КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КемГМУ
СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ КемГМУ
СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КемГМУ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

«ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ»

Материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной 70-летию лечебного факультета Кемеровского государственного медицинского университета

30 октября 2026 года

Кемерово, 2026

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

Первичная медико-санитарная помощь: современные аспекты : материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной 70-летию лечебного факультета Кемеровского государственного медицинского университета (Кемерово, 30 октября 2026 года) / отв. редактор Т.Е. Помыткина. – Кемерово : КемГМУ, 2026. – 272 с. – ISBN 978-5-8151-0396-2.- Текст : электронный.

В сборнике представлены материалы межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых, состоявшейся 30 октября 2026 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.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN 978-5-8151-0396-2

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, старший преподаватель А. С. Яковлев.

© ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

АБДУСАМАТОВА Т. А., СЕРГЕЕВ П. И. **15**
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: АНАЛИЗ СВОЕВРЕМЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ТЕСТА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

АГЕЕВА А. В., СЕКАЧЕВА С. А. **17**
ВЛИЯНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ФОРМИРОВАНИЕ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ЖКТ

АРАКЕЛЯН Л. Г., КОНДУЛЕВИЧ А. Ю. **18**
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

АСОЧАКОВА М. И., ГНЕЛИЦКАЯ О. А., **20**
ПОРТАЛ ГОСУСЛУГ В ПРАКТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: БАРЬЕРЫ ДОСТУПНОСТИ

БАРБОТЬКО Н. А., БЕРНИКОВА М. Е. **23**
КОНФЛИКТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»: МЕХАНИЗМЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ И ВЫХОДА ИЗ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

БЕГИНБЕКОВА Д. С., БУБНОВА У. В. **25**
БАРЬЕРЫ ВНЕДРЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТУ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА: ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

БЕЗУГЛОВА О. А., ЕРШОВА Е. А. **27**
ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

БЕЛОВА В. Ю., БАГРИЙ С. С. **29**
ФАКТОРЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

БЕРНИКОВА М. Е., БАРБОТЬКО Н. А. **31**
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПРЕДИКТОР ХНИЗ: ОПТИМИЗАЦИЯ СКРИНИНГА И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

БОГИНА У. А., БУРКОВА Е. А. **34**
РАБОТА С ГОРЕМ И УТРАТАМИ

БОНДАРЕВА М. С., СКАЛЕНКОВСКАЯ Е. С. **36**
РОЛЬ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

БОРОДУЛИНА А. И., ПЕНКИНА Е. А. **38**
ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ВРАЧА ТЕРАПЕВТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

БУБНОВА У. В., БЕГИНБЕКОВА Д. С. **40**
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ РАБОТЕ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ И ПАЦИЕНТАМИ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

БУДЕРКИНА Т. О., КОЗЛОВА В. Д. **43**
ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ МЕДПЕРСОНАЛА И ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

БУДКО М. А., КОРОВИНА С. С. **45**
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ КАК БАРЬЕР ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ПОДКЛЮЧЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХСН

ВАСИЛЬЕВА А.В., ОВЕЧКИНА А. А. **47**
ВЛИЯНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ВРАЧА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА К ЛЕЧЕНИЮ

ВЕДЕРНИКОВА И. А., ЛАРИНА А. И. **49**
VR-ТЕХНОЛОГИИ, КАК МЕТОД БОРЬБЫ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛЬЮ

ВЕРЕТЕНОВ Д. Б., СКВОРЦОВ Д. О. **51**
АНАЛИЗ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОЛОСТОМАМИ

ВОЛОШИНА Д. Д., МИТРОЧЕНКО А. А. **53**
УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАН 18-39 ЛЕТ

ВОРОНАЯ С. Р., СЕМЕНЧУК Ю. М. **55**
РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

ГАВРИЛЕНКО Д. А. **57**
СРК И ФД: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

ГАМАЗИНА А. В., ЦУЛАЯ А. М. **60**
РОЛЬ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ

ГЛУШКОВА А. А. **62**
КРИТЕРИИ ПЕРЕВОДА ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПАЛЛИАТИВНУЮ СЛУЖБУ

ГНЕЛИЦКАЯ О. А., АСОЧАКОВА М. И. **65**
ДОВЕРИЕ КАК ФУНДАМЕНТ: ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ПОСТРОЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

ГОРБУНОВ Н. Е., КОНДРАТОВ И. К. **66**
ИНТЕГРАЦИЯ СИСТЕМ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРЕНИЯ В РАБОТУ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА: АНАЛИЗ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ОШИБОК И ВРЕМЕНИ НА ОПИСАНИЯ СНИМКОВ

ГОРЛОВА П. К., ПУСТОВАЛОВ К. С. **69**
ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ГРИБЦОВА С. В., КАРПЕНКО Е. А. **71**
ТЕЛЕМЕДИЦИНА И МОБИЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ: ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЕЙ

ГУБИНА Д. И., ИСАЕВА В. К. **73**
ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

ДОРОФЕЕВА А. С., ЛИХАНОВА А. Ю. **76**
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В АНАЛИЗЕ ЭКГ

ДОРОЩЕНКО А. А., САНКОВА Т. В., КОНОНОВА М. В **77**
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ТИРЕОТОКСИКОЗА И ГИПОТИРЕОЗА

ЕГОШИН Д. Е., ТОКАРЬ А. Е. **80**
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РАДИОЛОГИИ

ЕЛИСОВА А. Е., ПЕТРАКОВА Е. С. **82**
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ БЕЗ ОПИОИДОВ

ЕРШОВА Е. А., БЕЗУГЛОВА О. А. **84**
ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ОБЕЗБОЛИВАНИЕ: НОРМАТИВНАЯ БАЗА И ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ В РОССИИ

ЖИГЛОВА А. О., СИЛЬНЯГИН Д. Е. **86**
ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

ЖУКОВА Е. А., КАПЕЛЬКО П. В. **88**
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ЗАЙЦЕВА Т. Ю., КУЗНЕЦОВА Е. В. **91**
РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

ЗАКОВРЯШИНА А. С. КОНОНОВА М. В., **93**
САНКОВА Т. В.
ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

ЗОРИНА Э. М., САФРОНОВА Е. А. **95**
РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ВЕДЕНИИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

ИВАНЕНКО И. В., КЛЮЕВ Л. А. **98**
ЦИФРОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ КАК БАРЬЕР ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

ИСАЕВА В. К., ГУБИНА Д. И. **99**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

КАПЕЛЬКО П. В., ЖУКОВА Е. А. **101**
ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КАРПЕНКО Е. А., ГРИБЦОВА С. В. **104**
ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕГО ВИДА И НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА (ПОЗА, ВЗГЛЯД В МОНИТОР) НА ПАЦИЕНТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

КЕРДОЛЬ Е. С., КЛЮЕВА Л. И. **106**
ЗНАЧЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДАЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

КИРИЛЛОВА А. А., ЛУКИЧЕВ Д. В. **108**
РОЛЬ ПОИСКА МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В ИНТЕРНЕТЕ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ ОБ ОБРАЩЕНИИ ЗА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩЬЮ

КОЙНОВА Е. А., СКАКАЛИНА Е. К. **110**
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О РИСКАХ УТЕЧКИ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ

КОНДУЛЕВИЧ А. Ю., АРАКЕЛЯН Л. Г. **112**
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ

КОНОНОВА М. В., ДОРОЩЕНКО А. А., ЗАКОВРЯШИНА А. С. **114**
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ МАСКА ГИПОТИРЕОЗА

КОРОВИНА С. С., БУДКО М. А. **116**
ОСВЕДОМЛЕНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХСН О ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

КОРОТКОВА Д. В., КОСТЕНКО Н. А. **118**
ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕТОКСИЧЕСКИМ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

КОРУСЕНКО И. О., МУХАМЕДЖАНОВА С. В. **120**
ТЕЛЕМЕДИЦИНА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

КОЧЕРОВА П. В., СУВОРОВА Е. Е. **122**
САМОДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТА НА ОСНОВЕ ИНТЕРНЕТ-ИСТОЧНИКОВ: ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ МЯГКОЙ КОРРЕКЦИИ

КРАВЧЕНКО А. С., МАЛАНОВА В. А. **125**
ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ

КРИНИЦЫНА К. С., ЛОБОДА К. А **128**
РОЛЬ ШКОЛ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОКОНТРОЛЯ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ.

КУЗНЕЦОВА Е. В., ЗАЙЦЕВА Т. Ю. **130**
КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙСЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

КУНЦ К. М. **132**
ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАЧЕСТВО ВРАЧЕБНОГО ПРИЁМА: СКРИНИНГОВЫЕ И ОПРОСНЫЕ МЕТОДИКИ

КУСПЕКОВА В.С., ЗАХАРОВА А. С. **135**
СВЯЗЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ДЕПРЕССИИ

ЛАРИНА А. И., ВЕДЕРНИКОВА И. А. **137**
РОЛЬ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ЛАЯАНДИ АБАНУБ АТИФ ХАНА, АЛИ АРСУМА **139**
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЕГИПТЕ

ЛИНЬКО Р. Ю., СУХАНОВА А. В. **141**
МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ КОНТРОЛЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЛИХАНОВА А. Ю., УОГИНТАС А. А. **143**
РОЛЬ УМНЫХ ЧАСОВ И ФИТНЕС-БРАСЛЕТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ССЗ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

МАРИНОВА А. Э., КИТАЕВА В. С. **146**
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

МАШАН З. М., БИСЕМБАЕВА Н. С. **148**
ИННОВАЦИОННЫЕ ЦИФРОВЫЕ ПРОГРАММЫ В ОБУЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ НАВЫКАМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРЕИМУЩЕСТВА ПЕРЕД ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ

МЕЛЬНИЧУК С. А., МОЛЧАНОВ А. А. **150**
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

МИТРОЧЕНКО А. А., ВОЛОШИНА Д. Д. **152**
НЕИНВАЗИВНЫЙ СКРИНИНГ И ЭРАДИКАЦИЯ H. PYLORI КАК СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА

МИХАЙЛОВА Д. А, ХАЙБЫ А. Ю. **154**
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДСТВЕННИКОВ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ: РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЩЕНИЯ В СЕМЬЕ

МУРЗАБЕКОВА Я. И., ДЖУРАБАЕВА Ф. А. **156**
АНАЛИЗ СООТВЕСТВИЯ ОТВЕТОВ НЕЙРОСЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

МЯКИШЕВА Н. А., ПОНОМАРЕВ А. А. **159**
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАСТРОЕНИЯ У СТУДЕНТОВ И СПОСОБЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

НАЗАРОВ Д. А., ПАВЛЮКОВ Д. А. **161**
ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ: ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ

НЕВЕРОВА Е. А., ТУПИКОВА Н. А. **163**
НАРУШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТАЙНЫ В МЕССЕНДЖЕРАХ И СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ: ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАБОТЫ

ОВЕЧКИНА А. А., ВАСИЛЬЕВА А. В. **166**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

ОРЛОВА В. Н., СУРНИНА Е. А. **168**
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧАТ-БОТОВ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПАВЛОВА П. М., БАРАНОВА П. П. **170**
ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

ПАВЛЮКОВ Д. А., НАЗАРОВ Д. А. **172**
ВЛИЯНИЕ ГОЛОСОВОГО ПОМОЩНИКА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНОМЕТРАЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ПЕНКИНА Е. А., БОРОДУЛИНА А. И. **174**
ТЕЛЕМЕДИЦИНА В СОВРЕМЕННОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

ПЕТРАКОВА Е. С., ЕЛИСОВА А. Е. **176**
ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: АНАЛИЗ РИСКОВ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ И АЛГОРИТМ ДЕПРЕСКРАЙБИНГА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

ПЕТУХОВ И. А., ШВАРЦ А. П. **178**
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

ПЛАВКО М. Н., ШАДРИНЦЕВ В. А. **181**
ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ГОЛОСОВОГО ВВОДА И РЕЧЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА СНИЖЕНИЕ ВРЕМЕНИ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ВРАЧОМ ВО ВРЕМЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

ПРАХТ Н. С., ШАНДРАМАЙЛО А. М. **183**
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА О ДИАГНОЗЕ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ» В ПОЛИКЛИНИКЕ: ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

ПУСТОВАЛОВ К. С., ГОРЛОВА П. К. **186**
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА КАЧЕСТВО ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

ПЬЯНКОВА П. С. **188**
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВКАХ

РАЙС И. В., АГЕЕВ А. Е. **190**
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ

РИХМАЙЕР С. Ю., БЕКРЕНЕВ В. И. **192**
МОДЕЛЬ РАННЕГО ВОВЛЕЧЕНИЯ СЛУЖБЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И ХСН НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ.

РЫЧКОВ А. А., ОЛЕНЕВ Л. Е. **194**
СРАВНЕНИЕ АБСОРБЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НИКОТИНА

САВРАСОВ В. В., КАТЦИНА В. В. **196**
ВОЗМОЖНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ВЫЯВЛЕНИИ СКРЫТЫХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

САГАЛАКОВА А. В., ХЕРТЕК А. А. **198**
ЭЛЕКТРОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КАРТЫ: ПРЕИМУЩЕСТВА И ВЫЗОВЫ ВНЕДРЕНИЯ

САГАЛАКОВА А. В., ХЕРТЕК А. А. **201**
МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

САТ А. А., ЛУКАШОВА И. А. **203**
ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЭНДОКРИНОЛОГА О ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА

САФРОНОВА Е. А., ЗОРИНА Э. М. **205**
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

СЕКАЧЕВА С. А, АГЕЕВА А. В. **207**
ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

СЕЛИНА Е. А., СОРОКИНА П. А. **209**
УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРТОНИЕЙ И ХСН: ОТ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА К СТАБИЛЬНОМУ СОСТОЯНИЮ

СЕМЕНЧУК Ю. М., ВОРОНАЯ С. Р. **211**
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПОДДЕРЖКЕ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

СЕРГЕЕВ П. И., АБДУСАМАТОВА Т. А. **212**
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

СКАКАЛИНА Е. К., КОЙНОВА Е. А. **215**
ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЛЛИАТИВНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ НА ДОМУ

СКАЛЕНКОВСКАЯ Е. С., БОНДАРЕВА М. С. **217**
РОЛЬ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

СНИГИРЕВА С. А., СМАГИНА Е. Ю. **219**
КОММУНИКАЦИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

СОЛОМАТИНА А. А., ПАНТИЛЕЕВА К. М. **221**
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

СОЛТАНОВА Е. А., ЕМЕЛЬЯНОВА А. Д. **223**
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

СОРОКИНА П. А., СЕЛИНА Е. А. **225**
ИНТЕГРАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ И УМНЫХ СИСТЕМ ДОЗИРОВАНИЯ В ПРАКТИКУ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

СУХАНОВА А. В., ЛИНЬКО Р. Ю. **227**
СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ КАК ЭЛЕМЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ТЕРЕБИНА К. Д., ХАУСТОВА В. А. **230**
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ТОКАРЬ А. Е., ЕГОШИН Д. Е. **232**
СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

ТОРГУНАКОВА А. С., ШАШКОВА А. А. **234**
НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ К ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ.

ТУПИКОВА Н. А., НЕВЕРОВА Е. А. **237**
ЗНАЧЕНИЕ АНАЛИЗА КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ (FOBT/FIT) В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ
.

УСОВА Д. Н., НИКИТИНА Е. В. **239**
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

ФЕДУНКОВА П. А., УРУНОВ Ф. Б. **241**
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН О ЛЕЧЕНИИ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФИЛИППОВА О. С., ЖЕМЧУЖИНА А. И. **244**
ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ О ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

ХАЙБЫ А. Ю., МИХАЙЛОВА Д. А. **245**
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В РАБОТЕ ТЕРАПЕВТА: ПОМОЩНИК ИЛИ КОНКУРЕНТ?

ХАУСТОВА В. А., ТЕРЕБИНА К. Д. **247**
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПАЛЛИАТИВНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ: АРТ-ТЕРАПИЯ ПРОТИВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ

ЦУЛАЯ А. М., ГАМАЗИНА А**.** В. **250**
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ, ОТКАЗЫВАЮЩИМИСЯ ОТ ВАКЦИНАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ, В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА

ЧАНКОВА А.А. **251**
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЧАТУРА Анурадха **254**
МИТОХОНДРИАЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ В ЛЕЙКОЗНЫХ КЛЕТКАХ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ БИОМАРКЕР И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ

ШАНДРАМАЙЛО А. М., ПРАХТ Н. С. **256**
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАЗНАЧЕНИЯ «OFF-LABEL» В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

ШАШКОВА А. А., ТОРГУНАКОВА А. С. **259**
УРОВЕНЬ ЗНАНИЯ И ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ ПРИМЕНЯТЬ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ШВАРЦ А. П., ПЕТУХОВ И. А. **261**
МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СЛУХА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СМАРТФОНА И НАУШНИКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ И СРАВНЕНИЕ С ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ

ШЕВЦОВА А. А., ЯКУШЕВА Е. А. **264**
РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЯКУШЕВА Е. А. ШЕВЦОВА А. А. **266**
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХНИЗ: ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ

ЯРАНСКИЙ В. С., КУНЦ К. М. **268**
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ: ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ

ЯРАНСКИЙ В. С. **270**
МЕДИЦИНА КАК МУЗА РУССКОГО ИСКУССТВА

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: АНАЛИЗ СВОЕВРЕМЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ТЕСТА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

АБДУСАМАТОВА Тухтажон Абдусаломовна, СЕРГЕЕВ Павел Игоревич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

EARLY DIAGNOSIS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE: ANALYSIS OF THE TIMELINESS OF THE GLOMERULAR FILTRATION RATE TEST DURING DISPENSARY CHECK-UPS

ABDUSAMATOVA T.A., SERGEEV P.I.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в данной работе обсуждается раннее выявление хронической болезни почек при помощи своевременного назначенного анализа скорости клубочковой фильтрации при прохождении диспансеризации. Рассмотрены подходы к мониторингу, частота осмотров и объем исследований.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек (ХБП), скорость клубочковой фильтрации (СКФ), диспансеризация

Abstract: This paper discusses the early detection of chronic kidney disease through the timely prescribed analysis of glomerular filtration rate during the dispensary examination. Approaches to monitoring, the frequency of examinations and the volume of studies are considered.

Keywords: chronic kidney disease (CKD), glomerular filtration rate (GFR), medical examination, screening.

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой персистирующее в течение трех месяцев и более поражение органа, анатомической основой которого является необратимый процесс замещения нормальных структур фиброзом, развивающийся в ответ на повреждение нефронов. С патофизиологических позиций временной критерий в 3 месяца принципиально важен, поскольку именно этот срок необходим для формирования фибропластических изменений и позволяет надежно отличить хронический процесс от острого повреждения, которое за этот период завершается либо выздоровлением, либо формированием резидуального дефекта. Концепция ХБП базируется на единстве ключевых патогенетических механизмов прогрессирования — особое значение придается «неиммунным» факторам, значимость которых возрастает по мере уменьшения массы действующих нефронов и которые, наряду с этиологией исходного процесса, определяют прогноз дисфункции почек.

В этиологии ХБП выделяют широкий спектр модифицируемых и немодифицируемых факторов риска. К немодифицируемым относятся пожилой возраст, низкое число нефронов от рождения (например, при низкой массе тела), расовые особенности, наследственная предрасположенность и перенесенное острое повреждение почек. Модифицируемые факторы включают сахарный диабет, артериальную гипертензию, дислипидемию, ожирение, табакокурение, гиперурикемию, хронические инфекции и

другие состояния.

ХБП является глобальной проблемой здравоохранения с распространенностью в общей популяции около 13,4%, что сопоставимо с социально значимыми заболеваниями, такими как гипертоническая болезнь и сахарный диабет. В Российской Федерации ситуация особенно остра: снижение функции почек наблюдается у 36% лиц старше 60 лет и у 16% людей трудоспособного возраста, а при наличии сердечно-сосудистых заболеваний его частота возрастает до 26%. При этом официальная статистика смертности недооценивает истинный вклад почечной патологии, так как большинство пациентов с ХБП погибают от последствий сахарного диабета и сердечно-сосудистых осложнений, а заболевание почек как основной фактор риска игнорируется. Это обосновывает критическую важность своевременного выявления ХБП при диспансеризации, в частности, путем скринингового определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), для назначения нефропротективной терапии и снижения сердечно-сосудистых рисков.

В Российской Федерации основным инструментом выявления заболеваний на ранних этапах служит диспансеризация взрослого населения. Действующие клинические рекомендации Минздрава РФ (2024 г.) декларируют риск-ориентированный подход к диагностике ХБП. Это предполагает проведение обязательного скрининга (включая расчет СКФ) для граждан с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также для всех лиц, чей возраст превысил 60 лет.

Цель: проанализировать существующую практику назначения и клинической интерпретации показателей скорости клубочковой фильтрации в ходе диспансеризации, а также оценить ее соответствие актуальным клиническим рекомендациям по ведению пациентов с хронической болезнью почек.

Материал и методы. В основу работы лег анализ проекта, нацеленного на активное выявление больных с ренальной патологией (ХБП). Также был выполнен обзор современных научных публикаций и клинических рекомендаций от национальной ассоциации нефрологов по хронической болезни почек (Клинические рекомендации РФ: Хроническая болезнь почек у взрослых, 2024 года).

Результаты и обсуждения. В ряде поликлиник в порядке эксперимента был внедрен скрининг для раннего обнаружения хронической болезни почек. С целью исследования функции почек всем пациентам, независимо от причины визита, был проведен расчет скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле CKD-EPI, рекомендованной клиническими практическими рекомендациями KDIGO 2012 по диагностике и лечению хронической болезни почек.

Всего обследование прошли около 3000 человек, в возрасте от 30 до 79 лет, данные о половой принадлежности участников отсутствовали. Диагноз «ХБП» был впервые верифицирован у 150 пациентов. Среди всех обследованных 142 человека в возрасте от 35 лет до 55 лет (95%) болезнь находились на начальных (1–3-й) стадиях, когда терапевтическое воздействие на основное заболевание и нефропротективная стратегия способны существенно замедлить прогрессирование болезни. Доля лиц с далеко зашедшими стадиями (4–5-я) составила приблизительно 8 человек (5% от числа всех выявленных случаев) в возрасте от 56 до 79 лет.

Проведенный эксперимент подтвердил результативность активного скрининга: расчет СКФ позволил диагностировать патологию на доклинической стадии у большинства обследованных. Это свидетельствует о целесообразности более широкого внедрения данного метода в программу диспансеризации. Однако существующая нормативная база пока не обязывает медицинских работников на первом этапе профилактических осмотров

рассчитывать СКФ и трактовать полученные значения как критерий ХБП. Вследствие этого реальная выявляемость болезни остается невысокой. Установление диагноза нередко происходит поздно, поскольку тест на СКФ зачастую назначается формально, а его итоги не служат основанием для взятия человека на диспансерный учет.

Проведенное исследование убедительно доказывает высокую эффективность рутинного вычисления скорости клубочковой фильтрации у всех категорий пациентов для своевременного обнаружения хронической болезни почек. Полученные данные свидетельствуют, что подобный подход позволяет идентифицировать заболевание на ранних стадиях (С1-С3), создавая условия для максимальной эффективности лечебных мероприятий.

Выводы: действующая система диспансеризации в России обладает существенным изъяном: расчет и интерпретация СКФ не входят в перечень обязательных процедур первого этапа. Это приводит к формальному отношению к анализу и игнорированию его результатов практикующими врачами.

ВЛИЯНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ФОРМИРОВАНИЕ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ЖКТ

АГЕЕВА Алина Владимировна, СЕКАЧЕВА Софья Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

THE EFFECT OF ACADEMIC STRESS ON THE DEVELOPMENT OF ACUTE GASTROINTESTINAL PATHOLOGY

AGEEVA A.V. SEKACHEVA S.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor, L.A. Lastochkina

Резюме: за последние годы увеличилось количество случаев острых патологий ЖКТ, в том числе за счет лиц в возрасте 16-25 лет. Одним из факторов возникновения этих состояний является академический стресс. Исключить учебный процесс из жизни невозможно, однако исходы острой патологии ЖКТ значительно снижают качество жизни пациентов. Необходимо понять специфику влияния академического процесса на формирование заболеваний и оценить способы снижения частоты данной группы патологий.

Ключевые слова: острый панкреатит, острый холецистит, академический стресс, желудочно-кишечный тракт.

Abstract: In recent years, the number of cases of acute gastrointestinal pathologies has increased, including among individuals aged 16–25. One of the factors contributing to the development of these conditions is academic stress. It is impossible to eliminate the academic process from life, but the outcomes of acute gastrointestinal pathology significantly reduce patients' quality of life. It is necessary to understand the specific impact of the academic process on the development of diseases and to assess ways to reduce the frequency of this group of pathologies.

Keywords: acute pancreatitis, acute cholecystitis, academic stress, gastrointestinal tract.

Введение. Острая патология ЖКТ, включающая такие заболевания, как острую язву желудка и ДПК, острый панкреатит и острый холецистит, встречаются все чаще в молодом возрасте. Из возможных причин нельзя исключать различные стрессовые состояния. Как одна из самых массовых их причин в примерном диапазоне 16-25 лет – академический стресс. В работе рассматривается возможное влияние данного фактора на характер возникновения острых патологий ЖКТ.

Цель: систематизировать и проанализировать данные литературы о влиянии академического стресса на характер возникновения острой патологии ЖКТ.

Материал и методы. Аналитический обзор, поиск в PubMed, eLibrary, CyberLeninka, Google Scholar. исследования, обзоры, клинические рекомендации за последние 10 лет. Использованы методы систематизации и сравнительного анализа. Диагностика академического стресса проводилась по опроснику ASI.

Результаты и обсуждения. Распространённость. Среди рассматриваемой группы студентов, 13,9% в период обучения имели выставленный диагноз острой язвы ЖКТ, 19,4% - острый панкреатит. Среди госпитализированных пациентов в рамках госпитальной выборки студенты составили 21,6% пациентов (Гончар В.А. с соавтором, 2015). При обращении с острой болью в животе 3-6% случаев приходится на диагноз острый холецистит.

В период экзаменационной сессии заболеваемость ЖКТ у студентов достоверно возрастает до 56,4% по сравнению с 27,6% до сессии и 16% после неё. Распространённость СРК среди студентов-медиков составляет 16,9–22,5%. Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны выявляются у студентов впервые во время экзаменационного стресса в 46% случаев (Самигуллин М.Ф., 2008). Патофизиологические механизмы включают активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, нарушения микроциркуляции в слизистой оболочке желудка, дисбаланс автономной нервной системы и повышение проницаемости кишечного барьера.

Выводы: академический стресс является значимым фактором риска острых патологий ЖКТ у студентов. Рекомендуется внедрение программ управления стрессом и раннего скрининга желудочно-кишечных симптомов в высших учебных заведениях.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

АРАКЕЛЯН Лиана Гагиковна, КОНДУЛЕВИЧ Анастасия Юрьевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TELEMEDICAL CONSULTATIONS

ARAKELYAN L.G. KONDULEVICH A.Yu.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Телемедицинские консультации — это дистанционные консультации с врачом, которые проводятся с помощью телекоммуникационных технологий. Такие консультации позволяют получить медицинскую помощь на расстоянии, не требуя личного

присутствия пациента в клинике. Взаимодействие между врачом и пациентом может осуществляться в формате видеосвязи, аудиозвонка или текстового чата, что делает этот формат гибким и доступным для различных категорий граждан, включая жителей отдаленных и труднодоступных территорий, маломобильных пациентов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: Телемедицина, телемедицинские консультации, эффективность телемедицины, организация здравоохранения, цифровизация медицины.

Abstract: Telemedicine consultations are remote consultations with a doctor that are conducted using telecommunication technologies. These consultations allow for medical care to be provided remotely, without requiring the patient to visit a clinic in person. The interaction between the doctor and the patient can be conducted through video calls, audio calls, or text chats, making it a flexible and accessible option for various populations, including those living in remote or hard-to-reach areas, patients with limited mobility, and individuals with disabilities.

Keywords: Telemedicine, telemedicine consultations, telemedicine effectiveness, healthcare organization, and digitalization of medicine.

Введение. В настоящее время вектор развития здравоохранения направлен на совершенствование системы оказания медицинской помощи населению путем повышения ее качества и доступности. Географические особенности нашей страны, большие расстояния между населенными пунктами и, соответственно, между организациями, оказывающими медицинскую помощь, низкая плотность населения в ряде субъектов и недостаточное количество врачей могут оказывать негативное влияние на качество, своевременность оказания и доступность медицинской помощи. Современный этап развития здравоохранения характеризуется стремительной цифровой трансформацией, в рамках которой телемедицина перестала быть экспериментальной технологией и превратилась в неотъемлемую часть системы оказания медицинской помощи. Внедрение телемедицинских консультаций требует оценки их эффективности, принятия пользователями и влияния на медицинскую практику с точек зрения как пациентов, так и врачей. Телемедицина не ограничивается исключительно консультативными приемами: она также включает дистанционный мониторинг состояния здоровья, интерпретацию результатов диагностических исследований, коррекцию ранее назначенной терапии и проведение врачебных комиссий с участием нескольких специалистов. В последние годы, особенно в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, телемедицина получила активное нормативное и инфраструктурное развитие во многих странах, став неотъемлемой частью современной системы здравоохранения и важным инструментом реализации пациентоориентированного подхода. В условиях стремительной трансформации медицинской помощи, сопровождающейся повсеместным внедрением информационно-коммуникационных технологий, возрастает потребность в глубоком и всестороннем анализе того, насколько телемедицинские услуги отвечают ожиданиям, потребностям как пациентов, так и врачей.

Цель: основная цель настоящего исследования заключается в проведении оценки удовлетворенности, эффективности, влияние на рабочую нагрузку, а также ключевые барьеры и преимущества использования телемедицинских консультаций.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 140 респондентов: 100 пациентов и 40 врачей. Для сбора данных использовались структурированные опросники: Telehealth Usability Questionnaire (TUQ), Авторы: Parmanto B, Lewis AN Jr, Graham KM, Bertolet MH; Telemedicine Satisfaction Questionnaire (TSQ), Авторы: M. P. Yip, Anne M.

Chang, Juliana Chan и Ann E. MacKenzie, оценивающие технические аспекты, качество коммуникации, клиническую эффективность, организационные и экономические факторы.

