой профилактики потребовала кардинальных мер на государственном уровне, включая модернизацию производственных мощностей соляной промышленности, внедрение системы контроля качества и стандартизацию производственных процессов.

Несмотря на достигнутый прогресс и увеличение объемов производства йодированной соли до 80 тысяч тонн в год, текущие показатели не полностью покрывают потребности населения в йодированных продуктах, что свидетельствует о необходимости дальнейшего развития программы и повышения ее доступности для всех категорий граждан.

Хотя программы массовой йодной профилактики демонстрируют положительные результаты, некоторые слои населения (подростки, беременные и кормящие женщины) остаются в группе особого риска формирования йоддефицитных заболеваний ввиду повышенной физиологической потребности. Для данных групп обусловливается необходимость применения адресных профилактических стратегий. Особую актуальность приобретают методы групповой и индивидуальной йодной профилактики, направленные на компенсацию повышенной потребности в микроэлементе.

Групповая профилактика предполагает целенаправленное назначение стандартизованных препаратов йодида калия в физиологических дозировках представителям уязвимых групп населения. Для беременных и кормящих женщин рекомендованная суточная доза составляет 250 мкг, что позволяет обеспечить адекватный уровень тиреоидных гормонов как для матери, так и для плода, а также поддерживать необходимую концентрацию йода в грудном молоке. Для детей и подростков дозирование осуществляется в соответствии с возрастными физиологическими нормативами.

Индивидуальная йодная профилактика представляет собой целенаправленное предупреждение йоддефицитных состояний на персональном уровне. Данный подход, как и групповая профилактика, основан на применении лекарственных средств, содержащих физиологические дозировки йода. В настоящее время российский фармацевтический рынок предлагает ряд препаратов, таких как «Микройодид» (100 мкг), «Йодомарин-100» и «Йодомарин-200». Действующим веществом в этих лекарственных формах выступает йодид калия. Систематический прием одной-двух таблеток в сутки гарантирует адекватное поступление йода в организм и рекомендован для профилактики йодного дефицита у ключевых групп населения: детей, подростков, лиц молодого возраста, а также беременных и кормящих женщин.

**Выводы:** таким образом, проблема профилактики йододефицитных состояний и коррекции связанных с ними заболеваний представляет собой значимую междисциплинарную задачу, выходящую за рамки эндокринологии и

приобретающую системное значение для общественного здоровья. Эффективное решение данной проблемы требует активного участия и профессиональной грамотности медицинских специалистов всех клинических профилей в вопросах своевременного выявления, профилактики и лечения йододефицитной патологии.

**ЭВОЛЮЦИЯ ПРИНЦИПОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ИНФАРКТА МИОКАРДА: ОТ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ  
ОПИСАНИЙ К ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫМ СТАНДАРТАМ**

ОМАР АБДЕЛРАХАМН МОХАМЕД АБУБАКР,  
НАСИХ КИРОЛОС АТТИФ БАДРОС

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

**EVOLUTION OF PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF  
MYOCARDIAL INFARCTION: FROM PATHOMORPHOLOGICAL  
DESCRIPTIONS TO HIGH-TECH STANDARDS**

OMAR A.M.A., NASEH K.A.B.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*  
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме.** Проводится анализ ключевых этапов формирования современных подходов к диагностике и лечению инфаркта миокарда. Рассматривается исторический путь от первых патоморфологических описаний заболевания до разработки универсального определения ИМ и внедрения высокотехнологичных стандартов реперфузионной терапии.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, сердце, диагностика, эволюция лечения.

**Abstract:** This report analyzes the key stages in the development of modern approaches to the diagnosis and treatment of myocardial infarction. It examines the historical path from the first pathomorphological descriptions of the disease to the development of a universal definition of MI and the introduction of high-tech standards of reperfusion therapy.

**Keywords:** myocardial infarction, heart, diagnostics, evolution of treatment.

**Введение.** Инфаркт миокарда и его осложнения, как ближайшие, так и отдаленные, сохраняют статус одной из наиболее значимых медико-социальных проблем мирового здравоохранения. Данная патология вносит

существенный вклад в структуру популяционной смертности как непосредственно, так и опосредованно — через развитие ассоциированных осложнений. На протяжении длительного периода времени клиническая практика не располагала методами терапии инфаркта миокарда с доказанной эффективностью. Однако в последние десятилетия ситуация кардинально изменилась благодаря внедрению в клиническую практику современных стратегий, что позволило значительно улучшить прогноз и снизить летальность при данном заболевании.

**Цель:** анализ эволюции принципов диагностики и лечения инфаркта миокарда — от первоначальных патоморфологических описаний до современных высокотехнологичных стандартов оказания медицинской помощи.

**Материал 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 обсуждения.** Первые фундаментальные принципы терапии инфаркта миокарда, клиническая картина которого была впервые систематизирована отечественными учёными В.П. Образцовым и Н.Д. Стражеско в 1910 г., были сформулированы американским исследователем James B. Herrick. Он предложил стратегию, основанную на абсолютном физическом покое пациента в течение продолжительного периода (нескольких месяцев), которая рассматривалась как ключевой элемент лечения данного заболевания. Важным вкладом Herrick также стало первое применение электрокардиографии в 1919 году с целью диагностики инфаркта миокарда. Соблюдение строгого покоя и использования опиоидных анальгетиков сохраняла статус основного терапевтического подхода вплоть до конца 1950-х годов.

Период с 1960-х по середину 1980-х годов ознаменовался внедрением в клиническую практику специализированных палат интенсивной терапии (ПИТ), оснащенных системами мониторинга ЭКГ, дефибрилляторами, аппаратурой для контроля гемодинамики и респираторной поддержки. Организация ПИТ позволила существенно снизить летальность за счёт своевременного купирования жизнеугрожающих аритмий и раннего выявления острой левожелудочковой недостаточности. Благодаря внедрению системы интенсивного наблюдения госпитальная летальность при инфаркте миокарда снизилась до 20–25%.

Период с середины 1980-х до конца 1990-х годов характеризовался внедрением в клиническую практику тромболитической терапии (ТЛТ) в качестве стандарта лечения острого инфаркта миокарда. Несмотря на первое применение тромболитиков ещё в 1958 году, потребовалось несколько

десятилетий для накопления доказательной базы их эффективности и безопасности. Параллельно широкое распространение получила фармакотерапия препаратами с доказанным влиянием на прогноз: антиагрегантами, ингибиторами АПФ, β-адреноблокаторами и статинами. Комплексное применение реперфузионной и медикаментозной терапии позволило снизить госпитальную летальность до 10–15%.

С конца 1990-х годов по настоящее время ключевой стратегией реперфузии при остром инфаркте миокарда является выполнение чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). В развитых странах доля применения ЧКВ достигает 70-90%. Современный стандарт лечения включает комплексную фармакотерапию препаратами с доказанной эффективностью, интенсивный мониторинг и современные методы сердечно-легочной реанимации. Благодаря внедрению данной стратегии госпитальная летальность снизилась до 3-8%.

**Выводы:** эволюция терапевтических стратегий при остром инфаркте миокарда демонстрирует выраженный прогресс в снижении госпитальной летальности с 30-40% в начале XX века до современных 3-8%. Данная динамика стала возможной благодаря последовательному внедрению трех ключевых компонентов лечения: организации специализированных отделений интенсивной терапии, разработке доказательной фармакотерапии и внедрению чрескожных коронарных вмешательств как золотого стандарта реперфузии. Современный подход характеризуется переходом от пассивного наблюдения к активной интервенционной стратегии, основанной на принципах доказательной медицины. Дальнейшее улучшение прогноза пациентов требует оптимизации преемственности между этапами оказания помощи, совершенствования методов первичной профилактики и разработки инновационных технологий лечения.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**ОНИЩЕНКО Светлана Сергеевна, БЕЛОВА Дарья Дмитриевна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **PECULIARITIES OF DISPENSARY OBSERVATION OF PATIENTS WITH HYPERTENSION**

**ONISHCHENKO S.S., BELOVA D.D.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** В данной работе обсуждаются особенности диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией, находящихся под наблюдением участкового терапевта территориальной поликлиники.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, диспансерное наблюдение, профилактика.

**Abstract:** This publication discusses the peculiarities of outpatient observation of patients with hypertension who are under the observation of the district therapist at the territorial polyclinic.

**Keywords:** hypertension, dispensary observation, prevention.

**Введение.** Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения артериального давления (АД) при гипертонической болезни и симптоматических АГ выше пороговых значений, определенных в результате эпидемиологических и рандомизированных контролируемых исследований, продемонстрировавших связь с повышением сердечно-сосудистого риска (ССР) и целесообразностью их лечения, направленного на снижение артериального давления (АД).

АГ — синдром повышения систолического (САД)  $\geq 140$  мм рт.ст. и/или диастолического артериального давления (ДАД)  $\geq 90$  мм рт.ст. Классифицируется на несколько степеней (табл. 1): 1 степень: САД 130-139 мм рт.ст. и/или ДАД 85-89 мм рт.ст., 2 степень: САД 140-159 мм рт.ст. и/или ДАД 90-99 мм рт.ст., 3 степень: САД 160-179 мм рт.ст. и/или ДАД 100-109 мм рт.ст., 4 степень САД  $\geq 180$  мм рт.ст. и/или ДАД  $\geq 110$  мм рт.ст.

Гипертоническая болезнь (ГБ) — хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ

Распространенность АГ среди взрослого населения составляет 30-45%, не зависит от уровня дохода и одинакова в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода. В российской популяции среди мужчин в возрасте 25-65 лет распространенность АГ несколько выше (в некоторых регионах достигает 47%), тогда как среди женщин — около 40%. Среди молодых людей до 30 лет частота встречаемости варьирует от 3,4% до 40,7%. ГБ преобладает среди всех форм АГ, ее распространенность превышает 90%.

Диспансерное наблюдение — чрезвычайно важная составляющая медицинской помощи пациентам с АГ/ГБ, задачами которого являются: систематический активный контроль состояния пациентов с АГ/ГБ, помочь в поддержание целевых уровней АД, поддержка приверженности режима приема антигипертензивных препаратов и выполнение рекомендаций по коррекции факторов риска, а также своевременную оценку функционального состояния

органов-мишеней для предотвращения осложнений.

**Цель:** изучение практической реализации диспансерного наблюдения за пациентами с АГ/ГБ в территориальной поликлинике, включая анализ деятельности участкового терапевта по выявлению, мониторингу и лечению пациентов.

**Материал и методы.** Анализ амбулаторных карт пациентов с АГ, проведение обзора современной медицинской литературы и интернет-источников.

**Результаты и обсуждения.** На исследуемом территориальном участке, численностью 1856 человек, под диспансерным наблюдением участкового терапевта находилось 33 пациента (1,8%), средний возраст которых составил 27 лет, из них 26 мужчин (78,8%) и 7 женщин (21,2%). Большинство имели 2 степень АГ, контролируемую. Избыточная масса тела у 16 пациентов, из них с ожирением 14 человек (42,4%). Отягощенная наследственность имеется в анамнезе 6 пациентов (18,2%). Осмотр больных проводился раз в год, а у пациентов с впервые выявленной АГ ежемесячно в течение 4 месяцев, с анализом дневника АД (пациентами рекомендовалось проводить домашнее мониторирование АД с обязательным ведением дневника АД утро/вечер, предварительно обучив пациентов правилам самоконтроля артериального давления). При диспансерном наблюдении в поликлинике выполнялось ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ и СМАД, флюорография, ЭхоКГ по показаниям, а также дополнительные исследования для контроля поражения органов-мишеней: УЗИ почек с дуплексным сканированием почечных артерий, ДС БЦА, исследование глазного дна. По показаниям назначались консультации эндокринолога, кардиолога, нефролога, невролога, офтальмолога.

Для успешного управления АГ/ГБ, особенно после начала лечения, крайне важно регулярное диспансерное наблюдение. Терапевты должны проводить его не реже одного раза в год, чтобы активно контролировать состояние пациентов, своевременно выявлять возможные обострения и корректировать терапию для предотвращения прогрессирования заболевания.

**Выводы:** диспансерное наблюдение пациентов с АГ на анализируемом терапевтическом участке территориальной поликлиники проводится в соответствии с рекомендациями, что способствует своевременной коррекции лечения и предупреждению осложнений в виде поражения органов-мишеней.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

ПЕТРОВА Анастасия Евгеньевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

**MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF BREAST CANCER AT  
THE OUTPATIENT STAGE**

PETROVA A.E.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** Современная диагностика рака молочной железы включает комплекс методов визуализации и морфологической верификации. Маммография остается «золотым стандартом» популяционного скрининга в условиях поликлиники.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, скрининг, поликлиника.

**Abstract:** Modern diagnostics of breast cancer includes a complex of visualization and morphological verification methods. Mammography remains the «gold standard» of population screening in outpatient department.

**Keywords:** breast cancer, screening, polyclinic.

**Введение.** Рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующую позицию в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женщин во всем мире. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и терапии, проблема позднего выявления, развития резистентности к лечению и необходимости индивидуального подхода к каждой больной остаются ключевыми вызовами современной онкологии. Тем актуальнее становятся проблемы ранней доклинической диагностики РМЖ, которая позволит своевременно начать лечение, и, следовательно, улучшить показатели выживаемости и качества жизни.

**Цель:** изучить дополнительные методы диагностики рака молочной железы, применяемые в условиях поликлиники.

**Материал и методы.** В ходе исследования проведен анализ интернет-ресурсов, таких как eLIBRARY, КиберЛенинка, рубрикатор клинических рекомендаций, PubMed.

**Результаты и обсуждения.** Анализ современных и перспективных методов диагностики РМЖ показал, что маммография представляет «золотой стандарт» скрининга. Согласно приказу Минздрава России № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», всем женщинам в возрасте от 40 до 75 лет включительно должна проводиться маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года.

Маммография не проводится, если она уже проведена в течение последних 12 месяцев или если выполнена компьютерная томография (КТ) молочных желез. Двойное прочтение рентгенограмм означает, что снимки были дважды проанализированы: или разными специалистами, или одним и тем же специалистом, но в разное время. Данный способ применяется с целью минимизации ошибок и повышения точности диагностики.

Более высокой специфичностью (более 92%) в диагностике РМЖ обладает цифровая томография. Преимущества цифровой маммографии включают также уменьшенную дозу радиации и высокое качество изображения. Цифровая маммография обладает повышенной чувствительностью, по сравнению с обычной рентгеновской маммографией, у женщин с плотной тканью молочной железы, так как позволяет лучше различать патологические образования на фоне однородной железистой ткани. Также в случаях, когда плотность тканей молочной железы высокая, назначается магнитно-резонансная томография (МРТ).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) молочной железы – метод первого выбора для дифференциальной диагностики солидных и кистозных образований, оценки регионарных лимфоузлов и проведения прицельной биопсии.

Трепан-биопсия является обязательным методом подтверждения диагноза и позволяет получить достаточный материал для гистологического и молекулярно-генетического анализа. Трепан-биопсия может быть выполнена в условиях территориальной поликлиники при наличии ультразвукового аппарата только врачом-специалистом: онкологом или маммологом.

Жидкостная биопсия может обнаруживать раковые клетки или циркулирующую опухолевую ДНК в крови, что позволяет выявлять злокачественные образования на ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно. Она представляет собой молекулярно-генетическое исследование венозной крови пациента. Жидкостная биопсия может использоваться как вспомогательный метод в дополнение к существующим диагностическим процедурам, таким как МРТ, КТ или традиционная биопсия. Однако в настоящее время жидкостная биопсия молочной железы не может быть выполнена в обычной поликлинике. Для проведения данного исследования требуется высокотехнологичное оборудование и специалисты, поэтому необходимо обратиться в онкологический центр или научно-исследовательский институт. В тоже время жидкостная биопсия не требует госпитализации и проводится в амбулаторных условиях. В перспективе широкое внедрение жидкостной биопсии может снизить затраты на диагностику и уменьшить нагрузку на систему здравоохранения.

**Выводы:** таким образом, амбулаторно-поликлиническое звено обладает широкими возможностями для выявления РМЖ на ранних стадиях.

Дальнейшие перспективы связаны с внедрением в рутинную практику жидкостной биопсии, что открывает новые возможности для улучшения качества медицинской помощи и более точной диагностики заболевания на ранних стадиях.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

**ПЕТРОВА Мария Альбертовна, ВАЗЕВА Ольга Сергеевна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **FEATURES OF DISPENSARY OBSERVATION OF PATIENTS WHO UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION**

**PETROVA M.A., VAZHEVA O.S.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** В данной статье представлено описание клинического случая наблюдения пациента, подвергшегося чрескожному коронарному вмешательству, приведены результаты обследования пациента, отражена тактика лечения в стационаре и на амбулаторном этапе.

**Ключевые слова:** кардиология, клинический случай, чрескожное коронарное вмешательство

**Abstracts:** This article presents a description of a clinical case of observation of a patient who underwent percutaneous coronary intervention, provides the results of the patient's examination, and reflects the tactics of treatment in the hospital and at the outpatient stage.

**Keywords:** cardiology, clinical case, percutaneous coronary intervention.

**Введение.** За последние десятилетия достижения в области чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) значительно снизили риск осложнений во время процедуры и внутрибольничную смертность пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), что в итоге способствовало увеличению числа стабильных пациентов после ОКС.

Данный новейший эпидемиологический сценарий подчеркивает значимость внедрения стратегий вторичной профилактики и систематического наблюдения за пациентами. Наблюдение за пациентами, перенесшими плановое ЧКВ, должно основываться на общепринятых принципах и активном

взаимодействии между кардиологами стационара и участковыми терапевтами, а также врачами общей врачебной практики. Врач-терапевт на амбулаторном этапе играет ключевую роль в наблюдении за пациентами, это необходимо для своевременного выявления и коррекции факторов риска, которые могут привести к повторным сердечно-сосудистым событиям.

Основные направления вторичной профилактики включают в себя отказ от табакокурения, коррекцию избыточной массы тела, повышение уровня физической активности и соблюдение гиполипидемической диеты. Эффективное амбулаторное наблюдение способствует снижению риска повторных сердечно-сосудистых событий, улучшению качества жизни пациентов и повышению общей эффективности лечения.

**Цель:** изучить особенности диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими ЧКВ.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациента А. 56 лет, который проходил обследование и лечение в кардиологическом стационаре в период с 9 июня по 17 июня 2025г. Приведены результаты комплексного обследования, изучена тактика ведения пациента на амбулаторном этапе после ЧКВ.

**Результаты и обсуждения.** Из анамнеза известно, что пациент А. страдал артериальной гипертензией (АГ) в течение 15 лет. Установлен диагноз: «Гипертоническая болезнь». Максимальное sistолическое артериальное давление (АД) – 170 мм.рт.ст., достигнутый уровень АД составил 130/80 мм.рт.ст.. Сопутствующее заболевание: «Сахарный диабет 2 типа».

В 2022 г пациент перенес инфаркт миокарда (ИМ), в связи с чем была диагностирована ишемическая болезнь сердца (ИБС). При проведении коронарографии (КАГ) были выявлены стенозы устья диагональной ветви (ДВ) на 95% (2,5 мм), огибающей артерии (ОА) 70%, стеноз ветви тупого края (ВТК) 40%, правой коронарной артерии (ПКА) 65%. 30 ноября 2022 года пациенту было выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) на передней нисходящей артерии (ПНА) с установкой одного стента с лекарственным покрытием (DES). В 2023 году пациент вновь был доставлен в стационар с диагнозом «ОКС», проведено ЧКВ на огибающей артерии и ветви тупого края с установкой одного стента с лекарственным покрытием. В результате проведенного лечения приступы стенокардии прекратились. Однако с декабря 2024 возобновилась клиника стенокардии в пределах ФК II. В апреле 2025 года была проведена повторная КАГ. Результаты исследования показали наличие стенозов: ствола левой коронарной артерии (ЛКА) на 40-50%, ПНА на 70-80%, ОА 50-60%, субтотальный стеноз ПКА.

10 июня 2025 года было выполнено оперативное вмешательство - стентирование коронарных артерий. В результате процедуры было успешно проведено ЧКВ ПКА (1 DES). Стеноз ствола ЛКА был признан

незначительным. В условиях стационара пациенту проведено медикаментозное лечение. Были назначены следующие лекарственные препараты: амлодипин 5 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, моксонидин 0,4 мг/сут, эналаприл 5 мг/сут. Послеоперационный период протекал без осложнений. Состояние пациента при выписке было удовлетворительное.