Результаты и обсуждения. Результаты опроса пациентов были разделены на две части: имевшие опыт использования телемедицинских консультаций (70 человек) и не имевшие такого опыта (30 человек).

Среди пациентов, пользовавшихся телемедициной (70 человек), наблюдается высокий уровень удовлетворённости: 59 человек (85%) отметили удобство записи и выбора времени, 63 пациента (90%) чувствовали достаточное внимание врача и комфорт во время консультации, 56 опрошенных (80%) доверяют полученным рекомендациям. Важными преимуществами формата стали экономия времени (88%) и средств (70%). Большинство, а именно 46 человек (65%) предпочли бы телемедицинский формат для планового наблюдения, а 57 пациентов (82%) готовы рекомендовать его знакомым. При этом четверть опрошенных столкнулись с проблемами стабильности связи.

Среди пациентов без опыта использования телемедицины (30 человек) основными барьерами стали: у 21 пациента (70%) опасения по поводу качества диагностики, у 24 опрошенных (80%) предпочтение очного общения, у 18 человек (60%) недостаток доверия к дистанционному формату и у 12 респондентов (40%) технические сложности.

Среди врачей (40 человек) преобладает позитивное отношение к телемедицине: 30 специалистов (75%) оценивают её положительно, 28 врачей (70%) считают эффективным инструментом в своей практике. Более половины, а именно 22 человека (55%) отмечают ограничения в диагностике, однако 28 специалистов (70%) видят в телемедицине потенциал для повышения приверженности пациентов лечению.

Влияние на рабочую нагрузку оценивается неоднозначно: 24 человека (60%) не ощутили изменений, 10 специалистов (25%) отметили увеличение нагрузки из-за документооборота, но 26 человек (65%) признают, что формат позволяет рациональнее распределять время. Организационные аспекты вызывают вопросы: несмотря на удовлетворительное техническое оснащение (80%), каждый второй врач (50%) указывает на избыточность или неясность нормативных требований.

Выводы: телемедицинские консультации демонстрируют высокий потенциал в повышении доступности помощи и удовлетворённости пациентов, особенно для планового наблюдения. Для их успешного внедрения необходимо решить проблемы технической стабильности, адаптировать нормативную базу и усилить информационную работу по преодолению недоверия среди пациентов, не знакомых с форматом.

ПОРТАЛ ГОСУСЛУГ В ПРАКТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: БАРЬЕРЫ ДОСТУПНОСТИ

АСОЧАКОВА Мария Игоревна, ГНЕЛИЦКАЯ Ольга Алексеевна,
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

THE GOSUSLUGI PORTAL IN THE PRACTICE OF PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES: ACCESSIBILITY BARRIERS

ASOCHAKOVA M.I., GNELITSKAYA O.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: в работе представлен анализ частоты и структуры использования портала Госуслуг и телемедицинских консультаций пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями (артериальная гипертония, сахарный диабет 2 типа, ишемическая болезнь сердца). Рассмотрены основные барьеры (низкая цифровая грамотность пожилых пациентов, технические трудности, юридические ограничения) и предложены пути их преодоления. Показано, что внедрение целенаправленных обучающих программ может повысить долю активных пользователей цифровых сервисов.

Ключевые слова: портал Госуслуг, хронические неинфекционные заболевания, цифровая грамотность, амбулаторная практика, барьеры доступности.

Abstract: The study presents an analysis of the frequency and structure of the use of the Gosuslugi portal and telemedicine consultations by patients with chronic non-communicable diseases (hypertension, type 2 diabetes mellitus, coronary artery disease). The main barriers (low digital literacy of elderly patients, technical difficulties, legal restrictions) are reviewed and ways to overcome them are proposed. The introduction of targeted training programs has been shown to increase the proportion of active users of digital services.

Keywords: Gosuslugi portal, chronic non-communicable diseases, digital literacy, outpatient practice, accessibility barriers.

Введение. Цифровая трансформация здравоохранения Российской Федерации, включающая внедрение единой государственной информационной системы (ЕГИСЗ), портала Госуслуг и телемедицинских консультаций, открывает новые возможности для диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). По данным Минцифры РФ на 2024 год, на портале Госуслуг зарегистрировано более 110 млн граждан, а функцией записи к врачу пользуются около 40% зарегистрированных. Телемедицинские консультации (первичные и повторные) регламентированы приказом Минздрава РФ № 291н. Однако реальная эффективность этих технологий существенно ограничена низкой цифровой грамотностью пациентов, особенно старших возрастных групп, составляющих ядро амбулаторного приёма.

Цель: оценить частоту и характер использования телемедицинских консультаций и портала Госуслуг пациентами с ХНИЗ в условиях городской поликлиники, выявить основные барьеры (социально-демографические, технические, психологические) и разработать практические рекомендации по повышению цифровой грамотности в амбулаторно-поликлиническом звене.

Материал и методы. Проведено одномоментное (cross-sectional) анкетирование 156 пациентов с верифицированными ХНИЗ (артериальная гипертония - 68%, сахарный диабет 2 типа - 45%, ишемическая болезнь сердца - 52%, допускалось сочетание диагнозов), наблюдающихся в городской поликлинике №1 г. Кемерово. Критерии включения: возраст ≥45 лет, подтверждённый диагноз ХНИЗ, длительность наблюдения не менее 12 месяцев, наличие письменного информированного согласия.

Критерии исключения: тяжёлые когнитивные нарушения, отказ от участия. Средний возраст респондентов составил 62,4±8,7 года (от 45 до 78 лет), мужчины - 41% (64/156), женщины - 59% (92/156).

Результаты и обсуждения.

Частота использования цифровых сервисов. Зарегистрированы на портале Госуслуг 67,3% (105/156) респондентов. Однако активно пользуются порталом (не реже 1 раза в

месяц) только 42,9% (67/156). Запись к врачу через интернет когда-либо осуществляли 58,3% (91/156), регулярно (всегда или в большинстве случаев) - 31,4% (49/156). Получение электронных рецептов (льготных или платных) через портал практиковали лишь 19,2% (30/156). Вызов врача на дом через Госуслуги использовали 12,8% (20/156).

Барьеры использования. При анализе причин отказа от цифровых сервисов (пациенты могли выбрать несколько вариантов) получены следующие результаты: отсутствие навыков работы со смартфоном или компьютером - 71,8% (112/156); страх ошибки, взлома аккаунта или утечки персональных данных - 48,7% (76/156); отсутствие личного мотивирующего контакта с врачом («мне удобнее прийти, поговорить лично») - 44,2% (69/156); технические проблемы (медленный интернет, мелкий шрифт, нечитаемый интерфейс) - 36,5% (57/156); отсутствие смартфона или компьютера с выходом в интернет - 19,9% (31/156); не информированность о возможности телемедицинских консультаций - 33,3% (52/156).

Возрастные различия. При разделении на возрастные группы (45-59 лет, 60-69 лет, 70 лет и старше) выявлены статистически значимые различия (χ^2=18,3, p <0,001). Доля активных пользователей Госуслуг в группе 45-59 лет составила 82,4% (42/51), в группе 60–69 лет - 45,7% (21/46), в группе 70 лет и старше - только 13,8% (8/58).

Пути повышения цифровой грамотности. Индивидуальные консультации на терапевтическом приёме (5-7 минут) с выдачей простых пошаговых памяток-инструкций (скринкасты, крупный шрифт) - этот вариант поддержали 64,1% (100/156) респондентов. Обучение ближайшими родственниками (детьми, внуками) с последующим совместным использованием («цифровой наставник») - 58,9% (92/156). Организация в холле поликлиники «терминалов помощников» с дежурным волонтёром (студент-медик, социальный работник) для помощи при записи и регистрации - 52,6% (82/156). Создание и распространение коротких видеоинструкций (до 2 минут) через мессенджеры (MAX) с озвучкой крупным планом - 47,4% (74/156). Групповые «Школы цифровой грамотности» при центрах здоровья - 38,5% (60/156).

Практическая значимость:

1. Для пациентов: внедрение предложенных обучающих мероприятий позволяет снизить тревожность, повысить доступность медицинской помощи, сократить время ожидания в очереди и уменьшить число необоснованных визитов в поликлинику, что особенно важно для пациентов с ограниченной мобильностью.

2. Для врачей-клиницистов (терапевтов, кардиологов, эндокринологов): знание структуры барьеров даёт возможность адресно направлять усилия на наиболее уязвимые группы (пациенты старше 70 лет, с низким образовательным уровнем, проживающие отдельно), что улучшает приверженность дистанционному наблюдению, разгружает очные приёмы и позволяет уделить больше времени действительно сложным пациентам.

Выводы: активное использование портала Госуслуг (регулярная запись к врачу) среди пациентов с ХНИЗ составляет лишь 31,4%, а телемедицинских консультаций - 3,8%, что значительно ниже потенциально возможного уровня.

Основным барьером является низкая цифровая грамотность, особенно выраженная в возрастной группе 70 лет и старше (доля активных пользователей – 13,8% против 82,4% в группе 45-59 лет, p <0,001).

Другими значимыми барьерами служат страх ошибки/взлома (48,7%), предпочтение личного контакта с врачом (44,2%) и технические проблемы (36,5%). Полученные результаты обосновывают необходимость внедрения в рутинную практику участкового терапевта краткого скрининга цифровых навыков (2-3 вопроса) с последующей

индивидуализированной коррекцией и создания на базе поликлиник «зон цифровой поддержки».

КОНФЛИКТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»: МЕХАНИЗМЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ И ВЫХОДА ИЗ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

БАРБОТЬКО Наталья Александровна, БЕРНИКОВА Маргарита Евгеньевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

CONFLICT-GENIC FACTORS IN THE "PHYSICIAN-PATIENT" INTERACTION: MECHANISMS OF PREVENTION AND RESOLUTION OF CONFLICT SITUATIONS IN PRIMARY CARE

BARBOTKO N. A, BERNIKOVA M. E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Взаимодействие врача и пациента представляет собой сложный коммуникативный процесс, в котором невербальные сигналы и речевые обороты могут выступать в роли конфликтогенов - факторов, провоцирующих напряжение и негативную реакцию. Анализ и решение данных факторов позволяет повысить качество медицинской помощи и комплаентность пациентов.

Ключевые слова: Психотипы пациентов, профессиональная устойчивость медицинских работников, медицинский конфликт, коммуникативная компетентность

Abstract: The doctor-patient interaction is a complex communicative process in which nonverbal signals and speech patterns can act as conflictogens - factors provoking tension and negative reactions. Analysis and addressing these factors improves the quality of medical care and patient compliance.

Keywords: Patient psychetypes, professional resilience of healthcare workers, medical conflict, communicative competence in healthcare

Введение. Современная медицинская практика находится на пересечении клинических, психологических и социальных вызовов. Несмотря на рост технологической оснащенности, качество медицинского общения остается слабым звеном, способствующим росту конфликтов. По данным Росздравнадзора, более 40% жалоб пациентов связаны с нарушениями в коммуникации. При этом врачи не получают системной подготовки по психологии общения, не защищены законодательно от агрессии и вынуждены работать в условиях хронического цейтнота. В этой ситуации конфликт становится не следствием, а инструментом выживания пациента. В данной работе впервые предложена систематизация психотипов пациентов, сопоставленных с их коммуникативными паттернами типичными ошибками врачей в взаимодействии и адаптивными стратегиями реагирования, позволяющими трансформировать конфликт из угрозы в возможность для укрепления доверия.

Цель: предложить эффективные инструменты для снижения напряженности в

взаимодействии, повышения комплаентности пациентов и укрепления профессиональной устойчивости медицинских работников.

Материал и методы. Проведен поиск публикаций в базах CyberLeninka за 2017–2025 гг. по запросам: «конфликт, пациент», «речевые модули», «причины конфликтов». Для анализа отобрано 15 источников, включая статистику Роскомнадзора, данные НИИ медицинской этики и деонтологии.

В выборку включено 15 источников, соответствующих критериям релевантности и полнотекстового доступа.

Основу анализа составили:

1. Научные статьи: работы ведущих специалистов в области конфликтогенов в медицине, включая исследования Григорьева Л.И. (2022), Петров А.И. (2023), Тимофеев В.А. (2023) и Соколова Е.А. (2020), посвященные медицинской этике и коммуникацией между пациентом и медицинским персоналом.
2. Статистические данные:

Данные Минздрава России о нападениях медработников (2023 г.) — источник: официальные отчеты Минздрава / статистические сборники.

Критериями исключения служили: публикации старше 10 лет, отсутствие доступа к полному тексту, нерелевантность теме маршрутизации в первичном звене.

Результаты и обсуждения. Насилие против медработников – системная проблема, при которой большинство инцидентов остаются безнаказанными: 93% обращений в полицию получают отказ, а реальные уголовные наказания – редкость (менее 5%). 88% опрошенных считают эффективными мерами защиты ужесточение уголовной ответственности за нападение на медиков, установку тревожных кнопок и видеонаблюдение. Однако эти меры не решают проблему возникновения конфликта между пациентом и врачом.

Современные врачи не обучены коммуникативным техникам, не знакомы с медицинским правом и не защищены законодательно: статья УК о воспрепятствовании деятельности медработников не охраняет их здоровье и жизнь, а лишь фиксирует последствия для пациента. Безнаказанность агрессии, отсутствие этических и правовых рамок для врача провоцируют нарушения деонтологии и усугубляют конфликт.

Системное понимание 12 ключевых психотипов пациентов позволяет врачам не просто реагировать на конфликты, а проактивно предотвращать их через адаптивную коммуникацию. Внедрение метода 5 «П» снизило число судебных исков на 30-40% в клиниках, внедривших программу коммуникативного обучения. А использовании простого языка и наглядных объяснений, активном сборе обратной связи, и задании открытых вопросов снизило ошибок в соблюдении назначений на 30-50%. Все эти методы превращает медицинское взаимодействие из рискованного процесса в инструмент укрепления лояльности, снижения напряженности и повышения эффективности лечения - в условиях растущего давления на медицинских работников и растущего недоверия к системе здравоохранения.

Выводы: результаты исследования подтверждают, что ключевым фактором снижения конфликтов в медицинской среде является системное улучшение коммуникации: внедрение речевых модулей, адаптация под психотипы пациентов и применение метода 5 «П» снижают количество жалоб. Эффективность мер возрастает при сочетании психологической подготовки персонала, прозрачности информации и правовой защиты врачей. Предложенный комплексный подход может стать основой для национальных стандартов медицинской коммуникации.

БАРЬЕРЫ ВНЕДРЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТУ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА: ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

БЕГИНБЕКОВА Дарья Сымбатовна, БУБНОВА Ульяна Витальевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

BARRIERS TO THE IMPLEMENTATION OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN PRIMARY CARE PHYSICIANS' WORK: ORGANIZATIONAL AND PSYCHOLOGICAL ANALYSIS

BEGINBEKOVA D.S., BUBNOVA U.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor, L.A. Lastochkina

Резюме: Работа врача первичного звена в условиях цифровизации здравоохранения сопровождается возрастающей нагрузкой, связанной с освоением и использованием электронных медицинских карт, телемедицинских сервисов, систем поддержки принятия врачебных решений и электронного документооборота. Несмотря на декларируемые преимущества цифровых технологий, их реальное внедрение в практику первичного звена сталкивается с существенными препятствиями. Организационные барьеры усугубляются барьерами психологическими. Как следствие, формируется устойчивое сопротивление изменениям, снижается мотивация к освоению цифровых инструментов и падает эффективность их применения, что напрямую сказывается на качестве и доступности первичной медицинской помощи.

Ключевые слова: врач первичного звена, цифровые технологии, цифровизация здравоохранения, организационные барьеры, психологические барьеры, сопротивление изменениям, электронная медицинская карта.

Abstract. The work of primary care physicians in the context of healthcare digitalization is accompanied by an increasing burden associated with mastering and using electronic medical records, telemedicine services, clinical decision support systems, and electronic document management. Despite the declared advantages of digital technologies, their actual implementation in primary care practice faces significant obstacles. Organizational barriers (lack of time, high routine workload, imperfect interfaces, fragmented information systems, lack of technical support) are aggravated by psychological barriers (anxiety about the new, fear of error, distrust of algorithms, a sense of loss of control and professional autonomy). As a result, persistent resistance to change is formed, motivation to master digital tools decreases, and the effectiveness of their use declines, which directly affects the quality and accessibility of primary healthcare.

Keywords: primary care physician, digital technologies, healthcare digitalization, organizational barriers, psychological barriers, resistance to change, electronic medical record.

Введение. Врач первичного звена занимает особое место в системе здравоохранения: именно он первым контактирует с пациентом, принимает решения о маршрутизации, координирует профилактику и наблюдение. Цифровая трансформация обещает этому звену

значительные выгоды — сокращение документооборота, ускорение диагностики, поддержку принятия решений, дистанционный мониторинг. Однако на практике внедрение цифровых решений нередко приводит к обратному эффекту: увеличению времени на оформление документации, «экранному» выгоранию и росту неудовлетворённости профессией.

Ключевая проблема заключается в том, что внедрение цифровых технологий рассматривается преимущественно как техническая или административная задача, тогда как её успех во многом определяется человеческим фактором. Врач первичного звена работает в условиях высокой неопределённости, ограниченного времени приёма и постоянного потока пациентов. Любое нововведение, требующее дополнительных когнитивных и временных ресурсов, воспринимается как угроза, а не как помощь. Организационные дефициты (недостаток оборудования, низкая скорость интернета, несовместимость систем, отсутствие обучения) накладываются на психологические механизмы защиты: тревогу, страх ошибки, недоверие к алгоритмам, ощущение утраты профессиональной автономии.

Таким образом, барьеры внедрения цифровых технологий носят комплексный характер и требуют не только технического, но и организационно-психологического анализа. Понимание этих барьеров — необходимое условие для разработки эффективных стратегий сопровождения врачей и повышения реальной, а не формальной, цифровой зрелости первичного звена.

Цель: выявить и систематизировать организационные и психологические барьеры внедрения цифровых технологий в работу врача первичного звена, а также обосновать подходы к их преодолению.

Материал и методы. Теоретической базой исследования послужили работы отечественных и зарубежных авторов. В области цифровизации здравоохранения и медицинской информатики - труды В.И. Стародубова, Г.Э. Улумбековой, А.В. Владзимирского, E. Coiera, R. Koppel. Вопросы организационного поведения и сопротивления изменениям рассматривались на основе исследований K. Lewin, J. Kotter, Э. Шейна, Т.Ю. Базарова. Психологические аспекты принятия технологий изучены по работам F.D. Davis (TAM), V. Venkatesh (UTAUT), а также по исследованиям профессионального стресса и выгорания К. Маслач, В.В. Бойко, Н.Е. Водопьяновой. Кроме того, привлечены нормативные документы, определяющие организацию цифровизации в системе первичной медико-санитарной помощи.

Методы работы включают: анализ и синтез источников; сопоставление различных подходов к оценке барьеров цифровизации; обобщение практических наработок по внедрению цифровых решений в первичном звене; разработку модели преодоления организационных и психологических барьеров.

Результаты и обсуждения. Результаты теоретического исследования подтверждают, что внедрение цифровых технологий в первичном звене систематически сталкивается с двумя группами барьеров.

Организационные барьеры включают: дефицит времени в условиях фиксированной длительности приёма; высокую рутинную нагрузку и дублирование ввода данных; несовершенство интерфейсов и низкое удобство использования информационных систем; фрагментарность и несовместимость различных платформ; недостаток технической поддержки и оборудования; отсутствие непрерывного обучения и регламентов работы с цифровыми инструментами.

Психологические барьеры включают: тревогу и неуверенность при освоении нового; страх совершить ошибку и понести ответственность; недоверие к алгоритмам и системам поддержки принятия решений; ощущение потери контроля и профессиональной автономии;

«экранное» выгорание и усталость от постоянного взаимодействия с интерфейсами; а также восприятие цифровизации как внешнего административного давления, не учитывающего реальную клиническую логику.

На этой теоретической базе построена модель преодоления барьеров, включающая три модуля: диагностический (оценка организационной готовности и психологического профиля врача), организационно-технический (оптимизация интерфейсов, снижение дублирования, техническая поддержка, обучение на рабочем месте) и психолого-поддерживающий (работа с тревогой, страхом ошибки, формирование доверия к технологиям, развитие цифровой уверенности).

Выводы:

1. Внедрение цифровых технологий в работу врача первичного звена сопровождается высоким уровнем организационного и психологического напряжения, обусловленного несоответствием между декларируемыми преимуществами и реальной практикой, что закономерно ведёт к сопротивлению изменениям и снижению эффективности использования цифровых инструментов.
2. Организационные барьеры (дефицит времени, дублирование данных, несовершенство интерфейсов, фрагментарность систем, недостаток поддержки и обучения) являются первичными и усиливают психологические барьеры.
3. Психологические барьеры (тревога, страх ошибки, недоверие к алгоритмам, потеря автономии, «экранное» выгорание) носят устойчивый характер и не преодолеваются только техническими или административными мерами.
4. Предложенная трёхмодульная модель (диагностика, организационно-техническая оптимизация, психологическая поддержка) может служить эффективным инструментом преодоления барьеров цифровизации, особенно в групповом формате, дополнительно укрепляющем профессиональную общность.

ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

БЕЗУГЛОВА Ольга Алексеевна, ЕРШОВА Екатерина Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

FEATURES OF SYMPTOMATIC THERAPY IN PALLIATIVE CARE FOR LATE-STAGE CANCER

BEZUGLOVA O.A., ERSHOVA E.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: в данной научной работе рассмотрены особенности симптоматической терапии у пациентов с поздними стадиями онкологических заболеваний. Показана необходимость комплексного мультидисциплинарного подхода с использованием шкал оценки симптомов.

Ключевые слова: паллиативная помощь, симптоматическая терапия, онкология, качество жизни, боль.

Abstract: The paper discusses the features of symptomatic therapy in patients with advanced cancer. The necessity of a comprehensive multidisciplinary approach using symptom assessment scales is demonstrated.

Keywords: palliative care, symptomatic therapy, oncology, quality of life, pain.

Введение. Паллиативная помощь онкологическим больным на поздних стадиях заболевания направлена на улучшение качества жизни посредством своевременного выявления и эффективного купирования тягостных симптомов. Прогрессирование опухолевого процесса сопровождается полисимптомным дистрессом, при развитии которого доминируют хроническая боль, тошнота, рвота, одышка, астения и психоэмоциональные нарушения. Несмотря на наличие международных и национальных клинических рекомендаций, на практике сохраняются дефицит адекватного обезболивания и недооценка иных симптомов, что диктует необходимость постоянного совершенствования симптоматической терапии.

Цель: проанализировать современные подходы и особенности симптоматической терапии при оказании паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями онкологических заболеваний**.**

Материал и методы. Проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, клинических рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Европейского общества медицинской онкологии (ESMO) и Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) за период 2019–2025 гг. Основное внимание уделено принципам оценки и коррекции ведущих симптомов у инкурабельных больных.

Результаты и обсуждения. Установлено, что до 90% пациентов на поздних стадиях рака испытывают боль умеренной или высокой интенсивности. Базовым инструментом остается трехступенчатая «лестница обезболивания» ВОЗ: ненаркотические анальгетики (первая ступень), слабые опиоиды (вторая ступень) и сильные опиоиды (третья ступень). В настоящее время рекомендован ранний переход к сильным опиоидам (морфин, фентанил) при неэффективности первой ступени, минуя вторую. Обязательной является профилактика опиоид-индуцированных запоров (стимулирующие и осмотические слабительные) и тошноты (метоклопрамид, ондансетрон). Для объективизации болевого синдрома используют числовую рейтинговую шкалу (NRS), а для комплексной оценки симптомов – Эдмонтонскую шкалу оценки симптомов (ESAS).

Тошнота и рвота встречаются у 40–70% больных. Терапия базируется на этиопатогенетическом подходе: при повышении внутричерепного давления – дексаметазон, при гастростазе – метоклопрамид, при химиоиндуцированной рвоте – антагонисты 5-НТ3-рецепторов (ондансетрон). Одышка, наблюдаемая у 50–70% пациентов, корректируется малыми дозами морфина, ингаляциями кислорода и бензодиазепинами, при этом важно исключить обратимые причины (плевральный выпот, анемия). Астенический синдром, значительно снижающий качество жизни, требует коррекции нутритивного статуса, дозированной физической активности, психосоциальной поддержки; в резистентных случаях рассматривается применение психостимуляторов (метилфенидат). Депрессивные и тревожные расстройства купируются селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (сертралин) и когнитивно-поведенческой терапией.

Ключевой особенностью симптоматической терапии на поздних стадиях является мультидисциплинарный подход с участием врача, медицинской сестры, психолога и духовного наставника. Персонификация лечения основывается на регулярном мониторинге

симптомов и своевременной коррекции побочных эффектов. Продемонстрирована прямая связь между адекватной симптоматической терапией и повышением качества жизни, что подтверждает необходимость интеграции паллиативных принципов на всех этапах ведения онкологических больных.

Выводы: эффективная симптоматическая терапия у пациентов с поздними стадиями рака требует обязательной количественной оценки всех проявлений болезни с помощью валидированных шкал. Лечение тошноты, одышки, астении и психоэмоциональных нарушений должно носить патогенетический и мультидисциплинарный характер. Приоритетным является раннее назначение сильных опиоидов в сочетании с профилактикой нежелательных явлений. Комплексный персонифицированный подход позволяет значимо улучшить качество жизни инкурабельных больных.

ФАКТОРЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

БЕЛОВА Варвара Юрьевна, БАГРИЙ Софья Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

FACTORS OF PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT IN PALLIATIVE CARE FOR CANCER PATIENTS

BELOVA V. Y., BAGRII S.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в данной работе изучается важность психотерапевтической составляющей в рамках паллиативной помощи онкологическим пациентам. При написании работы использовались актуальные научные статьи и исследования, касающиеся данной темы.

Ключевые слова: паллиативная помощь, паллиативное лечение, онкологические заболевания.

Abstract: This paper examines the importance of psychotherapy in palliative care for cancer patients. It draws on relevant scientific articles and research on this topic.

Keywords: palliative care, palliative treatment, oncological diseases.

Введение. В наше время активно развивается такое нужное направление медицины, как паллиативная помощь. Ее работа направлена непосредственно на поддержание и улучшение качества жизни тяжело больных пациентов. Почти каждый онкологический пациент, узнавший о своем диагнозе, получает психическую травму, осознавая наличие у себя злокачественного новообразования. На протяжении всей диагностики, курса лечения и реабилитации больной находится в постоянном эмоциональном напряжении и психически нестабилен.

К паллиативным онкологическим больным относятся пациенты с IV стадией злокачественного процесса; наличием множественных отдаленных метастазов; множественными рецидивами после радикального лечения; больные с быстропрогрессирующем течением заболевания, когда химиотерапия малоэффективна.

Кроме того, у данных пациентов ситуация может усугубляться тяжелой сопутствующей соматической патологией, прогрессированием симптомов онкологического заболевания, в том числе болевого и паранеопластического синдромов, и различными, порою болезненными, медицинскими манипуляциями. Наряду с этим важной проблемой остается отношение к будущему, а именно его неопределенность, подкрепленная страхом ухудшения ситуации или рецидива, длительностью и сложностью лечения, потерей смысла жизни и ощущением приближающейся неожиданной смерти. Диагностирование злокачественного новообразования влечет за собой множество сопутствующих трудностей: завершение или снижение трудовой деятельности пациента, угроза инвалидности, кардинальными изменениями образа жизни.

Все это комплексно оказывает негативное воздействие на психику и на здоровье человека в целом, ускоряя истощение жизненных ресурсов организма, поэтому для оказания качественной паллиативной помощи в условиях психотравмирующего заболевания необходимо учитывать психологические аспекты.

Цель: определить необходимость психотерапевтической составляющей паллиативной помощи в лечении и реабилитации онкологических пациентов.

Материал и методы. Исследование проводилось путем анализа научных статей и публикаций из различных электронных баз данных. Было произведено сопоставление и обобщение материалов.

Результаты и обсуждения. Онкологические заболевания в корне различаются с остальными тяжелыми заболеваниями и имеют свои черты психофизиологического характера. В психологии данную группу заболеваний рассматривают как крайне тяжелую психотравмирующую ситуацию для пациента, предельно допустимую для его ментального здоровья.

Возникновению нервно-психических расстройств на фоне злокачественного новообразования способствуют: травмирующее воздействие информации о диагнозе, необходимость проведения длительного и тяжелого лечения, послеоперационные физические дефекты, существующее представление о побочных эффектах химиотерапии, облучения, страх болевого синдрома или постоянное его переживание, ожидание смертельного исхода.

С индивидуальной скоростью компенсаторные возможности психики человека утрачивают свою эффективность в предотвращении возникновения патологических реакций, и для снижения уровня психоэмоционального напряжения онкобольному необходима психологическая поддержка.

С учетом вышесказанного ключевыми направлениями в психологической помощи паллиативным онкологическим пациентам являются:

1. Информационная и психологическая поддержка (снижение неопределенности, через пояснения схем лечения; реалистичное обсуждение прогнозов пациента, но без угасания надежды)
2. Преодоление тревожности и депрессивного состояния (психообразование, обучение релаксации)
3. Работа со смыслом жизни и борьба со страхом смерти (экзистенциальные беседы с пациентом)
4. Работа с родственниками (консультация семьи и меры по предупреждению эмоционального выгорания)

Для достижения положительных результатов, используются методы

индивидуальных или групповых консультаций психотерапевта, дыхательные техники и релаксия, арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия и психофармакотерапия по назначению психиатра. Каждый метод проводится с учетом этапа лечения и структуры расстройства пациента индивидуально.

В оказании паллиативной помощи должна участвовать мультидисциплинарная команда специалистов, в том числе включающая психотерапевтов и психологов. Также при подготовке врачей, обеспечивающих специальное и паллиативное лечение (онкологи, терапевты), необходимо учитывать современные и доступные в практике психотерапевтические подходы.

Выводы: психотерапевтическая поддержка необходима каждому пациенту, столкнувшемуся с онкологическим заболеванием начиная с момента оглашения диагноза. Она должна исходить не только от близких людей больного, но и от медицинского персонала, в первую очередь от терапевта и врача-онколога, а также включать консультации психотерапевта или психолога. Необходимо применять современные подходы в общении с пациентом, настраивая его на приверженность к лечению и достижение благоприятного исхода. Данная область паллиативной помощи способствует как сохранению ментального здоровья, так и скорейшей реабилитации пациента.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПРЕДИКТОР ХНИЗ: ОПТИМИЗАЦИЯ СКРИНИНГА И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

БЕРНИКОВА Маргарита Евгеньевна, БАРБОТЬКО Наталья Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

METABOLIC SYNDROME AS A PREDICTOR OF NCDS: OPTIMIZATION OF SCREENING AND MANAGEMENT STRATEGIES AT THE OUTPATIENT STAGE

BERNIKOVA M. E., BARBOTKO N. A
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Метаболический синдром — это комплекс нарушений, лежащий в основе хронических неинфекционных заболеваний. Оптимизация его раннего выявления и ведения пациентов на амбулаторном этапе является ключевым направлением первичной профилактики.

Ключевые слова: метаболический синдром, ХНИЗ, инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение, профилактика.

Abstract: Metabolic syndrome is a complex of interrelated disorders that underlies chronic non-communicable diseases. Optimizing its early detection and outpatient management is a key focus of primary prevention.

Keywords: metabolic syndrome, NCDs, insulin resistance, abdominal obesity, prevention.

Введение. Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) остаются ведущей причиной смертности в мире, а их ключевым предиктором выступает метаболический синдром — совокупность взаимосвязанных нарушений, включающих абдоминальное

ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемию и артериальную гипертензию. Распространенность метаболического синдрома в популяции достигает 40%, при этом его наличие многократно повышает риск развития сердечно-сосудистых патологий и сахарного диабета 2 типа.

Именно амбулаторное звено обладает наибольшим потенциалом для раннего выявления и коррекции метаболического синдрома. Однако зачастую компоненты синдрома учитываются изолированно, измерения окружности талии игнорируются, а инсулинорезистентность выявляется поздно. Отсутствие стандартизированных алгоритмов ведения пациентов снижает эффективность профилактики ХНИЗ.

Цель: проанализировать современные подходы к скринингу метаболического синдрома и обосновать оптимизацию тактики ведения пациентов на амбулаторном этапе для снижения риска развития и прогрессирования ХНИЗ.

Материал и методы. В рамках настоящего исследования был осуществлен поиск научных публикаций в электронных базах данных eLibrary, CyberLeninka, PubMed за период с 2011 по 2026 годы по ключевым запросам: «ХНИЗ», «метаболический синдром» и «метаболические факторы риска».

В анализ были включены 8 источников, отвечающих критериям релевантности и наличия полного текста.

Основой для анализа стали:

1.Нормативно-правовые акты:

- Приказ Минздрава РФ от 14.04.2025 N 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению".

2. Научные статьи: работы специалистов в области хронических неинфекционных заболеваний, включая исследования Е.В. Филиппова (2025), Е.В. Севостьянова (2019), О.Л. Барбараш (2016), В.А. Трубникова (2015), посвященные распространенности метаболических факторов риска, их взаимосвязи с развитием хронических неинфекционных заболеваний и осложнением в виде сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа.

3. Совместное предварительное утверждение определения метаболического синдрома IDF (Международной диабетической Федерации), NHLBI (Национального института сердца, легких и крови), ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), IAS (международного общества атеросклероза) и IASO (Международной ассоциации по изучению ожирения).

4. Клинические рекомендации:

- Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации РКО 2020;
- Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр).

Результаты и обсуждения. Исследование патогенетических механизмов метаболического синдрома и разработка эффективных методов лечения пациентов с этим заболеванием являются важными задачами для улучшения амбулаторной медицинской помощи.

В современных клинических рекомендациях метаболический синдром рассматривается как совокупность обменных, гормональных и клинических нарушений в организме человека, основу которых составляет ожирение. Установлено, что висцеральная жировая ткань выступает активным эндокринным органом, секретирующим

провоспалительные цитокины, что запускает системное воспаление, эндотелиальную дисфункцию и формирование атерогенной дислипидемии. Именно эти реакции лежат в основе прогрессирования таких ХНИЗ, как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа и неалкогольная жировая болезнь печени.

Анализ существующей практики амбулаторного звена выявил ряд проблем в раннем выявлении МС. Во-первых, сохраняется частичный подход к диагностике: компоненты синдрома (артериальная гипертензия, ожирение, дислипидемия) фиксируются как отдельные нозологии без объединения в единый синдром, что препятствует пониманию общей патогенетической основы. Во-вторых, антропометрические измерения, в частности окружность талии как ключевой маркер висцерального ожирения, часто игнорируются или проводятся нерегулярно. В-третьих, расчет и оценка индекса инсулинорезистентности (HOMA-IR) не входит в обязательный минимум обследования при нормальных показателях глюкозы натощак, что приводит к поздней диагностике метаболических нарушений.

Для оптимизации скрининга на амбулаторном этапе может быть осуществлено внедрение стандартизированного протокола, включающего: измерение окружности талии у всех пациентов старше 30 лет независимо от причины обращения, что позволяет рассматривать этот показатель наряду с артериальным давлением, пульсом, ростом и весом; расширение лабораторного поиска при выявлении абдоминального ожирения: проведение перорального глюкозотолерантного теста и расчет индекса HOMA-IR даже при нормогликемии для выявления скрытой инсулинорезистентности; комплексная оценка риска с учетом всех компонентов метаболического синдрома, а не только традиционных факторов по шкале SCORE.

В вопросах тактики ведения пациентов с МС на амбулаторном этапе установлена необходимость перехода от синдромального лечения осложнений к патогенетической стратегии, направленной на коррекцию ключевых звеньев. Базовым компонентом является воздействие на висцеральное ожирение через модификацию образа жизни: индивидуализированные программы питания, повышение физической активности и поведенческая терапия, реализуемые в рамках школ здоровья на базе поликлиник. Целевым ориентиром является снижение массы тела на 5-10% от исходной, что достоверно улучшает чувствительность тканей к инсулину и корригирует метаболические нарушения.

Роль врача общей практики определяется как координирующая: после выявления метаболического синдрома он рекомендует консультативные приемы узких специалистов (эндокринолог, кардиолог, диетолог) на определенных этапах, сохраняя за собой функцию долгосрочного мониторинга и мотивации пациента. Динамическое наблюдение должно включать регулярную оценку антропометрических показателей, липидного и углеводного профиля для своевременной коррекции терапии.

Выводы: анализ современных подходов выявил необходимость стандартизации скрининга метаболического синдрома (измерение окружности талии, диагностика инсулинорезистентности), приоритета немедикаментозной коррекции и создания регистров пациентов. Внедрение этих организационных мер в амбулаторную практику позволит снизить заболеваемость и смертность от ХНИЗ, а также повысить качество жизни пациентов.

РАБОТА С ГОРЕМ И УТРАТАМИ

БОГИНА Ульяна Андреевна, БУРКОВА Екатерина Анатольевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель — к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

DEALING WITH GRIEF AND LOSS

BOGINA U. A., BURKOVA E. A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: работа с горем и утратой – это процесс психологической помощи к адаптации к жизни без потерянного человека, направленный на осознание случившегося, принятие изменений в жизни и поиск способов жить дальше. Работа с горем включает работу с эмоциями, которые возникают в ответ на потерю, и поддержку со стороны специалистов и близких.

Ключевые слова: переживание утраты, терапия принятия и ответственности, когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия, психологическая помощь

Abstract: grief and loss work is a process of psychological assistance to adapt to life without a lost person, aimed at understanding what happened, accepting changes in life, and finding ways to move forward. Grief work involves dealing with the emotions that arise in response to loss and receiving support from professionals and loved ones.

Keywords: experiencing loss, acceptance and responsibility therapy, cognitive-behavioral therapy, art therapy, and psychological assistance

Введение: горе и переживание утраты является глубоко травмирующим опытом, через который проходит каждый человек. В современном мире слишком много психологических нагрузок и стрессовых факторов, поэтому проблема помощи лицам, переживающим утрату, становится особенно значимой. Существует множество терапевтических моделей терапии и принятия ответственности, что приводит к вопросу о наилучшем методе помощи и приводит к необходимости проведения сравнительного анализа.

Цель: сравнить эффективность различных терапевтических подходов при переживании утраты.

Материал и методы. Проведен литературный обзор отечественных и зарубежных научных публикаций. Определены и сформированы наиболее эффективные подходы при переживании утраты.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного литературного анализа были выделены и сопоставлены три ключевых психотерапевтических подхода, демонстрирующих эффективность в работе с переживанием утраты: терапия принятия и ответственности (ACT), когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и арт-терапия. Сравнительная оценка их эффективности позволила выявить как общие тенденции, так и специфические особенности каждого метода.

1. Терапия принятия и ответственности (ACT)

Данный подход продемонстрировал наиболее высокие и сбалансированные результаты. Его ключевой механизм действия заключается не в подавлении болезненных переживаний, связанных с утратой, а в развитии психологической гибкости.

Это позволяет клиенту принимать болезненные эмоции: осознавать и принимать чувства горя, печали и гнева как естественную реакцию на потерю, не борясь с ними, а также фокусироваться на ценностях, перенаправлять внимание с избегания боли на построение жизни, согласованной с личными ценностями, даже в условиях утраты.

Исследования показывают, что данный подход обеспечивает наиболее выраженное снижение ключевых симптомов острого и осложненного горя, а также стойкое снижение уровня депрессии. Важным результатом является и значительный рост субъективного качества жизни, что указывает на его долгосрочный протективный эффект.

2. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

КПТ, основанная на работе с дезадаптивными мыслями и убеждениями, также показала высокую эффективность, вплотную приближаясь к результатам АСТ.

Ее сильной стороной являются структурированность и конкретность. Четкие протоколы работы позволяют эффективно выявлять и оспаривать иррациональные убеждения, связанные с утратой (например, чувство вины, «я мог бы что-то предотвратить»).

Еще одна сильная сторона – целенаправленное снижение симптоматики: Подход демонстрирует особенно высокие результаты в снижении симптомов тревоги, которая часто сопровождает горевание.

В то время как КПТ превосходно справляется с когнитивными искажениями и тревожной симптоматикой, ее результаты в плане общего повышения качества жизни могут несколько уступать АСТ.

3. Арт-терапия

Арт-терапия, использующая невербальные средства выражения, занимает важное место в работе с горем.

Ее эффективность проявляется в доступе к подсознательным процессам. Творчество позволяет выразить сложные, часто неосознаваемые и «невыразимые» словами чувства, связанные с утратой.

Хотя арт-терапия может уступать структурированным подходам, таким как АСТ и КПТ, в скорости снижения конкретных симптомов (например, по шкалам депрессии), ее уникальный вклад заключается в глубинной проработке травматического опыта. Она играет незаменимую роль в снижении общего эмоционального напряжения и является мощным инструментом для клиентов, которым трудно вербализовать свои переживания.

Выводы: проведенный анализ позволяет констатировать, что, несмотря на общую эффективность когнитивно-поведенческой терапии, арт-терапии и терапии принятия и ответственности в снижении ключевых симптомов горя, именно АСТ демонстрирует наиболее комплексный и сбалансированный результат. В отличие от КПТ, которая наиболее эффективна для купирования симптомов тревоги, и арт-терапии, идеальной для глубинной проработки эмоций, терапия принятия и ответственности не только снижает психопатологическую симптоматику, но и способствует построению новой жизненной перспективы через ориентацию на личностные ценности. Это делает АСТ наиболее оптимальным подходом для работы с многогранным переживанием утраты, а ее интеграция с другими методами открывает путь для оказания максимально полной и индивидуальной помощи.

РОЛЬ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

БОНДАРЕВА Маргарита Сергеевна, СКАЛЕНКОВСКАЯ Елизавета Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE ROLE OF HYPERTENSION PATIENT SCHOOLS IN OUTPATIENT PRACTICE

BONDAREVA M.S., SKALENKOVSKAYA E.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в работе проанализированы основные направления деятельности школ пациентов с артериальной гипертонией в условиях амбулаторного звена здравоохранения и их влияние на эффективность лечения. Обоснована практическая значимость внедрения школ пациентов как элемента вторичной профилактики.

Ключевые слова: артериальная гипертония, школы пациентов, амбулаторная практика, вторичная профилактика, факторы риска.

Abstract: The paper analyzes the main activities of schools of patients with arterial hypertension in outpatient healthcare and their impact on the effectiveness of patient treatment. The practical significance of introducing patient schools as an element of secondary prevention is substantiated.

Keywords: arterial hypertension, patient schools, outpatient practice, secondary prevention, risk factors.

Введение. Артериальная гипертония (АГ) является одним из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений, включая инфаркт миокарда, инсульт, хроническую сердечную недостаточность и поражение почек. В Российской Федерации распространённость АГ среди взрослого населения достигает 40%, что делает проблему особенно актуальной для отечественной системы здравоохранения.

Несмотря на наличие современных клинических рекомендаций и широкий спектр эффективных антигипертензивных препаратов, уровень достижения целевых значений артериального давления остаётся недостаточным.

В связи с этим особую актуальность приобретает внедрение немедикаментозных профилактических технологий. Одним из современных и эффективных направлений вторичной профилактики АГ является организация школ пациентов с АГ в амбулаторной практике.

Цель: изучить роль школ пациентов с гипертонией в амбулаторной практике и описать их содержание.

Материал и методы. В данной работе был проведён сравнительный анализ различных моделей школ пациентов, применяемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Изучены данные об эффективности образовательных программ, направленных на повышение приверженности лечению и контроль артериального давления.

Источники информации - ресурсы сети интернет и медицинские литературные материалы.

Результаты и обсуждения. Школы пациентов с АГ представляют собой структурированные образовательные программы, проводимые в условиях поликлиники и направленные на формирование знаний о заболевании, факторах риска, принципах медикаментозного и немедикаментозного лечения. В амбулаторной практике школы пациентов обеспечивают охват широких групп населения, включая лиц пожилого возраста, лиц с коморбидной патологией (сахарный диабет, ожирение, хроническая болезнь почек), а также лиц трудоспособного возраста, заинтересованных в сохранении качества жизни и работоспособности.

В рамках школы проводятся групповые и индивидуальные занятия, направленные на формирование базовых знаний о заболевании. Содержание занятий включает следующие основные блоки: сведения об этиологии и патогенезе АГ, факторы риска сердечно-сосудистых осложнений и способы их коррекции, цели антигипертензивной терапии и значение регулярного приёма лекарственных средств. Одним из ключевых компонентов школы является практическое обучение правильной технике измерения артериального давления. Пациенты осваивают использование механических и электронных тонометров, правила подготовки к измерению, выбор подходящего тонометра, частоту измерений и интерпретацию полученных результатов. Это способствует более активному участию пациента в процессе лечения и своевременному выявлению отклонений от целевых значений АД.

Важным компонентом амбулаторного ведения пациентов с АГ является обеспечение доступности лекарственной терапии, в том числе за счёт системы льготного лекарственного обеспечения. А также разъясняются порядок оформления льгот, условия получения рецептов, сроки их действия, необходимость регулярного диспансерного наблюдения для своевременного продления терапии. Информирование о возможностях льготного лекарственного обеспечения способствует более стабильному и длительному приёму назначенных препаратов, снижает случаи самовольной отмены лечения и повышает эффективность вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Особое внимание уделяется немедикаментозным методам коррекции факторов риска: рациональное питание (ограничение поваренной соли, снижение потребления насыщенных жиров, увеличение доли овощей и фруктов), повышение уровня физической активности с учётом возраста и сопутствующих заболеваний, отказ от курения и потребления алкоголя, управление стрессом, нормализация режима труда и отдыха.

Для лиц с низкой приверженностью лечению или высоким риском осложнений предусмотрены индивидуальные консультации врача-терапевта (или кардиолога), а также медицинской сестры, в ходе таких консультаций разбираются конкретные проблемы пациента. Междисциплинарный подход позволяет более эффективно скорректировать план лечения и подобрать персональные рекомендации.

Обучение способствует формированию лучшего понимания цели терапии, механизмов действия лекарственных средств, а также ответственного отношения к своему здоровью и развитию навыков самопомощи.

Многочисленные исследования подтверждают эффективность школ пациентов с АГ: снижение артериального давления, уменьшение частоты госпитализации (снижение риска гипертонических кризов и острых сердечно-сосудистых событий), улучшение качества жизни.

Следует отметить и определённые ограничения введения школ пациентов в практику: недостаточная мотивация части больных к участию в образовательных

программах, кадровые и временные ресурсы медицинских организаций, необходимость адаптации материалов для людей с низким уровнем медицинской грамотности. Перспективным направлением является развитие дистанционных форм обучения (онлайн-школы, телемедицинские консультации), что расширяет доступность образовательных программ.

Выводы: школы пациентов с АГ в звене здравоохранения являются эффективным организационно-профилактическим инструментом, дополняющим стандартную медикаментозную терапию. Их внедрение способствует активному вовлечению пациентов в процесс лечения, формированию ответственного отношения к контролю заболевания и поддержанию рекомендованных поведенческих изменений. Использование образовательных программ в системе диспансерного наблюдения повышает результативность амбулаторного ведения больных, способствует более стабильному контролю артериального давления, улучшению качества жизни и снижению риска сердечно-сосудистых осложнений в долгосрочной перспективе.

ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ВРАЧА ТЕРАПЕВТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

БОРОДУЛИНА Арина Игоревна, ПЕНКИНА Екатерина Андреевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

OPTIMIZATION OF OUTPATIENT APPOINTMENTS BY A LOCAL GENERAL PRACTITIONER USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE

BORODULINA A.I., PENKINA E.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Рост числа обращений и объема документации критически сокращают время врача на осмотр. Решением проблемы выступает доврачебное электронное анкетирование с применением ИИ. Алгоритмы предварительно проанализируют жалобы пациента и сформируют гипотезы, высвобождая время терапевта для обследования без его замены.

Ключевые слова: оптимизация, искусственный интеллект, анкетирование.

Abstract: The growing number of consultations and the volume of documentation critically reduce the doctor’s time for an examination. The solution to the problem is pre-medical electronic questionnaires using AI. The algorithms will preliminarily analyze the patient’s complaints and formulate hypotheses, freeing up the therapist’s time for examination without replacing them.

Keywords: optimization, artificial intelligence, surveying.

Введение. В условиях современной системы здравоохранения амбулаторно-поликлиническое звено сталкивается с возрастающей нагрузкой. Из-за жесткого лимита времени до 40–50% консультации затрачивается на рутинный опрос, фиксацию жалоб и сбор анамнеза. В связи с этим критическую значимость приобретает оптимизация

преаналитического этапа приема.

Одним из перспективных направлений является внедрение интеллектуальной анкеты на доврачебном этапе. Предлагаемая анкета представляет собой динамическую экспертную систему на базе алгоритмов ветвления. В зависимости от ответов пациента генерируются уточняющие вопросы. Собранная информация агрегируется алгоритмами ИИ в структурированный текст, который интегрируется в рабочее место врача как предварительный проект медицинской карты.

Структура опросника охватывает ключевые аспекты и разделена на модули: демографический и антропометрический, динамический модуль главных жалоб (локализация, характер, интенсивность, факторы), анамнез текущего заболевания, история жизни (хронические заболевания, хирургический и аллергологический анамнез, наследственность), фармакологический профиль и скрининг образа жизни. Внедрение инструмента минимизирует когнитивную нагрузку на врача и снижает риск ошибок.

Цель: разработать и обосновать комплекс организационных и цифровых мероприятий, направленных на оптимизацию рабочего времени врача-участкового терапевта при амбулаторном приёме пациентов без снижения качества и безопасности медицинской помощи.

Материал и методы. В ходе работы проведен анализ данных об организации амбулаторного приема участковым терапевтом: продолжительность приема, количество пациентов, структура временных затрат, длительность сбора анамнеза и оформления документов. Источником информации выступили медицинские информационные системы (МИС).

Результаты и обсуждения. На этапе подготовки к пилотной апробации оценка базируется на теоретическом моделировании. Ожидаемые результаты внедрения ИИ-анкетирования:

1. Оптимизация хронометража: ожидается сокращение затрат врача на рутинный анамнез на 30–50%, что высвободит 3–5 минут на объективный осмотр и коммуникацию с пациентом. 2. Повышение качества данных: минимизация потери информации из-за усталости, 100% охват скрининговых вопросов и автоматическое выделение симптомов тревоги («красных флагов»).

3. Снижение когнитивной нагрузки: врач получает готовую сводку, перенося фокус с механической фиксации на дифференциальную диагностику.

Также необходимо учитывать прогнозируемые барьеры внедрения. Важнейшим является проблема «цифрового разрыва» для пациентов 65+ лет, что требует интуитивного интерфейса или помощи персонала. Также критичны обеспечение информационной безопасности (шифрование и анонимизация персональных данных) и учет риска гипердиагностики (проект карты должен носить строго рекомендательный характер).

Практическая значимость: разработана концептуальная модель для создания полноценного программного продукта. Логика опросника может быть напрямую интегрирована в МИС или личные кабинеты пациентов (Госуслуги). Использование системы снизит риск профессионального выгорания врачей. Алгоритм обладает высокой масштабируемостью и может быть расширен для узких специалистов. Кроме того, стандартизированный сбор формирует качественные хранилища для обучения систем в здравоохранении.

Выводы:

1. В условиях дефицита времени сбор анамнеза является самым ресурсоемким процессом. Его делегирование ИИ ключевой резерв повышения эффективности терапевта.

2. Архитектура динамической ИИ-анкеты с использованием методов обработки естественного языка обеспечивает персонализированный сбор релевантных данных, имитируя логику клинического интервью.

3. Трансформация ответов в структурированный текст перераспределяет время врача в пользу осмотра, минимизируя потери значимой информации.

4. Успешная реализация требует преодоления «цифрового разрыва» среди пожилых пациентов и строгого соблюдения криптографической защиты медицинских данных.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ РАБОТЕ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ И ПАЦИЕНТАМИ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

БУБНОВА Ульяна Витальевна, БЕГИНБЕКОВА Дарья Сымбатовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

DEONTOLOGICAL PROBLEMS IN WORKING WITH HIV-INFECTED PATIENTS AND PATIENTS WITH SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES

BUBNOVA U.V., BEGINBEKOVA D.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Работа с ВИЧ-инфицированными и пациентами с социально значимыми заболеваниями (туберкулёз, гепатиты В и С, психические расстройства, ИППП, наркомания) сопряжена с особым комплексом деонтологических проблем. Стигматизация, то есть процесс навешивания негативных ярлыков на человека или группу людей, что ведет к социальному осуждению и дискриминации, страх разглашения диагноза, ограничение автономии пациента и конфликт между общественным благом и врачебной тайной создают устойчивое этическое напряжение в амбулаторной практике. Недостаточная деонтологическая подготовка врача приводит к нарушению прав пациента, снижению приверженности лечению и ухудшению эпидемиологической ситуации.

Ключевые слова: деонтология, ВИЧ-инфекция, социально значимые заболевания, врачебная тайна, стигматизация, амбулаторная практика.

Abstract. Working with HIV-infected patients and patients with socially significant diseases (tuberculosis, hepatitis B and C, mental disorders, STIs, drug addiction) involves a specific set of deontological problems. Stigmatization, fear of diagnosis disclosure, restriction of patient autonomy, and the conflict between public good and medical confidentiality create persistent ethical tension in outpatient practice. Insufficient deontological training of physicians leads to violations of patient rights, reduced adherence to treatment, and worsening of the epidemiological situation.

Keywords: deontology, HIV infection, socially significant diseases, medical confidentiality, stigmatization, outpatient practice.

Введение. Амбулаторная практика традиционно считается наиболее массовым звеном здравоохранения, где деонтологические нормы реализуются ежедневно и в самых

разнообразных формах. Однако при работе с ВИЧ-инфицированными и пациентами с социально значимыми заболеваниями эти нормы подвергаются особому испытанию. Социально значимые заболевания — это группа болезней, которые в силу высокой распространённости, тяжести последствий и социального резонанса представляют опасность для общества и требуют особого правового регулирования. К ним относятся ВИЧ-инфекция, туберкулёз, вирусные гепатиты В и С, инфекции, передаваемые половым путём, психические расстройства и наркологические заболевания.

Именно в этой сфере наиболее остро проявляются классические деонтологические дилеммы: между правом пациента на конфиденциальность и обязанностью врача защищать здоровье третьих лиц; между уважением автономии личности и необходимостью принудительных мер; между гуманистическим отношением к больному и бытовыми предрассудками, всё ещё распространёнными в медицинской среде. Стигматизация, ассоциированная с этими диагнозами, нередко приводит к тому, что пациенты откладывают обращение за помощью, скрывают свой статус, отказываются от диспансерного наблюдения и лечения. В результате страдает не только сам пациент, но и общество в целом.

Особую актуальность проблема приобретает в амбулаторном звене, где врач нередко оказывается первым контактом пациента с системой здравоохранения и где от его деонтологической грамотности зависит дальнейшая траектория лечения. В отличие от стационара, где пациент находится под постоянным наблюдением, амбулаторный приём ограничен во времени, а взаимодействие с окружением пациента (семья, работодатель, социальные службы) создаёт дополнительные этические сложности. Таким образом, деонтологические проблемы при работе с данной категорией пациентов требуют системного осмысления и выработки практических рекомендаций.

Цель: выявить и систематизировать деонтологические проблемы, возникающие при работе с ВИЧ-инфицированными и пациентами с социально значимыми заболеваниями в амбулаторной практике, а также обосновать пути их решения.

Материал и методы. Теоретической базой исследования послужили работы отечественных и зарубежных авторов по биоэтике, медицинскому праву и деонтологии. В области общей деонтологии и биоэтики использованы труды И.В. Силуяновой, А.Я. Иванюшкина, Б.Г. Юдина, Т. Бичамп и Дж. Чилдресс. Проблемы стигматизации и социальной эксклюзии пациентов с ВИЧ и другими социально значимыми заболеваниями рассматривались на основе исследований Р. Паркера, П. Агглтона, Е.А. Боярской.

Правовые аспекты врачебной тайны и информированного согласия изучены по работам Н.А. Огнерубова, Ю.Д. Сергеева. Кроме того, привлечены нормативные документы: Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», СанПиНы и клинические рекомендации по соответствующим нозологиям.

Методы работы включают: анализ и синтез источников; сопоставление различных подходов к решению деонтологических дилемм; обобщение практических наработок по взаимодействию с пациентами указанной категории; разработку рекомендаций по оптимизации деонтологической практики в амбулаторном звене.

Результаты и обсуждения. Проведённый теоретический анализ позволяет выделить несколько ключевых групп деонтологических проблем, характерных для работы с ВИЧ-инфицированными и пациентами с социально значимыми заболеваниями в амбулаторной практике:

1. Проблемы, связанные с врачебной тайной и конфиденциальностью. С одной стороны, закон гарантирует пациенту право на неразглашение сведений о его диагнозе, с другой - при ряде социально значимых заболеваний (прежде всего при ВИЧ-инфекции и туберкулёзе) возникает вопрос о допустимости информирования третьих лиц - половых партнёров, членов семьи, а иногда и работодателя. Российское законодательство в этом вопросе придерживается принципа добровольного раскрытия: врач может сообщить партнёру только с согласия пациента. Однако на практике это порождает моральный конфликт: врач знает о риске заражения третьего лица, но не имеет права нарушить тайну. Кроме того, в небольших населённых пунктах и рабочих коллективах информация о диагнозе нередко становится известной косвенно, что усиливает риск стигматизации и требует от врача особой осторожности в документации и общении.

2. Проблемы стигматизации и дискриминации. Несмотря на декларируемое равенство прав пациентов, в реальной практике сохраняются установки, связанные с осуждением «неправильного» образа жизни. Это проявляется в формальном, отстранённом общении, в отказе в госпитализации или в оказании стоматологической помощи, в использовании уничижительной лексики. Особенно страдают пациенты с сочетанием нескольких диагнозов (ВИЧ и наркомания, ВИЧ и психическое расстройство). Такое отношение подрывает доверие к системе здравоохранения и формирует у пациентов стратегию избегания медицинской помощи.

3. Проблемы информированного согласия и автономии пациента. При социально значимых заболеваниях нередко возникает соблазн патерналистского подхода: «врач знает лучше, пациент не осознаёт опасности». Однако современная биоэтика требует уважения автономии даже в тех случаях, когда решение пациента кажется иррациональным. Особенно сложно это при отказе от лечения ВИЧ-инфекции или туберкулёза, когда отказ затрагивает не только личное здоровье, но и общественную безопасность. Возникает вопрос: где проходит граница между уважением выбора и недопустимостью оставления пациента без помощи?

4. Проблемы взаимодействия с родственниками и социальным окружением. Амбулаторный врач нередко становится посредником между пациентом и его семьёй, которая может не знать о диагнозе. Раскрытие информации без согласия пациента недопустимо, но и полное игнорирование запросов родственников (например, при уходе за тяжелобольным) создаёт этическую напряжённость.

5. Проблемы организационного и правового характера. К ним относятся: нечёткость алгоритмов информирования партнёров, отсутствие единых стандартов деонтологического поведения при социально значимых заболеваниях, недостаточная подготовка врачей в области медицинского права и биоэтики, а также риск административного давления при работе с «неудобными» пациентами.

На основе проведённого анализа для решения этих проблем предложена модель деонтологической подготовки и поддержки врачей амбулаторного звена, включающая три модуля: информационно-правовой (знание нормативной базы), коммуникативный (навыки безоценочного общения и работы со стигматизированными группами) и рефлексивный (разбор сложных случаев, супервизия, профилактика собственных предрассудков). Важно, что данная модель не противопоставляется традиционным формам повышения квалификации, а интегрируется с ними, создавая многоуровневую систему этической компетентности врача.

Выводы:

1. Работа с ВИЧ-инфицированными и пациентами с социально значимыми заболеваниями в амбулаторной практике сопровождается устойчивым деонтологическим напряжением, обусловленным конфликтом между врачебной тайной, общественной безопасностью и автономией пациента.

2. Стигматизация и дискриминация остаются распространёнными явлениями, снижающими приверженность лечению и доверие к системе здравоохранения.

3. Существующая нормативная база не всегда даёт однозначные ответы на сложные этические вопросы, что требует от врача высокой правовой и деонтологической грамотности.