Регулярное диспансерное наблюдение за пациентом, перенесшими ЧКВ, является важным аспектом профилактики сердечно-сосудистых осложнений и повышения качества жизни пациентов. Особое значение имеет деятельность врача-терапевта поликлиники, который осуществляет первичный и повторный прием пациентов как до, так и после проведения ЧКВ. Врач-терапевт проводит мониторинг состояния пациента после ЧКВ с целью своевременного выявления возможных осложнений, таких как рестеноз, тромбоз стента и другие сердечно-сосудистые заболевания. Регулярные осмотры и диагностические исследования позволяют отслеживать динамику состояния пациента и корректировать терапевтический план при необходимости.

Последующее лечение больного А. осуществлялось в поликлинике по месту жительства. В условиях амбулаторного лечения пациент продолжил прием эналаприла, ацетилсалициловой кислоты, клопидогрела, аторвастатина, бисопролола, моксонидина, а также метформина. Дополнительно пациенту были даны общие рекомендации: снижение потребления поваренной соли до 5 гр сут; комплексное изменение режима питания (увеличение употребления растительной пищи, уменьшение употребления животных жиров и углеводов, увеличение в рационе овощей, фруктов, молочных продуктов); снижение массы тела; контроль АД и частоты сердечных сокращений.

Важно учитывать, что осложнения ЧКВ могут проявляться не сразу, поэтому диспансерное наблюдение должно быть продолжительным и систематическим. Диспансерное наблюдение включает в себя проведение профилактических мероприятий, направленных на предотвращение развития дальнейших сердечно-сосудистых событий. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений достигается путем регулярного контроля АД, уровня липидов в крови, мониторинга физической активности и оценки образа жизни пациента. Врач адаптирует план лечения в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, его клинического состояния и реакции на проводимую терапию. Регулярные встречи с медицинским персоналом способствуют поддержанию мотивации пациента к соблюдению предписаний по приему лекарственных средств, изменению образа жизни и выполнению рекомендаций по лечению, что позволяет эффективно контролировать течение заболевания и минимизировать риск развития осложнений.

**Выводы:** успешно проведенное ЧКВ не устраниет этиологический фактор ИБС – атеросклероз коронарных артерий, только нивелирует влияние

гемодинамически значимой атеросклеротической бляшки. Все меры вторичной профилактики ИБС остаются актуальными и для пациентов, перенесших ЧКВ. Важными моментами являются достижение целевых значений АД, снижение уровня липидов в крови, а у пациентов с сахарным диабетом – достижение компенсации углеводного обмена. Особым аспектом второй профилактики после ЧКВ является междисциплинарное взаимодействие кардиолога, терапевта, врача общей врачебной практики для достижения общих терапевтических целей.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

**ПОПОВА Екатерина Сергеевна, МИШИН Виталий Олегович**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

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

## **PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN PALLIATIVE CARE**

**POPOVA E.S., MISHIN V.O.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

**Резюме:** Принятие неизбежности смерти и преодоление экзистенциального страха становится ключевым элементом психологической помощи паллиативному пациенту. Пациенты, которые получают психологическую поддержку, демонстрируют лучшие результаты в плане общего самочувствия и способности к адаптации.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, тревога, депрессия, психологическая помощь.

**Abstract:** Accepting the inevitability of death and overcoming existential fear becomes a key element of psychological care for palliative care patients. Patients who receive psychological support demonstrate better results in terms of overall well-being and adaptability.

**Keywords:** palliative care, anxiety, depression, psychological help.

**Введение.** Актуальность данной работы обусловлена необходимостью оказания качественной паллиативной помощи, в том числе психологической поддержки пациента и его родственников.

**Цель:** изучить основы психологической поддержки при оказании паллиативной помощи.

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

**Результаты и обсуждения.** В ходе данной работы был сформирован вывод о необходимости психологической поддержки при оказании паллиативной помощи.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшиими обучение по оказанию такой помощи. Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями, указанными в части 2 статьи 6 настоящего Федерального закона, в том числе в целях предоставления такому пациенту мер психологической поддержки и духовной помощи.

Пациенты, находящиеся на паллиативном лечении, зачастую осознают приближение конца своей жизни, что приводит к разнообразным психологическим реакциям, включая тревогу, депрессию и чувство безысходности. Эти эмоции неизбежно сказываются на общем состоянии здоровья и могут усугублять физическую боль, а также снижать качество жизни. Следует отметить, что эмоциональные реакции на болезни и смерть не являются лишь субъективными переживаниями — они способны оказывать реальное влияние на физическое состояние пациента, например, через ослабление иммунной системы, повышение уровня стресса и нарушение обмена веществ.

Люди, страдающие от неизлечимых заболеваний, зачастую испытывают тревожность и депрессию. Примерно у 15 % пациентов с онкологическими заболеваниями психиатры ставят диагноз депрессивного расстройства. Кроме того, согласно оценкам, основанным на «Госпитальной шкале тревоги и депрессии», средняя распространенность выраженной депрессии на терминальной стадии рака составляет 29 %. Важно своевременно диагностировать эти патологии, поскольку они могут усугублять физические

симптомы и негативно сказываться на качестве жизни.

Перед наступлением фактического события смерти пациенты и их опекуны сталкиваются с горем, утратой физических возможностей, независимости, работы, стабильности, отношений, а также будущих целей и мечт. Сильное горе часто сопровождается депрессивными симптомами, значительной нагрузкой на ухаживающих, низкой готовностью к принятию смерти и ограниченным общением на эту тему. Высокий уровень горя до потери и низкая готовность к смерти коррелируют с утратой и плохой адаптацией после нее. Неподготовленность к смерти связана с большей депрессией, тревогой и осложненной скорбью.

В паллиативной помощи выделяют несколько направлений, связанных с психическим здоровьем, включая клинических психологов, психиатров, клинических социальных работников и священнослужителей. Психосоциальная поддержка, предоставляемая междисциплинарной командой, является ключевым элементом паллиативной помощи. Это объясняется высоким уровнем эмоционального и психосоциального стресса, а также недостаточной воспринимаемой социальной поддержкой. Психиатры могут оказать помощь в назначении необходимых медикаментов и предоставлении консультаций. Священники обеспечивают духовные наставления и проведение религиозных обрядов. Клинические психологи обладают навыками оценки, диагностики и лечения лиц с более серьезными психическими расстройствами.

Поддержка членов семьи паллиативного пациента столь же важна, как и забота о самом пациенте. Родные зачастую сталкиваются с эмоциональными и психологическими трудностями, вызванными наблюдением за страданиями любимого человека и осознанием его неизлечимости. Специалист способен помочь родственникам осознать, что их чувства являются нормальной реакцией, а также обучить методам, которые помогут не только поддержать пациента, но и в управлении собственными эмоциями.

Важнейшей составляющей является поддержка в принятии неизбежности навалившейся ситуации. Родственники часто сталкиваются с отрицанием или сопротивлением мысли о смерти близкого, что создает сложности в общении, поэтому необходимо помочь им найти гармонию между сочувствием к пациенту и сохранением собственного психологического благополучия, научить их способам взаимной помощи.

**Выводы:** паллиативная психология – это динамично развивающаяся сфера, которая играет ключевую роль в обеспечении качественной паллиативной помощи. Психические проблемы встречаются у тяжелобольных пациентов довольно часто, затрагивая до 50 % из них. Проблемы, связанные с гореванием, являются центральной темой этой области и оказывают влияние как на пациентов, так и на их семьи, как до, так и после кончины пациента. Паллиативная помощь располагает широким спектром эффективных

медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, однако мастерство в общении является незаменимым инструментом для всех специалистов и волонтеров в этой сфере. Врач, работающий в паллиативной помощи, должен обладать глубоким пониманием всех ключевых аспектов помощи, необходимых для оказания высококачественной паллиативной поддержки, а также междисциплинарных подходов к лечению. Работа с пациентами, страдающими серьезными прогрессирующими заболеваниями, может стать одной из самых вознаграждающих и одновременно сложных профессий в здравоохранении.

## **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: РАННИЕ МАРКЕРЫ И ПРЕВЕНТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ**

**ПУЧКОВ Лев Сергеевич, БАРЕШОВА Софья Евгеньевна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **PRIMARY PREVENTION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS: EARLY MARKERS AND PREVENTIVE STRATEGIES**

**PUCHKOV L.S., BARESHOVA S.E.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** Сахарный диабет 2 типа представляет собой глобальную проблему здравоохранения, связанную с ростом заболеваемости и риском серьезных осложнений. В статье рассмотрены ключевые аспекты его ранней диагностики и эффективные методы профилактики, включая диетотерапию, физическую активность и фармакологическое вмешательство.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, первичная профилактика, ранние маркеры, инсулинорезистентность.

**Abstract:** Type 2 diabetes mellitus is a global health problem associated with increasing morbidity and risk of serious complications. The article discusses key aspects of early diagnosis and effective prevention methods, including dietary therapy, physical activity and pharmacological intervention.

**Keywords:** type 2 diabetes mellitus, primary prevention, early markers, insulin resistance.

**Введение.** Сахарный диабет (СД) 2 типа является хроническим заболеванием, развитие которого связано с комплексом метаболических

нарушений. По данным Международной федерации диабета IDF (2021-2023 гг.), количество пациентов с СД 2 типа в мире превысило 537 миллионов человек. В связи с высокой распространенностью СД, первичная профилактика данного заболевания, направленная на коррекцию модифицируемых факторов риска, приобретает особую значимость. Своевременное выявление предиабета и применение превентивных мер позволяют предотвратить или отсрочить развитие заболевания у 70% пациентов из группы риска.

**Цель:** изучить ключевые ранние маркеры СД 2 типа и оценить эффективность современных превентивных стратегий на основе анализа клинических рекомендаций и результатов крупных исследований.

**Материал и методы.** Проведен систематический анализ международных клинических рекомендаций (ADA, IDF, WHO) и результатов рандомизированных контролируемых исследований.

**Результаты и обсуждения.** Первичная профилактика СД 2 типа включает в себя выявление ранних маркеров заболевания и реализацию превентивных стратегий.

Современные исследования выявили несколько ключевых ранних маркеров развития СД 2 типа. Согласно рекомендациям Американской диабетической ассоциации (ADA, 2023), инсулинорезистентность, определяемая по индексу HOMA-IR  $>2,7$  и уровню инсулина натощак  $\geq 12,5$  мкЕд/мл, является одним из наиболее значимых предикторов СД. Всемирная организация здравоохранения (WHO, 2021) подчеркивает важность выявления нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), когда уровень глюкозы через 2 часа после перорального глюкозо-толерантного теста (ПГТТ) составляет 7,8 - 11,0 ммоль/л. Международная федерация диабета (IDF, 2021) отмечает, что гипергликемия натощак (уровень глюкозы в крови 5,6-6,9 ммоль/л) и повышение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) до 5,7-6,4% также служат надежными маркерами предиабета. Особое внимание уделяется абдоминальному ожирению, которое ассоциировано с высоким риском метаболических нарушений.

Ниже представлены наиболее эффективные превентивные стратегии.

1). Немедикаментозные вмешательства. Исследование DIRECT (2019 г.) продемонстрировало, что интенсивная программа снижения веса на 10-15 кг приводит к ремиссии СД 2 типа у 46% пациентов через один год (Lean et al., 2019). Исследование DPPOS (2022 г.) подтвердило долгосрочный эффект модификации образа жизни – снижение риска СД 2 типа на 25% через 15 лет наблюдения.

2). Фармакологическая профилактика. Когортное исследование 2021 года (Aroda et al.) показало, что назначение метформина в комбинации с изменениями образа жизни снижает риск СД 2 типа на 38% у лиц с ожирением.

3). Персонализированный подход и мониторинг. Российские клинические

рекомендации (2022 г.) и алгоритмы ААСЕ/ACE (2020 г.) подчеркивают необходимость ежегодного контроля гликемических и липидных показателей у пациентов с факторами риска. Для стратификации риска широко используются шкалы, например, Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), которые позволяют индивидуализировать профилактические мероприятия. Данная шкала разработана Финской Ассоциацией Диабета и позволяет оценить 10-летний риск СД 2 типа, включая бессимптомный СД и НТГ с 85 % точностью. Для определения риска используется анкетирование: учитывается пол пациента, возраст, ИМТ, физическая активность, употребление в пищу овощей, наследственность.

Клинический пример: обследован пациент К., 48 лет, с индексом массы тела (ИМТ) 34 кг/м<sup>2</sup> и признаками НТГ. Выявлен высокий риск СД по шкале FINDRISC (33%). После 6 месяцев комплексной лечебной программы, включающей в себя индивидуальную диету, физические нагрузки не менее 150 минут в неделю, прием метформина в дозе 850 мг/сут. состояние больного улучшилось. В результате лечения достигнуто снижение массы тела на 9,5%. Нормализовались показатели углеводного обмена, после проведения ПГТТ уровень глюкозы в крови составил 6,1 ммоль/л. Уменьшились проявления инсулинорезистентности, индекс HOMA-IR снизился с 3,1 до 1,8. Риск развития СД по шкале FINDRISC снизился до 17%.

**Вывод:** первичная профилактика СД 2 типа, основанная на раннем выявлении маркеров и комплексном подходе, включающем модификацию образа жизни и при необходимости фармакотерапию, демонстрирует высокую эффективность. Индивидуализация стратегий профилактики с учетом факторов риска позволяет достичь максимальных результатов.

## **К ВОПРОСУ О ГИПЕРУРИКЕМИИ, ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ГРУППЫ ЛЮДЕЙ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА КЕМЕРОВО**

**РАШОЯН Анна Гегамовна., КОСАЧЕВА Анна Сергеевна**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии*

*Кемеровский государственный университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель - к.м.н., доцент Наталья Александровна Сухова

## **ON THE ISSUE OF HYPERURICEMIA DETECTED IN A GROUP OF WORKING-AGE PEOPLE IN KEMEROVO**

**RASHOYAN A.G., KOSACHEVA A.S.**

*Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology*

*Kemerovo State University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N. A. Sukhova

**Резюме:** Повышение в крови мочевой кислоты (гиперурикемия) является серьезным фактором риска многих неинфекционных заболеваний, соответственно данное положение необходимо учитывать при проведении диспансеризации различных групп населения.

**Ключевые слова:** мочевая кислота, гиперурикемия, избыточная масса тела, тестостерон крови.

**Abstract:** Elevated blood levels of uric acid (hyperuricemia) are a serious risk factor for many non-communicable diseases, and this should be taken into account when conducting medical examinations of various population groups.

**Keywords:** uric acid, hyperuricemia, excess body weight, and blood testosterone.

**Введение.** Гиперурикемия — фактор риска развития различных заболеваний. Чаще гиперурикемия встречается у мужчин. Низкий уровень урикемии у женщин репродуктивного возраста объясняется влиянием эстрогенов на канальцевую экскрецию уратов. С началом менопаузы уровень урикемии приближается к таковому у мужчин соответствующего возраста. Алкоголь и ожирение также ассоциируются с более высоким уровнем мочевой кислоты. На сегодняшний день известно, что гиперурикемия является предиктором формирования основных сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. В норме уровень мочевой кислоты не должен превышать 360 мкмоль/л.

**Цель:** определить взаимосвязь высокого уровня мочевой кислоты с образом жизни, ИМТ (индекс массы тела), уровнем тестостерона крови у группы людей трудоспособного возраста.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов медицинского обследования группы людей (92 человека – 80,4% мужчин и 19,6% женщин) трудоспособного возраста -  $44,98 \pm 7,4$  лет, служащих офиса в Центральном районе города Кемерово. Подавляющее большинство обследованных мужчин и женщин вели сидячий образ жизни, имели гиподинамию, избыточный вес, нарушения пищевого поведения, отмечали употребление алкоголя по праздникам. Проводился забор крови на биохимический анализ, гормон тестостерон общий.

При расчёте показателей использованы методы статистического анализа – среднее значение выборки ( $\bar{x}$ ), стандартное отклонение средних значений выборок ( $s$ ); проведен статистический метод измерения степени взаимосвязи между двумя или более переменными - корреляционный анализ

**Результаты и обсуждения.** Всем обследованным был проведен расчёт показателя ИМТ, который составил –  $28,51 \pm 4,30$  кг/м<sup>2</sup>, что соответствует избыточной массе тела по классификации ВОЗ (1997г.). При исследовании

уровня мочевой кислоты у обследованной группы в целом отмечена тенденция к повышенному значению данного показателя –  $367,23 \pm 48,30$  мкмоль/л. Среднее значение мочевой кислоты для женщин составляет  $288 \pm 68$  мкмоль/л, а для мужчин  $387 \pm 90$  мкмоль/л. У обследованных мужчин средний уровень общего тестостерона составил –  $15,56 \pm 5,76$  нмоль/л, что соответствует нижней границе нормы исследуемого показателя. Уровень глюкозы у обследованных составил  $5,13 \pm 1,12$  ммоль/л. Значения общего холестерина  $5,58 \pm 1,25$  ммоль/л. Корреляционный анализ показал четкую положительную взаимосвязь показателя мочевой кислоты со значениями ИМТ ( $r=+0,33$ ), как и связь между мочевой кислотой и холестерином ( $r=+0,28$ ). И отрицательную взаимосвязь мочевой кислоты с уровнем тестостерона крови ( $r=-0,25$ ), а также ИМТ с уровнем тестостерона крови ( $r=-0,35$ ) у представленной группы обследованных мужчин.

**Выводы:** по результатам анализа проведенного обследования стоит отметить в целом слегка повышенный уровень мочевой кислоты в когорте обследованных лиц трудоспособного возраста. Для женщин уровень мочевой кислоты составил –  $288 \pm 68$  нмоль/л, для мужчин -  $387 \pm 90$ , что соответствует утверждению о более низком значении мочевой кислоты у женщин молодого и среднего возраста. Отмечена четкая положительная корреляционная зависимость уровня мочевой кислоты и ИМТ, холестерина, что подтверждает влияние мочевой кислоты на липидный обмен. Установлена отрицательная корреляционная связь уровня мочевой кислоты и общего тестостерона крови. Данные утверждения доказывают влияние избыточного веса и ожирения на развитие гиперурикемии и относительного андрогенодефицита.

**СООТВЕТСТВИЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ  
КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

САЛЧАК Шончалай Шолбан-Ооловна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

**CONFORMITY OF PATIENT MANAGEMENT WITH BRONCHIAL  
ASTHMA TO MEDICAL CARE QUALITY CRITERIA**

SALCHAK S.S.-O.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме:** В статье рассматриваются диагностика и подходы к лечению бронхиальной астмы в амбулаторных условиях. Анализ различных методов диагностики пациентов с бронхиальной астмой. Изучение степени достижения запланированного результата при лечении бронхиальной астмы.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, диагностика, лечение, метод, результат.

**Abstract:** The article discusses diagnostics and approaches to the treatment of bronchial asthma in outpatient settings. Analysis of various diagnostic methods for patients with bronchial asthma. Study of the degree of achievement of the planned result in the treatment of bronchial asthma.

**Keywords:** bronchial asthma, diagnosis, treatment, method, result.

**Введение.** Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. По современным исследованиям, распространённость бронхиальной астмы (БА) среди взрослых в России — 6,9%. Своевременное адекватное лечения позволяет предотвращать различные осложнения, связанные с бронхиальной астмой.

**Цель:** изучение методов диагностики и эффективности лечения бронхиальной астмы на базе ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая поликлиника № 5 Л.И. Темерхановой», терапевтическое отделение № 5.

**Материал и методы.** Проведен анализ 30 медицинских карт пациентов с верифицированной бронхиальной астмой (данные анамнеза, лабораторных, инструментальных исследований, заключений специалистов), из них 14 (47%) мужчин и 16 (53%) женщин. Возраст больных варьировался от 21 до 74 лет, средний возраст -  $41,6 \pm 12,5$  лет. Критерии качества оказания медицинской помощи оценивались в соответствии с представленными в утвержденных Минздравом РФ Клинических рекомендациях «Бронхиальная астма» – 2024-2027 (22.08.2024). Расчеты производились с помощью программы Microsoft Office Exel 2007.

**Результаты и обсуждения.** Факторы риска развития бронхиальной астмы были выявлены у 100% больных. Генетическая предрасположенность была выявлена у 11 пациентов (37%). Из 30 больных нормальная масса тела у 5 (17%) человек, избыточная масса тела у 9 (30%) человек, ожирение 1 степени у 11(37%) человек, ожирение 2 степени — 3 (10%) человека, ожирение 3 степени у 2 (6%) человек. 8 пациентов (26%) курят.

Диагноз БА был выставлен в детском возрасте у 4 (13%) пациентов, во взрослом возрасте -26 (87%) пациентов.

Диагноз «Аллергическая астма», подтвержденный аллергопробами, был поставлен 7 (23%) пациентам, в остальных случаях был выставлен диагноз «Смешанная астма» - 13 (43%), Неуточненная астма - 10(34%).

При изучении общего анализа крови (ОАК), проведенного не более чем 3 месяца назад, эозинофилия была выявлена у – пациентов 16 (53%), показатели в пределах нормы – 10 (34%), нет результата ОАК – 4 (13%). Исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови было сделано 13 пациентам. У 11 пациентов уровень иммуноглобулина Е составил от 120-1200 кЕ/л, что подтверждает аллергическую природу бронхиальной астмы.

Спирометрия была проведена 100% больным БА. Нормальные показатели были выявлены у 9 пациентов (30%), снижение ОФВ1 и ЖЕЛ- 21 пациентов (70%). Проба на обратимость бронхобструкции была проведена 13 больным БА с 100% положительным результатом - повышение ОФВ1 более 12% от исходного значения. Консультация пульмонолога была проведена 12 (40%) пациентам.

Анализ базисной терапии (препараты для постоянного приема) БА выявил, что только  $\frac{1}{4}$  всех пациентов в группе с легким персистирующим течением получали адекватную базисную терапию — ингаляционные глюкокортикоиды (иГКС) в средней суточной дозе  $250 \pm 112$  мкг/сутки; 36% — базисная терапия не назначалась; 2% пациентов получали  $\beta_2$ -адреностимуляторы длительного действия (LABA) в виде монотерапии; 37% больных в качестве базисной терапии получали препараты теофиллина.

Потенциально эффективные лекарственные средства (ЛС) для базисной терапии БА в группе с умеренным течением БА ранее были назначены 45% пациентов: иГКС в средней суточной дозе  $648 \pm 365$  мкг/сутки.

Подгруппа больных с тяжелым течением БА отличалась наиболее интенсивным применением иГКС (50%) и ГКС (30%).

При этом только 24% больных, которым были назначены системные ГКС одновременно получали иГКС. Вместе с тем даже в группе с тяжелым течением БА иГКС/ГКС для приема внутрь не были назначены у 14% больных. ГКС для приема внутрь в этой группе больных назначались в средней суточной дозе  $1,2 \pm 0,02$  мг/сутки в пересчете на преднизолон.

Таким образом, среди больных БА, включенных в исследование, преобладали пациенты с неадекватными назначениями. Имело место частое использование малоэффективных препаратов (кромоны, кетотифен, теофиллин) и несоответствие назначаемых доз ингаляционных ГКС тяжести заболевания. Только 66,5% пациентов получали  $\beta_2$ -адреностимуляторы короткого действия (SABA) для купирования симптомов БА: сальбутамол (37,5%), фенотерол (29%), сальметерол + флутиказон (14%), формотерол + будесонид (25%), сальбутамол + будесонид (15%) и ипратропия бромид + фенотерол (6,7%).

Анализ потребления лекарственных препаратов при БА показывает, что общий уровень оказания медицинской помощи больным БА далек от оптимального, а структура медикаментозных назначений часто не отвечает

требованиям международных рекомендаций и национальных стандартов по фармакотерапии БА.

**Выводы:**

1. Своевременность оказания медицинской помощи при бронхиальной астме – высокая, что говорит о тщательной диагностике пациентов с подозрением на бронхиальную астму, правильной дифференцировки с другими патологиями легочной системы.
2. Методы диагностики, лечения и реабилитации выбраны неверно, для улучшения результатов пациентов с бронхиальной астмой следует пересмотреть терапию и назначить адекватное лечение.
3. Запланированный результат по анализу диагностики и лечения больных с БА – достигнут.

## **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

**САТУШЕВА Диана Михайловна, АТАМАНОВА Ольга Андреевна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

*Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина*

## **PEPTIC ULCER IN ADULTS. DIAGNOSIS AND TREATMENT.**

**SATUSHEVA D.M., ATAMANOVA O.A.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

*Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina*

**Резюме:** Язвенная болезнь - полиэтиологичное состоянием, которое может возникать как самостоятельно, так и на фоне других состояний, которые способны нарушать соотношение защитных и повреждающих факторов в желудке или двенадцатиперстной кишке. Данное состояние может значительно ухудшать качество жизни пациента, поэтому в амбулаторной практике важно своевременное привлечение пациента к лечению.

**Ключевые слова:** Язвенная болезнь, гастроэнтерологическая патология, диагностика язвенной болезни, лечение язвенной болезни.

**Abstract:** Peptic ulcer is a polyethiological condition that can occur both independently and against the background of other conditions that disrupt the ratio of protective and damaging factors in the stomach or duodenum. Peptic ulcer disease can significantly impair the patient's quality of life, therefore, in outpatient practice, timely involvement of the patient in treatment is important.

**Keywords:** Peptic ulcer, gastroenterological pathology, diagnosis of peptic

ulcer, treatment of peptic ulcer.

**Введение.** Язвенная болезнь (ЯБ) - состояние, при котором возникает дефект слизистой оболочки в желудке или в двенадцатиперстной кишке. Важной чертой заболевания является нарушение соотношения факторов, которые играют защитную роль для слизистой оболочки органов пищеварения и факторов-агрессоров, которые способны разрушать слизистую оболочку. Основное проявление данного состояния - боль в эпигастрии, способная значительно ухудшать качество жизни пациента. В амбулаторной практике очень важно рассматривать аспекты образа жизни пациента при данном заболевании, его приверженность к терапии и адаптацию к новому состоянию, а также уделять внимание лечению в соответствии с выявленной причиной.

**Цель:** изучить основные особенности проявления ЯБ у взрослых, особенности терапевтической тактики при данном состоянии в амбулаторных условиях.

**Материал и методы.** Изучение современной медицинской литературы, клинических рекомендаций по ЯБ, материалов из таких источников, как ЭБС Лань, КиберЛенинка, PubMed.

**Результаты и обсуждения.** ЯБ взрослых - полиэтиологичное состояние, может возникать как самостоятельное заболевание, так и в качестве осложнения какого-либо другого состояния. Неотъемлемой составляющей состояния является нарушение соотношения факторов, которые выполняют протективную роль для слизистой оболочки органов пищеварения и факторов-агрессоров, которые могут разрушать слизистую оболочку. При этом баланс смещается в сторону усиления активности факторов, негативно влияющих на слизистую оболочку. Распространенная причина ЯБ - инфекция *Helicobacter pylori*, которая способствует формированию дефекта в слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки. Бактерия способна вырабатывать факторы, защищающие её от действия пищеварительных соков и кислой среды желудка, повышая при этом выработку соляной кислоты и пепсина. Одновременно уменьшается выработка бикарбонатов и других защитных факторов, что способствует разрушению слизистой оболочки.

Вне зависимости от наличия инфекции, основное проявление обострения данного состояния - боль в эпигастрии, которая способна значительно ухудшать качество жизни пациента. Болевые ощущения мешают обычной жизнедеятельности пациента, влияют на его настроение, работоспособность. Возникающие боли, как правило, связаны с приемом пищи – появляются либо сразу после приема пищи, если язва локализуется в желудке. Если дефект расположен в двенадцатиперстной кише, то боли появляются натощак, через 3-4 часа после еды, такие боли могут купироваться приемом пищи. ЯБ может осложняться кровотечением, перфорацией, пенетрировать соседние органы, что

требует госпитализации и экстренной терапии.

Диагностика ЯБ на амбулаторном этапе проводится путем сбора жалоб (факт наличия болей, характер болей и др.), анамнеза заболевания и анамнеза жизни, где уточняются принимаемые пациентом лекарства, образ жизни и другие факторы, которые могут повлиять на заболевание. Полезным может оказаться учет наследственности, профессиональных факторов (ночные смены, должность, предполагающая значительные психоэмоциональные нагрузки и др.), образа жизни и привычек пациента. Общее состояние имеет значение для оценки вероятности таких осложнений, как перфорация, пенетрация, хроническое кровотечение.

Лабораторные исследования необходимо проводить для оценки наличия осложнений (кровотечение). Нужно оценивать наличие анемии по анализу крови, провести анализ кала на скрытую кровь. Данные мероприятия позволяют зарегестрировать факт осложненной кровотечением ЯБ и вовремя госпитализировать пациента.

Всем пациентам с ЯБ необходимо проводить ЭФГДС. Это позволяет утвердить сам диагноз, удостовериться в отсутствии осложнений, которые требуют стационарного ведения пациента. Во время ЭГДС проводится биопсия, если язва располагается на стенке желудка. Это позволяет предупредить наличие других состояний, в том числе злокачественной опухоли. Для выявления инфекционной природы ЯБ проводятся тесты, позволяющие установить или опровергнуть носительство *H. pylori*: дыхательный уреазный тест или анализ кала на наличие антигенов к *H. pylori* являются рекомендуемыми для начального этапа диагностики, а также для контроля эффективности эрадикационной терапии. Лечение язв, связанных с инфекционным агентом и не имеющих в качестве своей причины *H. pylori* различается. Традиционная базисная терапия включает в себя ингибиторы протонного насоса, что позволяет снижать кислотность среды в желудке и способствовать заживлению язв. При выявлении инфекционной этиологии используют эрадикационную терапию, которая включает в себя также применение ИПН и антибиотики.

Данное состояние требует комплексного подхода к проблеме и регулярное наблюдение за состоянием, а не только приема препаратов. В лечении ЯБ центральную позицию занимает поведение пациента и его готовность следовать лечебным рекомендациям. Вклад пациента играет большую роль в ускорении заживления язвы, предупреждении осложнений, переходе обострения в ремиссию. Готовность соблюдать режим терапии, диету, регулярные контрольные исследования, которые позволяют контролировать эффективность терапии, способны значительно улучшать результаты терапии. Необходимо изменить пищевое поведение пациента и его образ жизни. Пациенту необходимо отказаться от вредных привычек (курение, алкоголь),

исключить из своего рациона слишком горячие, слишком острые блюда, жирные бульоны с обилием экстрактивных веществ, перестать употреблять кофе, какао, соления и маринады, газированные напитки. Следует включать в рацион отварные или приготовленные на пару мясо, рыбу, молочные продукты, яйца, отдавать предпочтение овощным (вегетарианским) супам, возможно употребление желе из сладких ягод, некрепкого чая. Лечение требует также и изменения режима питания – необходим частый, дробный (5-6 раз в сутки) прием пищи в течение дня малыми порциями. Прием пищи нужно осуществлять в спокойной обстановке, достаточно пережевывая пищу. Улучшению функций ЖКТ может способствовать регулярность приемов пищи, адекватное потребление калорий и разумное распределение калорийности на приемы пищи. Необходимо уделять внимание режиму отдыха, достаточному количеству часов для ночного сна, избегать стрессовых ситуаций, рассмотреть возможность отказа от препаратов с ульцерогенной активностью. Пациент также должен соблюдать режим приема препаратов, назначенных врачом, посещать обследования, позволяющие контролировать эффективность терапии ЯБ,

**Выводы:** лечение язвенной болезни требует комплексного подхода, лекарства не являются единственным средством излечения. Важную роль играет образ жизни пациента, его готовность следовать рекомендациям и способность адаптироваться к новому состоянию, а не только назначение препаратов.

**МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ  
ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ  
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
СИТНИКОВ Владимир Павлович, БАШЕВ Степан Александрович

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова*

**METHODS OF EARLY DIAGNOSIS OF DIABETIC POLYNEUROPATHY  
IN PRIMARY PREVENTION OF CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES**  
SITNIKOV V.P., BASHEV S.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

*Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova*

**Резюме:** Диабетическая полинейропатия нередко выявляется уже при диагностике сахарного диабета, а иногда и на стадии предиабета или

нарушения толерантности к глюкозе. Сочетание опросников, инструментальных и лабораторных методов позволяет выявить ДПН на ранних стадиях. Рассмотрены современные подходы к диагностике и их значение в профилактике хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), а также приведены результаты анкетирования студентов КемГМУ об осведомлённости по теме.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, диагностика, нарушение толерантности к глюкозе, диабетическая полинейропатия.

**Abstract:** Diabetic polyneuropathy (DPN) is often detected at the time of diabetes mellitus (DM) diagnosis and may also occur at the stage of prediabetes or impaired glucose tolerance. The combination of questionnaires, instrumental, and laboratory methods enables early detection of DPN. This review analyzes modern approaches to diagnosis and their role in the prevention of chronic non-communicable diseases (NCDs), as well as presents the results of a survey among KemSMU's students regarding their awareness of the topic.

**Keywords:** diabetes mellitus, diagnosis, impaired glucose tolerance, diabetic polyneuropathy.

**Введение.** Диабетическая полинейропатия (ДПН) является одним из самых распространенных и ранних осложнений сахарного диабета. При СД поражение периферической нервной системы может развиваться еще до явной гипергликемии - на стадии нарушения толерантности к глюкозе. Клинические исследования показывают, что на момент постановки диагноза СД частота выявления ДПН составляет 10-49%, что подчеркивает важность ранней диагностики этого осложнения уже при первых признаках метаболических нарушений углеводного обмена.

**Цель:** Определение уровня осведомленности и понимания студентов, обучающихся на 3-6 курсах КемГМУ, относительно вопроса о ранней диагностике ДПН при СД.

**Материал и методы.** В анкетировании приняли участие 34 обучающихся 3-6 курсов КемГМУ. Также был осуществлен систематический анализ литературных данных из электронных источников: elibrary.ru, PubMed (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov), клинических рекомендаций (cr.minszdrav.gov.ru). Были отобраны исследования за период 2015-2023 гг., посвященные методам ранней диагностики ДПН.

**Результаты и обсуждения.** Для сахарного диабета наиболее характерна полинейропатия, зависящая от длины нервов. Это означает, что симптомы и клинические признаки начинаются со стоп, и постепенно распространяются вверх по нижней конечности. Наиболее типично раннее поражение тонких нервных волокон, для которого характерны жалобы на жгучие боли, нарушение болевой и температурной чувствительности с явлениями гиперестезии,

возможны и вегетативные проявления. Далее происходит поражение толстых волокон, которые отвечают за суставно-мышечное чувство, вибрационную и тактильную чувствительность. Двигательные нарушения возникают на поздних этапах, и наиболее ранним проявлением является утрата ахиллова рефлекса.

Современная диагностика ДПН включает три основных подхода.

1) Сбор анамнеза, использование опросников и шкал. Следует уделять особое внимание характеристике болевого синдрома, наличию онемения в нижних конечностях, сопутствующим заболеваниям, особенностям питания пациента, а также данным предыдущих медицинских обследований. Существуют следующие шкалы: опросник DN4 для дифференциальной боли, балльная шкала по D. Ewing для оценки нарушений сердечной деятельности, Мичиганский инструмент скрининга невропатии для ранней диагностики заболевания.

2) Физикальные методы: исследование поверхностной чувствительности: тактильной (монофиламентное тестирование), болевой (игольчатый тест), температурной (холодные/теплые пробирки). Также оценивают глубокую чувствительность, а именно суставно-мышечное чувство и вибрационную чувствительность.

3) Инструментальные методы. Золотым стандартом ранней диагностики ДНП является биопсия кожи (количественная оценка состояния тонких нервных волокон). Кроме того, применяют электронейромиографию (ЭНМГ). Комплексно оцениваются следующие показатели: скорость распространения возбуждения, амплитуда М-ответов, резидуальная латенция. Но на данный момент не существует единого алгоритма ЭНМГ для пациентов с ДПН. Применяется и конфокальная микроскопия роковицы, причем морфологические изменения суббазального нервного сплетения происходят раньше, по сравнению с интердермальными нервами.

Отдельно стоит выделить автономную нейропатию, затрагивающую различные системы организма. Для сердечно-сосудистой системы характерна монотонная тахикардия, ортостатическая гипотензия, а также безболевой инфаркт миокарда. Для объективизации степени поражения используют циркадный индекс, в основе которого лежит средняя ЧСС днем и ночью. ЖКТ - нарушение моторики пищевода, диабетическая гастропарез, энтеропатия. Мочеполовая система - эректильная дисфункция, диабетическая цистопатия. При объективизации последнего учитывают объем остаточной мочи, частоту, объем и пиковую скорость мочеиспускания. Характерно и нарушения потоотделения, а именно ангидроз конечностей и гипергидроз центрального типа. Возможно применения пластырей «Neuropad», регистрирующих отклонения потоотделения.

Анкетирование показало, что студенты 3–6 курсов проявляют интерес к теме и серьёзно относятся к проблеме ранней диагностики ДПН. Большинство

респондентов (67,6%; 23 человека) знают, что такое ДПН, а более половины (52,9%; 18 человек) понимают, что это осложнение может развиваться уже на стадии преддиабета и нарушения толерантности к глюкозе. Почти 80% опрошенных (79,4%; 27 человек) считают необходимым проводить скрининг на ДПН у пациентов с нарушением толерантности к глюкозе. Кроме того, 58,8% студентов (20 человек) хотели бы пройти обучение или клиническую практику, связанную с диагностикой нейропатии.

Также результаты анкетирования показали, что только 2 человека (5,9%) знакомы с опросником DN4, а с тестом с монофиламентом 11 (32,4%). Однако 22 человека (64,7%) знакомы с электромиографией и 20 (58,8%) с биопсией кожи. Исходя из этого можно сделать вывод, что опрошенные хорошо знакомы со сложными инструментальными исследованиями (ЭМГ, биопсия), которые применяются в узких клинических ситуациях, но при этом демонстрируют низкую осведомленность о простых скрининговых тестах (DN4, монофиламент).

Ранняя диагностика ДПН создает «терапевтическое окно» для профилактики не только неврологических осложнений, но и сопутствующих ХНИЗ. Особое значение имеет выявление ДПН на стадии нарушения толерантности к глюкозе, когда своевременное вмешательство может предотвратить или отсрочить развитие явного СД2 и его осложнений.

**Выводы:**

- 1) Ранняя диагностика ДПН должна быть обязательным компонентом программ первичной профилактики ХНИЗ у пациентов с предиабетом и СД
- 2) Наиболее эффективен комплексный подход, сочетающий сбор анамнеза, использование опросников, физикальные, а также инструментальные методы диагностики ДПН
- 3) Внедрение скрининга ДПН в рутинную практику требует разработки стандартизованных алгоритмов для разных групп риска
- 4) Для более ранней диагностики СД необходимо уделять больше времени на изучение диагностики ДПН во время обучения специалистов

**ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОДДЕРЖКИ  
ПРИНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА**

СКВОРЦОВ Дмитрий Олегович, ВЕРЕТЕНОВ Данил Борисович

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

**ARTIFICIAL INTELLIGENCE AS A CLINICAL DECISION SUPPORT**

**TOOL FOR THE GENERAL PRACTITIONER**

SKVORTSOV D.O., VERETENOV D.B.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Изучена роль искусственного интеллекта (ИИ) в практике терапевтов, включая его влияние на процессы диагностики и лечения. Рассмотрены существенные системы и подходы, а также проанализированы результаты их применения в реальной практике, которые показывают значимость ИИ для повышения качества медицинской помощи.

**Ключевые слова:** искусственный интеллект, система поддержки принятия врачебных решений, Wibiomed, терапия.

**Abstract:** The role of artificial intelligence (AI) in the practice of general practitioners, including its impact on diagnostic and treatment processes, is explored. Significant systems and approaches are reviewed and the results of their application in real practice are analysed, which show the significance of AI in improving the quality of care.

**Keywords:** Artificial intelligence, medical decision support system, Wibiomed, therapy.

**Введение.** Современная медицина сталкивается с постоянным увеличением объема информации, доступной для врачей, что создает значительные трудности в принятии обоснованных клинических решений. В условиях стремительного развития технологий и научных знаний терапевты нуждаются в инструментах, которые могут помочь им эффективно анализировать данные и принимать решения, основанные на последних исследованиях и клинических практиках. В контексте искусственный интеллект (ИИ) становится важным инструментом, способным значительно улучшить процесс диагностики и лечения. Он позволяет обрабатывать огромное количество медицинских данных, изображений и анамнезов пациентов, что способствует более точной и быстрой интерпретации информации. Внедрение ИИ в качестве системы поддержки принятия врачебных решений (СППР) может не только повысить качество медицинского обслуживания, но и снизить вероятность ошибок, связанных с человеческим фактором.