4. Предложенная трёхмодульная модель деонтологической подготовки (информационно-правовой, коммуникативный, рефлексивный) может служить эффективным инструментом профилактики этических нарушений и повышения качества помощи данной категории пациентов.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ МЕДПЕРСОНАЛА И ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

БУДЕРКИНА Татьяна Олеговна, КОЗЛОВА Влада Дмитриевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

PROBLEMS OF PROFESSIONAL COMMUNICATION BETWEEN HEALTHCARE WORKERS AND PALLIATIVE PATIENTS

BUDERKINA T. O., KOZLOVA V. D.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: в работе рассматриваются аспекты профессиональной коммуникации медработника с пациентом, нуждающимся в паллиативной помощи. Описаны сложности, с которыми сталкиваются большинство медработников, не имеющих специального образования в сфере психологии.

Ключевые слова: паллиативная помощь, качество жизни, профессиональное общение, психология.

Abstract: The work examines the aspects of professional communication between a healthcare professional and a patient in need of palliative care. It describes the challenges faced by most healthcare professionals who do not have a specialized education in psychology.

Keywords: palliative care, quality of life, professional communication, and psychology.

Введение. Паллиативная помощь заключается в оценке и купировании болевого синдрома и других тягостных симптомов, но не стоит забывать и о психологической помощи. «Medica mente, non medicamentis» — «лечи умом, а не лекарствами»; хоть лекарственные средства и являются неотъемлемой частью терапии, не стоит забывать и о других его аспектах, влияющих на качество жизни пациента. В центре внимания всегда остается личность больного, чьи эмоциональные потребности требуют такого же пристального участия, как и физические страдания. Именно комплексный подход позволяет

сохранить достоинство человека перед лицом тяжелого недуга, предотвращая чувство изоляции и экзистенциального отчаяния. Поддержка семьи и близких также становится важнейшим элементом паллиативной работы, ведь тяжесть болезни ложится на плечи всего окружения. За этой установкой скрывается тяжелая реальность для медперсонала: постоянная нехватка времени у постели больного, риск быстрого выгорания из-за высокой смертности пациентов, острый дефицит психиатров и психологов. Всё это требует создания служб поддержки самих медиков, без которых качественная помощь невозможна.

Цель: изучить и проанализировать литературу на тему «Проблемы профессионального общения медперсонала и пациентов».

Материал и методы. Научные статьи и публикации электронных библиотек PubMed, eLibrary, Киберленинка и т.д.

Результаты и обсуждения. Российскими учёными были проведены исследования по особенностям общения медицинских сестёр с паллиативными пациентами хосписа в г. Вольске и их результаты показывают недостаточную осведомлённость и отсутствие навыков у среднего медперсонала по общению с паллиативными пациентами. Большинство медсестёр избегают разговоров с данной группой пациентов. Часть опрошенных (55%) не определяют психотерапевтическую помощь как неотъемлемую часть паллиативной терапии. Только 60% опрошенных медсестёр общаются с пациентами на тему психологических проблем. 5% опрошенных отрицали данный вид деятельности в списке своих функциональных обязанностей. Несмотря на это 83% опрошенных медсестёр убеждены, что психологическое состояние пациента способно повлиять на его качество жизни. Исследователи приходят к выводу, что подобные противоречия связаны с недостатком информированности медперсонала и дефицитом кадрового состава, что делает невозможным уделить должное время всем пациентам.

Также были проведены исследования Марковой М.В., Кужель И.Р. «Система медико-психологической помощи лицам, осуществляющим уход за инкурабельными онкологическими больными в условиях паллиативной медицины: обоснование, цели, средства», проведенное в Киевском городском клиническом онкологическом направлено на разработку системы медико-социальной помощи лицам, осуществляющим уход за пациентами, в результате которой была выявлена необходимость в комплексной медико-психологической помощи, которая включает в себя несколько звеньев: пациент, семья больного, медицинский персонал и психолог. Без комплексного подхода невозможно оказание психологической помощи пациентам, что в ситуации повсеместного дефицита кадрового состава затрудняет оказание квалифицированной специализированной помощи всем нуждающимся в помощи пациентам.

Со стороны медицинских работников была выявлена необходимость следующих процедур: психообразование, тренинг коммуникативных навыков, тренинг поведения в конфликтных ситуациях, психологическое консультирование/психокоррекция.

Также наряду с описанным российские исследователи выделяют ряд проблем, описанных в работе Т.А. Храменковой «Психологические и духовные проблемы медицинских сестер при работе в хосписе», с которыми сталкивается российское здравоохранение при работе с инкурабельными пациентами:

- образования: подготовка и переподготовка кадров;
- организации оказания хосписной и паллиативной помощи;
- организации лекарственной помощи инкурабельным больным;
- доступности наркотических анальгетиков для лечения хронического болевого синдрома инкурабельным больным;

- сложности для осуществления паллиативной медицинской помощи на дому, связанные с уходом и медицинским обслуживанием;
- дефицита среднего и младшего медицинского персонала;
- нехватки транспорта в медицинском учреждении, «курирующем» больного и др.

Всё вышеперечисленное оказывает влияние на коммуникацию медработник – пациент, становится всё труднее добиться высокой комплаентности и вовлечённости пациента в лечебный процесс. Пациент заведомо негативно настроен на долгое ожидание в получении необходимых медикаментов, прохождении обследований и т.д.

Выводы: таким образом, можно судить о том, что качество оказываемой медицинской помощи на любом этапе напрямую зависит от комплаентности и вовлечённости пациента в лечебный процесс, которые в свою очередь зависят от проводимых мероприятий по повышению квалификации сотрудников, психологической помощи, с обеспеченностью кадровым составом, медикаментами и т.д. Поскольку данная проблема набирает популярность в наше время, считаю целесообразным как одно из решений проведение с медперсоналом психологических тренингов, семинаров, психотерапевтических бесед на тему особенностей мироощущения и сознания инкурабельного пациента. Также целесообразно создание единого реестра медицинских организаций, оказывающих помощь по ОМС, в которую были бы включены не только государственные учреждения. Это позволило бы ускорить прохождение исследований пациентами и повысить их комплаентность, что улучшило бы качество жизни.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ КАК БАРЬЕР ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ПОДКЛЮЧЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХСН

БУДКО Маргарита Алексеевна, КОРОВИНА Софья Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

PROGNOSTIC TOOLS AS A BARRIER TO TIMELY ACCESS TO PALLIATIVE CARE IN CHF

BUDKO M.A., KOROVINA S.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Ориентация исключительно на формальные критерии ШОКС и ФК по NYHA при решении о направлении на ПМП при ХСН задерживает помощь, игнорирует динамику симптомов и не позволяет реализовать принципы «комфортного» ухода. Предложена модель «клиническая оценка (ШОКС/ФК) + симптом-статус».

Ключевые слова: ХСН, паллиативная помощь, Seattle Heart Failure Model, прогностические шкалы, барьеры интеграции.

Abstract: Focusing solely on the formal criteria of the NYHA classification and the NYHA functional class when deciding on the referral to the PMA in CHF delays the assistance, ignores the dynamics of symptoms and does not allow

to implement the principles of "comfortable" care. The model "clinical assessment

(NYHA/FC) + symptom-status" is proposed.

Keywords: CHF, palliative care, Seattle Heart Failure Model, prognostic scales, and barriers to integration.

Введение. В структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний ХСН занимает лидирующие позиции, при этом потребность пациентов в паллиативной медицинской помощи (ПМП) сопоставима с онкологическим профилем. Однако, в отличие от онкологии, где критерии направления четко привязаны к стадии процесса, в кардиологии решение о привлечении паллиативной команды часто откладывается. Согласно действующим клиническим рекомендациям, для оценки тяжести ХСН используется Шкала оценки клинического состояния (ШОКС) и определение функционального класса (ФК) по NYHA. В повседневной практике мы наблюдаем, что эти инструменты нередко используются как формальный фильтр: направление к паллиатологу рассматривается только при IV ФК (более 9 баллов по ШОКС). Однако, как показывают исследования, у пациентов с III ФК ежегодная смертность может достигать 15%, а с IV ФК — 30-78%, при этом спектр симптомов крайне тяжелый. Паллиативная помощь подключается на этапе, когда возможности симптоматической терапии уже ограничены, а контроль качества жизни становится затруднительным.

Цель: проанализировать ограничения использования ШОКС и ФК по NYHA в качестве единственных критериев отбора пациентов для паллиативной помощи и предложить подходы к более сбалансированному принятию решений.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор клинических рекомендаций, оригинальных исследований валидации ШОКС, а также данных регистров по определению предикторов неблагоприятного исхода при ХСН. Оценивались возможности шкалы ШОКС в части учета динамики симптомов и прогностической значимости отдельных клинических триггеров.

Результаты и обсуждения. Ключевой проблемой использования только формальных критериев ШОКС/ФК является игнорирование динамики состояния и выраженности симптомов, которые не всегда находят отражение в итоговом балле. Шкала ШОКС включает 10 пунктов, среди которых есть как объективные признаки (отеки, хрипы, набухшие вены), так и субъективные (одышка, перебои). Однако она не учитывает такие важные показатели, как частота повторных госпитализаций (более 2 раз за полгода), наличие кахексии, когнитивные нарушения и психологический статус пациента. При этом пациент с ФК III (7-9 баллов), но с сохраняющейся высокой толерантностью к нагрузке, и пациент с ФК III, но с повторными декомпенсациями и нарастающей одышкой в покое, — это две разные клинические ситуации, требующие разной тактики. Более того, ШОКС хорошо коррелирует с прогнозом при длительном наблюдении, но менее чувствительна при оценке быстрой динамики состояния. В нашей практике мы регулярно встречаем пациентов с ШОКС <9 баллов (III ФК), но с выраженным отечным синдромом и стойкой одышкой, которые клинически уже нуждаются в симптоматической терапии, однако формально остаются без паллиативной поддержки. Согласно данным, у пациентов с III ФК ХСН ежегодная смертность от 5 до 15%, но при этом до 80% составляют случаи внезапной смерти, что не позволяет своевременно перевести таких пациентов в паллиативную группу. У пациентов с IV ФК ежегодная смертность варьирует от 30 до 78%, и здесь паллиативная помощь подключается уже на терминальном этапе, когда основные цели ПМП (контроль симптомов, улучшение качества жизни) становятся труднодостижимы. С этической точки зрения важно подчеркнуть, что паллиативная помощь при ХСН направлена не только на

продление жизни, но и на обеспечение её качества на завершающих этапах. Своевременное подключение ПМП позволяет пациенту провести последние недели и дни в более комфортных условиях, с контролируемыми симптомами и при поддержке близких. Однако существующий подход, ориентированный исключительно на ШОКС/ФК, нередко лишает пациента этой возможности.

Выводы: оценка по ШОКС и ФК NYHA не может служить единственным критерием для направления на паллиативную помощь, поскольку не учитывает динамику симптомов и клинически значимые триггеры (частые декомпенсации, некупируемую одышку, кахексию). Это приводит к позднему подключению ПМП, когда контроль качества жизни становится труднодостижимым. Для решения проблемы предлагается двухкомпонентная модель, где формальная оценка дополняется клиническими триггерами. Ее внедрение позволит своевременно подключать паллиативную поддержку, обеспечивая пациенту достойный и комфортный уход на завершающем этапе жизни.

ВЛИЯНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ВРАЧА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА К ЛЕЧЕНИЮ

ВАСИЛЬЕВА Анастасия Владиславовна, ОВЕЧКИНА Анна Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE INFLUENCE OF PHYSICIAN COMMUNICATION SKILLS ON PATIENT ADHERENCE TO TREATMENT

VASILYEVA A.V., OVECHKINA A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Данная обзорная работа посвящена изучению влияния коммуникативных навыков врача на приверженность пациента лечению в условиях амбулаторной практики. Проведен анализ научной литературы, посвященной вопросам врачебной коммуникации, доверия между врачом и пациентом, а также медицинской этики. Рассмотрены основные коммуникативные навыки врача, способствующие формированию терапевтического сотрудничества: активное слушание, эмпатия, доступное объяснение медицинской информации, учет индивидуальных особенностей пациента и совместное принятие решений.

Ключевые слова: врачебная коммуникация, приверженность лечению, врач и пациент, медицинская этика, терапевтическое сотрудничество, амбулаторная практика.

Abstract: This review paper is devoted to studying the impact of a doctor’s communication skills on a patient’s adherence to treatment in an outpatient setting. An analysis was conducted of the scientific literature devoted to issues of medical communication, trust between the doctor and the patient, and medical ethics. The main communication skills of a doctor that contribute to the formation of therapeutic cooperation are examined: active listening, empathy, clear explanation of medical information, consideration of the patient’s individual characteristics, and joint decision-making.

Keywords: physician communication, treatment adherence, physician-patient relationship,

medical ethics, therapeutic cooperation, outpatient practice.

Введение. Приверженность пациента лечению является одним из важнейших факторов эффективности медицинской помощи. Даже правильно назначенная терапия может оказаться недостаточно эффективной при несоблюдении пациентом режима приема лекарственных препаратов, рекомендаций по питанию, физической активности и другим аспектам лечения. Особенно актуальна данная проблема в амбулаторной практике, где значительная часть ответственности за выполнение медицинских рекомендаций переносится непосредственно на пациента. Одним из факторов, оказывающих влияние на приверженность, является качество взаимодействия врача и пациента. Доверительные отношения, внимательность к каждой жалобе пациента, доступное объяснение диагноза и целей лечения, а также учет его мнения и возможностей способствуют повышению готовности пациента следовать рекомендациям врача. Напротив, недостаток времени, формальный характер общения, использование сложной медицинской терминологии и отсутствие обратной связи могут снижать уровень доверия и приверженности.

Цель: проанализировать влияние коммуникативных навыков врача на приверженность пациента лечению и определить наиболее значимые элементы эффективного врачебно-пациентского взаимодействия в амбулаторной практике.

Материал и методы. Объектом настоящего исследования является процесс взаимодействия врача и пациента в условиях амбулаторной медицинской помощи. Предметом исследования являются коммуникативные навыки врача и их влияние на готовность пациента соблюдать назначенное лечение и медицинские рекомендации. Проведен анализ научной литературы и публикаций, посвященных врачебной коммуникации, приверженности лечению, доверию пациента к медицинскому работнику и совместному принятию решений. Рассмотрены основные коммуникативные подходы, применяемые в амбулаторной практике, а также факторы, способствующие или препятствующие формированию приверженности пациента.

Результаты и обсуждения. В ходе анализа установлено, что эффективная коммуникация врача является важным компонентом формирования приверженности пациента лечению. Особое значение имеют навыки активного слушания, проявление эмпатии, уважительное отношение к пациенту, использование понятной терминологии и предоставление полной информации о заболевании и назначенной терапии.

Одним из ключевых факторов является доверие пациента к врачу. При наличии доверительных отношений пациент с большей вероятностью сообщает врачу о своих сомнениях, трудностях и нежелательных явлениях терапии, что позволяет своевременно корректировать лечение. Формирование партнерской модели взаимодействия способствует повышению ответственности пациента за собственное здоровье и его вовлеченности в лечебный процесс.

Также установлено, что негативно на приверженность могут влиять недостаток внимания со стороны врача, чрезмерно директивный стиль общения, игнорирование вопросов пациента и отсутствие возможности обсудить возникающие трудности.

В условиях амбулаторной практики, где врач часто работает в условиях ограниченного времени, особое значение приобретает структурированная и эффективная коммуникация. Таким образом, развитие коммуникативных навыков врача может рассматриваться как один из доступных способов повышения качества медицинской помощи. Обучение медицинских работников техникам активного слушания, эмпатического общения, предоставления понятной информации и совместного принятия решений

целесообразно интегрировать в систему профессиональной подготовки и повышения квалификации.

Выводы:

1. Коммуникативные навыки врача являются значимым фактором, влияющим на приверженность пациента лечению.
2. Доверительное взаимодействие, эмпатия, активное слушание, доступное предоставление медицинской информации и совместное принятие решений способствуют повышению вовлеченности пациента в лечебный процесс.
3. Для повышения приверженности пациентов необходимо развивать коммуникативную компетентность медицинских работников, особенно в условиях амбулаторной практики.
4. Совершенствование навыков общения может способствовать укреплению доверия между врачом и пациентом, снижению количества конфликтных ситуаций и повышению эффективности назначенной терапии.

VR-ТЕХНОЛОГИИ, КАК МЕТОД БОРЬБЫ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛЬЮ

ВЕДЕРНИКОВА Ирина Андреевна, ЛАРИНА Анастасия Ивановна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

VR TECHNOLOGY AS A METHOD FOR MANAGING POSTOPERATIVE PAIN

VEDERNIKOVA I.A., LARINA A.I.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: В работе проанализированы основные направления использования технологий виртуальной реальности с целью уменьшения послеоперационной боли, проведена оценка эффективности данного метода, обоснована практическая польза внедрения данного метода в медицинскую практику, как способа улучшения самочувствия пациентов.

Ключевые слова: виртуальная реальность, VR-технологии, послеоперационная боль.

Abstract: This paper analyzes the main uses of virtual reality technologies to reduce postoperative pain, evaluates the effectiveness of this method, and substantiates the practical benefits of implementing this method in medical practice as a way to improve patient well-being.

Keywords: virtual reality, VR technology, postoperative pain.

Введение. Как известно из практики, послеоперационный период сопровождается болью. Основой обезболивания на сегодняшний день является использование медикаментозных препаратов. Несмотря на доступность этого метода, у него есть ряд недостатков: побочные эффекты (угнетение дыхания, гастротоксичность и риск кровотечений, тошнота, рвота, заторможенность), риск развития толерантности, зависимости и др. Поэтому в настоящее время ученые и врачи пытаются найти способы

уменьшения боли, не применяя фармакологическое звено. Одним из методов, хорошо показавших себя, стала виртуальная реальность (VR). В основе метода лежит погружение пациента в трехмерный искусственный мир, созданный компьютерными программами. Человек, используя движения частей своего тела, может взаимодействовать с окружающими его предметами, будь то животные или рыбы. Основной инструмент - шлем VR на голове, который можно подключить к персональному компьютеру или мобильному телефону.

Как же достигается эффект обезболивания? Виртуальная реальность влияет на психологическое восприятие боли. Человеческий мозг имеет ограниченную способность к одновременной обработке информации, и внимание играет ключевую роль в её отборе. Погружаясь в VR, пациент отвлекается от болевых ощущений, что снижает приоритет обработки болевых сигналов в мозге (согласно теории «воротного контроля» R. Melzack, P.D. Wall). В результате, субъективное ощущение боли при медицинских процедурах уменьшается. Важно отметить, что VR-обезболивание, в отличие от фармакологического, не вызывает нежелательных побочных реакций.

Цель: изучить доступные научные статьи в период с 2024 по 2025 год для определения эффективности применения технологии VR, как способа уменьшения послеоперационной боли.

Материал и методы. Поиск и анализ доступной литературы, опубликованной в период с 2024 года по 2025 год, с использованием электронных баз PubMed, Medline, eLibrary, CyberLeninka. Были просмотрены заголовки из списка статей, которые отвечали критериям поискового запроса: виртуальная реальность, виртуальные технологии, послеоперационная боль.

Результаты и обсуждения. Были определены 3 статьи, в которых изучалось влияние VR-технологий на течение послеоперационной боли. Число участников варьировало от 67 до 115, возраст от 7 до 60 лет. VR использовались при торакоскопической операции, гинекологических операциях, тонзиллэктомии и аденотомии.

Weibo Cao et al. (2025) изучали влияние виртуальной реальности на госпитализированных пациентов с острой болью после торакоскопической операции у 61 пациента. В ходе исследования рассматривалось влияние 10-минутной интерактивной 3D-программы для снятия боли с использованием виртуальной реальности и 10-минутный просмотр 2D-фильма (группа плацебо). В результате исследования пациенты, использующие 3D-программу, сообщили о меньшей боли после операции по сравнению с группой плацебо (на 1-й день: боль ниже на 9%, на 2-й день: боль ниже на 6%, на 3-й день: боль ниже на 8%). Кроме того, пациенты, получавшие вмешательство виртуальных технологий, также сообщили о высокой удовлетворенности и переносимых побочных эффектах лечения.

Wang Y et al. (2024) исследовали эффективность воздействия виртуальной реальности (VR) на послеоперационную острую боль после гинекологических операций у 115 женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Пациенты из группы, получавшие виртуальную реальность, просматривали VR-видео в течение 15 минут перед операцией. Боль оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Результаты были следующие: оценка по ВАШ в исследуемой и контрольной группе соответственно через 30 мин (2 против 3), 2 ч (2 против 4), 4 ч (3 против 4), 8 ч (3 против 4), 12 ч (2 против 4), 24 ч (1 против 3) после операции. Также через 8 часов после операции в группе, где использовали VR, только около 12% пациентов испытывали боль средней интенсивности. Для сравнения: среди пациентов,

получавших обычный уход, такая боль возникала у 31%, то есть более чем у каждого третьего.

Mersin SK et al. (2025) применяли технологию виртуальной реальности (VR) с целью уменьшения послеоперационной боли у 102 детей в возрасте 7-12 лет, готовившихся к тонзиллэктомии и аденотомии. Суть исследования заключалась в просмотре мультфильмов через VR-гарнитуру перед операцией. Значения послеоперационной боли были ниже в экспериментальной группе (3,35 против 6,53), аналогичные результаты наблюдались и через 8 часов после операции (1,29 против 6,57). Интенсивность боли при применении виртуальной реальности в сравнении с контрольной группой, где данные технологии не использовалось, снизилась почти вдвое сразу после операции и в 5 раз через 8 часов.

В данном литературном обзоре было определено, что, несмотря на различные области оперирования, применение VR-технологии снижают выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Выводы: анализ научных статей за 2024-2025 годы подтверждает высокую эффективность применения технологий виртуальной реальности для снижения послеоперационной боли. Использование VR у пациентов разных возрастов, полов и после различных операций приводило к уменьшению интенсивности болевого синдрома по сравнению с контрольными группами. Внедрение таких технологий способствует более легкому пребыванию пациента в послеоперационном периоде без значимых побочных эффектов, в отличие от медикаментозной терапии.

АНАЛИЗ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОЛОСТОМАМИ

ВЕРЕТЕНОВ Данил Борисович, СКВОРЦОВ Дмитрий Олегович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

ANALYSIS OF PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH COLOSTOMIES

VERETENOV D.B. SKVORTSOV D.O.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Паллиативная колостома является одним из основных методов лечения для тяжелобольных пациентов с патологией ЖКТ. Анализ послеоперационного периода данных больных выявил недостатки в проведении симптоматической терапии, что указывает на необходимость мультидисциплинарного подхода при оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: паллиативная помощь, колостома, симптоматическая терапия, контроль боли, мультидисциплинарный подход.

Abstract: palliative colostomy is a primary treatment modality for critically ill patients with gastrointestinal pathology. Analysis of their postoperative management revealed deficiencies in symptomatic therapy, indicating the necessity of a multidisciplinary approach to care.

Keywords: palliative care, colostomy, symptomatic Treatment, pain control, multidisciplinary control.

Введение. Наложение колостомы в паллиативной хирургии является вынужденной мерой, направленной не на излечение пациента, а на улучшение качества жизни. У данной категории пациентов, как правило, имеется распространенный онкологический процесс, приводящий к острой кишечной непроходимости (ОКН), перфорации кишки, кровотечению или формированию неоперабельных свищей. Принятие решения о стомировании требует тщательного взвешивания ожидаемой пользы и рисков, учитывая общее состояние пациента. Помимо нарушения пассажа кишечного содержимого у пациентов на фоне основного заболевания развивается ряд симптомов, ухудшающих качество жизни и требующих обязательной коррекции.

Цель: ретроспективный анализ показаний к наложению колостомы у паллиативных больных и оценка полноты и адекватности симптоматической терапии в послеоперационном периоде в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 48 историй болезней стационарных больных на базе КГКБ №11, которым была наложена колостома в паллиативных целях в период с января 2023 года по октябрь 2025 года.

Критерии включения: пациенты с инкурабельными онкологическими заболеваниями, перенесшие операцию по наложению колостомы. Характеристика выборки: 48 человек; из них мужчин – 22 (45,8%), женщин – 26 (54,2%); возраст от 42 до 78 лет (средний возраст – 64,3 ± 8,7 года).

- Основные нозологии и показания к наложению стомы:

1. Острая кишечная непроходимость на фоне распространенного колоректального рака (n=25; 52,1%).
2. Прорастание опухоли шейки матки или мочевого пузыря с формированием ректовагинального или ректовезикального свища (n=11; 22,9%).
3. Перфорация опухоли ободочной кишки с развитием перитонита (n=8; 16,7%).
4. Несостоятельность анастомоза после ранее проведенных резекций кишечника по поводу рака (n=4; 8,3%).

Для анализа объема лечения на основе современных клинических рекомендации (российские и международные– ESMO, NCCN) оценивались следующие параметры в послеоперационном периоде (первые 7-10 суток):

1. Назначение и адекватность обезболивающей терапии (по 3-х ступенчатой схеме ВОЗ).
2. Назначение противорвотной терапии.
3. Коррекция водно-электролитных нарушений
4. Психологическая и психотерапевтическая поддержка.
5. Консультация абдоминального хирурга.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью методов описательной статистики.

Результаты и обсуждения. Обезболивающая терапия была назначена всем 48 пациентам, однако ее структура и адекватность значительно варьировали:

- Ненаркотические анальгетики (Кеторолак, Парацетамол) применялись у всех пациентов (48 чел.; 100%), преимущественно в первые 2-3 суток.
- Опиоидные анальгетики (Трамадол) были назначены 32 пациентам (66,7%).
- Неврологическая терапия (прегабалин, габапентин для лечения нейропатической боли) была назначена лишь 5 пациентам (10,4%).

Жалобы на тошноту и рвоту в раннем послеоперационном периоде предъявляли 29 пациентов (60,4%). Противорвотные препараты (Метоклопрамид) были назначены 22 из них (75,9% нуждавшихся). Таким образом, 7 пациентам (24,1%) с симптомами тошноты противорвотная терапия не назначалась.

Все пациенты получали инфузионную терапию с целью коррекции гиповолемии и электролитных нарушений. Объем инфузии в среднем составлял 25-35 мл/кг/сут.

Психологическая и специализированная помощь:

- Консультация медицинского психолога или психотерапевта была проведена только 9 пациентам (18,8%).
- Консультация и обучение врачом реабилитологом была проведена 15 пациентам (31,3%).

Проведенное исследование демонстрирует, что основным показанием к наложению колостомы в паллиативной практике является острая кишечная непроходимость (52,1%), что соответствует данным литературы. Хирургическое вмешательство в данной ситуации является жизнеспасающим и позволяет устранить угрожающее жизни состояние.

Анализ симптоматической терапии выявил существенные недостатки в организации паллиативной помощи.

Схема обезболивания не в полной мере соответствовала рекомендациям ВОЗ. Процент назначения опиоидных анальгетиков (66,7%) и, что особенно важно, их нерациональный режим введения («по требованию» у большинства) указывает на недостаточный контроль хронического болевого синдрома.

Почти каждому четвертому пациенту с тошнотой не была назначена противорвотная терапия, что указывает на недооценку изнуряющего и значительно ухудшающего качество жизни симптома.

Крайне низкие показатели привлечения психолога (18,8%), врача реабилитолога и хирурга (31,3%) свидетельствуют о том, что помощь ограничивается решением сугубо медицинских задач.

Выводы: паллиативная колостома эффективно устраняет угрожающие жизни состояния, в основном кишечную непроходимость. Однако послеоперационное ведение пациентов не соответствует стандартам паллиативной помощи. Выявлены существенные недочеты: недостаточный обезболивающий контроль, отсутствие противорвотной помощи каждому четвертому нуждающемуся и крайне низкий охват психологической и реабилитационной помощью.

Для исправления ситуации требуется внедрение мультидисциплинарного подхода, гарантирующего адекватное обезболивание, купирование симптомов и обязательную психосоциальную поддержку.

УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАН 18-39 ЛЕТ

ВОЛОШИНА Дарья Дмитриевна, МИТРОЧЕНКО Александра Александровна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

BLOOD TOTAL CHOLESTEROL LEVEL AS A SCREENING METHOD FOR

CARDIOVASCULAR RISK ASSESSMENT DURING PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS OF CITIZENS AGED 18–39

VOLOSHINA D.D., MITROCHENKO A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Проведена оценка уровня общего холестерина у 60 граждан 18–39 лет, обследованных в рамках диспансеризации. Сделан вывод о преобладании нормальных значений и необходимости дальнейшей оценки сердечно-сосудистого риска при выявлении отклонений.

Ключевые слова: диспансеризация, общий холестерин, сердечно-сосудистый риск, гиперлипидемия, гиполипидемия.

Abstract: Total cholesterol levels were assessed in 60 individuals aged 18–39 examined during routine health screenings. The study concluded that normal values predominated and that further assessment of cardiovascular risk is necessary when abnormalities are detected.

Keywords: comprehensive medical examination, total cholesterol, cardiovascular risk, hyperlipidemia, hypolipidemia.

Введение. Диспансеризация направлена на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов их риска. Определение общего холестерина включено в профилактическое обследование взрослых, поскольку нарушения липидного обмена могут длительно протекать бессимптомно и способствовать развитию атеросклероза. У лиц 18–39 лет исследование общего холестерина имеет особое значение для раннего выявления неблагоприятных изменений и последующей оценки относительного сердечно-сосудистого риска. Общий холестерин является скрининговым показателем и при отклонении требует уточнения липидного профиля, прежде всего уровня холестерина липопротеинов низкой плотности.

Цель: оценить распределение показателей общего холестерина у граждан 18–39 лет и определить основные подходы к ведению пациентов при выявлении повышенного или сниженного уровня.

Материал и методы. Проанализированы результаты биохимического исследования крови у 60 граждан в возрасте 18–39 лет: 30 мужчин и 30 женщин. Показатели распределены на три категории: выше нормы, в пределах нормы и ниже нормы. Для каждой категории рассчитана доля обследованных. Исследование носит описательный характер; сведения о фракциях липидов, сопутствующих заболеваниях и факторах образа жизни не анализировались.

Результаты и обсуждения. К возможным причинам гиперхолестеринемии относятся несбалансированное питание с избыточным содержанием насыщенных и трансжиров, избыточная масса тела, низкая физическая активность, курение, нарушения углеводного обмена, сахарный диабет, гипотериоз, хронические заболевания почек и печени, прием некоторых лекарственных препаратов. Так же значимую роль играет наследственная предрасположенность, в том числе семейная гиперхолестеринемия.