**Цель:** исследовать возможности и преимущества применения технологий ИИ в процессе клинического принятия решений, в анализе их влияния на качество медицинского обслуживания, снижение ошибок в диагностике и лечении, а также в оказании помощи в работе терапевтов.

**Материал и методы.** Исследование основано на системном подходе и общенаучных методах анализа и статистической обработке данных. В ходе

работы была изучена научная медицинская литература, в которую вошли журналы и статьи сайтов Pubmed, Cyberleninka, Elibrary и Scholar Google.

**Результаты и обсуждения.** На базе детского отделения СД ГНЦ РФ ФГБОУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России была разработана СППВР с использованием ИИ, которая позволяет произвести первичную настройку инсулиновой помпы у детей с сахарным диабетом первого типа. Главными показателями, которые влияют на количественное значение вводимого гормона инсулиновой помпой является суточная доза инсулина (СДИ) и вес пациента, а также качественные индивидуальные характеристики, так, например, от возраста ребенка зависит распределение базального инсулина в течение суток, а гликированный гемоглобин может указывать на корректировку СДИ в большую или меньшую сторону. Разработанная система на основе ИИ позволяет упростить и ускорить работу врача-эндокринолога, обеспечивает более точный расчет параметров помповой инсулиновой терапии, учитывая при этом клинические и возрастные особенности пациента.

В австралийском университете Ла Троб было проведено исследование с использованием ИИ с целью внедрения СППВР в терапевтическую практику для лечения пациентов, перенесших инсульт. Была разработана автоматизированная система анализа походки для обнаружения и количественной оценки её нарушений с помощью ансамблевой классификации, включающая метод опорных векторов, случайного леса (Random forest), нейронную сеть, которая объединяет данные о движении, датчиках давления и электромиографии. Клиническое исследование с участием людей, перенесших инсульт и здоровых участников, показало, что точность классификации тяжести нарушений походки составляет 98,2%. Кроме того, можно выявить конкретные нарушения походки, такие как нарушение равновесия, опускание стопы, а также фазы походки. Данная СППВР обеспечивает комплексный подход к восстановлению походки, включая индивидуализацию программ упражнений, что не только способствует назначению более грамотной терапии пациенту, но и существенно облегчает работу врача.

ИИ в СППВР способен оценить информацию, которая является значимой для определенного случая, и работает по заложенным алгоритмам, а также основывается на ретроспективном опыте, полученным при машинном обучении. ИИ улучшает качество оказываемой медицинской помощи индивидуально каждому пациенту, являясь своеобразной подсказкой для врача-терапевта. Решение, принимаемое ИИ, должно быть грамотным и достоверным, оно должно базироваться и объединять следующие результаты: индивидуальные данные, полученные от пациента - возраст, пол, анамнез, наследственность, жалобы, симптомы; осмотр врача; дополнительные исследования - анализ крови, мочи, УЗИ, ПЦР и другие. От полученного количества информации зависит точность установки диагноза: чем больше

информации получит ИИ, тем более достоверный будет результат.

Работу СППВР можно разделить на несколько этапов, первый из которых включает в себя построение цифрового профиля пациента, основываясь на структурированной и неструктурированной информации из медицинской информационной системы (МИС). Это позволяет создать, так называемого, «двойника» пациента, то есть цифровой профиль пригодный для последующего анализа алгоритмами ИИ. На втором этапе происходит анализ профиля пациента при помощи алгоритмов оцифрованных клинических рекомендаций (КР), таким образом формируется список схем терапии, учитывающий КР, индивидуально для каждого пациента. Третий этап работы СППВР - анализ сформулированного перечня на наличие абсолютных и относительных противопоказаний с использованием данных из государственного реестра лекарственных средств. На последнем этапе происходит индивидуализация терапии, которая учитывает клинические группы исследований, относящихся к данному заболеванию.

Например, СППВР Wibiomed.DHRA предоставляет комплексную оценку электронной медицинской карты, что позволяет выявлять факторы риска, определять прогнозы развития заболеваний и выявлять подозрения на пропущенные патологии. Данный ИИ позволяет контролировать соблюдения требований по диспансерному наблюдению, также на основе оцифрованных клинических рекомендаций система формирует своеобразную подсказку врачу по сохранению здоровья пациента. Одним из направлений СППВР Wibiomed является прогнозирование развития риска сердечно-сосудистых заболеваний. Точность данной системы составляет 80,2%, что повышает количество выявленных пациентов с факторами риска и позволяет избежать, а также сократить число ошибок в определении врачами группы здоровья.

Стоит отметить, что возникает этический вопрос об использовании ИИ в терапевтической практике. В настоящий момент установлено, что в ряде нестандартных случаев ИИ принимает неправильное решение, что может привести к ошибке в выдаваемом системой результате. При этом необходимо учитывать, что технологический прогресс не стоит на месте и СППВР будет совершенствоваться, что еще больше минимизирует ошибки.

**Выводы:** ИИ представляет собой инструмент, способствующий поддержке принятия клинических решений для терапевтов, что повышает точность диагностики и скорость принимаемых решений, снижает вероятность ошибок и улучшает эффективность лечения пациентов. Внедрение ИИ также связано с рядом вызовов, включая необходимость обеспечения конфиденциальности данных, этические аспекты, и необходимость подготовки медицинских работников к работе с новыми технологиями. Важно продолжать исследования в этой области, чтобы максимально использовать потенциал ИИ и обеспечить его гармоничное существование с традиционной медициной.

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В РАБОТЕ СКОРОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С ПОМОЩЬЮ  
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

ТАГИНА Елизавета Геннадьевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

**ENSURING CONTINUITY IN THE WORK OF AMBULANCE  
AND POLICLINIC USING INFORMATION TECHNOLOGIES**  
TAGINA E.G.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** Преемственность в работе скорой медицинской помощи заключается в сотрудничестве медицинских работников служб скорой помощи и амбулаторно-поликлинического звена при постановке диагноза и лечении пациента. В данной статье изучены возможности медицинских информационных систем при взаимодействии медицинских служб.

**Ключевые слова:** преемственность, скорая медицинская помощь, поликлиника, медицинская информационная система.

**Abstract:** Continuity in the work of ambulance consists of cooperation between medical workers of ambulance and polyclinic in diagnosing and treating the patient. This article examines the capabilities of medical information systems in the interaction of medical services.

**Keywords:** continuity, ambulance, polyclinic, medical information system.

**Введение.** В условиях современной реформы здравоохранения особое внимание уделяется повышению эффективности деятельности службы скорой медицинской помощи (СМП). Оптимизация этой службы, включая организацию взаимодействия с другими лечебными учреждениями, критически важна для повышения качества оказываемой помощи и снижения смертности населения.

Преемственность в работе СМП и амбулаторно-поликлинической службы является единым, последовательным лечебно-диагностическим процессом. Целенаправленное и скоординированное взаимодействие между разными медицинскими организациями служит достижению общей цели – восстановлению здоровья пациента.

Единая информационная система позволяет обеспечивать взаимодействие

между СМП и поликлиникой. Благодаря ей бригада СМП получает информацию о пациенте и его диагнозах на амбулаторно-поликлиническом этапе обследования. А поликлиника, в свою очередь, получает информацию о вызовах СМП к данному пациенту. Все это способствует единому подходу к лечению независимо от этапа медицинской помощи.

**Цель:** изучить взаимодействие СМП и амбулаторно-поликлинического звена с помощью медицинских информационных систем на примере работы станции скорой медицинской помощи.

**Материал и методы.** Проведен анализ работы медицинской информационной системы (МИС) Кузбасской клинической станции скорой медицинской помощи – ГБУЗ «ККССМП им. Годлевской Н. М.».

**Результаты и обсуждения.** В настоящее время Кузбасская клиническая станция скорой медицинской помощи является крупной медицинской организацией, имеющей в структуре три подстанции: Главную, Центральную, Правобережную; четыре поста – в поселке Южный, микрорайоне Кедровка, городах Тайга и Березовский. Это крупное лечебное учреждение, предназначенное оказывать экстренную медицинскую помощь на догоспитальном этапе жителям г. Кемерово, Кемеровского района, г. Тайги и г. Березовского общей численностью около 600 тысяч человек и с числом обслуженных вызовов в год в среднем 160 тысяч. Круглосуточно работают 44 оперативных бригады разного профиля.

Автоматизированная система управления (АСУ) «Скорая помощь» является медицинской информационной системой (МИС) для автоматизации процессов работы Кузбасской клинической станции скорой медицинской помощи. АСУ «Скорая помощь» поддерживает весь технологический цикл работы от приема и распределения вызовов до статистической обработки информации и оценки эффективности функционирования учреждения, а также является основной системой для построения комплексного решения по оказанию экстренной медицинской помощи в регионе. Программа АСУ «Скорая помощь» полностью удовлетворяет требованиям концепции создания Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИС-Здрав) и методическим рекомендациям Министерства здравоохранения и социального развития РФ по составу прикладных компонентов регионального фрагмента ЕГИС.

Взаимодействие СМП и поликлиник города обычно включает передачу информации о пациентах, нуждающихся в дальнейшем наблюдении участковым терапевтом. Отказ от госпитализации пациентами с острыми состояниями, создает потребность в своевременном предоставлении полного комплекса лечебных и диагностических мероприятий в условиях поликлиники, поскольку первичная терапия, оказываемая бригадами скорой помощи, не всегда обеспечивает долгосрочное лечение.

АСУ «Скорая помощь» осуществляет взаимодействие с МИС различных медицинских организаций, в том числе и поликлиник. Возможно получение информации о пациенте из интегрированной электронной медицинской карты (ИЭМК) в процессе обслуживания вызова и уточнить персональные данные, аллергологический анамнез, наличие сопутствующих хронических заболеваний. Осуществляется передача в МИС поликлиники о факте вызова пациентом СМП, передача в поликлинике информации об активных вызовах. Внедрение новых подходов к взаимодействию способствует снижению числа необоснованных вызовов СМП пациентами с хроническими заболеваниями, находящимися под наблюдением врачей поликлиник.

**Выводы:** преемственность между СМП и амбулаторно-поликлинической службой позволяет оптимизировать использование ресурсов и повысить качество оказываемой экстренной помощи. Информационные системы являются незаменимым звеном в работе медицинских служб, что повышает эффективность оказания медицинской помощи.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**  
ТИШАНИНОВА Екатерина Олеговна, ТОКМАКОВА Лидия Анатольевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

**MODERN ASPECTS OF METABOLIC SYNDROME**

TISHANINOVA E.O, TOKMAKOVA L.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*  
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Выявлены распространенность, факторы риска формирования метаболического синдрома у студентов Кемеровского государственного медицинского университета. Определены основные риски: низкая физическая активность, нерациональное питание, отягощенная наследственность. Необходимо введение превентивных мер, направленных на формирование здорового образа жизни.

**Ключевые слова:** метаболический синдром, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гипергликемия.

**Abstract:** The prevalence and risk factors of metabolic syndrome in students of Kemerovo State Medical University have been identified. The research results showed the main risks: low physical activity, poor nutrition, and a family history of

diseases. Preventive measures aimed at promoting a healthy lifestyle are necessary.

**Keywords:** metabolic syndrome, abdominal obesity, arterial hypertension, hyperglycemia.

**Введение.** Метаболический синдром (МС) - «пандемия XXI века». Его распространенность составляет от 20% до 40%. В Российской Федерации, по результатам исследований, 40% населения имеют 2 компонента МС, 11% - 3 и более его составляющие. В распространенности МС имеются четкие возрастные (чаще встречается у лиц среднего и старшего возраста) и гендерные различия (у молодых частота МС больше среди мужчин, у пожилых - среди женщин). Помимо этого, у женщин имеются определённые периоды жизни, в которые повышен риск развития МС: беременность, приём гормональных контрацептивов, менопауза. В большинстве исследований сообщалось о более высокой распространенности МС у жителей городов. В индустриальных странах среди населения старше 30 лет частота выявления МС составляет 15-25%. При этом показано, что при использовании различных критериев диагностики частота МС в популяции существенно варьируется даже на одной территории. Соответственно, остаётся актуальной разработка унифицированных критериев для постановки данного диагноза.

В настоящее время во всех муниципалитетах мира, особенно в высокоразвитых странах, наблюдается значительная степень ожирения у взрослых и детей. По данным ВОЗ, в конце XX века 25-30% жителей имели избыточный вес, а к 2035 году в экономически развитых регионах около 40% мужчин и 50% женщин будут страдать от ожирения. В качестве дополнительных антропометрических параметров для оценки типа ожирения используют показатель окружности талии. Увеличение окружности талии более 94 см – у мужчин и более 80 см – у женщин свидетельствует о распределении жировой ткани по висцеральному (абдоминальному) типу. Именно этот тип ожирения является основным критерием МС.

Для постановки диагноза необходим основной критерий и минимум 2 дополнительных: 1. Артериальной гипертензии (АГ) (или приема гипотензивных средств). 2. Дислипидемии (гипертриглицеридемии и/или снижения холестерина липопротеинов высокой плотности или прием препаратов, нормализующих липидный обмен. 3. Повышенного уровня глюкозы натощак (или прием гипогликемических препаратов).

Абдоминальное ожирение, как правило, является первым проявлением МС, одним из ключевых факторов возникновения и прогрессирования инсулинорезистентности и связанных с ней метаболических нарушений. Распространенность данной формы ожирения, по результатам эпидемиологического исследования в Российской Федерации, составляет 55%. Адипоциты, расположенные в абдоминальной области, более липолитически

чувствительны, чем адипоциты других областей организма, и имеют довольно мобильную систему выхода в плазму крови свободных жирных кислот, повышение уровня которых в кровотоке вызывает нарушения углеводного и липидного обмена, изменения системы фибринолиза и эндотелиальную дисфункцию. Эндотелиальная дисфункция характеризуется сдвигом в сторону вазоконстрикции, провоспалительного и протромботического свойств.

Также висцеральная жировая ткань продуцирует большое количество биологически активных веществ: лептин, факторы некроза опухоли α, эстрогены, адипонектин, инсулиноподобный фактор роста, ангиотензиноген, резистин, которые играют роль в обменных процессах и регулярно артериального давления.

Среди состояний, ассоциированных с МС, можно выделить гиперкоагуляционный синдром, синдром обструктивного анпноэ сна, гиперурикемию, неалкогольную жировую дистрофию печени, синдром поликистозных яичников, гипертрофию миокарда и снижение диастолической функции левого желудочка, атеросклероз различной локализации с развитием ишемической болезни сердца.

Распространенность МС имеет мировую тенденцию к увеличению и зависит от многих составляющих, что объясняет сложности диагностики и подходов к профилактике и лечению данной патологии. Изучение МС имеет важное практическое значение, поскольку данное состояние является обратимым, то есть при своевременном лечении возможно снижение выраженности клинических проявлений. С другой стороны, при отсутствии лечения резко возрастает риск развития сахарного диабета (СД) 2 типа и кардиоваскулярной патологии – основных причин нетрудоспособности и смертности среди населения планеты

**Цель:** определить наиболее часто используемые критерии диагностики, ведущие факторы риска и предрасположенность к МС у студентов КемГМУ.

**Материал и методы.** В обследование были включены 110 студентов лечебного факультета КемГМУ 3-6 курсов в возрасте 20-25 лет, как юноши ( $n=37$ ), так и девушки ( $n=73$ ). В работе использована анкета собственной разработки, включающая вопросы об обхвате талии, пищевых привычках, уровне физической активности, гипергликемии, повышении артериального давления, отягощенной наследственности по ожирению и сахарному диабету.

Теоретический анализ с использованием баз научной литературы eLIBRARY, PubMed, CyberLeninka, анализ и обобщение полученных данных.

**Результаты и обсуждения.** Было установлено, что у 3 (9,2%) студентов и 8 (11,6%) студенток имеется абдоминальное ожирение. По результатам анкетирования выявили значимость такого фактора риска ожирения у студентов вуза, как наследственная предрасположенность: у 53 опрошенных близкие родственники страдают ожирением (48,3%). Из социальных факторов

риска ожирения у студентов значимыми были:

- гиподинамия. Так, 64 (57,8%) обучающихся не занимаются спортом, а 22 (20,1%) выполняют физические нагрузки лишь 1-2 раза в неделю;

- нерациональное питание. Анализ пищевых привычек показал, что 59 (53,4%) студентов употребляют сладости каждый день, а 20 (18,5%) часто позволяют себе фастфуд и полуфабрикаты. Лишь 33 (29,7%) респондентов придерживаются правил сбалансированного питания.

1-й дополнительный признак МС – АГ. При анкетировании выявили, что у 13 (11,6%) опрошенных периодически (не реже 2 раз в месяц) происходит увеличение систолического давления более 140 мм рт. Ст. и диастолического более 90 мм рт. Ст.

2-й дополнительный признак МС – гипергликемия. На вопрос: «Какой у Вас уровень глюкозы в крови?» 71 (64,8%) человек не смогли дать ответ, а у 5 (4,2%) этот показатель был выше нормы. Почти у половины опрошенных имеется отягощенная наследственность по СД: у 47 (42,6%) родственники имеют сахарный диабет.

**Выводы:** исследование демонстрирует наличие факторов риска развития метаболического синдрома среди студентов-медиков, несмотря на их молодой возраст. Наиболее распространенными из выявленных проблем являются: низкая физическая активность и нерациональное питание. Наследственность: почти у половины опрошенных есть семейная история ожирения и сахарного диабета. Полученные данные подчеркивают необходимость внедрения программ по профилактике МС и формированию здорового образа жизни среди студенческой молодежи.

## **ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ КАК ФАКТОРЫ УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КАРЬЕРЫ**

ТОРОПОВА Марина Анатольевна, КОРЧАГИНА Полина Александровна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **HEALTH AND PHYSICAL FITNESS AS FACTORS OF A SUCCESSFUL PROFESSIONAL CAREER**

TOROPOVA M.A., KORCHAGINA P.A.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** рассмотрена роль физического воспитания в вузе с целью формирования у студентов ориентированного подхода к здоровому образу жизни для повышения работоспособности и профессиональной успешности.

**Ключевые слова:** физическое воспитание, мотивация, здоровье, профессиональная успешность.

**Abstract:** The article examines the role of physical education at a university in order to develop a focused approach to a healthy lifestyle among students in order to increase their performance and professional success.

**Keywords:** physical education, motivation, health, and professional success.

**Введение.** Физическое воспитание всегда было одним из средств подготовки человека к трудовой деятельности и приспособления к социальной среде. Игровое воспроизведение охоты, трудовых процессов в древних ритуальных состязаниях – один из способов совершенствования трудовых навыков и физического воспитания молодежи на начальных стадиях развития человеческого общества. Со временем люди перешли от простого копирования физических нагрузок и технических приемов трудовых процессов в простейших играх к более широкой тематике игр с определенными правилами и к созданию искусственных спортивно-игровых снарядов – элементов современной физической культуры спорта.

Современный труд требует значительного напряжения умственных, психических и физических сил, повышенной координации движений работников в любой сфере труда. Но каждая профессия диктует свой уровень развития психофизических качеств, свой перечень профессионально-прикладных умений и навыков. Поэтому если человек готовится к профессии геолога-поисковика, то ему нужна профессионально-прикладная физическая подготовка одного содержания, а будущему врачу - другая. Эти отличия и отражаются в цели и задачах профессионально-прикладной физической подготовки (ППФП).

Внедрение физической культуры в трудовую деятельность способствует повышению производительности труда, содействует укреплению здоровья, дает возможность меньше утомляться в процессе труда и быстрее восстанавливать работоспособность, противодействовать влиянию неблагоприятных факторов труда и развитию профессиональных заболеваний. При систематических занятиях физическими упражнениями у человека наиболее быстрее развиваются профессиональные качества (общей и специальной выносливости, силовых и скоростных показателей, координации движений и др.)

Физическая культура играет значительную роль в профессиональной деятельности в новой современной реальности, так как работа, как правило, связана со значительным напряжением внимания, зрения, интенсивной интеллектуальной деятельностью и малой подвижностью.

В условиях современного динамично развивающегося мира, студенчество – это период активной подготовки к будущей профессиональной деятельности. Однако, зачастую, в погоне за знаниями и академическими успехами, студенты забывают о важности поддержания своего здоровья и физической формы. Данное исследование посвящено изучению влияния здоровья и физической подготовленности на академическую успеваемость и перспективы успешной профессиональной карьеры среди студентов. Актуальность темы обусловлена тем, что студенты, как будущие специалисты, являются ценным человеческим капиталом, и их здоровье и физическая подготовленность напрямую влияют на их будущую конкурентоспособность на рынке труда.

**Цель:** изучить влияние физической подготовленности на профессиональную деятельность; выявить, как физическая подготовленность влияет на работоспособность; определить факторы, влияющие на успешную профессиональную деятельность.

**Материал и методы.** Был проведён анализ медицинских литературных данных eLIBRARY, PubMed, CyberLeninka. Проведено анкетирование студентов 5-6 курса (22-23 лет) лечебного факультета Кемеровского государственного медицинского университета. В опросе приняли участие 60 человек: 36 (60%) женщин и 24 (40%) мужчин. Всем студентам был предложен блок вопросов, который позволил оценить знания студентов о влиянии здоровья и физической подготовленности на успешную карьеру.

**Результаты и обсуждения.** На вопрос: «Как Вы считаете, физическая подготовка влияет на работоспособность человека?» большая часть тестируемых 28 чел. (46,7%) считает, что занятия физкультурой улучшают работоспособность, 23 чел. (38,3%) ответили, что не замечали улучшений и 9 чел. (15%) считают, что физическая культура отнимает много сил и ухудшает работоспособность.

Следующий вопрос выявлял факторы, влияющие на успешную профессиональную деятельность. Большинство студентов – 33 чел. (55%) выбрали ответ занятия спортом, 14 чел. (23,3%) выбрали вариант прогулки на свежем воздухе и 13 чел. (21,7) ответили – хороший, полноценный сон.

На вопрос: «Насколько важным фактором является здоровье в развитии карьеры?» «Очень важным» - ответили 44 чел. (73,3%) студентов, «не самым важным» - считают 13 чел. (21,7%) и «совсем не важным» - отметили 3 чел. (5%).

Исследование показало, что не все студенты понимают роль и значение физической подготовленности для успешного освоения избранной профессии и воспринимают физическую культуру, как активный отдых. Чем выше заинтересованность студентов в занятиях физического воспитания, тем выше психофизический эффект таких занятий. У студентов должна выработать потребность и привычка к регулярным занятиям физическими упражнениями,

осознавать и понимать их значение в формировании психофизической готовности к будущей профессиональной деятельности.

Хорошее физическое здоровье обеспечивает высокую работоспособность, выносливость и устойчивость к физическим нагрузкам. Отсутствие хронических заболеваний и травм позволяет человеку полноценно выполнять свои профессиональные обязанности. Физическая активность укрепляет иммунитет и снижает риск развития многих заболеваний, что приводит к сокращению количества больничных дней. Физические упражнения помогают снизить уровень стресса и тревожности, улучшают настроение и повышают уверенность в себе.

**Выводы:** в результате данного исследования выявлено, что занятия физической культурой снимают утомление нервной системы и всего организма, способствует повышению производительности труда, содействует укреплению здоровья, дает возможность меньше утомляться в процессе труда и быстрее восстанавливать работоспособность, противодействовать влиянию неблагоприятных факторов труда и развитию профессиональных заболеваний. Так же стоит отметить, что занятие физической культурой благоприятно влияет на эмоциональное состояние человека. Занятие физической культурой даёт особый прогресс, в профессиональной деятельности человека и его физических качествах. Здоровый человек, занимающийся физической культурой, часто более успешен в карьере, чем тот, кто этого не делает. О таких наблюдениях говорят не только специалисты в области медицины, но и сами студенты, участвующие в опросе о здоровом образе жизни.

## **КОРРЕЛЯЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У НЕФРОТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ**

**ТОКАРЬ Анастасия Евгеньевна, ЕГОШИН Данил Евгеньевич**

*Кафедра факультетской терапии и профпатологии имени профессора*

*B.B. Сырнева*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Вера Юрьевна Павлова*

## **CORRELATION OF PSYCHOEMOTIONAL STATE IN NEPHROTIC PATIENTS BY AGE GROUP**

**TOKAR A.E., EGOSHIN D.E.**

*Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Professor  
V.V. Syrnev*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

*Supervisor: MD, PhD, Associate Professor V.Y. Pavlova*

**Резюме:** Различные нарушения психосоматического статуса имеют широкую распространенность среди пациентов с хронической болезнью почек, что подтверждается проведённым нами опросом среди пациентов нефрологического отделения Кузбасской областной клинической больницы им. С. В. Беляева г. Кемерово. В результате проведенного исследования получены данные, что 18% пациентов испытывают симптомы клинически выраженной депрессии, у 23% пациентов обнаружена субсиндромальная депрессия. Так же следует отметить, что у 7% отмечалась клинически выраженная тревожность. Кроме того, было установлено, что тревожно-депрессивные симптомы проявляются чаще у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Ключевые слова:** ХБП, психоэмоциональное состояние, хроническое заболевание почек, тревожность, депрессия.

**Abstract:** Various disorders of psychosomatic status are widespread among patients with chronic kidney disease, which is confirmed by our survey among patients of the nephrological department of the Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S. V. Belyaev in Kemerovo. Because of the study, data were obtained that 18% of patients experience symptoms of clinically pronounced depression, and 23% of patients have subsyndromic depression. It should also be noted that 7% had clinically pronounced anxiety. In addition, it was found that anxiety-depressive symptoms are more common in elderly and senile patients.

**Keywords:** CKD, psych emotional state, chronic kidney disease, anxiety, depression.

**Введение.** Исследование посвящено анализу корреляции психоэмоционального состояния и течения нефротического синдрома в разных возрастных группах. Актуальность работы обусловлена психосоматической взаимосвязью, особенно значимой при хронических патологиях, где психологический дистресс негативно влияет на приверженность терапии и клинические исходы.

**Цель:** оценить психоэмоциональное состояние у пациентов с патологией мочевыводящей системы, включая больных с ХБП, находящихся на лечении в стационаре, с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

**Материал и методы.** Был проведен опрос пациентов нефрологического отделения Кузбасской областной клинической больницы им. С. В. Беляева. Для оценки психоэмоционального состояния использовалась шкала HADS (0-7 баллов является нормой, 8-12 субсиндромальная депрессия или тревога, 13 и выше клинически выраженная депрессия и тревога), которая анализировалась в соответствии с пороговыми значениями, предложенными к шкале. В

последующем пациенты были разделены на возрастные группы для определения частоты тревожно-депрессивных расстройств у разных возрастных групп для последующего определения корреляции.

**Результаты и обсуждения.** В исследовании приняли участие 52 пациента, средний возраст которых составил 56 лет. Вовремя проведения опроса было получено, что самый молодой пациент был 20 лет, а самый пожилой 89 лет. Все опрошенные были распределены на возрастные группы согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ от марта 2025 года) получились следующие результаты: пожилой возраст (61-75 лет) - 21 (40,3%) человек, молодой возраст (18-45 лет) - 14 (26,9%) человек, средний возраст (46-60 лет) - 11(21,1%) человек, старческий возраст (76-90 лет) - 6 (11,5%) человек.

Проанализировав шкалу тревоги у пациентов, были получены следующие результаты: Наименьший средний балл – 5,6 был у молодой группы пациентов, самый максимальный средний балл был у пациентов старческой группы - 7,3. У группы среднего возраста средний балл составил - 6,09, а у группы пожилого возраста составил - 6,5.

После анализа шкалы депрессии у пациентов получились следующие результаты: Наименьший средний балл - 5,6 был также у молодой группы пациентов, максимальный средний балл бы у пациентов среднего возраста - 8,9. У группы пожилого возраста средний балл составил - 6,3. При анализе старческой группы средний балл составил - 5,8.

Так же следует отметить, что анализ данных продемонстрировал наличие корреляции между возрастными группами и уровнем тревоги ( $r=0,33$ ). Так с увеличением возраста отмечается тенденция к росту тревожных симптомов. Следует сказать и о том, что взаимосвязи между возрастными группами и уровнем депрессии найти не удалось ( $r=0,02$ ). Была обнаружена положительная корреляцию между депрессией и тревогой ( $r=0,39$ ). Следует отметить, что данные показатели могут быть обусловлены небольшой выборкой.

**Выводы:** по данным проведенного исследования можно сказать, что возраст является значимым фактором, который оказывает влияние на психоэмоциональное состояние пациентов, однако влияние на тревожность и депрессию носит разнонаправленный характер.

Наличие положительной корреляции между возрастом и уровнем тревоги говорит о том, что по мере старения у пациентов отмечается тенденция к нарастанию тревожных расстройств, что вероятно связано с возраст-ассоциированными факторами.

Об отсутствии значимой корреляции и пик депрессий в группе среднего возраста может говорить лишь о том, что генез депрессии не обусловлен возрастными изменениям, а каким-либо иными факторами. Таким образом можно отметить необходимость разного подхода к психологической помощи

для пациентов возрастных групп, так для пожилых пациентов приоритетной задачей является коррекция тревожных состояний, тогда как для пациентов среднего возраста необходима повышенная настороженность в отношении депрессии.

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИКИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**ТЮМЕРЕКОВА Алина Алексеевна, УСМАНОВА Олеся Дамировна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **THE ADHERENCE OF POLYCLINIC PATIENTS TO ANTIHYPERTENSIVE THERAPY**

**TYUMEREKOVA A.A., USMANOVA O.D.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** Артериальная гипертензия (АГ) является широко распространённым заболеванием среди населения Российской Федерации. Однако недостаточная эффективность его лечения и контроля способствует тому, что АГ остается важнейшим фактором сердечно-сосудистого риска, в том числе и вследствие низкой приверженности пациентов лечению.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, артериальное давление, приверженность, антигипертензивные препараты.

**Abstract:** Arterial hypertension (AH) is a widespread disease among the population of the Russian Federation. However, the insufficient effectiveness of its treatment and control contributes to the fact that AH remains the most important factor of cardiovascular risk, including due to low patient adherence to treatment.

**Keywords:** arterial hypertension, blood pressure, adherence, antihypertensive drugs.

**Введение.** Артериальная гипертензия (АГ) – ведущая причина смертности во всем мире и важнейшая социально-экономическая проблема современного здравоохранения. При высокой распространенности АГ в популяции Российской Федерации и низкой эффективности ее лечения, она остается неуправляемым фактором сердечно-сосудистого риска, который является не только причиной поражения органов-мишней, но и потенцирует развитие ассоциированных клинических состояний.

**Цель:** изучить приверженность пациентов с артериальной гипертензией к назначаемой антигипертензивной терапии.

**Материал и методы.** Для анализа научных данных использованы различные поисковые системы: PubMed, Cyberleninka, информационные ресурсы Российского кардиологического общества и Европейского общества кардиологов.

**Результаты и обсуждения.** Проблема достижения целевых значений артериального давления (АД) при АГ является крайне актуальной и сложной для решения, поскольку зависит от влияния многих факторов. Наиболее значимыми среди них являются, с одной стороны, отсутствие у врачей мотивации достигнуть целевого уровня АД, прописанного в клинических рекомендациях, у каждого пациента, и низкая приверженность самих пациентов к рекомендованному лечению и изменению образа жизни, с другой. Согласно данным, полученным отечественными исследователями Drapkina O.M., Shepel R.N., Drozdova LYu, et al., амбулаторные врачи, вовлеченные в лечение пациентов с АГ, все еще опасаются назначать комбинацию двух и более препаратов для начальной терапии, даже у пациентов с АГ 2 или 3 степени.

Согласно данным из исследования Abegaz T.M., Shehab A., Gebreyohannes E.A., et al., не соблюдают рекомендации врача от 43% до 66% пациентов с АГ, а через 12 месяцев от начала терапии от 40% до 65% пациентов прекращают медикаментозное лечение. Европейское общество кардиологов (ESC) и Европейское общество по гипертонии (ESH) в своих совместных клинических рекомендациях (2018 г.) также указывают на то, что низкая приверженность к назначенному терапии и врачебная инерция являются важными факторами недостаточного контроля АД.

Сегодня в арсенале врача имеются широкие возможности лечения пациента с АГ. Результаты рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) свидетельствуют, что контроль АД может быть достигнут у большинства пациентов с АГ. При этом резистентность к проводимой терапии наблюдается лишь у 5-10% пациентов. Безусловно, РКИ отличаются от реальной ситуации по ряду параметров: отбору и ведению пациентов, конечности сроков наблюдения, требованиям к соблюдению протокола и т.п. Тем не менее, научными сообществами предприняты существенные шаги по переносу опыта РКИ в реальную клиническую практику. Предложены валидированные методы немедикаментозных вмешательств, фармакологические препараты, воздействующие на различные механизмы поддержания высокого АД, четкие алгоритмы, позволяющие врачам проводить ступенчатый подбор антигипертензивной терапии различным категориям пациентов с АГ и коморбидной патологией. Таким образом, проблема низкого контроля АГ лежит вне плоскости эффективности лечения и часто обусловлена низкой приверженностью к терапии. Показано, что более 20% пациентов не начинают

принимать антигипертензивные препараты после их назначения. По данным Burnier M., Egan B.M. в течение первого года лечения прекращают прием препаратов 50-65% больных АГ.

Основными факторами, влияющими на приверженность к терапии, согласно исследованию Бойцова С.А., Карпова Ю.А., Логуновой Н.А. и др. (2022 г.) являются:

1) факторы, связанные с индивидуальными особенностями пациента: возраст, пол, образование, психоэмоциональный статус, физические данные, наличие сопутствующей патологии, когнитивный статус пациента, социальные, культурные, национальные особенности питания и быта, семейные и религиозные традиции. К этой группе факторов можно также отнести низкую осведомленность о своем заболевании, социальное влияние окружения, включая уровень поддержки пациента со стороны семьи, образ жизни и другие.

2) факторы, связанные с деятельностью врача. Это личностные характеристики специалиста здравоохранения, способность врача к доступной коммуникации, в частности, умение информировать пациента о заболевании и прогнозе; способность устанавливать доверительные партнерские отношения с пациентом. К этой группе относится мотивация врача следовать принципам современной рациональной антигипертензивной терапии.

3) факторы, связанные с особенностями организации системы здравоохранения и доступностью медицинских услуг, квалифицированной медицинской помощи и препаратов. Это оснащенность медицинских учреждений, качество предоставляемой медицинской помощи и услуг, а также уровень информированности и обучения пациентов на популяционном уровне с помощью средств массовой информации.

4) Факторы, относящиеся к особенностям проводимого лечения: необходимость приема большого количества препаратов, сложные схемы лекарственной терапии, недостаточная эффективность и/или плохая переносимость лечения и развитие побочных явлений.

**Выводы:** проблема низкой приверженности к антигипертензивной терапии у пациентов поликлиники, не находящихся под круглосуточным контролем медицинских работников, является многофакторной, требующей комплексного подхода для её решения. Повышение приверженности врачебным рекомендациям поможет повысить эффективность терапии и снизить риски осложнений, связанных с АГ, улучшить качество жизни пациентов.

## **ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

УСМАНОВА Олеся Дамировна, ТЮМЕРЕКОВА Алина Алексеевна  
*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

**PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES: MAIN VECTORS**  
**USMANOVA O.D., TYUMEREKOVA A.A.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*  
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

**Резюме:** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной медико-социальной проблемой в Российской Федерации, несмотря на общую положительную динамику. Ключевым элементом современной профилактической парадигмы является оценка суммарного сердечно-сосудистого риска.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, суммарный сердечно-сосудистый риск, профилактика, стратификация риска.

**Abstract:** Cardiovascular diseases (CVD) remain a major medical and social problem in the Russian Federation, despite overall positive trends. A key element of the modern preventive paradigm is assessing overall cardiovascular risk.

**Keywords:** cardiovascular diseases, total cardiovascular risk, prevention, risk stratification.

**Введение.** Проблема сердечно-сосудистых заболеваний продолжает оставаться приоритетным направлением в работе системы здравоохранения России. Высокая распространенность ССЗ и смертность от них, обусловленные комплексом взаимопотенцирующих факторов риска (ФР), требуют системного и многоуровневого подхода. Современная концепция профилактики основывается на принципе синергического взаимодействия ФР, что делает обязательной оценку суммарного сердечно-сосудистого риска для каждого пациента. Такой подход позволяет разрабатывать персонализированные стратегии вмешательства и определяет необходимость сочетания популяционных мер с целью вмешательства в группы высокого риска.

**Цель:** изучить современные способы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы.** Для анализа современных подходов к профилактике ССЗ были использованы различные поисковые системы: Cyberleninka, информационные ресурсы Российского кардиологического общества и Европейского общества кардиологов. Методология основана на аналитическом обобщении данных о ФР, принципах стратификации суммарного сердечно-сосудистого риска (с использованием шкал - SCORE).

**Результаты и обсуждения.** Сердечно-сосудистые заболевания сохраняют

за собой статус основной медико-социальной проблемы здравоохранения, что обусловлено высоким уровнем связанной с ними смертности, сохраняющимся даже на фоне значительных успехов в кардиологии. Несмотря на обнадеживающую динамику последнего времени, показатели заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения в России остаются одними из наиболее высоких среди европейских стран.

Развитие данной группы заболеваний тесно связано с комплексом модифицируемых факторов риска, общих для большинства хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Существуют несколько ключевых факторов риска, влияющие на развитие ХНИЗ, в том числе и ССЗ. К ним относятся: повышенный уровень артериального давления (АД), повышенный уровень холестерина в крови, избыточное потребление алкоголя, ожирение, нерациональное питание, низкая физическая активность, курение, постоянный стресс. Данные факторы являются модифицируемыми ФР; возраст, пол и наследственность – немодифицируемыми.

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) обладают свойством взаимного потенцирования, то есть их совместное действие значительно увеличивает общий риск развития болезни и ее осложнений, превышая простое суммирование отдельных факторов. Данное обстоятельство требует обязательной комплексной оценки суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР) для каждого пациента. На основе расчета ССР сформированы две взаимодополняющие стратегии профилактики:

- популяционная стратегия для смещения медианных значений ФР в популяции в благоприятную сторону;
- высокорисковая стратегия, которая позволяет проводить целевое интенсивное вмешательство, включая комбинированную фармакотерапию (статины, антигипертензивные препараты, антиагреганты) для лиц с высоким ССР.

Таким образом, все современные руководства по профилактике ССЗ в клинической практике рекомендуют оценивать общий или суммарный риск ССЗ. В связи с этим, комплексное выявление всех факторов риска у пациента является обязательным для точной оценки ССР. При этом важно подчеркнуть, что меры профилактики должны быть всеобщими и охватывать всё население, включая лиц с низким риском, с целью сохранения их здоровья и недопущения прогрессирования факторов риска.

На основе расчета ССР формируется персонализированная терапевтическая стратегия:

- у пациентов с низким и умеренным риском фокус смещен на немедикаментозные методы коррекции образа жизни.
- для когорт высокого и очень высокого риска императивом является назначение комбинированной фармакотерапии в дополнение к модификации

образа жизни. Это включает применение гиполипидемических средств, в первую очередь, статинов для достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности в соответствии с категорией риска, а также антигипертензивных препаратов. Для пациентов с установленным ССЗ – назначение антиагрегантов.

Современные исследования подтверждают эффективность таких подходов, как:

- объединение нескольких лекарственных средств в одной таблетке (полипилл), то есть использование фиксированных комбинаций низкодозовых базисных препаратов для улучшения приверженности лечению;
- внедрение цифровых технологий (мобильные приложения, телемониторинг) для динамического контроля АД и поддержания модификации поведения;
- углубленное изучение роли новых биомаркеров, например, аполипопротеина В, для уточнения стратификации риска.

**Выводы:** таким образом, наиболее эффективной и доказанной моделью профилактики ССЗ является синергия двух стратегий: популяционной, направленной на формирование здоровой среды для всего общества, и высокорисковой, нацеленной на активное вмешательство у конкретных пациентов. Следовательно, дальнейшее снижение бремени ССЗ возможно только благодаря интеграции усилий на государственном, общественном и индивидуальном уровнях, основанной на принципах доказательной медицины и непрерывного динамического контроля.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА**

УТКИН Евгений Владиславович, ЖУРАВЛЕВА Дарина Григорьевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **THE CLINICAL CASE OF WILSON-KONOVALOV'S DISEASE**

UTKIN E.V., ZHURAVLEVA D.G.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** В данной статье рассмотрен клинический случай болезни Вильсона–Коновалова – редкого аутосомно-рецессивного наследственного заболевания, которое проявляется поражением печени и центральной нервной системы.

**Ключевые слова:** болезнь Вильсона-Коновалова, гепатоцеребральная дистрофия, трансплантация печени.

**Abstract:** This article examines a clinical case of Wilson-Konovalov disease, a rare autosomal recessive hereditary disease that manifests itself as damage to the liver and central nervous system.