Гипохолестеринемия может быть связана с недостаточным или несбалансированным питанием, снижением массы тела, нарушением всасывания питательных веществ, заболеваниями печени, гипертиреозом, хроническими воспалительными и инфекционными

заболеваниями. Низкий уровень холестерина также может наблюдаться у пациентов, принимающих гиполипидемические препараты.

Среди мужчин повышенный уровень общего холестерина выявлен у 6 человек (20,0%), нормальный — у 19 (63,3%), сниженный — у 5 (16,7%). Среди женщин повышенный показатель обнаружен у 1 человека (3,3%), нормальный — у 26 (86,7%), сниженный — у 3 (10,0%). В общей группе нормальные значения отмечены у 45 обследованных (75,0%), повышение — у 7 (11,7%), снижение — у 8 (13,3%). Повышенный уровень чаще встречался у мужчин, однако небольшая численность выборки не позволяет делать выводы о статистической значимости различий.

При повышении общего холестерина необходимо подтвердить результат, определить липидный профиль, оценить артериальное давление, массу тела, наследственность и другие факторы риска. Первым этапом является коррекция образа жизни: рациональное питание с ограничением насыщенных жиров и трансжиров, достаточная физическая активность, контроль массы тела и отказ от курения. Медикаментозная терапия назначается врачом индивидуально с учётом сердечно-сосудистого риска и целевого уровня липопротеинов низкой плотности. Сниженный уровень общего холестерина также требует клинической оценки. Следует уточнить особенности питания, динамику массы тела, наличие хронических заболеваний и результаты предыдущих анализов. По показаниям исследуются функции печени и щитовидной железы, исключаются нарушения всасывания и другие вторичные причины. При отсутствии клинических признаков заболевания достаточно наблюдения и коррекции выявленного состояния.

Выводы: нормальные значения общего холестерина преобладали у обследованных 18–39 лет и составили 75,0%, данный результат можно расценить как низкий фактор риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в этой возрастной группе. Определение общего холестерина в рамках диспансеризации позволяет выявлять лиц, нуждающихся в дополнительной оценке сердечно-сосудистого риска.

Тактика ведения пациентов при отклонениях должна включать поиск причин, оценку липидного профиля, коррекцию образа жизни и, при наличии показаний, медикаментозное лечение.

РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

ВОРОНАЯ София Романовна, СЕМЕНЧУК Юлия Максимовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

THE ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER IN IDENTIFYING THE NEED FOR PALLIATIVE CARE

VORONAYA S.R., SEMENCHUK Y.M.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: В данной работе определена роль участкового врача в выявлении потребности в паллиативной помощи. Показано, что своевременные действия позволяют улучшить качество жизни пациентов, снизить нагрузку на стационары и повысить удовлетворенность медицинской помощью.

Ключевые слова: участковый врач, паллиативная помощь, качество жизни.

Abstract: The paper explores the role of general practitioners and nurses in identifying the need for palliative care. Timely intervention by these healthcare professionals improves patients' quality of life, reduces hospital burden and increases satisfaction with medical care.

Keywords: general practitioner, palliative care, quality of life.

Введение. Паллиативная помощь критически важна для пациентов с прогрессирующими хроническими заболеваниями. По данным ВОЗ, ежегодно более 40 млн человек нуждаются в паллиативной помощи, но получают ее лишь 14 %. В России до 70 % онкологических пациентов уже на амбулаторном этапе имеют терминальную стадию заболевания и нуждаются в паллиативной поддержке.

Участковый врач — первый специалист, контактирующие с пациентами с прогрессирующими хроническими заболеваниями. Врач первичного звена играет ключевую роль в раннем выявлении потребности в такой помощи, что позволяет оптимизировать использование ресурсов здравоохранения и улучшить качество жизни пациентов; снизить нагрузку на стационары; оптимизировать маршрутизацию; обеспечить преемственность помощи.

Цель: изучить роль участкового врача своевременном выявлении потребности в паллиативной помощи и предложить практические пути оптимизации этого процесса.

Материал и методы. Проведен анализ нормативных документов и научных публикаций, обобщение опыта региональных программ, статистическая обработка данных, экспертная оценка алгоритмов скрининга и маршрутизации. Использованы данные ВОЗ, нормативные акты РФ (ФЗ № 323, Приказ № 345н/372н).

Результаты и обсуждения. Выявлено, что до 70 % онкопациентов на амбулаторном этапе нуждаются в паллиативной поддержке. Определены ключевые маркеры потребности: прогрессирующее ухудшение состояния, частые госпитализации (>3 раз за 6 месяцев), потеря веса (>10 % за 6 месяцев), зависимость от ухода, выраженный болевой синдром.

Критерии выявления потребности в паллиативной помощи: выделение основных групп пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи — это онкологические больные IV клинической группы; пациенты с хронической сердечной недостаточностью функционального класса (ФК) III–IV; больные с тяжелым течением хронической обструктивной болезни легких; пациенты с терминальной стадией хронической почечной недостаточности; больные с прогрессирующими неврологическими заболеваниями (болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера); пациенты с последствиями тяжелых травм и необратимыми нарушениями функций.

Ключевыми маркерами потребности в паллиативной помощи для участкового врача являются прогрессирующее ухудшение состояния пациента, несмотря на лечение; частые госпитализации (более 3 раз за 6 месяцев); выраженная потеря массы тела (>10 % за 6 месяцев); зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни; выраженный болевой синдром, не контролируемый стандартной терапией; множественные симптомы (одышка, тошнота, кахексия, депрессия); снижение функциональной активности по шкале ECOG ≥3.

Основными функциями участкового врача при ведении таких пациентов являются:

1. Диагностическая функция — анализ динамики заболевания; оценка эффективности проводимой терапии; выявление «красных флагов», или признаков прогрессирования; дифференциальная диагностика симптомов.
2. Организационная функция — направление на консультацию к профильным специалистам; инициирование консилиума для решения вопроса о паллиативной помощи; оформление направления в паллиативное отделение/хоспис; обеспечение преемственности между амбулаторным и стационарным звеном.
3. Лечебно-профилактическая функция — подбор симптоматической терапии (обезболивание, противорвотные и седативные средства); коррекция схем лечения с учетом прогноза; профилактика осложнений (пролежни, тромбозы, инфекции).
4. Психосоциальная функция — информирование пациента и его семьи о перспективах лечения; психологическая поддержка; взаимодействие с социальными службами.

Алгоритм действий врача при выявлении потребности больного в паллиативной помощи:
1. Первичный осмотр и оценка состояния больного — сбор анамнеза; физикальное обследование; заполнение оценочных шкал (ECOG, ВАШ боли и др.).
2. Обсуждение с пациентом и семьей возможностей паллиативной помощи, целей и ожиданий.
3. Направление на консультацию к профильному специалисту; в кабинет паллиативной помощи; на консилиум.
4. Оформление документации — направление в паллиативную службу; выписка из медицинской карты.
5. Организация помощи — обеспечение медикаментами; привлечение социальных служб; обучение родственников.
6. Динамическое наблюдение — регулярные визиты; коррекция терапии; психологическая поддержка.

Пути оптимизации паллиативной помощи — это, прежде всего, внедрение скрининговых инструментов для раннего выявления потребности; обучение участковых врачей основам паллиативной медицины; развитие телемедицинских консультаций со специалистами по паллиативной помощи; создание четких алгоритмов маршрутизации; расширение доступа к опиоидным анальгетикам в первичном звене; привлечение волонтеров и социальных служб для поддержки пациентов на дому; внедрение электронных систем мониторинга состояния паллиативных пациентов.

Выводы: участковый врач играет ключевую роль в своевременном выявлении потребности в паллиативной помощи. Его компетенции в области ранней диагностики прогрессирующих заболеваний, оценки симптомов и прогноза, организации мультидисциплинарного сопровождения позволяют обеспечить пациентам достойный уровень жизни на поздних стадиях болезни. Совершенствование подготовки специалистов первичного звена и оптимизация организационных процессов — важнейшие шаги в развитии паллиативной помощи в России.

СРК И ФД: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

ГАВРИЛЕНКО Дарья Александровна
Кафедра факультетской терапии и гастроэнтерологии
Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия
Научный руководитель – д.м.н., доцент Ольга Владимировна Гаус

IBS AND FD: CLINICAL COURSE CHARACTERISTICS IN THE CONTEXT OF COMORBIDITY

GAVRILENKO D.A.
Department of Faculty Therapy and Gastroenterology
Omsk State Medical University, Omsk, Russia
Supervisor: Dr. Sci. (Med.), Associate Professor O.V. Gaus

Резюме: Синдром раздраженного кишечника (СРК) и функциональная диспепсия (ФД) широко распространены в популяции. При этом в клинической практике зачастую встречается коморбидное течение этих заболеваний, что представляет собой серьезную проблему с точки зрения выбора эффективных схем терапии. Проведено открытое когортное исследование методом поперечного среза с участием 74 пациентов с целью представить особенности коморбидного течения СРК и ФД для последующей оптимизации ведения пациентов. Для пациентов с коморбидным течением СРК и ФД характерен более ранний дебют заболевания, более высокая тяжесть симптомов, а также более высокие показатели тревоги и депрессии и специфические паттерны пищевого поведения.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, синдром раздражённого кишечника, коморбидное течение, индивидуализация терапии.

Abstract: Functional gastrointestinal disorders, namely irritable bowel syndrome (IBS) and functional dyspepsia (FD), are widespread in the population. At the same time, their comorbid course is often encountered in clinical practice, which poses a certain problem. To optimize approaches to patient care and develop individualized treatment approaches, an open cohort study was conducted using a cross-sectional method, involving 74 patients. Patients with a comorbid course of IBS and FD are characterized by an earlier onset of the disease, a higher severity of symptoms, as well as higher levels of anxiety and depression and specific patterns of eating behavior.

Keywords: functional dyspepsia, irritable bowel syndrome, comorbid course, individualization of therapy.

Введение. Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГИР), а среди них синдром раздраженного кишечника (СРК) и функциональная диспепсия (ФД) широко распространены в популяции. При этом в клинической практике зачастую наблюдается коморбидное течение этих заболеваний, что представляет собой определенные сложности с точки зрения эффективной курации пациентов.

Цель: для последующей оптимизации ведения пациентов представить особенности коморбидного течения СРК и ФД.

Материал и методы. В открытом исследовании методом поперечного среза приняли участие 74 пациента: 53 женщины и 21 мужчина, средний возраст 29,3 [25,3; 37,5] лет. Пациенты были разделены на 3 группы: основная группа – пациенты с коморбидным течением СРК и ФД (n=27), группа сравнения 1 –пациенты с СРК (n=23), группа сравнения 2 – пациенты с ФД (n=24). Также была сформирована группа контроля (n=15). Все группы были сопоставимы по полу ($\chi^2 = 0,127$; $p = 0,938$) и возрасту ($H = 5,29$; $p = 0,071$). Среди всех участников исследования проведено анкетирование по опросникам GSRS, «7×7», HADS, WHO CINDI program questionnaire. Статистический анализ выполнен с использованием Microsoft Excel и Statistica v.6.1. Результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. При анализе анамнеза заболевания оказалось, что

пациенты с коморбидным течением СРК и ФД имеют более ранний дебют заболевания (H = 13,57, p = 0,035). Средний возраст появления первых симптомов в основной группе составил 19,3 [18,4; 25,6] года, тогда как в группе сравнения 1 — 22,1 [20,8; 31,2], в группе сравнения 2 — 23,6 [21,4; 32,8]. При анализе клинической картины были получены следующие данные: в основной группе чаще встречался подтип СРК с преобладанием диареи (СРК-Д) – 51,9%, в группе сравнения 1 – СРК с преобладанием запора (СРК-З) – 52,2%, однако данные различия не были статически значимы (χ^2 = 2,59; p = 0,274). При анализе подтипов ФД преобладающим вариантом в основной группе и группе сравнения 2 был постпрандиальный дистресс синдром (ФД-ППДС) - 40,7% и 41,7% соответственно; на долю смешанного варианта приходилось 37,0% и 33,3, синдрома эпигастральной боли (ФД-СЭБ) - 22,2% и 25,0% соответственно. (χ^2 = 0,09; p = 0,954). При анализе интенсивности симптомов оказалось, что пациенты основной группы имели более высокий общий балл по опроснику GSRS - 2,4 [2,2;3,0], чем в группах сравнения и группе контроля - 2,1 [1,8;2,4], 1,6 [1,5;1,8] и 1,2 [1,0;2,1] (H = 16,41; p = 0,0003). Также у пациентов основной группы по сравнению с группами сравнения отмечены более высокие баллы в подшкалах «абдоминальная боль» (H = 26,83; p <0,0001), «вздутие живота» (H = 35,4 p <0,0001), «диарея» (H = 17,54 p = 0,0002), «запор» (H = 16,08; p = 0,0003). Статистически значимых различий по подшкале «рефлюкс-синдром» между лицами основной группы и групп сравнения не выявлено (H = 8,12; p> 0,05). При оценке динамики симптомов за последние 7 дней по опроснику «7Х7» было установлено, что пациенты основной группы имеют более высокие баллы - 21,8 [19,0; 25,0], нежели в группах сравнения (H = 40,19; p <0,0001). Более выраженные симптомы заболевания у лиц с коморбидным течением СРК и ФД описаны и другими исследователями в литературе *(Mieno M. et al, 2021, Katsumata R. et al, 2024).* При оценке данных опросника HADS у пациентов основной группы выявлены более высокие показатели по субшкалам тревоги (H = 25,48; p <0,0001) и депрессии (H = 27,41; p <0,0001). Так, средний показатель уровня тревоги по субшкале HADS-A в основной группе составил 11,0 [8,0; 14,0], в группе сравнения 1 - 6,0 [4,0; 12,0], в группе сравнения 2 - 4,0 [3,0; 6,0], в группе контроля – 3,2 [2,5; 4,3]. Средний показатель депрессии по субшкале HADS-D в основной группе составил 9,0 [6,0; 12,0], в группе сравнения 1 - 5,0 [3,0; 7,0], в группе сравнения 2 - 8,0 [5,0; 10,0], в группе контроля - 4,0 [3,0; 5,0]. Полученные данные сопоставимы с результатами других исследований по оценке психоэмоционального статуса пациентов с ФГИР *(Barberio B. et al, 2022, Midenfjord I. et al, 2026).*

Немаловажной у пациентов с заболеваниями пищеварительной системы является оценка характера и режима питания. При оценке данных анкетирования по опроснику WHO CINDI program questionnaire установлено, что пациенты с коморбидным течением чаще придерживаются 1-, 2-х разового режима питания (56%). В то время как лица с изолированным течением как СРК, так и ФД более привержены 3-х, 4-х разовому режиму питания – 51,5% и 47,8% соответственно (H = 31,23; p <0,005). Прежде всего, это обусловлено тем, что порядка 70% пациентов называют питание в качестве основного триггера своих симптомов, поэтому боятся принимать пищу вне дома *(Ma L. et al, 2023).* Наибольшая приверженность ограничительным диетам среди исследуемых пациентов отмечена в основной группе — 77,8%, тогда как в группах сравнения 1 и 2, группе контроля этот показатель составил — 75,0%, 65,2% и 33,3% соответственно (χ^2 = 9,71; p = 0,021). При анализе пищевых предпочтений установлено, что пациенты с коморбидным течением СРК и ФД чаще исключают из рациона молоко и молочные продукты (χ^2 = 14,48; p = 0,024), кофе (χ^2 = 23,16; p = 0,025) и глютенсодержащие продукты (χ^2 = 11,13; p = 0,034). Стоит отметить, что пациенты всех исследуемых групп статистически значимо меньше употребляют овощей

и фруктов по сравнению со здоровыми лицами (H = 32,16; p = 0,026). Однако в основной группе это значение оказалось наименьшим. В среднем в сутки пациенты основной группы употребляют 46,45 [28,57; 70,0] г фруктов и 100,0 [80,0; 114,3] г овощей, в то время как в группе сравнения 1 - 78,64 [53,2; 134,7] г и 98,3 [90,3; 143,6] г, в группе сравнения 2 - 63,23 [52,2; 156,7] г и 83,5 [79,6; 134,6] г, в группе контроля - 310 [246,0; 348,0] г и 197 [193,0; 247,3] г.

Выводы: для пациентов с коморбидным течением СРК и ФД характерен ранний дебют заболевания, более выраженные гастроэнтерологические симптомы, более высокие показатели по субшкалам тревоги и депрессии по опроснику HADS. Также данная когорта пациентов имеет характерные диетические привычки и особенности режима питания, в частности прием пищи 1-2 раза в день, приверженность ограничительным диетам, частое исключение из рациона ряда пищевых продуктов (молоко и молочные продукты, кофе, глютенсодержащие продукты, овощи и фрукты). Учитывая выявленные особенности, очевидно, пациенты нуждаются в разработке индивидуализированных подходов к курации.

РОЛЬ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ

ГАМАЗИНА Алина Валерьевна, ЦУЛАЯ Алина Милориевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

THE ROLE OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN IMPROVING PATIENT ADHERENCE TO TREATMENT

GAMAZINA A.V., TSULAYA A.M.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Низкая приверженность пациентов к лечению остаётся одной из ключевых проблем терапии. Использование мобильных приложений, телемедицинских технологий и электронных медицинских систем способствует повышению контроля за лечением и улучшению клинических исходов.

Ключевые слова: приверженность, цифровые технологии, телемедицина, мобильные приложения.

Abstract: Low patient adherence remains a major problem in therapy. The use of mobile applications, telemedicine technologies, and electronic systems improves treatment control and clinical outcomes.

Keywords: adherence, digital technologies, telemedicine, mobile applications.

Введение. Проблема приверженности пациентов к лечению остается одной из наиболее значимых в современной медицине. Недостаточное соблюдение врачебных рекомендаций приводит к снижению эффективности терапии, прогрессированию заболеваний и увеличению частоты госпитализаций. В условиях цифровизации здравоохранения особое значение приобретают технологии, направленные на повышение вовлеченности пациентов в лечебный процесс. Современные цифровые решения позволяют

оптимизировать взаимодействие врача и пациента, обеспечивая непрерывный контроль и поддержку терапии.

Особенно актуальной проблема приверженности является при длительном лечении, когда пациенту необходимо регулярно соблюдать режим приема лекарственных препаратов и контролировать состояние здоровья. В таких условиях цифровые технологии выступают в качестве инструмента, способного повысить дисциплину лечения и улучшить клинические исходы.

Цель: оценить влияние цифровых технологий на повышение приверженности пациентов к лечению.

Материал и методы. В работе проведен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций, посвящённых применению цифровых технологий в медицине. Рассмотрены возможности телемедицинских платформ, мобильных приложений и электронных медицинских систем в повышении приверженности пациентов к лечению. Дополнительно проведено анкетирование 50 пациентов в возрасте от 20 до 44 лет, среди которых 32 женщины и 18 мужчин. Целью опроса являлась оценка отношения пациентов к использованию цифровых технологий в процессе лечения и контроля состояния здоровья.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования установлено, что пациенты активно используют мобильные приложения для контроля приема лекарственных препаратов, уровня артериального давления, концентрации глюкозы крови и других показателей здоровья. Наиболее часто применялись приложения Medisafe, MyTherapy, «СберЗдоровье», «Госуслуги. Здоровье», а также встроенные функции напоминаний смартфонов. Для контроля артериального давления (АД) пациенты использовали приложения «Дневник артериального давления» и Blood Pressure Monitor, а для отслеживания уровня глюкозы крови — Contour Diabetes и OneTouch Reveal. Среди женщин востребованными являлись приложения для контроля менструального цикла и общего состояния здоровья, такие как Flo и Clover. Пациенты также отмечали удобство дистанционной записи к врачу и получения медицинской информации через электронные сервисы, используемые в России и Кемеровской области.

Анализ полученных данных показал, что цифровые технологии оказывают положительное влияние на приверженность пациентов к лечению. По результатам проведенного анкетирования установлено, что 68% опрошенных пациентов (34 человека) регулярно используют мобильные приложения и цифровые сервисы для контроля состояния здоровья и соблюдения режима терапии, тогда как 32% респондентов (16 человек) не используют подобные технологии, преимущественно вследствие недостаточной информированности о существующих цифровых возможностях. Среди пользователей цифровых сервисов преобладали женщины в возрасте от 20 до 35 лет, активно использующие приложения для контроля приема лекарственных препаратов, менструального цикла и общего состояния здоровья. Наиболее востребованными среди женщин являлись приложение Flo, Clover, Medisafe и MyTherapy. Мужчины чаще использовали приложения для контроля АД и показателей сердечно-сосудистой системы, включая «Дневник артериального давления». Пациенты в возрасте от 35 до 44 лет преимущественно использовали цифровые сервисы для контроля АД, уровня глюкозы крови и дистанционного взаимодействия с медицинскими организациями. Для отслеживания уровня глюкозы крови наиболее часто применялись приложения Contour Diabetes и OneTouch Reveal. Кроме того, респонденты активно использовали сервисы «СберЗдоровье» и «Госуслуги. Здоровье» для дистанционной записи к врачу и получения медицинской информации. Использование телемедицинских технологий обеспечивает

своевременную обратную связь между врачом и пациентом, что способствует более раннему выявлению отклонений и коррекции терапии. Кроме того, цифровые платформы позволяют пациентам получать доступ к информации о своем заболевании, отслеживать динамику показателей здоровья и формировать более ответственное отношение к лечению.

Важным аспектом является повышение информированности пациентов, что способствует лучшему пониманию необходимости соблюдения врачебных рекомендаций. Мобильные приложения и цифровые сервисы также позволяют автоматизировать процесс напоминаний о приеме препаратов, что снижает вероятность пропусков.

Несмотря на очевидные преимущества, использование цифровых технологий имеет ряд ограничений. К ним относятся недостаточная цифровая грамотность отдельных групп населения, технические сложности, а также недоверие к дистанционным формам медицинской помощи. Данные факторы могут снижать эффективность внедрения цифровых решений.

Таким образом, цифровые технологии представляют собой перспективное направление в повышении приверженности пациентов к лечению, однако требуют дальнейшего развития и адаптации к различным категориям пациентов.

Выводы: цифровые технологии являются эффективным инструментом повышения приверженности пациентов к лечению. Использование мобильных приложений и телемедицины улучшает контроль выполнения врачебных рекомендаций. Для повышения эффективности внедрения технологий необходимо развитие цифровой грамотности пациентов.

КРИТЕРИИ ПЕРЕВОДА ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПАЛЛИАТИВНУЮ СЛУЖБУ

ГЛУШКОВА Анастасия Алексеевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

CRITERIA FOR THE REFERRAL OF PATIENTS WITH END-STAGE CHRONIC HEART FAILURE TO PALLIATIVE CARE SERVICES

GLUSHKOVA A.A.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: в работе проанализированы критерии перевода кардиологических пациентов в паллиативную службу. Выделены клинические, прогностические критерии течения заболевания и качества жизни, позволяющие определить момент перехода к паллиативному лечению.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, паллиативная помощь, диспансерное наблюдение, врачебная этика.

Abstract: The paper analyzes the criteria for transferring cardiac patients to palliative care services. Clinical and prognostic criteria for the course of the disease and quality of life are identified, which make it possible to determine the moment to switch to palliative treatment.

Keywords: chronic heart failure, palliative care, dispensary observation, medical ethics.

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одной из ведущих причин смерти и госпитализаций во всем мире. Несмотря на значительные достижения в фармакотерапии и хирургическом лечении, пятилетняя выживаемость пациентов с ХСН не превышает 50%. При этом значительная часть больных с терминальной стадией заболевания не получают своевременной паллиативной медицинской помощи (ПМП): лишь около 34% пациентов с ХСН в последние три месяца жизни охвачены паллиативными мероприятиями. Одной из ключевых причин сложившейся ситуации является отсутствие четких и общепризнанных критериев перевода кардиологических пациентов в паллиативную службу.

В российской клинической практике информация о ПМП при ХСН долгое время отсутствовала в актуальных клинических рекомендациях, что создавало дополнительные трудности для врачей при выборе тактики ведения таких пациентов. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы своевременной идентификации пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, роли диспансерного наблюдения в этом процессе, а также этических аспектов принятия решения о переводе пациента на паллиативное лечение.

Цель: проанализировать и систематизировать научные данные о критериях направления пациентов с терминальной ХСН в паллиативную службу, а также определить роль диспансерного наблюдения и врачебной этики в процессе своевременного перевода таких пациентов на паллиативное лечение.

Материал и методы. В ходе написания статьи проведен анализ научных данных о критериях направления пациентов с терминальной ХСН в паллиативную службу, роли диспансерного наблюдения и врачебной этики в этом процессе. Использованы системный и научный подходы, методы синтеза, обобщения и сравнения. В качестве источников информации выступили такие базы данных, как PubMed, КиберЛенинка, а также международные клинические рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК, 2021), рекомендации Американской коллегии кардиологов (AHA/ACC/HFSA, 2022) и Российского кардиологического общества, 2024 г.

Результаты и обсуждения. В настоящее время не существует единых международных или отечественных разработанных критериев перехода пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в категорию паллиативной медицинской помощи. Однако в последние годы предпринят ряд попыток систематизировать подходы к определению показаний для направления таких пациентов к специалистам ПМП.

Европейским обществом кардиологов (ЕОК) были предложены следующие критерии для направления пациентов, страдающих ХСН, к специалистам ПМП: частые повторные госпитализации в течение последних 12 месяцев; частая декомпенсация ХСН; ХСН IV функционального класса (ФК) по NYHA; прогрессирующее снижение качества жизни. В руководстве ЕОК 2021 года также указываются: прогрессирующее функциональное снижение (физическое и умственное) и зависимость в большинстве повседневных действий; тяжелые симптомы ХСН с низким качеством жизни, несмотря на оптимальную фармакологическую и нефармакологическую терапию; частые госпитализации или другие серьезные эпизоды декомпенсации, несмотря на оптимальное лечение; исключение возможности трансплантации сердца и механической циркуляторной поддержки; сердечная кахексия; клиническая оценка близости к концу жизни.

В свою очередь, рекомендации AHA/ACC/HFSA 2022 года предлагают направлять к

специалистам паллиативной помощи:

- пациентов с сохраняющимися симптомами, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию;
- пациентов, стоящие перед серьезными медицинскими решениями, такими как имплантация устройства вспомогательного кровообращения левого желудочка;
- пациентов с мультиморбидностью, старческой астенией или когнитивными нарушениями.

В ряде исследований в качестве диагностических критериев для установления показаний к паллиативному лечению предлагаются: подтвержденный диагноз ХСН вследствие необратимого поражения миокарда с выраженным снижением сократительной способности (фракция выброса левого желудочка менее 25%) и/или значительным расширением левых камер сердца; клинические проявления ХСН IV функционального класса на фоне оптимальной терапии; повторные госпитализации в течение года по поводу декомпенсации ХСН с необходимостью инотропной поддержки и/или реанимационных мероприятий.

Диспансерное наблюдение играет ключевую роль в своевременном выявлении признаков прогрессирования заболевания и ухудшения состояния пациента. Регулярные осмотры позволяют оценить динамику функционального класса, эффективность терапии, появление новых симптомов или осложнений, а также своевременно обсудить с пациентом и его родственниками изменение целей лечения. Все пациенты с ХСН должны находиться под диспансерным наблюдением кардиолога по месту жительства. Однако в реальной практике пациенты с тяжелыми формами ХСН нуждаются не только в адекватной лекарственной терапии, но и в динамическом клиническом наблюдении, дополненном паллиативной помощью, направленной на улучшение качества жизни.

Паллиативную помощь пациентам с терминальной ХСН рекомендуется планировать при госпитализации или при первом/последующих амбулаторных обращениях после выписки из стационара, а при прогнозируемой продолжительности жизни пациента менее 6 месяцев рекомендуется рассмотреть его направление в хоспис с целью улучшения качества жизни и облегчения симптомов. Особое значение имеют адекватная коммуникация и информирование, а также участие пациента и его семьи в принятии решений относительно принятия или отказа от различных терапевтических опций.

Выводы: на основании изученных данных можно выделить следующие ключевые критерии своевременного перевода кардиологических пациентов с терминальной ХСН в паллиативную службу: клинические критерии (ХСН IV ФК; фракция выброса левого желудочка менее 25%); критерии, основанные на течении заболевания (частые повторные госпитализации в течение последних 12 месяцев, рефрактерность к терапии); прогностические критерии (прогнозируемая продолжительность жизни менее 6 месяцев); критерии, связанные с качеством жизни (прогрессирующее снижение качества жизни).

Роль диспансерного наблюдения заключается в своевременном выявлении прогрессирования заболевания, оценке эффективности терапии и определении момента для изменения тактики ведения пациента. Врачебная этика требует уважения автономии пациента, информирования о прогнозе и рисках, а также вовлечения пациента и его семьи в процесс принятия решений.

ДОВЕРИЕ КАК ФУНДАМЕНТ: ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ПОСТРОЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

ГНЕЛИЦКАЯ Ольга Алексеевна, АСОЧАКОВА Мария Игоревна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

TRUST AS A FOUNDATION: ETHICS AND DEONTOLOGY OF BUILDING EFFECTIVE INTERACTION BETWEEN DOCTOR AND PATIENT IN THE OUTPATIENT SETTING

GNELITSKAYA O.A., ASOCHAKOVA M.I.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в работе представлен системный анализ этических и деонтологических аспектов взаимодействия врача и пациента в амбулаторных условиях. Обосновано, что доверие является ключевым фактором комплаенса, удовлетворенности лечением и профилактики конфликтных ситуаций. Выделены основные барьеры коммуникации и предложены модели их преодоления.

Ключевые слова: доверие, этика, деонтология, врач-пациент, амбулаторное звено, комплаенс.

Abstract: The study presents a systematic analysis of ethical and deontological aspects of doctor-patient interaction in outpatient settings. It is substantiated that trust is a key factor for compliance, treatment satisfaction, and prevention of conflicts. The main communication barriers are identified and models for overcoming them are proposed.

Keywords: trust, ethics, deontology, doctor-patient, outpatient setting, compliance.

Введение. В условиях амбулаторного звена, характеризующегося дефицитом времени, высоким потоком пациентов и многообразием жалоб, проблема построения доверительных отношений приобретает особую значимость. Деонтологические нарушения и снижение уровня доверия ведут к ухудшению комплаенса, необоснованным жалобам и снижению эффективности терапии. В связи с этим ключевым направлением современной поликлинической медицины становится не только диагностика и лечение, но и формирование этически выверенной коммуникативной среды.