**Keywords:** Wilson-Konovalov's disease, hepatocerebral dystrophy, liver transplantation.

**Введение.** Болезнь Вильсона-Коновалова (БВК), или гепатоцеребральная дистрофия – относительно редкое аутосомно-рецессивное наследственное заболевание, связанное с мутацией гена медьютранспортирующей АТФазы. Тип наследования: аутосомно-рецессивный, встречается одинаково часто у мужчин и женщин. Болезнь представляет широкий интерес для неврологов, гепатологов и гастроэнтерологов. Существует несколько форм заболевания: брюшная форма, которая проявляется циррозом, гепатитом, острой печеночной недостаточностью; церебральная форма – экстрапирамидная, церебеллярная, псевдобульбарная, характерны судороги, когнитивные и психические нарушения; смешанная форма, протекающая с поражением нервной системы, печени, почек, глаз, суставов, сердца, эндокринной системы. Первостепенной задачей врачей является раннее выявление БВК, чтобы избежать задержек в лечении, не допускать развития необратимых осложнений.

**Цель:** изучить клиническую картину, лечение, осложнения и прогноз на примере пациента с болезнью Вильсона-Коновалова.

**Материал и методы.** Проанализированы данные литературных источников и интернет-ресурсов, медицинская документация пациента.

**Результаты и обсуждения.** Болезнь Вильсона-Коновалова – одна из наиболее изученных наследственных форм экстрапирамидной патологии, связанная с нарушением обмена церулоплазмина – белка плазмы крови, содержащего медь и синтезирующегося в печени. Морфологически выявляется отложение меди преимущественно в подкорковых ганглиях, коре полушарий головного мозга, мозжечке, а также в печени, селезенке, радужке и хрусталике. В пораженных органах развиваются очаги размягчения и склерозирования. Гепатоцеребральная дистрофия характеризуется многообразием симптомов и манифестирует у разных возрастных групп с разной скоростью развития процесса. Печеночная форма характеризуется различными симптомами, поэтому важно детально дифференцировать заболевания печени неясной этиологии, в том числе с БВК.

Рассмотрим клинический случай лечения пациента Д. 22-х лет, поступившего в приемное отделение с тяжелым холестатическим гепатитом токсической этиологии, на фоне дисфункции трансплантата печени. Сопутствующее заболевание: внебольничная двухсторонняя полисегментарная

тяжелая пневмония, осложненная острой дыхательной недостаточностью, двухсторонним экссудативным плевритом. При сборе анамнеза выяснилось, что пациент заболел в возрасте 17 лет, когда впервые появились желтуха и асцит, был установлен диагноз: «Цирроз печени». А уже через несколько месяцев произведена трансплантация печени как единственный радикальный вариант лечения больного с фульминантной формой БВК. В последующие годы на фоне медикаментозной иммуносупрессии больной чувствовал себя относительно неплохо и продолжал учебу. В течение последних шести месяцев состояние пациента ухудшилось, вновь появились зуд кожи, желтуха, выраженная общая слабость. Был госпитализирован с подозрением на отторжение трансплантата, назначена мощная иммуносупрессивная терапия. В динамике признаков гуморального отторжения не определялось, однако сохранялся тяжелый холестатический гепатит. После выписки из стационара на фоне дальнейшего лечения иммуносупрессорами развилась двухсторонняя пневмония, пациент в течение месяца находился в реанимационном отделении. В настоящее время пациент выписан на амбулаторное лечение и продолжает прием антибиотиков, противогрибковых и противовирусных препаратов.

**Выводы:** клинический случай является примером позднего выявления заболевания, повлекшего за собой развитие цирроза печени с последующей трансплантацией печени. Повышение осведомленности врачей первичного звена здравоохранения о симптоматике и течении болезни Вильсона-Коновалова способствует раннему выявлению заболевания и правильной тактике лечения.

## **ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

**ФИНАЕВА Дарья Игоревна, ЧУРАЙ Кирилл Валерьевич**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **HYPOGLYCEMIC STATES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND THEIR PREVENTION IN OUTPATIENT CLINICS**

**FINAEVA D.I., CHURAY K.V.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** В данной статье обсуждается частота выявления гипогликемий у лиц с разными типами сахарного диабета. Анализируются факторы, которые провоцируют развитие данного состояния и меры профилактики гипогликемий при лечении пациентов с сахарным диабетом в условиях поликлиники.

**Ключевые слова:** гипогликемия, сахарный диабет, факторы риска.

**Abstract:** This article discusses the incidence of hypoglycemia in individuals with different types of diabetes. It analyzes the factors that provoke the development of this condition and measures to prevent hypoglycemia when treating patients with diabetes in outpatient hospital.

**Keywords:** hypoglycemia, diabetes mellitus, risk factors.

**Введение.** Гипогликемия является одной из наиболее частых проблем при сахарном диабете (СД) и обусловлена воздействием сахароснижающих препаратов. Гипогликемия, вызывая выброс гормонов стресса, может способствовать развитию сердечно-сосудистых осложнений, в том числе инфаркта миокарда. Низкий уровень глюкозы в крови активирует вегетативную нервную систему, что приводит к выделению адреналина и норадреналина, провоцируя развитие жизнеугрожающих аритмий.

Одним из эффективных действий по уменьшению рисков развития гипогликемических состояний и предотвращению развития осложнений со стороны различных систем организма является регулярный контроль уровня глюкозы в крови, который приобретает особое значение при лечении пациента в амбулаторных условиях.

**Материал и методы.** Проведен анализ научной литературы, посвященной изучению гипогликемии при сахарном диабете I и II типов, с использованием баз данных eLIBRARY, КиберЛенинка, GoogleScholar, PILOTS, PubMed и WebofScience.

**Результаты и обсуждения.** В настоящее время нет стандартизованного соглашения о сообщении частоты гипогликемий. По данным нескольких работ можно выявить закономерность, заключающуюся в том, что частота гипогликемических состояний напрямую зависит от выбранного уровня глюкозы. Например, при выбранной концентрации глюкозы в крови, равной 4,0 ммоль/л можно заметить высокий процент гипогликемических состояний.

В научной литературе гипогликемия обозначается как патологическое состояние, характеризующееся снижением концентрации глюкозы в крови ниже 3,5 ммоль/л, вследствие чего возникает гипогликемический синдром. Однако в Клинических рекомендациях по оказанию скорой медицинской помощи при гипогликемии дается следующее определение: «гипогликемия – снижение глюкозы плазмы до 2,8 ммоль/л, что сопровождается определенной симптоматикой, или до 2,2 ммоль/л, независимо от того, сопутствует ли такому состоянию симптоматика». Исходя из анализа Российских стандартов, можно

выделить два состояния – легкую гипогликемию с относительно более легким течением, при которой не требуется срочная медицинская помощь, и тяжелую, при которой больному необходима немедленная помощь специалиста. При этом рекомендуется назначить мероприятия, купирующие развитие гипогликемических состояний у пациентов, которые принимают сахароснижающие лекарственные вещества, при уровне глюкозы в крови в пределах 3,9-3,3 ммоль/л.

В «Алгоритмах специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» выделяют два уровня гипогликемического состояния. Уровень 1: значения глюкозы плазмы от 3,9 до 3,0 ммоль/л (с симптомами или без) у больных СД, получающих сахароснижающую терапию, указывают на риск развития гипогликемии и требуют начала мероприятий по купированию гипогликемии независимо от наличия или отсутствия симптомов. Уровень 2: значения глюкозы плазмы <3,0 ммоль/л, с симптомами или без, клинически значимая гипогликемия, требующая немедленного купирования.

При СД 1-го и СД 2-го типов частота гипогликемий существенно отличается, так она характерна, в большинстве случаев, для СД первого типа и часто связана с применением инсулина. Однако, необходимо помнить о том, что некоторые пациенты с СД 2 типа получают не только сахароснижающие препараты, но и инсулин. Результаты данных Регистра СД показали, что годовой риск развития тяжелой гипогликемии составлял 7% для пациентов с СД 2 типа, а частота - 0,1 случая на человека в год. В целом среди более чем полутора миллиона больных с СД 2 типа (532 542 человек, получавших инсулиновую терапию и таблетированные препараты) распространенность гипогликемии составляла 45% для эпизодов легкой и умеренной гипогликемии и 6% - для тяжелой, а частота эпизодов гипогликемии на человека в год составила 19 случаев.

Часто гипогликемии встречаются в ночное время. Эпизодыочных гипогликемий колеблются в интервале от бессимптомных до тяжелых и даже потенциально опасных для жизни. К тому же бессимптомныеочные гипогликемии вызывают постепенное нарушение контррегуляции и нарушение распознавания гипогликемий. Это связано с нарушением секреции катехоламинов, в первую очередь адреналина, вследствие автономной нейропатии, а также нарушением реакции на выброс адреналина в ответ на гипогликемию - отсутствием симпатоадреналового ответа на гипогликемию. Следовательно, необходимо отдельно учитыватьочные и дневные эпизоды гипогликемий.

Профилактика гипогликемий при лечении в условиях поликлиники включает обучение пациентов соблюдению режима питания и приема лекарств, контроль уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра, правильный расчет доз инсулина при физических нагрузках, а также ношение при себе

быстроусвоемых углеводов для купирования приступов. В школах для больных сахарным диабетом пациентов учат распознавать симптомы гипогликемии, купировать их с помощью простых углеводов, а также своевременному обращению за медицинской помощью.

**Выводы:** в настоящее время не установлены определенные значения глюкозы крови, по которым можно судить о частоте гипогликемии при различных типах СД, так как частота гипогликемических состояний всецело зависит от выбранного уровня глюкозы крови. Риск развития гипогликемии выше у больных, страдающие сахарным диабетом 1 типа (СД1).

В условиях поликлиники участковые терапевты, врачи общей практики, эндокринологи объясняют пациентам способы профилактики гипогликемии. Важная роль в профилактике гипогликемических состояний у пациентов с СД отводится школам для больных сахарным диабетом.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ**

**ФИРСОВА Елизавета Владимировна, ДОВБЫШ Екатерина Руслановна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина*

## **USING A MEDICAL DECISION SUPPORT SYSTEM**

**FIRSOVA E.V., DOVBYSH E.R.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

*Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina*

**Резюме:** Статья посвящена системам поддержки принятия врачебных решений (СППВР) как важному элементу цифрового здравоохранения. В ней рассматриваются принципы работы, особенности применения, преимущества и перспективы развития СППВР.

**Ключевые слова:** цифровая медицина, СППВР, искусственный интеллект в медицине, прогнозирование заболеваний.

**Abstract:** The article is devoted to clinical decision support systems (CDSS) as an important element of digital healthcare. It discusses the principles of operation, application features, advantages and prospects for the development of the CDSS.

**Keywords:** digital medicine, CDSS, artificial intelligence in medicine, disease prediction.

**Введение.** Системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) –

это медицинские информационные системы, использующие искусственный интеллект для анализа данных и предоставления врачам и другим медицинским работникам рекомендаций, помогающих в принятии клинических решений.

В терминологическом контексте важно подчеркнуть разницу между системами, обеспечивающими информационную поддержку, и системами поддержки принятия врачебных решений (СППР). Информационная поддержка предполагает сообщение врачу какой-либо информации, в том числе во время ввода данных, например, о несовместимости лекарств, о методах обследования, применяемых при предполагаемом диагнозе и т.п. В отличие от них, СППР предоставляют врачу варианты действий в сложных клинических ситуациях, предлагая конкретные решения для рассмотрения.

Одновременно интеллектуальные СППР, включающие модули объяснения предлагаемых решений, способствуют повышению квалификации врачей-пользователей.

**Цель:** исследовать принципы работы СППР, их виды, преимущества, а также перспективы развития.

**Материал и методы.** В рамках настоящего исследования был выполнен обзор соответствующей литературы и осуществлена аналитическая обработка научных работ.

**Результаты и обсуждения.** Системы поддержки принятия решений (СППР) охватывают ключевые аспекты работы врача с пациентом:

- дифференциальная диагностика,
- прогнозирование развития заболеваний,
- определение оптимальных методов обследования,
- выбор схемы лечения и конкретных препаратов с учётом индивидуальных противопоказаний,
- выбор хирургической тактики,
- оценка наследственной предрасположенности,
- определение группы риска,
- разработка персональных рекомендаций по укреплению здоровья.

В современном мире преобладающая часть систем поддержки принятия решений (СППР) разрабатывается в виде интеллектуальных СППР. Это означает, что они функционируют на основе экспертных знаний, либо на информации, полученной из научных публикаций и архивов клинических случаев. Они позволяют учитывать специфику представления клинической информации и характеризуются более или менее выраженным объяснительным компонентом:

- размытые данные или верbalные характеристики состояния больного, обусловленные субъективностью оценки данных физикального обследования больного и трудностями однозначной интерпретации клинических проявлений

(окраска кожи, выраженность сердечного шума и т.п.), реализация которых возможна с использованием методов нечеткой логики;

- возможны различные подходы к принятию диагностических заключений, которые достигаются путем создания системы логического анализа, использующей комбинированный метод: прямой, когда в систему сначала вносятся данные о состоянии больного, и обратный, когда ход мыслей идет от предполагаемого диагноза к конкретным симптомам, подтверждающим его;

- предоставление объяснений принятого решения.

В динамических интеллектуальных СППР, получающих данные о физиологических параметрах организма с мониторов и анализирующих их в реальном времени, основные функции включают:

- своевременное предупреждение о критических изменениях в состоянии пациента;

- прогнозирование осложнений патологического процесса;

- коррекцию лечебно-диагностической тактики на основе изменяющихся параметров пациента.

Знания о болезнях (или синдромах), состоящих в определенных отношениях с основной диагностической гипотезой, позволяют интеллектуальной системе выявлять: а) причинно-следственные связи, указывающие на возможную причину заболевания; б) временные связи, позволяющие как прогнозировать динамику течения болезни, так и восстанавливать возможный анамнез; в) ассоциативные связи, учитывающие условия, на фоне которых могло развиться заболевание или фоном для каких синдромов оно может служить в дальнейшем.

Исследование использования систем поддержки принятия решений (СППР) выявило, что врачи принимают более эффективные решения, когда система автоматически запрашивает необходимые данные у пользователя, а не требует их ручного ввода (эффективность 73% против 47%).

Внедрение систем искусственного интеллекта в медицинскую практику в 1970-е годы дало возможность значительно расширить возможности дифференциальной диагностики, охватывая даже нетипичные и редко встречающиеся патологии. Эти системы способны, опираясь на анализ клинической картины, предлагать не только диагноз и прогноз заболевания, но и конкретные рекомендации по дальнейшему обследованию пациента и выбору оптимальных методов лечения. Кроме того, предоставление врачам персонализированной обратной связи с СППР в режиме диалога является эффективным средством улучшения соблюдения выдаваемых клинических рекомендаций.

Интеллектуальные системы создаются на основе извлечения информации из медицинской литературы или историй болезни. Они могут различными

способами моделировать решение определенных задач, в частности опираясь на аргументы и контраргументы для порождения гипотез на основе правдоподобных рассуждений.

**Выводы:** совершенствование компьютерных систем для помощи врачам в принятии решений и, в частности, переход к системам, основанным на знаниях, продемонстрировало возможность не только консультативной помощи на разных этапах лечебно-диагностического процесса (диагностика, прогноз, выбор лечения), но и возможность повышения квалификации врачей при использовании интеллектуальных систем.

Интеллектуальные системы поддержки принятия решений (СППР), использующие алгоритмы искусственного интеллекта, помогают врачам, предоставляя ответы на их вопросы в ходе консультации и объясняя логику предлагаемых решений. В то же время, система может запрашивать у врача информацию о симптомах, необходимых для подтверждения гипотезы, рекомендовать дополнительные диагностические процедуры и предупреждать о возможных осложнениях. Эти особенности интеллектуальных СППР, которые принято называть «прозрачностью» системы, позволяют врачам расширять свои знания, особенно в случаях нечеткой клинической картины или при работе со сложными и редко встречающимися заболеваниями.

## **ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА**

**ХОЧИБОЕВА** Дилангез Бурхониддиновна, **ШАПОЛОВА** Юлия Андреевна.

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **ARTIFICIAL INTELLIGENCE AS A NEW TOOL IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CLINICAL PRACTICE**

**ХЧЧОИБОЕВА Д. Б., ШАПОЛОВА Я. А.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** в статье рассмотрены ключевые аспекты применения искусственного интеллекта в акушерско-гинекологической практике. Рассмотрены возможности искусственного интеллекта в улучшении диагностики заболеваний и повышении точности прогнозирования осложнений.

**Ключевые слова:** Искусственный интеллект, нейросети, акушерство,

гинекология, диагностика, прогнозирование.

**Abstract:** The article discusses the key aspects of using artificial intelligence in obstetric and gynecological practice. It examines the potential of artificial intelligence in improving the diagnosis of diseases and increasing the accuracy of predicting complications.

**Keywords:** Artificial intelligence, neural networks, obstetrics, gynecology, diagnostics, and prediction.

**Введение.** Цифровая трансформация здравоохранения открывает новые горизонты для повышения качества и доступности медицинской помощи. Одним из наиболее перспективных направлений является применение технологий искусственного интеллекта, в частности сверточных нейронных сетей, способных анализировать сложные массивы данных литературы. В акушерско-гинекологической практике это позволяет перейти от реактивной к предиктивной и превентивной модели, предсказывая риски и предотвращая осложнения на самых ранних этапах.

**Цель:** проанализировать современные возможности и перспективы применения алгоритмов искусственного интеллекта и нейронных сетей в различных областях акушерства и гинекологии.

**Материал и методы.** Проведен системный анализ современных научных публикаций в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science и РИНЦ за период 2018-2024 гг., посвященных применению машинного обучения в гинекологической онкологии, пренатальной диагностике, репродуктологии и акушерстве.

**Результаты и обсуждения.** Диагностика в гинекологической онкологии: Нейросети показали высокую эффективность в анализе визуальных данных. Алгоритмы глубокого обучения превосходят человеческое зрение в детализации и последовательно демонстрируют точность выше 90-95% в цитологической диагностике: автоматический анализ мазков с шейки матки (ПАП-тест) для выявления атипичных клеток, что значительно ускоряет скрининг рака шейки матки и снижает количество ложноотрицательных результатов.

Точность выявления патологических изменений в ПАП-тестах достигает 97,2%.

Чувствительность выявления предраковые поражения шейки матки составляет 94,5%.

Специфичность дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований яичников – 92,8%.

Интерпретация гистологических срезов: ИИ помогает патологам определять тип и степень злокачественности опухолей эндометрия и яичников, оценивать инвазию в лимфоваскулярное пространство.

Анализ МРТ и КТ-изображений: алгоритмы точно определяют объем опухоли, вовлечение соседних органов и регионарных лимфоузлов, что критически важно для стадирования и планирования хирургического лечения.

Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии: ИИ становится «вторым мнением» для врача УЗИ-диагностики. Нейросети автоматически определяют бипариетальный размер головки плода, длину бедренной кости, окружность живота, что стандартизирует фетометрию и сокращает время исследования.

Время проведения рутинной фетометрии сокращено на 40%.

Точность автоматических измерений бипариетального размера головки плода: 98,3%.

Чувствительность detection врожденных пороков сердца плода повышена до 91,6%.

Алгоритмы помогают в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных образований яичников по данным УЗИ.

Скрининг аномалий развития плода: разрабатываются системы для автоматического скрининга врожденных пороков сердца, аномалий нервной трубы и других структурных нарушений.

Прогнозирование исходов и персональные риски: это одно из самых значимых применений ИИ. Путем анализа больших данных (история болезни, показатели анализов, данные мониторинга) алгоритмы прогнозируют различные состояния, такие как:

1. Презклампсия. Оценка риска развития этого грозного осложнения беременности в I-II триместре по комбинации клинических, биохимических и ультразвуковых маркеров. Точность прогнозирования презклампсии в первом триместре: 93,4%.

2. Преждевременные роды. Предсказание риска досрочного родоразрешения по данным трансвагинального УЗИ (измерение длины шейки матки) и анамнеза. Чувствительность выявления риска преждевременных родов: 89,7%.

3. Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ). Прогнозирование развития СГЯ в программах ЭКО для своевременной коррекции протокола стимуляции.

4. Успех программ ВРТ. Интегральный анализ множества факторов для оценки вероятности наступления беременности после ЭКО. Достоверность оценки успешности ЭКО: 86,2%.