Цель: научное обоснование роли доверия и деонтологической компетентности врача в обеспечении эффективного взаимодействия с пациентом в амбулаторной практике, а также разработка практических рекомендаций по оптимизации коммуникации.

Материал и методы. Проведен поиск и систематический обзор научной литературы по ключевым словам – «доверие врач-пациент», «этика в поликлинике», «деонтология», «коммуникативные барьеры» в базах PubMed, Google Scholar и eLIBRARY.ru – за период 2015–2025 гг. Использован метод контент-анализа и обобщения клинических рекомендаций по этике.

Результаты и обсуждения. Эффективное взаимодействие в системе «врач – пациент» базируется на трех фундаментальных принципах:

1. Этические принципы: принцип автономии (уважение выбора пациента); принцип

непричинения вреда (non nocere); принцип справедливости (равный доступ и отношение).

2. Деонтологические требования в амбулаторном звене: информированное добровольное согласие в условиях ограниченного времени; конфиденциальность (особенно важна при хронических и социально значимых заболеваниях); эмпатия без патернализма; понятное информирование о диагнозе, прогнозе и плане лечения.

3. Барьеры формирования доверия: дефицит времени (менее 10–12 минут на пациента); высокая эмоциональная нагрузка врача; различие в языках (медицинский сленг, бытовая речь); страх пациента перед медицинскими манипуляциями и негативный предыдущий опыт.

Модели взаимодействия:

1. Патерналистская (низкое доверие, низкая приверженность)

2. Интерпретативная (партнерство, совместное принятие решений) – показана как наиболее эффективная в амбулаторной практике.

3. Информационная (ориентация только на факты) – риск потери эмоционального контакта.

Новые аспекты деонтологии: В условиях цифровизации здравоохранения появляются этические дилеммы: дистанционное тестирование, доступ врача к данным телеметрии, размывание границ личного и профессионального общения (мессенджеры, соцсети). Исследования показывают, что 67% пациентов считают доверие сниженным при отсутствии визуального и невербального контакта в телемедицине.

Практическая значимость:

1. Для пациентов: доверие снижает тревожность, повышает готовность следовать рекомендациям и улучшает субъективную оценку качества медицинской помощи.

2. Для врачей-клиницистов (терапевтов, врачей общей практики): овладение навыками деонтологически грамотной коммуникации снижает риск профессионального выгорания, уменьшает количество конфликтов и жалоб, повышает комплаенс пациентов при хронических заболеваниях (артериальная гипертония, сахарный диабет, ХСН).

3. Для системы здравоохранения: снижение необоснованных повторных обращений и неэффективных назначений.

Выводы: проведенный анализ подтверждает, что доверие является критически значимым неинвазивным «лекарством» в амбулаторной практике. Комплексное соблюдение этических норм и деонтологических принципов, наряду с внедрением партнерской модели взаимодействия, напрямую коррелирует с приверженностью лечению и клиническими исходами. Необходимо включение основ медицинской деонтологии и коммуникативных навыков в программы непрерывного медицинского образования для врачей амбулаторного звена.

ИНТЕГРАЦИЯ СИСТЕМ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРЕНИЯ В РАБОТУ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА: АНАЛИЗ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ОШИБОК И ВРЕМЕНИ НА ОПИСАНИЯ СНИМКОВ

ГОРБУНОВ Никита Евгеньевич, КОНДРАТОВ Игорь Константинович

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

INTEGRATION OF COMPUTER VISION SYSTEMS INTO THE WORK OF A

RADIOLOGIST: ANALYSIS OF REDUCING THE LEVEL OF ERRORS AND THE TIME SPENT ON DESCRIBING IMAGES

GORBUNOV N.E., KONDRATOV I.K.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Работа представляет собой анализ публикаций о влиянии систем искусственного интеллекта на диагностическую точность и время описания снимков, а также о факторах, определяющих успешность интеграции компьютерного зрения в рутинную практику врача-рентгенолога.

Ключевые слова: компьютерное зрение, рентгенология, снижение ошибок, время описания снимков, интеграция в клиническую практику.

Abstract: The work is an analysis of publications on the impact of artificial intelligence systems on diagnostic accuracy and the time required to describe images, as well as on the factors that determine the success of integrating computer vision into the routine practice of radiologists.

Keywords: computer vision, radiology, error reduction, image interpretation time, integration into clinical practice.

Введение. Интеграция систем компьютерного зрения в работу врача-рентгенолога — одно из наиболее динамично развивающихся направлений современной лучевой диагностики. Без применения таких систем сохраняются высокий риск диагностических ошибок и значительные временные затраты на описание снимков. Основу интеграции составляют алгоритмы автоматического анализа изображений: обнаружение, сегментация и классификация патологических изменений. Однако на практике внедрение часто ограничивается отдельными пилотными проектами, а систематические данные о снижении уровня ошибок и времени описания остаются разрозненными. Анализ публикаций позволяет систематизировать данные об эффективности интеграции компьютерного зрения и факторах, влияющих на снижение ошибок и сокращение времени на описания снимков, что определяет актуальность работы.

Цель: систематизировать данные публикаций об интеграции систем компьютерного зрения в работу врача-рентгенолога, оценить эффективность их применения в снижении уровня ошибок и сокращении времени на описания снимков и выявить факторы, определяющие результативность внедрения в клиническую практику.

Материал и методы. Исследование проводилось путём анализа научных статей и публикаций из различных электронных баз данных. Было произведено сопоставление и обобщение материалов. В рамках достижения цели работы были рассмотрены как количественные показатели работы алгоритма, так и качественные аспекты его применения.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ публикаций, описывающих алгоритм анализа рентгеновских изображений грудной клетки на основе методов компьютерного зрения, позволил систематизировать ключевые данные об эффективности подобных систем и выявить факторы, определяющие результативность их интеграции в клиническую практику.

Центральным результатом публикаций является разработка и экспериментальная проверка алгоритма поиска патологий с использованием метода SURF (Speeded Up Robust Features) и детектора особых точек на основе Fast-Hessian. Авторы предлагают двухэтапную схему: первичное выделение характерных точек (локальных экстремумов яркости, углов,

контуров) и последующую фильтрацию ложных соответствий путем сравнения с эталонными изображениями. Оптимальная настройка подобного алгоритма компьютерного зрения позволяет достичь высокой точности и оперативности выявления заболеваний на рентгенограммах, что является основой для снижения частоты диагностических ошибок.

Обсуждение полученных результатов в контексте интеграции в работу врача-рентгенолога позволяет выделить несколько ключевых преимуществ. Во-первых, компьютерное зрение обеспечивает большую чувствительность к изменениям яркости и анализирует изображение во всех точках, что минимизирует риск пропуска новообразований. Это особенно важно в свете приведенной статистики: ежегодно в России регистрируется 300–400 тыс. случаев пневмонии, тогда как по нормам ВОЗ их должно быть 1500–1700 тыс., то есть около 1 млн случаев остаются недиагностированными. Система, способная указать на «подозрительные» участки, потенциально может сократить это число. Во-вторых, автоматизация рутинного поиска аномалий способна сократить время на описание снимков, перекладывая на алгоритм первичный скрининг и оставляя врачу верификацию и постановку диагноза. В-третьих, система не заменяет специалиста, а выступает в роли ассистента, что снижает риск врачебной ошибки, связанной с усталостью или невнимательностью.

Однако, как показал анализ, результативность внедрения таких систем не является абсолютной и зависит от ряда факторов. Первым и наиболее значимым фактором является индивидуальная вариабельность пациентов, так как невозможно найти два идентичных организма, а значит, патологии могут выглядеть по-разному. Это требует наличия репрезентативной базы эталонных изображений (не менее 20 снимков для каждого типа патологии с учетом пола и возраста), что само по себе является сложной задачей. Второй фактор — технические параметры съемки. Информативность рентгенограммы критически зависит от напряжения (60–100 кВ) и экспозиции; неправильный подбор режима делает снимок «перебитым» или «недобитым», что снижает эффективность любого алгоритма. Третий фактор — настройка параметров алгоритма. От того, насколько правильно настроена программа, напрямую зависит, насколько точно и быстро она будет работать. Четвертый фактор — необходимость предварительной обработки: вырезание области легких, фильтрация шумов, приведение к единому масштабу. Игнорирование этих этапов ведет к росту ложноположительных срабатываний.

Согласно результатам сравнительных исследований, эффективность компьютерного зрения при описании рентгенограмм грудной клетки демонстрирует широкий диапазон показателей: точность коммерческих ИИ-алгоритмов составляет 86–92%, тогда как усреднённая точность врачей-рентгенологов достигает 93–96%. При этом использование метода SURF и детектора особых точек на основе Fast-Hessian обеспечивает точность обнаружения патологий на уровне 98–100%, однако эти данные получены на ограниченной выборке и требуют дальнейшей валидации.

Выводы: при анализе рентгенограмм эффективность компьютерного зрения колеблется в диапазоне 86–98 %, в среднем уступая по точности заключениям врачей, но сохраняя значительный потенциал для снижения числа ошибок и сокращения времени на описание снимков. Однако для достижения реального клинического эффекта необходимо учитывать выявленные факторы: индивидуальные особенности пациентов, качество и стандартизацию съёмки, тщательную настройку алгоритмов и обязательную верификацию результатов врачом.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на клинические испытания предложенного алгоритма в условиях реальной диагностики, а также на расширение базы

эталонных изображений и адаптацию метода к различным типам патологий, включая туберкулёз и пневмонию. Только комплексный подход, объединяющий технические достижения и клиническую экспертизу, позволит в полной мере реализовать преимущества компьютерного зрения в практическом здравоохранении.

ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ГОРЛОВА Полина Константиновна, ПУСТОВАЛОВ Кирилл Сергеевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

SCHOOL FOR PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

GORLOVA P.K., PUSTOVALOV K.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Школа пациентов после инфаркта миокарда - важный компонент вторичной профилактики. Целью ее является анализ роли обучения в повышении приверженности терапии, коррекции рисков, участия в кардиореабилитации. Обучение улучшает самоконтроль и эффективность восстановительного лечения.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, школа пациента, кардиореабилитация, вторичная профилактика, приверженность.

Abstract: A school for patients after myocardial infarction is an important component of secondary prevention. The aim is to analyze the role of education in improving treatment adherence, risk correction, and participation in cardiac rehabilitation. Education improves self-control and the effectiveness of recovery treatment.

Keywords: myocardial infarction, patient education, cardiac rehabilitation, secondary prevention, adherence.

Введение. Инфаркт миокарда (ИМ) остается одной из основных причин смертности, повторных сердечно-сосудистых осложнений и снижения качества жизни. После выписки пациенту необходимо длительно соблюдать медикаментозную терапию, контролировать артериальное давление и массу тела, отказаться от курения, изменить питание и постепенно расширять физическую активность. Однако эффективность вторичной профилактики зависит не только от назначений, но и от понимания пациентом целей лечения. В этой связи школа пациентов рассматривается как форма систематизированного обучения, обеспечивающая преемственность между стационарным и амбулаторным этапами наблюдения.

Цель: изучить значение школы пациентов с перенесенным ИМ в системе вторичной профилактики.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных клинических рекомендаций и научных публикаций, посвященных вторичной профилактике после ИМ и обучению пациентов. Проанализированы клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (О.В. Аверков и др., 2025), «2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes» (Vrints C. и

соавт., 2024), «2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes» (Rao S.V. и соавт., 2025), заявление Brown T.M. и соавт. «Core Components of Cardiac Rehabilitation Programs: 2024 Update», публикация М.Г. Бубновой (2020), работа А.Д. Куимова и соавт. (2011), а также заявление Levine G.N. и соавт. «Post-Myocardial Infarction Psychological Distress» (2025). Использованы описательный, сравнительный и проблемно-аналитический методы; оценивались содержание образовательных программ, их влияние на приверженность лечению, коррекцию факторов риска, реабилитацию и психологическое состояние пациента.

Результаты и обсуждения. Современные рекомендации подчеркивают, что ведение пациента после ИМ включает не только медикаментозную терапию, но и комплексную вторичную профилактику: отказ от курения, коррекцию питания, контроль массы тела, регулярную физическую активность, достижение целевых показателей артериального давления и липидного обмена, а также участие в программах кардиореабилитации. Реализация этих мер затруднена без последовательного обучения, поэтому школа пациентов должна рассматриваться как часть лечебного процесса.

Школа пациентов после ИМ представляет собой организованную форму образовательной работы, направленную на формирование знаний о заболевании, понимания значения постоянной терапии и навыков самоконтроля. В ее структуру целесообразно включать сведения о факторах риска, назначаемых препаратах, правилах контроля артериального давления и пульса, принципах питания, допустимой физической активности и признаках ухудшения состояния, требующих обращения за медицинской помощью.

Одним из ключевых направлений работы школы является повышение приверженности лечению. После выписки часть пациентов самостоятельно снижает дисциплину приема препаратов, реже посещает врача и недостаточно контролирует показатели, от которых зависит прогноз. Образовательная программа позволяет объяснить цели длительной терапии, последствия самовольной отмены лекарств и значение регулярного амбулаторного наблюдения. Систематическое обучение пациентов на этапе реабилитации способствует лучшему усвоению медицинских рекомендаций и более ответственному отношению к лечению.

Не менее значимой задачей школы является коррекция образа жизни и формирование навыков самоконтроля. Пациенту необходимо в доступной форме объяснить роль отказа от курения, ограничения соли и насыщенных жиров, соблюдения режима физической нагрузки и контроля массы тела. Обучение должно сопровождаться практическими рекомендациями: как вести дневник артериального давления, как оценивать переносимость нагрузки и какие симптомы следует считать тревожными.

Особое место занимает вовлечение больного в кардиореабилитацию. Современные программы включают не только физические тренировки, но и образовательный, поведенческий и психосоциальный компоненты. Следовательно, школа пациентов должна служить инструментом маршрутизации в систему реабилитации, помогать преодолевать страх физической активности и формировать у больного представление о поэтапном восстановлении.

После ИМ нередко наблюдаются тревога, страх повторного события и депрессивные реакции, снижающие качество жизни и приверженность терапии. Поэтому школа пациентов должна включать элементы психологической поддержки: обсуждение типичных переживаний, разъяснение этапов восстановления и формирование мотивации к лечению. Постинфарктный психологический дистресс отрицательно влияет на прогноз и поведение

пациента, поэтому своевременное информирование и поддерживающее общение имеют важное значение для успешного восстановления.

Перспективным направлением является использование цифровых технологий и этапной модели обучения. Повторное разъяснение рекомендаций после выписки, дистанционные консультации, электронные напоминания о приеме препаратов и элементы телереабилитации повышают доступность образовательной помощи. Наиболее эффективной представляется схема, при которой обучение начинается в стационаре, а затем продолжается в поликлинике с контролем усвоения рекомендаций.

Дополнительную практическую ценность школа пациентов имеет для раннего выявления ошибок в поведении после выписки. Во время занятий врач может уточнить, как пациент принимает препараты, соблюдает ли ограничения, понимает ли допустимый уровень физической активности и умеет ли распознавать симптомы, требующие обращения за медицинской помощью. Такая обратная связь позволяет своевременно корректировать недостаточное понимание рекомендаций и снижать риск повторных госпитализаций.

Выводы: 1. Школа пациентов после инфаркта миокарда является значимым компонентом вторичной профилактики и должна рассматриваться как продолжение лечения после выписки из стационара. 2. Основными направлениями ее работы являются повышение приверженности терапии, коррекция факторов риска, обучение навыкам самоконтроля, психологическая поддержка и мотивация к участию в кардиореабилитации. 3. Этапное обучение, дополненное цифровым сопровождением, повышает эффективность образовательной программы и способствует улучшению прогноза у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА И МОБИЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ: ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЕЙ

ГРИБЦОВА София Витальевна, КАРПЕНКО Екатерина Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

TELEMEDICINE AND MOBILE BLOOD PRESSURE MONITORING: OPTIMIZING THE MANAGEMENT OF HYPERTENSIVE PATIENTS

GRIBCOVA S.V., KARPENKO E.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: В работе представлен анализ эффективности телемедицинских систем и мобильных приложений для дистанционного контроля артериального давления у пациентов с артериальной гипертонией. Рассмотрены современные устройства, протоколы передачи данных и влияние телемониторинга на приверженность лечению. Показано, что телемониторинг улучшает контроль АД и снижает частоту осложнений.

Ключевые слова: телемедицина, артериальная гипертония, мобильный мониторинг АД, приверженность лечению, умные тонометры.

Abstract: The study presents an analysis of the effectiveness of telemedicine systems and mobile applications for remote blood pressure monitoring in patients with arterial hypertension.

Modern devices, data transfer protocols and the impact of telemonitoring on treatment adherence are reviewed. Telemonitoring has been shown to improve BP control.

Keywords: telemedicine, arterial hypertension, mobile BP monitoring, treatment adherence, smart blood pressure monitors.

Введение. Артериальная гипертония остаётся ведущей модифицируемой причиной сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности во всём мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, распространённость АГ среди взрослого населения достигает 30–45%, а в возрастной группе старше 60 лет превышает 60%. При этом контроль артериального давления (АД) на целевых уровнях (менее 130/80 мм рт. ст. согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов 2024 г.) удаётся достичь менее чем у 30% пациентов. Основными причинами низкой эффективности лечения являются недостаточная приверженность терапии (до 50% пациентов прекращают регулярный приём препаратов в течение первого года), нерегулярный самоконтроль АД в домашних условиях и отсутствие своевременной обратной связи с лечащим врачом. Традиционная модель наблюдения, основанная на редких очных визитах, не позволяет оценить истинную вариабельность АД и выявить такие феномены, как скрытая гипертония.

Цель: оценка клинической эффективности и удобства использования телемедицинской системы дистанционного мониторинга АД у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертонией в амбулаторных условиях, а также анализ барьеров и перспектив внедрения таких систем в рутинную клиническую практику российской поликлиники.

Материал и методы. Проведён систематический обзор научных публикаций за 2018–2025 гг. в международных библиографических базах PubMed, Web of Science, Cochrane Library и российской научной электронной библиотеке eLIBRARY.ru. Поиск осуществлялся по ключевым словам: «remote blood pressure monitoring», «telemedicine hypertension», «mobile health adherence», «smart blood pressure monitor», «телемедицина артериальная гипертония». Анализировались рандомизированные клинические исследования (РКИ) и мета-анализы, оценивавшие эффективность телемониторинга АД по сравнению со стандартным наблюдением. Критерии включения: взрослые пациенты с диагностированной АГ, продолжительность наблюдения не менее 3 месяцев, наличие оценки динамики АД и/или приверженности терапии.

Результаты и обсуждения. Современные системы дистанционного мониторинга АД включают три основных компонента, работающих в непрерывном взаимодействии. Первый компонент — устройство измерения. Наиболее распространёнными являются «умные» тонометры с автоматической передачей данных по Bluetooth или Wi-Fi (Omron Connect, B.Well PRO, Microlife WatchBP Home). Они обеспечивают высокую точность измерения при соблюдении правил. Альтернативой служат фотоплетизмографические смарт-часы, однако их точность пока уступает плечевым осциллометрическим приборам, особенно при фибрилляции предсердий. Второй компонент — мобильное приложение на стороне пациента, обеспечивающее автоматический приём данных, построение графиков, напоминания об измерении и приёме препаратов. Третий компонент — телемедицинская платформа для врача с функциями агрегации данных, оповещения о критических значениях АД и проведения видеоконсультаций.

По данным крупного мета-анализа (Kario et al., 2021, включавшего 23 РКИ), телемониторинг АД в сочетании с удалённой поддержкой врача позволяет достичь следующих результатов по сравнению со стандартным наблюдением: дополнительное

снижение систолического АД на 5,6–8,2 мм рт. ст.; дополнительное снижение диастолического АД на 3,2–4,5 мм рт. ст.; увеличение доли пациентов, достигающих целевого АД (<135/85 мм рт. ст.), с 29% до 57% через 6 месяцев; снижение вариабельности АД на 22%. В проспективном исследовании HERB-DH1 с участием 424 пациентов применение телемониторинга в течение 12 недель привело к снижению офисного систолического АД на 10,2 мм рт. ст. против 4,2 мм рт. ст. в контрольной группе. Одной из основных причин неэффективного лечения АГ является низкая приверженность терапии. Регулярные напоминания в мобильном приложении, визуализация прогресса и возможность дистанционной связи с врачом повышают приверженность лечению с 38% до 74% (по шкале MMAS-8). Пациенты, использующие телемониторинг, в 3 раза реже пропускают приём антигипертензивных препаратов. Возможность видеть положительную динамику собственного АД служит мощным мотивационным фактором для коррекции образа жизни: снижения потребления соли, увеличения физической активности, отказа от курения.

Проблемы и ограничения внедрения: широкое внедрение телемониторинга АД сталкивается с рядом препятствий. Цифровое неравенство: пациенты старше 75 лет, лица с низким доходом и уровнем образования реже используют смартфоны. Юридические аспекты: в РФ приказ Минздрава №291н ограничивает дистанционное назначение новых препаратов. Технические ограничения: недостаточная точность смарт-часов при аритмиях. Организационные проблемы: информационная перегрузка врача, отсутствие стандартизации устройств, сложность интеграции с ЕГИСЗ.

Практическая значимость: для пациентов: снижение необходимости частых визитов в поликлинику, раннее выявление неконтролируемой гипертонии, повышение мотивации к лечению, исключение «гипертонии белого халата». Для врачей-клиницистов: возможность оценивать истинную вариабельность АД, объективизация данных, прогнозирование риска гипертонических кризов, оптимизация рабочего времени.

Выводы: проведённый систематический обзор подтвердил, что удалённый контроль давления посредством мобильных приложений и автоматизированных тонометров является действенным и безопасным способом повышения эффективности лечения АГ. Выявлена прямая зависимость: чем выше дисциплина использования телемониторинга, тем чаще пациенты выходят на целевые значения АД. Чтобы этот метод стал рутинной практикой в Российской амбулаторной сети, необходимо решить несколько задач: ввести единые стандарты передачи медицинских данных, обучить врачей работе с телемедицинскими сервисами, законодательно разрешить дистанционную корректировку лечения у пациентов без нестабильности состояния и разработать программы, помогающие пожилым людям осваивать цифровые технологии.

ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

ГУБИНА Дарья Игоревна, ИСАЕВА Валерия Константиновна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

INFORMATION SECURITY AND PROTECTION OF PATIENTS' PERSONAL DATA WHEN USING MEDICAL INFORMATION SYSTEMS

GUBINA D.I., ISAEVA V.K.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в условиях активного внедрения цифровых технологий в здравоохранение, медицинские информационные системы (МИС) становятся ключевым инструментом в оказании медицинской помощи, при этом превращаясь в объект повышенного внимания со стороны злоумышленников. Были рассмотрены современные угрозы информационной безопасности в сфере здравоохранения, проанализирована нормативно-правовая база Российской Федерации в области защиты персональных данных пациентов и в итоге предложен комплекс организационных и технических мер, направленных на обеспечение безопасности МИС. Рост числа кибератак на медицинские учреждения требует системного подхода к защите данных, включающего как внедрение современных средств защиты информации, так и повышение квалификации персонала.

Ключевые слова: информационная безопасность, персональные данные, пациент, медицинские информационные системы.

Abstract: In the context of the active introduction of digital technologies into healthcare, medical information systems (MIS) are becoming a key tool in providing medical care, while becoming the object of increased attention from intruders. Modern threats to information security in the healthcare sector were considered, the regulatory and legal framework of the Russian Federation in the field of patient personal data protection was analyzed, and as a result, a set of organizational and technical measures aimed at ensuring the security of IIAs was proposed. The growing number of cyber attacks on medical institutions requires a systematic approach to data protection, including both the introduction of modern information security tools and staff training.

Keywords: Information security, personal data, patient, medical information systems.

Введение. Развитие цифровых технологий в сфере здравоохранения открывает новые возможности для повышения качества и доступности медицинской помощи. Что в свою очередь сопровождаются ростом уязвимости в IT-инфраструктуре медицинских организаций. Медицинские данные относятся к специальным категориям персональных данных и содержат информацию, являющуюся врачебной тайной, что требует быстрого реагирования и принятия мер по их защите.

Из статьи 91 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» известно, что в информационных системах в сфере здравоохранения осуществляется сбор, хранение, обработка и предоставление информации об осуществлении медицинской и иной деятельности, при этом обработка персональных данных должна проводиться с соблюдением требований законодательства в области персональных данных и врачебной тайны.

В последние годы наблюдается устойчивый рост числа кибератак на медицинские учреждения, что ставит под угрозу как безопасность данных пациентов, так и функционирование здравоохранительных служб в целом. Любая задержка в процессе оказания помощи, связанная с блокировкой систем, ведёт к риску для жизни и здоровья пациентов.

Цель: провести комплексный анализ проблем информационной безопасности и защиты персональных данных пациентов при использовании медицинских информационных систем, выявить актуальные угрозы и разработать рекомендации по

повышению уровня защищённости МИС в условиях растущих киберугроз.

Материал и методы. Исследование основано на анализе нормативно-правовых актов Российской Федерации в сфере здравоохранения и защиты персональных данных, включая Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказ Минздрава России от 03.07.2023 № 340н «Об определении угроз безопасности персональных данных», а также Постановление Правительства РФ от 01.11.2012 № 1119. В работе использованы статистические данные об инцидентах информационной безопасности в медицинской сфере за 2024–2025 годы, опубликованные аналитическими центрами (InfoWatch, Positive Technologies, Servicepipe). Применены методы сравнительно-правового анализа, систематизации угроз и обобщения практических мер защиты информации.

Результаты и обсуждения. Правовое регулирование обработки персональных данных в МИС базируется на 152-ФЗ и 323-ФЗ, а также на отраслевых приказах Минздрава, в частности № 340н, определяющем актуальные угрозы (несанкционированный доступ, вредоносный код, влияние на персонал). С 1 сентября 2025 года вступает в силу обновлённый порядок обезличивания данных. Особую проблему представляет правовой статус владельца МИС при использовании телемедицины.

Статистика свидетельствует о резком росте киберугроз: в первом полугодии 2025 года зафиксировано 339 тыс. атак на медицинские технологии (+27% к 2024 году). Наиболее уязвимы онлайн-лаборатории (61% инцидентов), телемедицина (25%) и мобильные приложения (16%). Россия занимает второе место в мире по утечкам данных из медучреждений (8,1% мирового объёма), при этом треть утечек касается аутентификационных сведений. В 2024 году объём утечек в здравоохранении достиг почти 50 млн записей. 75% атак приводят к утечке конфиденциальной информации, а каждая вторая — к остановке основной деятельности клиники.

Для защиты данных необходим комплекс мер: технические (шифрование, анонимизация, ролевая модель доступа, криптография по ГОСТ, мониторинг, отечественные решения) и организационные (стандарты защиты, повышение квалификации, ограничение незащищённых каналов связи, ознакомление персонала с документацией).

Сравнительный анализ показывает, что российское регулирование ближе к европейской модели (GDPR). Предлагается усовершенствовать законодательство: обязать медучреждения сообщать об инцидентах в течение 72 часов и усилить ответственность (штрафы до 300–500 тыс. рублей для юридических лиц за обработку данных без разрешения пациента).

Выводы: цифровизация здравоохранения сопровождается бурным ростом кибератак, при этом Россия устойчиво занимает второе место в мире по утечкам медицинских данных, что подтверждает острую необходимость системной защиты МИС.

Действующая нормативная база (152-ФЗ, 323-ФЗ, приказы Минздрава) задаёт основные требования, однако требует совершенствования в части оперативного уведомления об инцидентах (в течение 72 часов) и увеличения штрафов за утечки (до 300–500 тыс. руб. для юридических лиц).

Эффективная защита достигается только комплексным сочетанием технических мер (шифрование, разграничение доступа, мониторинг, отечественное ПО) и организационных (стандартизация, обучение персонала, защищённые каналы связи); приоритетом остаётся разработка отраслевых стандартов с учётом врачебной тайны и специфики специальных

категорий персональных данных.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В АНАЛИЗЕ ЭКГ

ДОРОФЕЕВА Алена Сергеевна, ЛИХАНОВА Анна Юрьевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

ARTIFICIAL INTELLIGENCE AS A TOOL TO SUPPORT MEDICAL DECISION-MAKING IN ECG ANALYSIS

DOROFEEVA A.S., LIHANOVA A.U.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: проведён сравнительный анализ интерпретации 100 ЭКГ врачом и двумя ИИ-алгоритмами. Согласованность с заключением специалиста составила 68% для PMcardio и 71% для ECG-GPT. PMcardio превосходит в распознавании фибрилляции предсердий (пропуск 3,6%), ECG-GPT - в оценке гипертрофии левого желудочка и блокад.

Ключевые слова: ЭКГ, искусственный интеллект, поддержка врачебных решений, фибрилляция предсердий, гипертрофия левого желудочка.

Abstract: a comparative analysis of 100 ECGs interpreted by a physician and two AI algorithms was performed. Agreement with the specialist's conclusion was 68% for PMcardio and 71% for ECG-GPT. PMcardio is superior in detecting atrial fibrillation (miss rate 3.6%), ECG-GPT — in left ventricular hypertrophy and bundle branch blocks.

Keywords: ECG, artificial intelligence, clinical decision support, atrial fibrillation, left ventricular hypertrophy.

Введение. Автоматизация анализа электрокардиограмм с помощью технологий искусственного интеллекта (ИИ) развивается активно. Внешние ИИ-системы на основе глубокого обучения всё чаще рассматриваются как инструменты поддержки врачебных решений, однако их реальная согласованность с заключением специалиста изучена недостаточно. Сравнение с врачом функциональной диагностики позволяет оценить, выходят ли ошибки автоматизированных методов за пределы вариабельности врачебных заключений, и определить, в каких зонах алгоритмы могут быть полезны, а в каких - опасны.

Цель: оценить степень согласия двух алгоритмов искусственного интеллекта (PMcardio и ECG-GPT) с врачом функциональной диагностики при анализе стандартных ЭКГ в покое и определить зоны наибольшей и наименьшей эффективности каждого инструмента.

Материал и методы. Проанализировано 100 электрокардиограмм (12 каналов, покой). Каждая ЭКГ независимо интерпретирована врачом функциональной диагностики и двумя ИИ-инструментами: PMcardio и ECG-GPT. Результаты фиксировались в таблице Excel. Степень совпадения оценивалась по трёхуровневой шкале: 1 - полное совпадение заключений; 0,5 - совпадение основного диагноза при расхождении по сопутствующим; 0 - расхождение по основному диагнозу. Проведён анализ по фибрилляции предсердий,

гипертрофии левого желудочка, замедлению проводимости, блокадам и норме. Статистическая обработка включала расчёт доли согласия, среднего балла.

Результаты и обсуждения. Полное совпадение заключений с врачом достигнуто: для PMcardio - в 31 случае (31%), для ECG-GPT - в 30 случаях (30%). Совпадение основного диагноза: PMcardio - 37 случаев (37%), ECG-GPT - 41 случай (41%). Расхождение по основному диагнозу: PMcardio - 32 случая (32%), ECG-GPT - 29 случаев (29%). Средний балл совпадения: PMcardio - 0,49; ECG-GPT - 0,5. Клинически значимая точность по основному диагнозу: 68% и 71% соответственно.

Анализ выявил систематические различия в профилях ошибок. При фибрилляции предсердий (n=28) PMcardio пропустил диагноз в 1 случае (3,6%), ECG-GPT - в 7 случаях (25,0%). При гипертрофии левого желудочка (n=52) пропуск составил: PMcardio - 40 случаев (76,9%), ECG-GPT - 20 случаев (38,5%). При замедлении проводимости (n=32) патология не распознана: PMcardio - в 32 случаях (100%), ECG-GPT - в 27 случаях (84,4%). При блокадах (n=22) пропуск составил: PMcardio - 7 случаев (31,8%), ECG-GPT - 5 случаев (22,7%).

Отдельного внимания заслуживает анализ ложных заключений «норма». PMcardio расценил как нормальные 21 ЭКГ, на которых врач выявил патологию (преимущественно замедление проводимости и гипертрофию левого желудочка). ECG-GPT продемонстрировал согласованность с врачом по норме лишь в 58,3% случаев. Данный тип ошибки представляет наибольшую клиническую опасность, поскольку влечёт за собой отказ от дальнейшего обследования и лечения.

Полученные данные согласуются с литературой о том, что автоматизированные методы эффективны в распознавании нарушений ритма, но уступают врачу в выявлении хронических состояний, требующих комплексной оценки морфологии комплекса QRS и сегмента ST. Сравнение двух ИИ-инструментов выявило их взаимодополняющий характер: PMcardio превосходит в диагностике фибрилляции предсердий, ECG-GPT - в оценке гипертрофии левого желудочка, блокад и замедления проводимости.

Выводы: клинически значимая точность по основному диагнозу составила: PMcardio - 68%, ECG-GPT - 71%. PMcardio эффективен в распознавании фибрилляции предсердий (пропуск 3,6%), ECG-GPT - в оценке гипертрофии левого желудочка (пропуск 38,5%) и блокад (22,7%).

Систематические слепые зоны обоих алгоритмов - замедление проводимости (пропуск 100% и 84,4%) и гипертрофия левого желудочка - требуют обязательного врачебного контроля. Наиболее опасный тип ошибок - ложное заключение «норма» (21 случай у PMcardio), требующее перепроверки всех нормальных заключений, выданных алгоритмом. Взаимодополняющие профили PMcardio и ECG-GPT открывают перспективу комбинированного применения двух алгоритмов для повышения общей точности.

Автоматизированные методы могут использоваться для первичной сортировки нормы и нарушений ритма, но не как самостоятельные диагностические инструменты.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ТИРЕОТОКСИКОЗА И ГИПОТИРЕОЗА

ДОРОЩЕНКО Ангелина Андреевна, САНКОВА Татьяна Валерьевна, КОНОНОВА Мария Вячеславовна

Кафедра факультетской терапии и профпатологии имени профессора В.В. Сырнева

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Людмила Владимировна Квиткова

FEATURES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM INVOLVEMENT IN THYROID DISEASES: CLINICAL AND PATHOPHYSIOLOGICAL PARALLELS BETWEEN THYROTOXICOSIS AND HYPOTHYROIDISM

DOROSHCHENKO A.A., SANKOVA T.V., KONONOVA M.V.
Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Professor V.V. Syrnev
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Professor L.V. Kvitkova

Резюме: Сердечно-сосудистые нарушения могут быть единственным проявлением тиреотоксикоза или гипотиреоза. Для тиреотоксикоза характерны проаритмогенные эффекты с повышенным риском фибрилляции предсердий, для гипотиреоза – дислипидемия и ускоренный атерогенез.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, гипотиреоз, аритмии, перикардиальный выпот.

Abstract: Cardiovascular disorders may be the only manifestation of thyrotoxicosis or hypothyroidism. Thyrotoxicosis is characterized by proarrhythmic effects and an increased risk of atrial fibrillation, whereas hypothyroidism is associated with dyslipidemia and accelerated atherogenesis.

Keywords: thyrotoxicosis, hypothyroidism, arrhythmias, pericardial effusion.

Введение. При функциональных нарушениях щитовидной железы (ЩЖ) в патологический процесс практически всегда вовлекается сердечно-сосудистая система (ССС) как у лиц молодого, так и пожилого возраста. Кардиологические симптомы в ряде случаев являются единственным проявлением гипер- и гипофункции ЩЖ, что является причиной диагностических ошибок. Проведен анализ особенностей клиники и механизмов поражения сердца при тиреотоксикозе и гипотиреозе, а также методов ранней диагностики тиреоидной патологии.

Цель: выявить клинико-патогенетические параллели поражения сердечно-сосудистой системы при тиреотоксикозе и гипотиреозе, определить их общие и специфические особенности и обозначить подходы к ранней диагностике и мониторингу осложнений.

Материал и методы. Проведён анализ современных отечественных и зарубежных источников научной литературы, посвященных патологии ССС при тиреотоксикозе и гипотиреоза. Поиск литературы осуществлялся в сети «Интернет» с использованием баз данных PubMed, Cyberleninka, Medscape, Cochrane Library и Google Scholar в библиотечном фонде Кузбасской научной медицинской библиотеки.

Результаты и обсуждения. ТГ, оказывая влияние на все обменные процессы, контролируют функцию митохондрий, сократимость миокарда, частоту сердечных сокращений, сосудистый тонус и чувствительность ССС к катехоламинам. Как избыток, так и недостаток ТГ приводят к выраженным изменениям со стороны сердца и сосудов.

Повышенный уровень ТГ при тиреотоксикозе приводит к увеличению метаболической и гемодинамической нагрузки на сердце, тахикардии и повышению сердечного выброса, а в последующем – к тяжелым осложнениям. Наиболее характерные из них: фибрилляция предсердий (ФП), частота которой при ДТЗ достигает 5–15%, тогда как в общей популяции- только 0,4%, а также - тотальная сердечная недостаточность.

Кардиологическая симптоматика у молодых пациентов протекает с типичной клиникой тиреотоксикоза, тогда как у пожилых пациентов длительно является единственным синдромом тиреотоксикоза, что затрудняет его диагностику.

При гипотиреозе снижаются метаболическая активность миокарда и частота сердечных сокращений, нарушается диастолическая функция сердца, повышается периферическое сосудистое сопротивление, изменяется липидный обмен, возможно появление перикардиального выпота. Гипотиреоз в молодом возрасте становится причиной раннего атеросклероза сосудов. У пожилых лиц с уже существующим поражением ССС гипотиреоз приводит к прогрессированию кардиальной симптоматики, однако в большинстве случаев данный факт объясняется склерозом сосудов, а не дефицитом ТГ. Такие симптомы как слабость, сонливость, снижение физической активности и когнитивные нарушения при гипотиреозе могут расцениваться как возрастные изменения или проявления сопутствующих заболеваний. В результате эндокринная причина сердечно-сосудистых нарушений долго остается не уточненной. Учитывая стертую картину тиреотоксикоза и гипотиреоза при наличии кардиальной симптоматики, врачам следует включать в дифференциальный ряд функциональные нарушения ЩЖ и определять у пациентов уровень ТТГ и свободного Т4, а при подозрении на тиреотоксикоз - дополнительно оценивать свободный Т3. Для уточнения этиологии тиреоидной патологии показано определять антитела к рецептору ТТГ, АТ-ТПО и, при необходимости, АТ-ТГ.

Таким образом, поражение ССС при тиреотоксикозе и гипотиреозе характеризуются различными клинико-патогенетическими вариантами. При тиреотоксикозе преобладает гипердинамическая нагрузка на сердце с развитием тахикардии, увеличением сердечного выброса и тахиаритмий, тогда как при гипотиреозе отмечаются снижение сердечной активности, повышение периферического сосудистого сопротивления, нарушения липидного обмена, накопление выпота в перикарде. У лиц пожилого и молодого возраста кардиальная симптоматика может быть единственным проявлением тиреотоксикоза или гипотиреоза, что может затруднять своевременную диагностику и диктует необходимость ранней лабораторной оценки функции ЩЖ при наличии необъяснимых сердечно-сосудистых изменений.

Выводы: 1. Тиреотоксикоз и гипотиреоз сопровождаются поражением сердечно-сосудистой системы.

2. Для тиреотоксикоза характерно: тахикардия, ФП, кардиомегалия, тотальная сердечная недостаточность, повышение сердечного выброса; для гипотиреоза — брадикардия, повышение сосудистого сопротивления и диастолическая дисфункция.

3. У пожилых пациентов поражение ССС может быть первым и единственным клиническим проявлением тиреотоксикоза и гипотиреоза, что является причиной несвоевременной диагностики и неадекватной терапии функциональных нарушений щитовидной железы.

4. Врачам следует помнить, что ФП – быстрое прогрессирование тотальной СН может быть первым проявлением тиреотоксикоза, а коронарный атеросклероз и гидроперикард у лиц молодого возраста – проявлением гипотиреоза. Данные пациенты нуждаются в исследовании уровня ТТГ, св. Т4 и св. Т3.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РАДИОЛОГИИ

ЕГОШИН Данил Евгеньевич, ТОКАРЬ Анастасия Евгеньевна.
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFICIENCY OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN RADIOLOGY

EGOSHIN D.E., TOKAR A.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Искусственный интеллект все активнее внедряется в радиологическую практику как инструмент повышения точности, скорости, а также доступности диагностики. Однако вопрос о том, насколько он сопоставим с опытным врачом радиологом при выявлении патологий остается дискуссионным. Поэтому необходимо провести системное сравнение их диагностической эффективности.

Ключевые слова: Сравнение, радиолог, искусственный интеллект, МРТ, эффективность

Abstract: Artificial intelligence is increasingly being integrated into radiological practice as a tool to improve the accuracy, speed, and accessibility of diagnostics. However, the question of how comparable he is to an experienced radiologist in detecting pathologies remains debatable. Therefore, it is necessary to conduct a systematic comparison of their diagnostic effectiveness.

Keywords: Comparison, radiologist, artificial intelligence, MRI, efficiency

Введение. Лучевая диагностика занимает одно из центральных мест в современной медицине. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) являются ключевыми методами выявления широкого спектра патологий. Но объем исследований неуклонно растет, тогда как число квалифицированных врачей радиологов увеличивается медленнее. Это приводит к повышенной нагрузке на специалистов, а вследствие высокого риска диагностических ошибок и увеличению ожидания заключения.

В этих условиях внедрение систем искусственного интеллекта в радиологическую практику может оказать положительный эффект. Искусственный интеллект (ИИ) способен автоматически обнаружить очаговые образования, переломы, тромбозы и другие патологические изменения на КТ и МРТ изображении. Именно поэтому необходимо провести сравнительный анализ эффективности ИИ и врача радиолога в точности выявления патологий на КТ и МРТ

Цель: проанализировать сравнительную эффективность искусственного интеллекта и врачей радиологов в выявлении патологических изменений на КТ и МРТ, оценить чувствительность, специфичность, время анализа и ограничения применения.

Материал и методы. В рамках исследования был выполнен поиск и анализ научных публикаций с 2020 по 2026 года в базе данных eLibrary, Cyberleninka, PubMed, Scopus. Критерии включение статьи в анализ были следующие: Прямое сравнение решений искусственного интеллекта с заключениями врачей радиологов при анализе результатов КТ и МРТ, частота ложноположительных и ложноотрицательных результатов, время обработки

исследования, чувствительность.

В анализ были включены 6 источников, отвечающих критериям:

1. Chen, H.; Li, E.; Christos, P.J.; Zhu, Y.-S. Comparison of Artificial Intelligence and Radiologists in MRI-Based Prostate Cancer Diagnosis. Biomedicines 2026, New York. 2025 Dec 21

2. Salbas A, Baysan EK. Assessment of large language models in musculoskeletal radiological anatomy: A comparative study with radiologists. Jt Dis Relat Surg. 2026 Jan 1;37(1):190-199. doi: 10.52312/jdrs.2026.2436. Epub 2025 Sep 23. PMID: 41391131; PMCID: PMC12806154.

3. Gul N, Fatima Y, Shaikh HS, Raheel M, Ali A, Hasan SU. Evaluating the diagnostic accuracy of AI in ischemic and hemorrhagic stroke. Neuroradiol J. 2026 Apr;39(2):188-196. doi: 10.1177/19714009251373062. Epub 2025 Aug 25. PMID: 40854235; PMCID: PMC12378110.

4. Chen, H.; Li, E.; Christos, P.J.; Zhu, Y.-S. Comparison of Artificial Intelligence and Radiologists in MRI-Based Prostate Cancer Diagnosis: A Meta-Analysis of Accuracy and Effectiveness. Biomedicines 2026, New York, 2025 December 21. 14(1) 20.

5. Rosillon D, de Hooge M, Van Den Berghe T, Varkas G, Gvozdenović E. Performance of artificial intelligence tools in axial spondyloarthritis imaging assessment. Joint Bone Spine. 2026 May;93(3):106036. doi: 10.1016/j.jbspin.2026.106036. Epub 2026 Jan 30. PMID: 41621467.

6. Alhasan MS, Azzam AY. Diagnostic performance and clinical applications of artificial intelligence for intracranial bleeding detection: A meta-analysis. Brain Spine. 2025 Nov 10; 5:105866. doi: 10.1016/j.bas.2025.105866. PMID: 41321766; PMCID: PMC12657341.

Результаты и обсуждения. Анализ литературы показал, что ИИ лучше справляется с текстовыми заданиями, чем с заданиями, содержащими изображения. Так, в одной из статей авторы отобрали из базы данных Radiopaedia 175 вопрос с несколькими вариантами ответа (82 вопроса с изображениями и 93 с текстом). Вопросы были классифицированы по анатомическим областям и методам визуализации. Ответы ИИ сравнивались с ответами рентгенолога и двух ординаторов. Были рассчитаны и статистически сопоставлены показатели точности. По результату ответов были получены следующие данные: лечащий рентгенолог достиг наивысшей точности (79%), искусственный интеллект же достиг (69,7%). Следует отметить, что ИИ превзошел рентгенологов в определенных областях, например в анатомии позвоночника или плечевого сустава.

При сравнительном анализе точности и эффективности ИИ и радиологов в диагностике рака предстательной железы на основе МРТ дали неоднозначные результаты. Так чувствительность для ИИ составила 0,87 (95% доверительный интервал (ДИ) 0,81-0,94) и 0,85 (95% ДИ 0,77-0,94) для рентгенологов. Специфичность составила 0,61 (95% ДИ 0,51-0,72) для ИИ и 0,63 (95% ДИ 0,51-0,71) для рентгенологов. Одним из преимуществ ИИ является эффективность работы, средняя время считывания интерпретаций МРТ сократилось с 423 до 185 секунд. Это говорит о том, что внедрение искусственного интеллекта может повысить скорость рабочего процесса, обеспечить единообразнее на всех уровнях экспертизы, а также использовать подход, объединяющий врача рентгенолога и искусственный интеллект, чтобы сократить количество ненужных биопсий.

Точность ИИ по сравнению с врачами рентгенологами оценивалась и в диагностике ишемического и геморрагического инсульта. Анализ включал пациентов с инсультом, которых оценивали в условиях неотложенной помощи на основе КТ или МРТ, в качестве эталона использовались врачи рентгенологи. Первичным измеряли результаты точности, чувствительности и специфичности. Анализ данных показал, что ИИ по ишемическому

инсульту показал среднюю чувствительность 86,9% (95% ДИ 70%-95%) и специфичность 88,6% (95% ДИ 77,8%-94,5%). При геморрагическом инсульте чувствительность и специфичность составила 90,6% (95% ДИ 86,2-93,6%) и 93,9% (95% ДИ 87,6-97,2%) соответственно. Системы на основе ИИ демонстрируют высокую точность диагностики как ишемического, так и геморрагического инсульта, практически не уступая врачам рентгенологам. Эти данные показывают потенциал искусственного интеллекта в повышении точности диагностики и ускорении принятия клинических решений.

Также ИИ сравнивали при выявления внутричерепного кровотечения, чтобы оценить диагностическую эффективность искусственного интеллекта на снимках компьютерной томографии и изучить аспекты их клинического применения в медицине. Изучение результатов продемонстрировали чувствительность 89% (95% ДИ 83,9-94,2), специфичность составила 92,6% (95% ДИ: 89,9-95,4). Следует отметить, точность сильно отличалась в зависимости от подтипа внутричерепного кровоизлияния, максимальную сложность для выявления представлял эпидуральное кровоизлияние (сложность 25,1).

Выводы: модели искусственного интеллекта, показывают хорошие перспективные результаты как инструмент повышения точности и скорости лучевой диагностики, однако клиническое применение должно строиться на принципах обязательного участия врача рентгенолога и учетом ограничения конкретных патологий, которые искусственный интеллект диагностирует с более высоким процентом.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ БЕЗ ОПИОИДОВ

ЕЛИСОВА Ангелина Евгеньевна, ПЕТРАКОВА Елена Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

TREATMENT OF CHRONIC PAIN WITHOUT OPIOIDS

ELISOVA A.E., PETRAKOVA E.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в работе рассмотрены современные неопиоидные методы лечения хронической боли: НПВП, антидепрессанты, физическая реабилитация и психотерапия. Доказано, что мультидисциплинарный подход эффективно снижает боль и улучшает качество жизни без риска опиоидной зависимости.

Ключевые слова: хроническая боль, неопиоидное лечение, мультидисциплинарный подход.

Abstract: non-opioids treatments for chronic pain are reviewed: NSAIDs, antidepressants, physical rehabilitation and psychotherapy. A multidisciplinary approach is proven to effectively reduce pain and improve quality of life without the risk of opioid dependence.

Keywords: chronic pain, non-opioid treatment, multidisciplinary approach.

Введение. Хроническая боль является одной из ведущих причин инвалидизации во всем мире, ею страдают до 35% взрослого населения. Наиболее распространенными

формами являются боль в спине, остеоартрит, фибромиалгия и нейропатическая боль. Долгое время опиоидные анальгетики широко применялись при хронической нераковой боли, но в последнее время появились данные исследований об их ограниченной долгосрочной эффективности и серьезных рисках: развитие зависимости, толерантности, опиоидиндуцированной гипералгезии, дыхательной депрессии и запоров.

«Опиоидный кризис» во многих странах, унесший десятки тысяч жизней, заставил пересмотреть клинические рекомендации. Современные протоколы настаивают на приоритетном использовании неопиоидных методов лечения. Однако врачи сталкиваются с отсутствием четких алгоритмов выбора терапии. Данная работа анализирует эффективность и безопасность основных неопиоидных стратегий лечения хронической боли.

Цель: проанализировать эффективность и безопасность фармакологических и немедикаментозных неопиоидных методов лечения хронической нераковой боли на основе данных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) и систематических обзоров.

Материал и методы. Проведен систематический обзор литературы в базах PubMed, Cochrane Library, Google Scholar и eLibrary за период 2010-2025г. Критерии включения: РКИ, мета-анализы и систематические обзоры, посвященные лечению хронической нераковой боли (длительностью более 3 месяцев) у взрослых без применения опиоидов. Анализировались следующие методы: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВ), антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин), а также когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), лечебная физкультура (ЛФК) и чрескожная электрическая нейростимуляция (ЧЭНС). Оценка качества исследований проводилась по шкалам JADAD и AMSTAR-2. Всего в анализ включено 47 источников.

Результаты и обсуждения. Фармакологические методы НПВП * (ибупрофен, напроксен, диклофенак) эффективны при ноцицептивной боли (остеоартрит, вертеброгенная боль без радикулопатий): снижение боли на 12-15 мм по визуальной аналоговой шкале. Однако длительное применение ограничено гастроинтестинальными и кардиоваскулярными рисками, поэтому НПВП рекомендуются короткими курсами (2-4 недели). Антидепрессанты амитриптилин (ТЦА) показывает NNT = 3.6 при нейропатической боли, однако его применение ограничено антихолинергическими побочными эффектами (сухость во рту, запор, седация). Дулоксетин (СИОЗСН) эффективен при фибромиалгии, нейропатической боли и хронической боли в спине, а также снижает коморбидную депрессию. Парацетамол при хронической боли неэффективен и не рекомендуется.

Немедикаментозные методы: когнитивно-поведенческая терапия (8-12 сессий) обеспечивает умеренное снижение боли, значительное улучшение физической функции и настроения, эффект сохраняется до 12 месяцев. КПТ особенно эффективна при фибромиалгии и боли в спине.

Лечебная физкультура (ЛФК) снижает боль в спине на 15 мм по ВАШ, по сравнению с отсутствием лечения. Наиболее эффективны пилатес, упражнения на стабилизацию кора и йога.

Минимальная дозировка: 2-3 раза в неделю в течение 8-12 недель. ЧЭНС (TENS) дает небольшое снижение боли (около 12 мм по ВАШ), рекомендуется как дополнение к ЛФК, но не как монотерапия.

Комбинированные подходы: сочетание КПТ и ЛФК усиливает анальгетический

эффект на 15-20% по сравнению с каждым методом отдельно, Комбинация дулоксетина с КПТ при фибромиалгии дает дополнительное снижение боли на 24%. Добавление НПВП коротким курсом в начале ЛФК улучшает приверженность реабилитации.

Выводы:

1.Неопиоидная терапия (фармакологическая и немедикаментозная) эффективно снижает хроническую нераковую боль у 60–70% пациентов без риска опиоидной зависимости.

2. Выбор препарата определяется механизмом боли: НПВП — при ноцицептивной боли (короткими курсами), амитриптилин — при нейропатической, дулоксетин — при фибромиалгии.

3. Когнитивно-поведенческая терапия и лечебная физкультура обязательны в составе лечения, они улучшают физическую функцию и настроение на срок до 12 месяцев.

4. Комбинация фармако- и немедикаментозных методов усиливает эффект на 15–25% по сравнению с каждым методом отдельно.

5. Опиоиды не имеют преимуществ перед современными неопиоидными стратегиями при длительном лечении хронической нераковой боли и должны назначаться только после исчерпания всех альтернатив.

ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ОБЕЗБОЛИВАНИЕ: НОРМАТИВНАЯ БАЗА И ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ В РОССИИ

ЕРШОВА Екатерина Алексеевна, БЕЗУГЛОВА Ольга Алексеевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

THE PATIENT'S RIGHT TO PAIN RELIEF: LEGAL FRAMEWORK AND IMPLEMENTATION PROBLEMS IN RUSSIA

ERSHOVA E.A., BEZUGLOVA O.A.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: Проведен анализ действующего российского законодательства, регламентирующего право пациента на обезболивание. Выявлены системные препятствия при назначении наркотических анальгетиков, включая административные барьеры и дефицит кадров. Предложены направления оптимизации оказания обезболивающей помощи на первичном этапе.

Ключевые слова: обезболивание, паллиативная медицинская помощь, наркотические анальгетики, правовое регулирование, доступность медицинской помощи.

Abstract: This scientific paper analyzes the current Russian legislation regulating the patient's right to pain relief. Systemic obstacles in prescribing narcotic analgesics, including administrative barriers and staff shortages, are identified. Directions for optimizing pain relief at the primary care level are proposed.

Keywords: pain relief, palliative medical care, narcotic analgesics, legal regulation, availability of medical care.

Введение. Право пациента на обезболивание является фундаментальным медицинским и правовым принципом, закрепленным в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Несмотря на наличие законодательной базы, в клинической практике сохраняются серьезные проблемы с доступностью эффективного обезболивания, особенно для пациентов с онкологическими заболеваниями и хроническим болевым синдромом. Актуальность исследования обусловлена значительной распространенностью болевого синдрома у паллиативных пациентов и несоответствием между декларируемыми правами и реальной ситуацией в системе здравоохранения.

Цель: изучить нормативно-правовую базу, регулирующую право пациента на обезболивание в Российской Федерации, и выявить основные проблемы реализации данного права в практическом здравоохранении.

Материал и методы. Исследование проведено с использованием аналитического и сравнительно-правового методов. Проанализированы следующие нормативные документы: Федеральный закон № 323-ФЗ, Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», Приказ Минздрава России от 14.12.2020 № 1316н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи», а также статистические данные Росстата за 2020-2025 годы и публикации в научных базах eLibrary, PubMed по теме исследования.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования установлено, что основная норма, гарантирующая право на обезболивание, содержится в статье 19 Федерального закона № 323-ФЗ, которая обязывает медицинских работников обеспечивать облегчение боли с учетом доступных методов лечения. Однако подзаконные акты, регулирующие оборот наркотических средств, содержат избыточные требования к назначению и выписыванию анальгетиков. Среди ключевых проблем реализации права выделены: во-первых, многоступенчатая процедура выписки рецептов на наркотические препараты, требующая участия нескольких врачей и дополнительных согласований; во-вторых, отсутствие у значительной части медицинских организаций лицензий на осуществление деятельности с наркотическими средствами; в-третьих, дефицит врачей, прошедших специализированную подготовку по вопросам обезболивания и паллиативной помощи.

По данным официальной статистики, до 35% пациентов с хроническим болевым синдромом в России не получают адекватной анальгетической терапии. Кроме того, выявлены региональные диспропорции: в сельских и отдаленных территориях доступность обезболивания существенно ниже, чем в крупных городах. Анализ показал также низкий уровень информированности самих пациентов об их праве на обезболивание, что связано с отсутствием системной просветительской работы со стороны медицинских организаций.

Выводы: нормативно-правовая база Российской Федерации формально закрепляет право пациента на обезболивание, однако содержит избыточные административные механизмы, затрудняющие его реализацию.

Основными проблемами реализации являются: сложный порядок назначения наркотических анальгетиков, дефицит кадров и лицензированных медицинских организаций, региональные диспропорции, низкая правовая грамотность пациентов.

Для совершенствования системы обезболивания необходимо упрощение рецептурного порядка выписки наркотических препаратов с внедрением электронного рецепта; расширение сети кабинетов паллиативной помощи на базе первичного звена; введение обязательных образовательных модулей по обезболиванию в программы

подготовки врачей всех специальностей; создание системы информирования пациентов об их правах в доступной форме.

ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

ЖИГЛОВА Анна Олеговна, СИЛЬНЯГИН Данил Егорович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

CAUSES OF LATE DIAGNOSIS OF COLORECTAL CANCER

ZHIGLOVA A.O., SILNYAGIN D.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Рассмотрены ключевые причины поздней диагностики колоректального рака: низкая онконастороженность, стёртость симптоматики, слабая приверженность скринингу, социально-экономические и организационные барьеры. Выявлена многофакторная природа запоздалой верификации диагноза, требующая комплексного подхода.

Ключевые слова: колоректальный рак, поздняя диагностика, скрининг, онконастороженность, факторы риска.

Abstract: The key reasons for late diagnosis of colorectal cancer are discussed: low awareness, subtle symptoms, poor screening adherence, and socioeconomic and organizational barriers. The multifactorial nature of delayed diagnosis is identified, requiring a comprehensive approach.

Keywords: colorectal cancer, late diagnosis, screening, cancer alertness, risk factors.

Введение. Колоректальный рак (КРР) занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности во всем мире. Несмотря на значительный прогресс в методах визуализации и лабораторной диагностики, значительная часть случаев выявляется на III–IV стадиях, что радикально снижает показатели выживаемости и ограничивает возможности радикального лечения. Парадокс поздней диагностики заключается в том, что колоректальный рак имеет длительный период предракового процесса и относится к опухолям визуальной локализации, потенциально доступным для раннего выявления. Изучение причин несвоевременной постановки диагноза является критически важной задачей для разработки эффективных стратегий скрининга и повышения осведомленности системы здравоохранения.

Цель: систематизация и анализ основных причин, приводящих к поздней диагностике колоректального рака, с акцентом на немедицинские, клинические и организационные факторы.

Материал и методы. Исследование проводилось путём анализа научных статей и публикаций из баз данных eLibrary.ru и КиберЛенинка. Было произведено сопоставление и обобщение следующих материалов: исследования барьеров внедрения популяционного скрининга колоректального рака (Жукова Л.Г., Алиева А.М., 2023); анализа диагностических ошибок на амбулаторном этапе (Веселов В.В., Кузьминов А.М., 2020);

работы о социально-экономических аспектах заболеваемости в регионах России (Доможирова А.С., Беляев А.М., 2020); исследования влияния территориальной доступности специализированной помощи на выявление злокачественных новообразований (Стародубов В.И., Сон И.М., 2021). Дополнительно проведён структурированный анонимный опрос на тему осведомлённости о симптомах колоректального рака и причинах отказа от скрининга. Выборку составили 25 студентов гуманитарных специальностей (16 женщин и 9 мужчин, средний возраст — 21 год). Полученные данные сопоставлены с выводами указанных популяционных исследований.

Результаты и обсуждения. Одной из фундаментальных причин является длительный «бессимптомный» или малосимптомный период. Пациенты склонны трактовать ранние проявления болезни, такие как дискомфорт в животе, метеоризм или чередование запоров и диареи, как проявления синдрома раздраженного кишечника, дисбактериоза или алиментарных погрешностей. Результаты нашего анкетирования подтверждают эту тенденцию: 17 из 25 опрошенных студентов (68%) не смогли назвать ни одного специфического симптома колоректального рака, а такие проявления, как вздутие и нерегулярный стул, расценивались ими как последствия неправильного питания или стресса.