Клиническая эффективность:

- снижение частота диагностических ошибок при интерпретации медицинских изображений на 32%;
- уменьшение времени постановки диагноза при онкологических заболеваниях на 45%.

**Выводы:** полученные данные подтверждают, что интеграция

нейросетевых технологий в клиническую практику позволяет достичь значительного улучшения ключевых показателей медицинской помощи: точности диагностики, скорости принятия решений и персонализации прогнозирования рисков. Внедрение искусственного интеллекта в акушерство и гинекологию кардинально меняет подходы к диагностике и прогнозированию. Нейросети, выступая в роли высокоточного инструмента, не заменяют врача, а значительно усиливают его возможности, позволяя перейти к персонализированной медицине и повысить качество помощи пациентам.

## **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**ЧАМБАЛ Буян Дугул-оолович, ПАЗИЛЖАНОВ Асадбек Султанбекович**  
*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна  
Помыткина

## **OLD AGE WITHOUT DISEASE: FROM PREVENTION TO CARE FOR THE QUALITY OF LIFE**

**CHAMBAL B.D., PAZILZHANOV A.S.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

**Резюме:** Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся ведущей причиной смертности в мире, основана на коррекции управляемых факторов риска. Наиболее эффективными стратегиями, согласно современным клиническим рекомендациям (ESC, ACC/AHA, ВОЗ), являются полный отказ от курения, переход на средиземноморский или DASH-тип питания и регулярная аэробная физическая активность от 150 минут в неделю. Интеграция скрининга (шкала SCORE2) и мотивационного консультирования в работу врача первичного звена позволяет значительно повысить эффективность профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** Первичная профилактика, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, модификация образа жизни, клинические рекомендации, шкала SCORE2.

**Abstract:** Primary prevention of cardiovascular diseases, the leading cause of mortality worldwide, is based on the correction of modifiable risk factors. According to modern clinical guidelines, the most effective strategies are complete smoking cessation, adherence to a Mediterranean or DASH diet, and regular aerobic physical

activity of at least 150 minutes per week. The integration of screening (SCORE2 algorithm) and motivational interviewing into the work of primary care physicians can significantly increase the effectiveness of preventive measures.

**Keywords:** Primary prevention, cardiovascular diseases, risk factors, lifestyle modification, clinical guidelines, SCORE2 algorithm.

**Введение.** Современное общество сталкивается с тенденцией старения населения. Увеличение продолжительности жизни является значительным достижением медицины и науки, однако оно ставит перед нами новые вызовы. Важно не только продлить жизнь человека, но и обеспечить её высокое качество, предотвратив тяжёлые хронические заболевания и сохранив активность в пожилом возрасте.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) представляют собой основную угрозу общественному здоровью. Более 80% случаев преждевременных инфарктов и инсультов могут быть предотвращены за счёт воздействия на управляемые поведенческие и метаболические факторы риска.

**Цель:** в условиях амбулаторной практики выявить чёткие, доказательные и практико-ориентированные алгоритмы первичной профилактики ССЗ.

**Материал и методы.** Проведён систематический обзор международных (ESC, ACC/AHA, WHO) и национальных клинических рекомендаций, посвящённых первичной профилактике ССЗ. Анализ эффективности вмешательств оценивался на основе рекомендаций и доказательств.

**Результаты и обсуждения.** Анализ клинических рекомендаций выявил чёткий перечень вмешательств с высоким уровнем доказательности:

1. Отказ от курения: Абсолютный приоритет. Снижает риск коронарных событий на 50% в течение 1-2 лет. Эффективность никотин-заместительной терапии и варениклина подтверждена.

2. Диетотерапия: Средиземноморская и DASH-диеты продемонстрировали снижение риска основных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (MACE) на 20-30%. Потребление соли <5 г/сут ассоциировано со значимым снижением АД.

3. Физическая активность: Достижение рекомендованного уровня (150 мин/нед. средней интенсивности) приводит к снижению риска ССЗ на 35%, а также способствует коррекции массы тела, АД и дислипидемии.

4. Скрининг и оценка риска: Шкала SCORE2 адаптирована для популяций с разным риском и является оптимальным инструментом для пациентов и выбора тактики ведения.

Полученные результаты согласуются с данными крупных эпидемиологических исследований, подтверждающих, что поведенческие факторы определяют до 80% популяционного риска ССЗ. Ключевой задачей

является трансляция этих доказательных данных в реальную клиническую практику.

Основными барьерами остаются:

- низкая приверженность пациентов долгосрочным изменениям образа жизни;
- дефицит времени у врача амбулаторного звена на подробное консультирование;
- недостаточная осведомлённость о методиках мотивационного интервьюирования.

В качестве решений предлагается:

- активное использование памяток и дневников самоконтроля для пациентов;
- направление в «Школы здоровья» для групповой терапии;
- интеграция ИТ-технологий (мобильные приложения для мониторинга питания, активности и АД) в процесс наблюдения;
- включение основ мотивационного интервью в программы повышения квалификации терапевтов. Таким образом, эффективность первичной профилактики зависит не только от знания рекомендаций, но и от внедрения системного, мультидисциплинарного подхода к ведению пациента.

**Выводы:** современная стратегия первичной профилактики ССЗ — это не разрозненный набор советов, а целостная, персонализированная система, интегрированная в работу первичного звена здравоохранения. Она сочетает в себе доказательные медицинские вмешательства, инструменты поведенческой психологии и современные технологии для достижения главной цели — значимого увеличения продолжительности и качества жизни пациента.

## **КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

**ЧАХЛОВА Василина Юрьевна, ЮРЧЕНКО Дмитрий Максимович,**  
*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **CORRECTION OF RISK FACTORS FOR ESSENTIAL HYPERTENSION IN AN OUTPATIENT CLINIC**

**CHAKHLOVA V.Yu., YURCHENKO D.M.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** В качестве одного из инструментов первичной профилактики рассматриваются возможные подходы к определению риска развития заболевания и воздействие на корригируемые факторы риска гипертонической болезни.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, первичная профилактика, факторы риска.

**Abstract:** Possible approaches to determining the risk of developing the disease and the impact on modifiable risk factors for essential hypertension are considered as one of the tools for primary prevention.

**Keywords:** essential hypertension, primary prevention, risk factors.

**Введение.** Гипертоническая болезнь относится к самым распространенным сердечно-сосудистым заболеваниям и является актуальной проблемой в экономически развитых странах, поскольку характеризуется высоким уровнем инвалидизации и смертности работоспособного населения.

**Цель:** изучить наиболее распространенные факторы риска гипертонической болезни и возможности их коррекции в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

**Материал и методы.** Проведен анализ научных статей и данные статистики, опубликованные в PubMed, Cyberleninka, GoogleScholar, E-library, посвященные гипертонической болезни.

**Результаты и обсуждения.** Под гипертонической болезнью (ГБ) принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления (АД), не связанное с наличием патологических процессов, при которых повышение артериального давления является одним из дополнительных симптомов (симптоматические артериальные гипертензии (АГ)).

Причина эссенциальной ГБ остается до конца не выясненной, но в настоящее время хорошо изучены некоторые предрасполагающие факторы, которые относят к факторам риска (ФР), способствующим к развитию ГБ.

К ведущим ФР относится длительное психоэмоциональное перенапряжение. Об этом свидетельствуют частые её случаи у людей «стрессовых профессий». Особую роль играют отрицательные эмоции. Современный цивилизованный человек часто не имеет возможности погасить своё эмоциональное возбуждение двигательной активностью. Это способствует длительному сохранению в коре головного мозга очага застойного возбуждения и развитию артериальной гипертензии.

Помимо психоэмоционального перенапряжения, к факторам риска ГБ относится пол (мужчины в возрасте от 35 до 55 лет обладают большей предрасположенностью к развитию гипертонической болезни, чем женщины), возраст (за последние 10 лет ГБ встречается у лиц старше 35 лет, но может быть

и у молодых), повышенное потребление поваренной соли, ожирение, гиперлипидемия, алкоголь, курение, гиподинамия.

Пристальное внимание исследователей в последние годы приковано к наследственным механизмам формирования ГБ: нарушение регуляции АД происходит в результате различных генетических дефектов, определяющих функциональный ответ кровообращения на внешние и внутренние воздействия. Генетические дефекты могут влиять на нарушение трансмембранных клеточного перемещения ионов натрия и кальция с накоплением последних внутри клеток, что играет особую роль в изменении состояния мелких сосудов при повышении их склонности к сокращению и возникновению сосудистого спазма.

Всем больным с АГ, в том числе, получающим медикаментозную терапию, особенно при наличии ФР, рекомендуют мероприятия по изменению образа жизни, который будет основан на привычных поведенческих реакциях. Привычки формируются в детском и юношеском возрасте в результате взаимодействия генетических, средовых факторов и сохраняются под влиянием социальной среды во взрослом периоде. Именно поэтому у лиц из разных социальных групп поведенческие реакции различны.

Здоровый образ жизни включает в себя отказ от курения. Рандомизированные исследования свидетельствуют, что после прекращения курения в течение 10-15 лет риск приближается к уровню никогда не куривших людей. Также необходимо нормализовать по возможности массу тела и снизить индекс массы тела (ИМТ) до 25 кг/м<sup>2</sup>, увеличить физическую активность. Необходимо изменить режим питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут., снижение потребления алкогольных напитков менее 30 г алкоголя в сутки для мужчин и 20 г/сут. для женщин.

Ключевую роль в борьбе с ФР заболеваний в условиях поликлиники играют Центры здоровья: они информируют прикрепленное население о вредных привычках, проводят индивидуальное и групповое консультирование, помогают разработать индивидуальные программы здорового образа жизни, а также оценивают состояние организма и обучают навыкам отказа от вредных привычек. Одной из групповых форм профилактического консультирования являются «Школы здоровья», где проводятся занятия с группами лиц, имеющих различные ФР развития ГБ, такие как табакокурение, ожирение, дислипидемия. Таким образом, Центры здоровья – уникальные структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях, позволяющие повысить профилактическую работу путем массового привлечения прикрепленного населения всех возрастов.

Выводы: таким образом, возникновение гипертонической болезни связано с комплексным воздействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности. Первичная профилактика ГБ, которая включает в себя своевременное выявление факторов риска и их коррекцию, позволит в определенной мере замедлить развитие заболевания и отсрочить его появление.

## **ИНТЕГРАЦИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ**

ЧУРАЙ Кирилл Валерьевич, ПЕТРОВА Анастасия Евгеньевна

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **INTEGRATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE INTO RADIOLOGICAL PRACTICE**

CHURAY K.V., PETROVA A.E.

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** Внедрение искусственного интеллекта в рентгенологическую практику способствует повышению точности диагностики, ускоряет интерпретацию изображений, снижает риск ошибок, открывая новые возможности для раннего выявления патологий.

**Ключевые слова:** искусственный интеллект, информационные технологии, рентгенология.

**Abstract:** The introduction of artificial intelligence into radiological practice helps to improve diagnostic accuracy, speeds up image interpretation, reduces the risk of errors, opening up new opportunities for early detection of pathologies.

**Keywords:** artificial intelligence, information technology, radiology.

**Введение.** Рентгенология занимает ключевое место в современной системе здравоохранения, обеспечивая своевременную диагностику широкого спектра заболеваний. Однако рост объемов исследований, высокая нагрузка на специалистов и необходимость повышения точности интерпретации изображений требуют внедрения новых технологий. Одним из наиболее перспективных направлений является использование искусственного интеллекта (ИИ), основанного на алгоритмах машинного обучения и нейронных сетях. Интеграция ИИ в практику лучевой диагностики открывает

возможности для автоматизации рутинных процессов, снижения числа ошибок и повышения эффективности клинических решений.

**Цель:** изучить возможности искусственного интеллекта для его применения в рентгенологической практике.

**Материал и методы.** Проведен анализ научной литературы, посвященной искусственноому интеллекту с использованием баз данных eLIBRARY, КиберЛенинка, GoogleScholar, PILOTS, PubMed и WebofScience.

**Результаты и обсуждения.** Современная радиология сталкивается с быстрым ростом объема данных визуализации, увеличением сложности исследований и необходимостью принятия быстрых, точных решений. Это приводит к риску профессионального выгорания рентгенологов и потенциальным диагностическим ошибкам. ИИ предлагает революционные возможности для автоматизации рутинных задач, количественного анализа изображений и поддержки принятия решений, становясь ключевым инструментом трансформации специальности.

Автоматизация рутинных процессов и оптимизация работы способствует тому, что алгоритмы ИИ анализируют поступающие исследования в режиме реального времени и автоматически помечают срочные случаи (например, геморрагический инсульт, тромбоэмболия легочной артерии), сокращая время до постановки диагноза. Контроль качества изображений обеспечивается автоматической оценкой движения, позиционирования пациента и качества контрастного усиления с рекомендациями по необходимости повторного сканирования. Автоматическое измерение объемов и плотности способствует быстрому вычислению объемов органов, опухолей и плотности костной ткани.

Разумеется, ИИ не ставит окончательный диагноз, используя рентгеновские снимки или результаты компьютерной томографии. Все данные перепроверяются врачом, так как на сегодняшний день отсутствуют законодательные акты, позволяющие самостоятельное использование технологий ИИ. Таким образом врач-рентгенолог по-прежнему несет ответственность за формирование заключения, даже если его генерирует ИИ. В то же время, с внедрением ИИ у специалистов появилось больше возможностей для детального анализа уже обработанных алгоритмами данных и выявления патологических изменений.

**Выводы:** таким образом, искусственный интеллект обладает огромным потенциалом для применения в рентгенодиагностике и других областях медицины, особенно при анализе медицинских изображений. Алгоритмы машинного обучения позволяют автоматизировать рутинные процессы и открывают новые возможности для раннего выявления патологий. Рентгенолог интерпретирует информацию от ИИ и сопоставляет ее с клинической картиной, а затем принимает диагностическое решение.

**СВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА С РАЗВИТИЕМ  
САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА**

**ШАБАЛДАК Анастасия Алексеевна, МОНГУШ Елена Эдуардовна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

**THE LINK BETWEEN CHRONIC STRESS AND THE DEVELOPMENT  
OF TYPE 2 DIABETES**

**SHABALDAK A.A., MONGUSH E.E.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

**Резюме:** рассматривается влияние хронического стресса на развитие сахарного диабета 2 типа: стресс может менять обмен веществ, повышать уровень сахара в крови и снижать чувствительность к инсулину. Стресс влияет и на образ жизни — питание, физическую активность, вредные привычки. Сделан вывод о необходимости учитывать стресс в профилактике заболевания и помогать людям учиться справляться с ним.

**Ключевые слова:** хронический стресс, сахарный диабет 2 типа, инсулин, углеводный обмен.

**Abstract:** The article examines the impact of chronic stress on the development of type 2 diabetes: stress can alter metabolism, increase blood sugar levels, and reduce insulin sensitivity. Stress also affects lifestyle factors such as diet, physical activity, and unhealthy habits. The article concludes that it is important to consider stress in the prevention of diabetes and help individuals learn how to manage it.

**Keywords:** chronic stress, type 2 diabetes, insulin, carbohydrate metabolism.

**Введение.** Сахарный диабет (СД) признан глобальной социально значимой неинфекционной эпидемией, находящейся под контролем Организации Объединенных Наций (ООН) и национальных систем здравоохранения во всем мире. СД относится к категории заболеваний с неуклонными темпами роста распространенности и представляет собой угрозу за счет ранней инвалидизации и высокой смертности от сосудистых катастроф.

По последним данным, численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более, чем в 2 раза, и к концу 2021 года превысила 537 млн человек. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации, к

2030 году сахарным диабетом будет страдать 643 млн человек, а к 2045 году – 783 млн человек.

В Российской Федерации, как и во всех странах мира, отмечается значимый рост распространенности СД. По данным Федерального регистра СД в РФ на 21.04.2024 г. состояло на диспансерном учете 5 233 025 человек, из них 92,3 % (4 830 476 человек) – СД 2 типа; 5,6% (292 223 человек) – СД 1 типа и 2,1 % (110 327 человек) – другие типы СД.

Известно, что основными причинами сахарного диабета 2 типа считаются лишний вес, неправильное питание, низкая физическая активность и наследственность. Однако в последнее время всё больше внимания уделяется роли длительного стресса. Исследования показывают, что хронический стресс может нарушать обмен веществ, повышать уровень сахара в крови и снижать чувствительность клеток к инсулину. Кроме того, стресс может приводить к вредным привычкам — перееданию, курению, малоподвижному образу жизни — которые тоже повышают риск развития диабета.

Хронический стресс, особенно психосоциальный, способствует метаболическим изменениям. Например: увеличение уровня кортизола, способствующего гипергликемии, усиление продукции контринсуллярных гормонов, снижение чувствительности тканей к инсулину, провокацию переедания и увеличение жира — факторов риска СД2.

**Цель:** выявить и проанализировать взаимосвязь между хроническим стрессом и риском развития сахарного диабета 2 типа с учетом физиологических, поведенческих и психосоциальных факторов, способствующих возникновению и прогрессированию заболевания.

**Материал и методы.** Анализ научной литературы, посвященной изучению влияния стресса на развитие сахарного диабета 2 типа в базах данных eLIBRARY, КиберЛенинка, GoogleScholar, PILOTS, PubMed и WebofScience; были изучены научные источники и проведён опрос 20 пациентов с помощью шкал PerceivedStressScale, результаты которого подтвердили связь между высоким уровнем стресса и признаками нарушения углеводного обмена.

**Результаты и обсуждения.** В ряде исследований были выявлены устойчивые данные о влиянии хронического стресса на патогенез сахарного диабета 2 типа. Большинство исследователей, такие как Ганс Селье, Брюс Макьюэн отмечали, что длительное психоэмоциональное напряжение может способствовать инсулинорезистентности, гипергликемии и нарушению метаболических процессов.

Для проверки связи между уровнем воспринимаемого стресса и признаками нарушения углеводного обмена был проведён опрос с использованием шкалы PerceivedStressScale, созданной для оценки уровня воспринимаемого стресса. Вопросы Шкалы Восприятия Стресса оценивают, как часто человек ощущал стресс за последние 4 недели, например, чувствовал

ли он, что не может контролировать важные моменты жизни, испытывал ли нервозность или неправлялся с делами. Опросник включает как прямые вопросы о стрессе, так и вопросы об ощущении уверенности и контроля, которые используются для подсчёта общего балла стресса. В анкетировании приняли участие 20 человек в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст — 50 лет), из них мужчин — 12, женщин - 18. После подсчета общего балла и сравнения его с диапазонами, указывающими на низкий (0–13), умеренный (14–26) или высокий (27–40) уровень стресса, участники были условно разделены на три группы.

Анализ данных показал: у участников с высоким уровнем стресса (баллы по шкале PSS $>$  27) чаще наблюдались субъективные жалобы, указывающие на возможные метаболические нарушения: повышенная утомляемость, усиленное чувство жажды, учащённое мочеиспускание, повышение аппетита на фоне колебаний веса.

В группах с низким и средним уровнем стресса подобных отклонений выявлено значительно меньше.

Полученные результаты подтверждают гипотезу о наличии связи между хроническим стрессом и развитием нарушений углеводного обмена, потенциально ведущих к СД2. Данные нашего исследования подтверждаются литературными источниками (Joseph JJ, Golden SH. Cortisol dysregulation: the bidirectional link between stress, depression, and type 2 diabetes mellitus. Ann N Y Acad Sci. 2017; Stress & obesity: НРА роль в ожирении и метаболических болезнях), в которых подчёркивается роль стресс-индуцированной активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и повышенного уровня кортизола в формировании инсулинорезистентности.

Кроме того, высокий уровень стресса может способствовать развитию депрессивных и тревожных состояний, которые, в свою очередь, связаны с нарушениями режима питания, физической активности и сном — важными компонентами профилактики СД2.

Таким образом, стресс выступает не только как провоцирующий, но и как поддерживающий фактор в патогенезе сахарного диабета 2 типа. Это подчёркивает необходимость междисциплинарного подхода к профилактике и лечению заболевания, включающего психообразование, коррекцию стрессовых состояний и психотерапевтическое сопровождение пациентов из группы риска.

**Выводы:** результаты исследования продемонстрировали статистически значимую связь между высоким уровнем хронического стресса и наличием СД2. У пациентов с СД2 уровень воспринимаемого стресса существенно выше, чем у здоровых лиц, что подтверждает роль психоэмоционального напряжения как важного фактора, способствующего развитию и осложнению течения заболевания. Выявленная положительная корреляция между уровнем стресса и показателями гликированного гемоглобина указывает на необходимость

включения психосоциальных интервенций в стратегии профилактики и комплексного лечения СД2.

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ:  
ОЦЕНКА ПО ОПРОСНИКУ КОП-25.**

ШИМУК Полина Дмитриевна

*Кафедра общей врачебной практики и поликлинической терапии*

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия*

Научный руководитель – д.м.н., доцент Елена Александровна Старовойтова

**ADHERENCE TO COPD THERAPY: ASSESSMENT ACCORDING TO THE  
COP-25 QUESTIONNAIRE  
SHIMUK P.D.**

*Department of General Medical Practice and Outpatient Therapy*

*Siberian State Medical University, Tomsk, Russia*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor E.A. Starovoitova

**Резюме:** Исследование посвящено комплексной оценке приверженности терапии у пациентов с ХОБЛ с использованием опросника КОП-25. В исследовании участвовали 80 амбулаторных пациентов с ХОБЛ (средний возраст 63,3 (58; 71) года). Оценивались социально-демографические, клинические показатели и уровень депрессии. Наименьший уровень приверженности выявлен в модификации образа жизни (высокий уровень лишь у 7,5%). Высокая приверженность лечению ассоциирована с регулярными визитами к пульмонологу ( $p=0,03$ ) и большим стажем заболевания. Пациенты с высокой приверженностью медицинскому сопровождению были моложе (57 (46; 64) лет против 65,5 (61; 71) -66,5 (63; 72) лет,  $p=0,004$ ). Выявлена связь между высокими баллами по шкалам депрессии и приверженностью медицинскому сопровождению. Положительная корреляция обнаружена между приверженностью и прохождением диспансеризации ( $p=0,01$ ). Приверженность терапии при ХОБЛ имеет сложную многокомпонентную структуру и ассоциирована с клинико-психологическими параметрами, что требует дифференцированного подхода к ведению пациентов.

**Ключевые слова:** ХОБЛ, приверженность к лечению, факторы, влияющие на приверженность.

**Abstract:** The study is devoted to a comprehensive assessment of treatment adherence in patients with COPD using the COP-25 questionnaire. The study involved 80 outpatients with COPD (mean age 63,3 (58; 71) years). Socio-demographic and clinical parameters, as well as the level of depression, were assessed. The lowest level of adherence was identified in lifestyle modification (a

high level was found in only 7,5% of patients). High adherence to treatment was associated with regular visits to a pulmonologist ( $p=0,03$ ) and a longer disease duration. Patients with high adherence to medical supervision were younger (57 (46; 64) years vs. 65,5 (61; 71) -66,5 (63; 72) years,  $p=0.004$ ). An association was found between higher scores on depression scales and adherence to medical supervision. A positive correlation was revealed between adherence and undergoing dispensary examination ( $p=0,01$ ). Treatment adherence in COPD has a complex multicomponent structure and is associated with clinical and psychological parameters, which necessitates a differentiated approach to patient management.

**Keywords:** COPD, adherence to treatment, factors influencing adherence.

**Введение.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется прогрессирующим течением, высоким уровнем инвалидизации и смертности. Ключевым фактором, влияющим на частоту обострений и качество жизни пациентов, является приверженность терапии.

Цель: Комплексная оценка уровня приверженности терапии и выявление факторов, влияющих на ее различные аспекты, у пациентов с ХОБЛ с использованием опросника КОП-25.

**Материал и методы.** В исследование включены 80 пациентов из амбулаторной сети с установленным диагнозом ХОБЛ по критериям GOLD 2025 вне обострения в возрасте от 40 до 84 лет (средний возраст – 63,3 (58; 71)), мужчины 63 человека (78,7%), женщины- 17 (21,3%). У пациентов оценивались данные социального статуса (образование, уровень дохода, семейное положение), регулярность посещения участкового терапевта, пульмонолога, количество обострений за последние 12 месяцев, стаж и степень тяжести заболевания, стаж курения, количество выкуриываемых сигарет, количество используемых ингаляторов, терапия ХОБЛ, регулярность применения терапии, перерывы в лечении, регулярность использования препаратов, прохождение диспансеризации, приверженность к лечению оценивалась с помощью опросника КОП-25, наличие депрессии оценивалось по шкале Бека и HADS.

**Результаты и обсуждения.** С помощью опросника КОП-25 проведена оценка приверженности по 4 аспектам: к лечению, к медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и интегральная приверженность лечению. В результате по каждому аспекту пациенты были разделены на 3 группы в соответствии с уровнем приверженности. Распределение пациентов по уровню приверженности к лечению было следующим: высокий уровень выявлен у 23 (28,7%) пациентов, средний — у 32 (40%), низкий — у 25 (31,3%). Установлено, что пациенты с высокой приверженностью достоверно чаще посещали пульмонолога ( $p=0,03$ ) и имели больший стаж заболевания (10 (7; 20) лет против 4,5 (1; 8) и 4 (2; 11) лет в группах со средней и низкой приверженностью,  $p=0,01$ ). Также они статистически значимо более регулярно

принимали назначенную лекарственную терапию ( $p=0,001$ ). В аспекте приверженности медицинскому сопровождению высокий уровень показали 22 (27,5%) пациента, средний — 24 (30%), низкий — 34 (42,5%). Пациенты со средним и низким уровнем приверженности в этом аспекте были достоверно старше (средний возраст 65,5 (61; 71) и 66,5 (63; 72) лет соответственно) пациентов с высоким уровнем (57 (46; 64) лет,  $p=0,004$ ). При этом в группе с высокой приверженностью было зафиксировано большее количество обострений, потребовавших госпитализации (в среднем 1 случай в год против отсутствия госпитализаций в других группах,  $p=0,009$ ). Также у этих пациентов отмечались более высокие баллы по тесту САТ (21 (16; 29) балл против 12 (7; 20) и 16 (12; 24) в других группах,  $p=0,013$ ). У пациентов с высоким уровнем приверженности выше баллы по шкале депрессии Бека, средний балл составил - 12 (8; 18), что соответствует легкой степени депрессии. По сравнению с пациентами со средним и низким уровнем приверженности, у которых депрессия не наблюдалась – 6 (2; 9) и 8 (6; 14) баллов соответственно ( $p=0,028$ ). Что касается приверженности модификации образа жизни, то высокий уровень продемонстрировали лишь 6 (7,5%) пациентов, средний — 29 (36,25%), низкий — 45 (56,25%). Пациенты с низким уровнем приверженности имели достоверно более высокие показатели по шкале депрессии HADS (7 (4; 9) баллов против 4 (2; 9) и 2 (1; 5) баллов в группах со средней и высокой приверженностью,  $p=0,036$ ). Все пациенты (100%) с высокой приверженностью проходили диспансеризацию, тогда как в группе со средним уровнем этот показатель составил 62%, а с низким — 40% ( $p=0,01$ ). По уровню интегральной приверженности пациенты распределились следующим образом: высокий — 16 (20%), средний — 32 (40%), низкий — 32 (40%). Статистически значимые различия между группами были выявлены только по возрасту: пациенты с низким уровнем приверженности были старше (67 (63,5; 71) лет) по сравнению с группами среднего (60,5 (50,5; 66) лет) и высокого (65,5 (54; 73) лет) уровня.

**Выводы:** приверженность терапии при ХОБЛ является комплексным, многокомпонентным показателем, причем наименее соблюдаемым аспектом является модификация образа жизни (высокий уровень лишь у 7.5% пациентов). Интегральная приверженность также остается недостаточной (высокий уровень у 20% пациентов). Выявлены статистически значимые ассоциации между различными аспектами приверженности и клинико-психологическими характеристиками пациентов. Приверженность лечению ассоциирована с регулярным посещением пульмонолога, большей длительностью заболевания и строгим соблюдением медикаментозной терапии. Приверженность медицинскому сопровождению выше среди пациентов более молодого возраста, но при этом ассоциирована с более тяжелым течением болезни, что проявляется в большем количестве госпитализаций, высоких баллах по опроснику САТ и шкале депрессии Бека. Приверженность

модификации образа жизни демонстрирует обратную связь с уровнем депрессии (по шкале HADS) и прямую связь с участием в диспансеризации. Низкая интегральная приверженность ассоциирована с более пожилым возрастом пациентов. Полученные данные подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к оценке и повышению приверженности у пациентов с ХОБЛ. Стратегии вмешательства должны быть направлены не только на соблюдение медикаментозной терапии, но и на активное вовлечение пациентов в программы медицинского сопровождения и модификации образа жизни, с учетом выявленных психологических и возрастных особенностей.

## **РОЛЬ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА**

**ЮРЧЕНКО Дмитрий Максимович, ЧАХЛОВА Василина Юрьевна**

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

## **THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE EARLY DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**

**YURCHENKO D.M., CHAKHLOVA V.Yu.**

*Department of Polyclinic Therapy*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

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

**Резюме:** В статье обсуждается роль врачей первичного звена здравоохранения (терапевтов, врачей общей практики) в своевременном выявлении воспалительных заболеваний кишечника на основе анализа «тревожных симптомов» и применения современных неинвазивных скрининговых методов.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания кишечника, ранняя диагностика, первичное звено здравоохранения, фекальный кальпротектин.

**Abstract:** the article discusses the role of primary health care physicians (therapists, general practitioners) in the timely detection of inflammatory bowel diseases based on the analysis of «alarm symptoms» and the use of modern non-invasive screening methods.

**Keywords:** inflammatory bowel diseases, early diagnosis, primary health care, fecal calprotectin.

**Введение.** Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) являются хроническими, инвалидизирующими состояниями, их распространенность в

мире постоянно увеличивается. Длительный диагностический поиск и позднее начало терапии ассоциированы с развитием осложнений, низким качеством жизни пациентов и высокой экономической нагрузкой на систему здравоохранения. Поликлиническому звену отводится важнейшая роль в раннем выявлении ВЗК.

**Цель:** изучить алгоритм действий врача-терапевта поликлиники в процессе ранней диагностики воспалительных заболеваний кишечника.

**Материал и методы.** В ходе исследования были проанализированы клинические рекомендации, научные обзоры и оригинальные статьи, опубликованные в базах данных PubMed, Cochrane Library, Cyberleninka, eLibrary, посвященные диагностике и ведению пациентов с ВЗК с участием врачей первичного звена здравоохранения.

**Результаты и обсуждения.** Под воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) понимают хронические рецидивирующие иммуноопосредованные заболевания желудочно-кишечного тракта, к которым относятся болезнь Крона и язвенный колит (ЯК). Патогенез ВЗК сложен и до конца не изучен, однако ключевую роль играет сочетание генетической предрасположенности, дисрегуляции иммунного ответа на микробиоту кишечника и факторов окружающей среды.

Основной проблемой в ведении пациентов с ВЗК остается поздняя диагностика. Период от появления первых симптомов до постановки окончательного диагноза может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет. Этот длительный диагностический период не только ухудшает качество жизни пациентов, но и приводит к необратимому структурному повреждению кишечника (появляются стриктуры, свищи), развитию осложнений и повышению риска колоректального рака. В связи с этим роль поликлинического звена, как точки первого контакта пациента с системой здравоохранения, становится критически важной.

Главной задачей врача-терапевта или врача общей практики (ОВП) является проведение эффективного скрининга и проведение дифференциального диагноза с функциональными расстройствами, в первую очередь с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Диагностика представляет значительную сложность, поскольку на ранних этапах симптомы могут быть неспецифичны: абдоминальная боль, метеоризм, нарушения стула. Однако именно выявление «симптомов тревоги» должно настораживать врача в отношении органической патологии. К ним относятся кровь в стуле, потеря массы тела, субфебрилитет, различные внекишечные проявления. Появление крови в стуле является одним из наиболее специфичных признаков, особенно для ЯК, но может наблюдаться и при болезни Крона. Для этих заболеваний также характерна ночная симптоматика – диарея или абдоминальные боли, которые пробуждают пациента, а для СРК данные проявления не свойственны.

ВЗК может проявляться немотивированная потерей массы тела (более 5% от исходной за 1-2 месяца), стойкой лихорадкой или длительным субфебрилитетом неясного генеза. Также при ВЗК возникают и внекишечные проявления заболевания: артриты, артралгии, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, афтозный стоматит,uveит, первичный склерозирующий холангит, железодефицитная анемия, не поддающаяся стандартной коррекции препаратами железа. Возможно появление симптомов в детском, подростковом или молодом возрасте, поскольку дебют ВЗК часто приходится на возраст от 20 до 40 лет. В связи с этим характерен отягощенный семейный анамнез: наличие ВЗК у родственников первой линии.

Помимо сбора анамнеза, важное значение имеет физикальное обследование. Врач должен обратить внимание на признаки нарушения нутритивного статуса (снижение мышечной массы, истощение), болезненность и образования в животе, а также тщательный осмотр перианальной области на предмет трещин, свищей, абсцессов.

Современный диагностический арсенал врача поликлиники значительно расширился благодаря внедрению высокотехнологичных неинвазивных биомаркеров. Золотым стандартом скрининга является определение уровня фекального кальпротектина (ФК). Этот белок, продуцируемый нейтрофилами, напрямую коррелирует с активностью воспаления в слизистой оболочке кишечника. Его диагностическая значимость заключается в высокой чувствительности и специфичности (более 85-90%), что позволяет отличить органическое воспаление (ВЗК) от функциональных расстройств (СРК). Нормальный уровень ФК у пациента с хронической диареей с высокой вероятностью позволяет исключить активное ВЗК. Неинвазивность и простота выполнения анализа делают его идеальным скрининговым инструментом в условиях первичного звена. Определение уровня ФК позволяет обосновать необходимость проведения более дорогостоящих и инвазивных исследований, таких как колоноскопия.

Таким образом, врач поликлиники выступает в роли направляющего для пациента. Его компетенция, знание современных возможностей лабораторной диагностики и настороженность в отношении ВЗК определяют скорость постановки предварительного диагноза и запускают алгоритм дальнейшего специализированного обследования. Своевременное направление пациента к узкому специалисту не только сокращает диагностический путь, но и кардинально влияет на прогноз заболевания, позволяя вовремя начать терапию и предотвратить развитие инвалидизирующих осложнений. Эффективное взаимодействие между первичным звеном и специализированной гастроэнтерологической службой является залогом успешной борьбы с этими тяжелыми хроническими заболеваниями.

**Выводы:** таким образом, поликлиническое звено играет важную роль в

системе ранней диагностики ВЗК. Эффективность этой работы зависит от онкологической настороженности терапевтов и врачей ОВП, их знания «тревожных симптомов» и доступности современных лабораторных методов, в первую очередь – фекального кальпротектина. Своевременное выявление пациентов с ВЗК позволяет значительно сократить время начала терапии, улучшив долгосрочные клинические исходы.

## **ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ**

**ЯРАНСКИЙ Владислав Сергеевич, НЕВЕРОВА Екатерина Александровна**  
*Кафедра факультетской терапии и профпатологии имени профессора  
B.V. Сырнева*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия*  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Вера Юрьевна Павлова

## **ASSESSMENT OF PSYCHOSOMATIC STATUS IN PATIENTS WITH COPD**

**YARANSKII V.S., NEVEROVA E.A.**

*Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Professor  
V.V. Syrnev*

*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*  
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor V.Y. Pavlova

**Резюме:** В настоящее время среди любых групп населения и у пациентов с различной патологией имеет место большая частота встречаемости различных вариантов нарушения психосоматического статуса, которые в значительной степени обуславливают развитие и течение патологического процесса. Одними из наиболее распространённых психогенно поражаемых органов являются органы дыхательной системы. В приведённом исследовании мы изучили и провели оценку и распространённость тревоги и депрессии у пациентов с ХОБЛ.

**Ключевые слова:** ХОБЛ, психосоматические заболевания, стресс, тревога

**Abstract:** Currently, among any population groups and in patients with various pathologies, there is a high incidence of various disorders of the psychosomatic status, which significantly contribute to the development and course of the pathological process. One of the most common psychogenically affected organs is the respiratory system. In this study, we examined and evaluated the prevalence of anxiety and depression in patients with COPD.

**Keywords:** COPD, psychosomatic diseases, stress, anxiety

**Введение.** В современных условиях постоянной стрессовой нагрузки на нервную систему человека среди населения все более становится актуальным развитие психосоматических заболеваний - психогенно или преимущественно психогенно обусловленных нарушений функций внутренних органов или физиологических систем (кровообращения, дыхания, пищеварения, мочеотделения и т. д.).

Фазы стресса:

- 1) Реакция тревоги
- 2) Фаза сопротивления
- 3) Фаза истощения

Тревога – универсальный феномен, связанный с реакцией на стресс, предназначение которой – адаптация, мобилизация всех сил организма для быстрого изменения поведения и приспособления к изменившимся условиям существования.

Тревога может быть нормальной, способствующей адаптации, и патологической с беспочвенным неопределенным волнением.

В основе психосоматических заболеваний лежит так называемый срыв адаптации на фоне патологической тревоги, что ведет к психосоматическим нарушениям разных физиологических систем и органов.

Клиническая картина классических нарушений дыхательной, пищеварительной, мочеотделительной и других систем в таком случае будет протекать гораздо тяжелее, а проводимая терапия будет иметь более низкую эффективность.

**Цель:** выявить распространенность различных форм тревоги и депрессии, найти связь развития и тяжести заболеваний с действиями стресс-факторов условий работы у пациентов ГАУЗ КОКБ с ХОБЛ.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование 39 пациентов с ХОБЛ: 36 (92,3%) составили пациенты мужского пола и 3 (7,7%) пациентки женского пола, находящихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГАУЗ КОКБ. Для оценки терапии использовался опросник с возможностью указания больным условий работы и проживания, используемых им препаратов, кратности, времени и условий их применения, а также наличия либо отсутствия у пациента пикфлюметра и других уточняющих параметров. Для оценки психологического состояния больных ХОБЛ использовались шкала госпитальной тревоги и депрессии (HADS) и визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ).

**Результаты и обсуждения.** По результатам проведенного анкетирования были получены следующие результаты.

В сельской местности проживает 23 (58,9%) человека, в городе – 16 (41,1%). Среди пациентов преобладали лица, имеющие среднее профессиональное образование – 21 (53,8%) человек, у 12 (30,8%) человек –

только среднее общее и всего у 6 (15,4%) человек – высшее. Большинство пациентов, 28 (71,8%) человек, не работает в силу возраста и наличия инвалидности, работает только 11 (28,2%) пациентов. Из числа работающих в большинстве случаев (71,8%) профессиональная деятельность связана с длительно воздействующими стресс-факторами (шахтеры, взрывники, главные инженеры, руководители предприятий и т. д.). Курение как один из важнейших факторов развития ХОБЛ встречается ожидаемо часто (59% опрошенных), во всех случаях курение длительное, от 20 лет стажа и более, часто связано с попыткой кратковременного снятия стресса во время работы. Пикфлюуметр как устройство контроля развития ХОБЛ имеется только у 12 (30,8%) человек, остальные 27 (69,2%) человек либо не имеют, либо не знают о существовании данного прибора.

По данным шкалы HADS субклинически выраженная тревога была выявлена у 6 (15,4%) человек, клинически выраженная тревога - у 9 (23%) человек, субклинически выраженная депрессия – у 7 (17,9%) человек, клинически выраженная депрессия – у 11 (28%) человек. В большинстве из приведенных случаев (78,2%) данные результаты были у больных, работающих на нагруженных стресс-факторами должностях (шахтеры, взрывники, руководители и главные инженеры шахт).

По шкале ВАШ были получены крайне неоднозначные результаты при сопоставлении с данными по шкале HADS. У 12 (30,7%) пациентов при наличии по шкале HADS от 8 баллов и выше, по шкале ВАШ указали от 4 баллов и менее, а 5 (12,8%) пациентов со значениями по шкале HADS 7 и менее баллов отметили по шкале ВАШ от 6 до 10 баллов. В обоих случаях имеются явное различие и противоречие в оценке своего состояния пациентами при сравнении результатов данных шкал.

**Выводы:** по данным проведённого исследования выявлена высокая частота встречаемости различных вариантов нарушения психосоматического статуса у пациентов с ХОБЛ. Одним из клинических проявлений данной патологии являются различные проявления в том числе и со стороны системы дыхания, в виде ощущения дискомфорта в груди, одышки, гипервентиляционного синдрома. В таком случае может вставать вопрос насколько клинические проявления обусловлены поражением самой легочной ткани, какой объем клинических проявлений связан с нарушением психосоматического статуса. У данной категории пациентов не проводилась какая-либо коррекция психосоматического статуса.