Поздняя диагностика также обусловлена анатомическими особенностями. Опухоли правых отделов ободочной кишки (слепая, восходящая ободочная) долгое время растут бессимптомно. Экзофитный характер их роста редко приводит к обтурационной кишечной непроходимости на ранних стадиях, а кровотечение носит скрытый характер, проявляясь лишь постепенно нарастающей анемией и слабостью. В отличие от левостороннего рака, правосторонний реже вызывает изменения калибра стула или видимую кровь в кале, что задерживает обращение к врачу до появления пальпируемой опухоли или выраженного интоксикационного синдрома. В ходе нашего опроса было установлено, что ни один из 25 респондентов не знал о различиях в симптоматике право- и левостороннего рака. Более того, лишь 2 человека (8%) связали понятие «анемия у пожилых» с необходимостью обследования кишечника, что подтверждает низкую осведомлённость о скрытых формах заболевания.

Критическим фактором является сокрытие или недооценка симптомов болезни. Пациенты с ректальными кровотечениями часто связывают их с наличием геморроя или анальной трещины, длительно занимаясь самолечением. Анемия неясного генеза у лиц старше 45 лет не всегда своевременно становится поводом для эндоскопического исследования толстой кишки, так как часто списывается на возрастные изменения или дефицит железа без поиска источника кровопотери. Комплекс данных факторов приводит к тому, что временной интервал от момента появления первых симптомов до обращения за медицинской помощью достигает нескольких месяцев. В нашей выборке 68% опрошенных (17 из 25 человек) не указали ректальное кровотечение как возможный симптом колоректального рака, 80% респондентов (20 из 25 человек) отметили, что расценили бы такой эпизод как проявление геморроя, не требующее срочного обращения к врачу.

Несмотря на внедрение популяционных программ скрининга, основанных на анализе кала на скрытую кровь (FIT-тесты) и колоноскопии, сохраняется низкая приверженность населения этим профилактическим мероприятиям. По данным исследования Жуковой Л.Г., Алиевой А.М. (2023), причины включают страх перед процедурой очищения кишечника и боль во время колоноскопии, психологический барьер стыда и неудобства, а также недостаточную информированность о значимости исследования при отсутствии жалоб. В

нашем опросе эти барьеры проявились отчётливо: на вопрос о причинах отказа от скрининга 13 человек (52%) назвали «страх боли и стыд», 9 человек (36%) выбрали вариант «отсутствие жалоб, значит, обследование не нужно», и лишь 3 респондента (12%) указали, что прошли бы колоноскопию при рекомендации врача даже без симптомов.

Существует и проблема врачебных ошибок на этапе первичного звена, детально проанализированная в исследовании Веселова В.В., Кузьминова А.М. (2020). Терапевты и хирурги поликлиник не всегда соблюдают алгоритм обязательного пальцевого ректального исследования при жалобах на диспепсию, что приводит к пропуску низкорасположенных опухолей прямой кишки. В ряде случаев отмечается замена полноценной колоноскопии на ирригоскопию или виртуальную колонографию без последующей биопсии, что лишь удлиняет диагностический маршрут пациента при выявлении патологии, так как верификация требует гистологического подтверждения. Хотя в нашем опросе не оценивались действия врачей, косвенно проблема подтверждается тем, что 80% респондентов не знали о необходимости пальцевого ректального исследования при кишечных жалобах.

Низкий уровень дохода и образования, проживание в сельской местности с ограниченной доступностью эндоскопической службы вносят существенный вклад в статистику поздней диагностики. Эти закономерности подтверждаются данными Доможировой А.С., Беляева А.М., (2020), а также работой Стародубова В.И., Сон И.М. (2021). Отсутствие транспортной доступности к специализированным центрам и низкий уровень медицинской грамотности создают условия, при которых пациент обращается за помощью только при развитии осложнений – острой кишечной непроходимости или перфорации кишки, требующих экстренной хирургии, но не гарантирующих онкологической радикальности вмешательства. В ходе нашего опроса лишь 5 из 25 студентов (20%) смогли правильно ответить на вопрос о маршрутизации при подозрении на колоректальный рак, что косвенно отражает общий низкий уровень медицинской грамотности даже среди образованной молодёжи, а в условиях сельской местности и ограниченных ресурсов эта проблема усугубляется многократно.

Выводы: поздняя диагностика колоректального рака представляет собой многофакторную проблему, лежащую на стыке низкой санитарной культуры населения, психологических барьеров пациентов, клинической стертости симптоматики поражения правых отделов кишки и системных дефектов организации онкопоиска в первичном звене. Для изменения ситуации в сторону увеличения доли случаев, выявляемых на ранних стадиях, необходимо не только техническое совершенствование скрининга, но и преодоление стигматизации болезни, а также строгое соблюдение врачами-клиницистами алгоритма обследования при нетипичных абдоминальных симптомах и железодефицитной анемии.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ЖУКОВА Екатерина Александровна, КАПЕЛЬКО Полина Валерьевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

EARLY DETECTION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN OUTPATIENT PRACTICE

ZHUKOVA E.A., KAPELKO P.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Раннее выявление хронической болезни почек — ключевое условие сохранения функции почек и снижения сердечно-сосудистого риска. Систематическое определение скорости клубочковой фильтрации и альбуминурии в группах риска повышает выявляемость ранних стадий и расширяет ресурс нефропротективной терапии.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, скорость клубочковой фильтрации, альбуминурия, диспансеризация, нефропротекция.

Abstract: Early detection of chronic kidney disease is a key condition for preserving renal function and reducing cardiovascular risk. The aim is to analyze the possibilities of chronic kidney disease screening in outpatient settings, the role of damage markers, and methods of renoprotection. Systematic measurement of glomerular filtration rate and albuminuria in at-risk groups increases the detection of early stages and expands the therapeutic window.

Keywords: chronic kidney disease, glomerular filtration rate, albuminuria, medical check-up, nephroprotection.

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) относится к числу наиболее значимых причин преждевременной смертности и инвалидизации, а ее распространенность в общей популяции превышает 10%. В группах с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом доля пациентов с доклиническими формами заболевания достигает 30%. Длительное бессимптомное течение приводит к тому, что пациент впервые обращается к нефрологу при уже выраженной утрате фильтрационной функции, когда возможности медикаментозной нефропротекции ограничены. В связи с этим активное выявление заболевания на уровне амбулаторного звена рассматривается как главный резерв снижения сердечно-сосудистой и общей смертности.

ХБП остается клинически значимой проблемой с высокой распространенностью и скрытым течением, что обосновывает активный поиск заболевания на уровне первичного звена. Основу раннего выявления ХБП составляют расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле CKD-EPI и оценка соотношения альбумин/креатинин в группах риска. Своевременная нефропротективная терапия, коррекция факторов риска и встраивание скрининга в систему диспансеризации могут способствовать замедлению прогрессирования заболевания и снижению сердечно-сосудистой смертности.

Цель: изучить клинические и организационные способы раннего выявления хронической болезни почек в амбулаторно-поликлинической практике.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных клинических рекомендаций и научных публикаций, посвященных скринингу и ведению пациентов с ХБП. Проанализированы клинические рекомендации «Хроническая болезнь почек» (Смирнов А.В. и соавт., 2021), «KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease» (Stevens P.E. и соавт., 2024), работа «Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению» (Смирнов А.В. и соавт., 2012), публикация Нагайцевой С.С. и соавт. «Альбуминурия как маркер поражения почек» (2019), публикация Levey A.S. и соавт. «New Creatinine- and Cystatin C–Based Equations to

Estimate GFR without Race» (2021), исследование «Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease» (Heerspink H.J.L. и соавт., 2020), исследование «Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease» (Herrington W.G. и соавт., 2023). Использованы описательный, сравнительный и проблемно-аналитический методы. Оценивались критерии диагноза, группы риска, содержание скрининговой панели и меры нефропротекции.

Результаты и обсуждения. Современные рекомендации определяют хроническую болезнь почек как состояние с наличием маркеров повреждения почек или со снижением скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 м² на протяжении трех и более месяцев. Двумерная стратификация по уровню фильтрации (стадии С1–С5) и альбуминурии (категории А1–А3) формирует прогностическую матрицу, связанную с риском прогрессирования, сердечно-сосудистых событий и госпитализаций. Адекватная оценка этих маркеров на этапе диспансеризации расширяет возможности ранней диагностики и позволяет своевременно начать нефропротективную терапию.

Наибольший вклад в прогрессирование заболевания среди модифицируемых факторов вносят АГ и сахарный диабет второго типа: их совокупная доля в структуре причин терминальной почечной недостаточности превышает 60%. Возраст старше 60 лет, ожирение, длительный прием нестероидных противовоспалительных средств, курение и отягощенный семейный анамнез по нефропатиям дополняют профиль уязвимости. Эти когорты подлежат регулярному лабораторному скринингу в рамках диспансерного наблюдения.

Низкая выявляемость ранних стадий обусловлена сочетанием клинических и организационных причин. Отсутствие жалоб лишает пациента повода обращения за медицинской помощью, а использование лишь сывороточного креатинина без пересчета на скорость клубочковой фильтрации приводит к ошибочному заключению о норме при реально сниженной функции, особенно у пожилых лиц с низкой мышечной массой. Количественная оценка альбумина в разовой порции мочи при диспансеризации не выполняется, что ограничивает возможности ранней стратификации риска.

Базовая скрининговая панель включает определение сывороточного креатинина с автоматическим расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле CKD-EPI и оценку соотношения альбумин/креатинин в разовой утренней порции мочи. Оба исследования доступны на уровне районной поликлиники, но требуют дорогостоящих реактивов. При выявлении отклонений необходимо провести повторные исследования через три месяца.

Своевременная постановка диагноза открывает доступ к доказанно эффективным мерам нефропротекции. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина II замедляют снижение фильтрационной функции у пациентов с альбуминурией и АГ. Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера второго типа в крупных рандомизированных исследованиях продемонстрировали снижение риска повышения креатинина и сердечно-сосудистой смертности независимо от статуса диабета.

Существенное значение имеют немедикаментозные меры: отказ от курения, контроль массы тела, ограничение потребления соли и рациональное дозирование нефротоксичных препаратов. Пациента следует обучать самоконтролю артериального давления и гликемии, что повышает приверженность длительной терапии и снижает риск снижения функции почек.

Перспективным направлением является использование цифровых инструментов поддержки пациента после первичного выявления заболевания: удаленные консультации, электронные напоминания о плановых обследованиях и образовательные модули

поликлиники способствуют эффективному наблюдению, особенно маломобильных пациентов и проживающих в сельской местности.

Выводы: реализация скрининга требует его встраивания в маршрут диспансеризации. Автоматический расчет скорости клубочковой фильтрации при любом измерении креатинина, электронные напоминания о необходимости повторного тестирования и чек-листы для участкового терапевта и врача общей практики повышают вероятность своевременной постановки диагноза.

РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

ЗАЙЦЕВА Татьяна Юрьевна, КУЗНЕЦОВА Екатерина Владимировна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE ROLE OF THE DISTRICT DOCTOR IN THE ROUTING OF PALLIATIVE CARE PATIENTS: LITERATURE REVIEW

ZAYTSEVA T.Y., KUZNETSOVA E.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Проанализирована роль врача первичного звена в организации паллиативной помощи. Рассмотрены задачи участкового терапевта по выявлению и маршрутизации пациентов. Выявлены сложности: информированность, обезболивание, разобщенность служб. Обоснована необходимость образовательных модулей для врачей первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: паллиативная помощь, первичное звено, участковый врач, маршрутизация.

Abstract: The role of the primary care physician in organizing palliative care is analyzed. The tasks of the district therapist regarding patient identification and routing are examined. Key challenges are identified: physician awareness, pain management, and fragmentation of services. The need for educational modules for primary care physicians is substantiated.

Keywords: palliative care, primary care, district doctor, routing.

Введение. Рост потребности в паллиативной помощи в условиях старения населения и увеличения доли хронических неинфекционных заболеваний актуализирует роль первичного звена здравоохранения. Участковый врач часто первым выявляет пациента, нуждающегося в паллиативной поддержке, и инициирует его маршрутизацию.

По данным Минздрава России, в 2025 г. потребность в паллиативной помощи в РФ оценивалась более чем в 1,3 млн человек, из которых около 70% получают помощь в амбулаторных условиях. В Кузбассе ежегодно выявляется свыше 5 тыс. пациентов, нуждающихся в паллиативной поддержке, при этом роль первичного звена в их маршрутизации остается недостаточно регламентированной. Правовую основу оказания паллиативной помощи составляют Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», Приказ Минздрава России № 187н «Об утверждении Порядка оказания

паллиативной помощи взрослому населению» и Приказ № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Однако на практике врачи первичной медико-санитарной помощи сталкиваются с трудностями интерпретации данных документов в условиях участковой службы.

Цель: проанализировать литературные данные о роли участкового врача в маршрутизации пациентов паллиативного профиля в системе первичной медико-санитарной помощи.

Материал и методы. Проведен поиск публикаций в базах eLibrary, CyberLeninka за 2016–2025 гг. по запросам: «паллиативная помощь», «первичное звено», «маршрутизация пациентов». Для анализа отобрано 9 источников, включая приказы Минздрава РФ и методические рекомендации.

В выборку включено 12 источников, соответствующих критериям релевантности и полнотекстового доступа.

Основу анализа составили:

1.Нормативно-правовые акты:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ Минздрава России от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»
- Приказ Минздрава России № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

2. Статистические данные

- Данные Минздрава России о потребности в паллиативной помощи (2025 г.) — источник: официальные отчеты Минздрава / статистические сборники
- Данные по Кузбассу (5 тыс. пациентов) — источник: Территориальный фонд ОМС Кузбасса и Минздрав Кемеровской области

3. Научные статьи: работы ведущих специалистов в области паллиативной медицины, включая исследования Т.В. Адашевой (2018), В.И. Шевцовой (2019), Г.А. Новикова (2016) и В.И. Орла (2019), посвященные организации помощи на дому и преемственности между этапами лечения.

4.Методические рекомендации: материалы профильных порталов и ассоциаций по шкалам скрининга (PPS, SPICT).

Критериями исключения служили: публикации старше 10 лет, отсутствие доступа к полному тексту, нерелевантность теме маршрутизации в первичном звене.

Результаты и обсуждения. Установлено, что ключевые задачи участкового терапевта включают: скрининг пациентов по критериям потребности в паллиативной помощи, оценку болевого синдрома, оформление документов для получения льготных лекарств, координацию с выездной паллиативной службой. Основные барьеры: недостаточное знание критериев направления, сложности в оформлении рецептур на опиоидные анальгетики, отсутствие единых алгоритмов взаимодействия поликлиники и хосписа.

Отдельного внимания заслуживает вопрос преемственности между поликлиникой и выездной паллиативной службой. В 60% проанализированных источников отмечается отсутствие единого электронного реестра пациентов, что приводит к дублированию осмотров или, наоборот, к потере пациента при переходе между этапами помощи. Также выявлена проблема дефицита времени у участкового врача: в среднем
на прием пациента с хроническим заболеванием отводится 12–15 минут, что

недостаточно для полноценной оценки паллиативного статуса, беседы с родственниками и оформления пакета документов на льготное обезболивание.

Важным аспектом является психологическая подготовка врача: в исследованиях отмечается, что 45% терапевтов испытывают трудности в коммуникации с пациентами в терминальной стадии, что снижает эффективность паллиативного консультирования.

Практические рекомендации: на основании анализа литературы предложены следующие меры для оптимизации маршрутизации на уровне ПМСП:

1. Внедрение скрининг-опросника для раннего выявления потребности в паллиативной помощи в карту профилактического приема (например, вопросы по шкале PPS или SPICT).

2. Разработка чек-листа документов для участкового врача при направлении пациента в паллиативную службу (заявление, выписка, заключение ВК, рецепт формы № 148-1/у-88).

3. Организация регулярных обучающих вебинаров для врачей ПМСП по вопросам назначения опиоидных анальгетиков и заполнения сопроводительной документации.

4. Создание межведомственной рабочей группы (поликлиника + хоспис + соцзащита) для оперативного решения сложных случаев маршрутизации.

Выводы: участковый врач является центральным звеном в ранней маршрутизации паллиативных пациентов. Для повышения эффективности помощи целесообразно внедрение в образовательные программы вузов модулей по паллиативной помощи и разработка четких маршрутных листов для врачей ПМСП.

ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

ЗАКОВРЯШИНА Арина Сергеевна, КОНОНОВА Мария Вячеславовна,
САНКОВА Татьяна Валерьевна
Кафедра факультетской терапии и профпатологии имени профессора В.В. Сырнева
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Людмила Владимировна Квиткова

PREVENTION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS: MYTH OR REALITY?

ZAKOVRYASHINA A.S., KONONOVA M.V., SANKOVA T.V.
Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Professor V.V. Syrnev.
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Professor L.V. Kvitkova

Резюме: Сахарный диабет 2 типа (СД2) – серьезная медико-социальная проблема, сопряженная с риском тяжелых поражений внутренних органов, инвалидизацией, сердечно-сосудистой смертностью. Разработан скрининг и эффективная первичная его профилактика.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, ожирение, скрининг, профилактика.

Abstract: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a serious medical and social problem associated with the risk of severe internal organ damage, disability, and cardiovascular mortality. Screening and effective primary prevention for it have been developed.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, obesity, screening, prevention.

Введение. Сахарный диабет 2 типа (СД2) – серьезная медико-социальная проблема:

свыше 600млн жителей планеты страдают данным заболеванием. В России реальное число пациентов с СД2 достигает 10–12 миллионов человек, при этом почти половина из них не подозревают о своем заболевании. Каждые 10 секунд в мире становится на 2 больных СД больше. Каждые 10 секунд 1 человек умирает от связанного с диабетом заболевания. Отмечается рост заболеваемости СД2 среди детей и подростков, что связано с эпидемией ожирения. У пациентов СД2 выше риск слепоты в 10 раз, нефропатии- в 12-15 раз, гангрены с ампутацией нижних конечностей – в 20 раз, смертность от инфаркта и инсульта - в 20 раз, чем у лиц без СД.

Цель: проанализировать и обобщить современные данные о стратегиях скрининга и профилактики сахарного диабета 2 типа, выявить наиболее эффективные компоненты вмешательств и определить направления для практического внедрения.

Материал и методы. Проведён анализ современных отечественных и зарубежных источников научной литературы, посвященных скринингу и профилактике сахарного диабета 2 типа. Поиск литературы осуществлялся в сети «Интернет» с использованием баз данных PubMed, Cyberleninka, Medscape, Cochrane Library и Google Scholar в библиотечном фонде Кузбасской научной медицинской библиотеки.

Результаты и обсуждения. Сгладить остроту проблемы СД2 можно путем эффективной первичной профилактики заболевания. В значительной мере это становится возможным при детальном анализе индивидуальных факторов риска СД2 и воздействии на них. К настоящему моменту факторы риска СД2 установлены и поддаются коррекции. Наиболее значимый из них - избыточная масса тела и висцеральное ожирение, которые приобрели черты пандемии.

С накоплением висцерального жира связана инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемия (ГИ), которые ответственны за развитие ИБС, артериальной гипертензии, СД2, диабетической нейропатии и стопы, диабетической ретинопатии, злокачественных новообразований. К появлению ожирения приводят расстройства пищевого поведения, включая избыточное потребление сахара, фруктозы, вызывающих серьезные метаболические сдвиги и ИР уже в детском возрасте. Малоподвижный образ жизни усугубляет ситуацию: снижая транслокацию переносчиков глюкозы, запускает ИР. Многократно повышает риск СД 2 генетический фактор: наличие СД2 у родственников первой степени родства приводит к изменению строения инсулиновых рецепторов, снижению активности переносчиков глюкозы, тирозинкиназы, изменению строения молекулы инсулина, количества β -клеток. Отдельного внимания заслуживает медикаментозный фактор — прием глюкокортикоидов, статинов, тиазидных диуретиков и некоторых антипсихотиков могут провоцировать нарушения углеводного обмена. К факторам риска СД2 относятся пожилой возраст, АГ, дислипидемия, нарушение микробиоты кишечника, снижение активности системы инкретинов. Как правило, у одного больного имеет место сочетание нескольких факторов риска СД2. От своевременного выявления факторов риска и целенаправленного воздействия на них зависит эффективность профилактики заболевания.

Согласно методическим рекомендациям, скринингу подлежат взрослые с индексом массы тела ≥25 кг/м² при наличии хотя бы одного дополнительного фактора риска. К таким факторам относятся: возраст старше 45 лет, семейный анамнез СД2, гестационный диабет в анамнезе, АГ, низкая физическая активность, дислипидемия, синдром поликистозных яичников. Для детей и подростков критерии скрининга включают избыточную массу тела в сочетании с семейным анамнезом или другими факторами риска. Скрининг СД2 и

предиабета проводится с использованием гликированного гемоглобина (HbA1c) и глюкозотолерантного теста. Эти методы позволяют обнаружить нарушения углеводного обмена задолго до манифестации заболевания.

Профилактика СД2 перестала быть мифом. Краеугольным камнем профилактики СД2 является изменение образа жизни: характера питания, физической активности. Решить такую непростую задачу для значительной части общества можно лишь совместными усилиями медиков, психологов, диетологов, тренеров, средств массовой информации, работников пищевой индустрии, которые на доступном языке продемонстрируют человеку преимущества жить долго и качественно в здоровом и красивом теле путем изменения образа жизни. Созданы и внедряются программы, сочетающие обучение пациентов правильному питанию, консультирование и физическую активность. Ключевые компоненты диеты предусматривают: исключение рафинированных углеводов, увеличение потребления овощей, ягод, цельнозерновых продуктов. Установлено, снижение массы тела на 5–7% от исходной вызывает регресс предиабета и предотвращение перехода его в СД2.

Профилактику СД2 важно начинать с детского возраста, поскольку именно в этот период закладываются поведенческие привычки, определяющие здоровье на десятилетия вперед.

Медикаментозная профилактика метформином показана при высоком риске прогрессирования предиабета. Снижая ИР, препарат препятствует развитию СД2, сосудистых осложнений, способствует уменьшению массы тела.

Выводы: 1. СД2 является серьезной медико-социальной проблемой, повышающий риск тяжелых поражений внутренних органов.

2 Эффективность профилактических мероприятий СД2 зависит от своевременного выявления факторов риска и целенаправленного воздействия на них.

3. Скрининг СД2 и предиабета проводится с использованием гликированного гемоглобина (HbA1c) и глюкозотолерантного теста.

4. Краеугольным камнем профилактики СД2 является изменение образа жизни: характера питания, физической активности и требует вовлеченности в решение проблемы медиков, диетологов, психологов, тренеров, средств массовой информации.

5. Медикаментозная профилактика метформином показана при высоком риске прогрессирования предиабета.

РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ВЕДЕНИИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

ЗОРИНА Эллина Максимовна, САФРОНОВА Екатерина Андреевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE ROLE OF THE PRIMARY CARE DOCTOR IN THE MANAGEMENT OF PALLIATIVE PATIENTS

ZORINA E.M., SAFRONOVA E.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Работа посвящена анализу роли врача первичного звена в ведении пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Рассмотрены основные направления деятельности врача амбулаторного звена, включая раннее выявление пациентов, контроль симптомов и организацию медицинского наблюдения.

Ключевые слова: паллиативная помощь, врач первичного звена, хронические заболевания, амбулаторная помощь, качество жизни.

Abstract: This paper analyzes the role of primary care physicians in managing patients who require palliative care. It examines the main activities of primary care physicians, including early detection of patients, symptom management, and medical monitoring.

Keywords: palliative care, primary care physicians, chronic diseases, outpatient care, and quality of life.

Введение. Паллиативная помощь (ПП) представляет собой комплекс медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни (КЖ) пациентов с неизлечимыми и прогрессирующими заболеваниями. В условиях роста распространенности онкологических и хронических неинфекционных заболеваний возрастает потребность в доступной ПП на амбулаторном этапе.

Врач первичного звена (ВПЗ) играет ключевую роль в раннем выявлении потребности в ПП, организации наблюдения и координации междисциплинарного взаимодействия. Вместе с тем в реальной практике сохраняются проблемы, связанные с недостаточной нормативной определенностью, подготовкой специалистов и преемственностью оказания помощи.

Цель: изучить роль ВПЗ в системе оказания ПП, определить основные направления деятельности, а также медицинские, организационные и правовые аспекты ведения паллиативных пациентов на амбулаторном этапе.

Материал и методы. В работе проведен анализ нормативно-правовых документов Российской Федерации, таких как Федеральный закон РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказ Минздрава РФ № 345н от 14.04.2015 (в ред. № 269н от 16.05.2018) «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», а также обзор опубликованных научных исследований, посвященных организации и оказанию ПП (Каприн А.Д., Трахтенберг А.Х., Снеговой А.В. Паллиативная медицинская помощь в Российской Федерации: современное состояние и перспективы развития // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2019. Т. 8, № 3. С. 5–10; Новиков Г.А., Введенская Е.С. Организация паллиативной помощи в амбулаторных условиях // Паллиативная медицина и реабилитация. 2018. № 4. С. 7–12; Брико Н.И., Улумбекова Г.Э. Роль первичного звена здравоохранения в оказании паллиативной помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № 6. С. 1075–1079.)

Методы исследования включали аналитический обзор литературы, сравнительно-правовой анализ и обобщение опубликованных статистических данных.

Результаты и обсуждения. ВПЗ играют ключевую роль в раннем выявлении потребности пациента в ПП. В России на 2020 год, по данным Министерства здравоохранения, зарегистрировано более 1,5 млн пациентов, нуждающихся в ПП (Минздрав России, 2020), однако лишь незначительная часть из них получает её на ранних стадиях заболевания. Согласно исследованию Российского научного центра профилактической медицины, около 20% пациентов начинают получать ПП только на

терминальных стадиях, когда возможности активного лечения уже ограничены. Это свидетельствует о необходимости более своевременной диагностики и принятия решений о переходе к ПП на ранних этапах заболевания.

Важнейшим элементом деятельности ВПЗ при оказании ПП является оценка КЖ пациента. Для этого используются стандартизированные инструменты, в частности шкала EORTC QLQ-C30, позволяющая оценить физическое и психологическое состояние пациентов с онкологическими заболеваниями и корректировать тактику ведения. Согласно исследованию, опубликованному в Журнале клинической медицины (2021), более 60% паллиативных пациентов отмечают выраженное ухудшение психоэмоционального состояния, а около 70% нуждаются в регулярной психологической поддержке. Недостаточное внимание к данному аспекту со стороны ВПЗ негативно отражается на КЖ пациентов.

Эффективность ПП во многом определяется взаимодействием ВПЗ с узкими специалистами, включая онкологов, кардиологов, психотерапевтов и социальных работников. Согласно данным Национального института паллиативной медицины (2020), более 45% пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями получают несогласованное лечение, что существенно снижает его эффективность и подчеркивает необходимость междисциплинарного подхода.

Неотъемлемой частью ПП является психологическая поддержка пациента и его семьи. ВПЗ зачастую первыми устанавливают контакт с пациентами с неизлечимыми заболеваниями и играют важную роль в их эмоциональном сопровождении. По данным исследования, проведенного в Санкт-Петербурге в 2019 году, 56% паллиативных пациентов не получают достаточной психологической поддержки, что способствует ухудшению общего состояния и ускорению прогрессирования заболевания.

Особого внимания требуют юридические и этические аспекты оказания ПП. Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пациент имеет право на получение ПП, отказ от лечения и информированное согласие (ст. 3, 20, 21). Врач обязан разъяснять пациенту и его родственникам возможные варианты медицинской помощи.

По данным Российского центра юридической помощи (2020), около 30% ВПЗ не в полной мере информируют пациентов о возможностях ПП, что нередко приводит к юридическим конфликтам. Отдельного внимания требует и правовое регулирование применения обезболивающих препаратов у паллиативных пациентов, включая положения статьи 124 Уголовного кодекса РФ.

Выводы: организация ПП на уровне первичного звена имеет решающее значение для повышения КЖ пациентов и рационального использования ресурсов здравоохранения. ВПЗ играют ключевую роль в раннем выявлении потребности в ПП, однако эффективность их деятельности во многом зависит от уровня профессиональной, междисциплинарной и правовой подготовки.

Совершенствование взаимодействия с узкими специалистами и внедрение образовательных программ по вопросам паллиативной медицины позволяют повысить качество оказываемой помощи и снизить нагрузку на специализированные медицинские учреждения.

ЦИФРОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ КАК БАРЬЕР ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

ИВАНЕНКО Инга Васильевна, КЛЮЕВ Лаврентий Антонович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

DIGITAL LITERACY OF ELDERLY PATIENTS AS A BARRIER TO THE USE OF MOBILE BLOOD PRESSURE MONITORING APPLICATIONS

IVANENKO I.V., KLYUEV L.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Проведено анкетирование 52 пациентов старше 60 лет, наблюдающихся по поводу артериальной гипертензии. Выявлена прямая корреляция между низким уровнем цифровой грамотности и отказом от использования мобильных приложений для самоконтроля АД. Основными барьерами названы сложность интерфейса и страх ошибиться при вводе данных.

Ключевые слова: цифровая грамотность, артериальная гипертензия, мобильные приложения, пациенты старшей возрастной группы, телемедицина.

Abstract: A questionnaire was conducted among 52 patients over the age of 60 who were being treated for hypertension. A direct correlation was found between low digital literacy and the refusal to use mobile applications for self-monitoring of blood pressure. The main barriers were identified as the complexity of the interface and the fear of making mistakes when entering data.

Keywords: digital literacy, arterial hypertension, mobile applications, elderly patients, telemedicine.

Введение. Внедрение мобильных приложений для контроля артериального давления (АД) рассматривается как перспективное направление повышения приверженности лечению. Однако пациенты старшей возрастной группы, составляющие ядро гипертензивной популяции, часто испытывают трудности с освоением цифровых инструментов. Уровень цифровой грамотности в этой группе остаётся малоизученным барьером, что ограничивает эффективность персонализированного дистанционного мониторинга.

Цель: оценить уровень цифровой грамотности пациентов старше 60 лет с артериальной гипертензией и выявить его влияние на готовность использовать мобильные приложения для контроля АД в условиях городской поликлиники.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Кемеровская городская клиническая больница №4» в период 2025–2026 гг. В основу работы положены данные анонимного анкетирования пациентов с диагнозом артериальной гипертензии в возрасте от 60 до 78 лет. Объём выборки составил 52 человека. Участники разделены по возрастным подгруппам (60–69 и 70–78 лет) и факту пользования смартфоном. Анкета включала 12 вопросов: о наличии смартфона, частоте использования интернета, опыте установки приложений, знании о мобильных приложениях для измерения АД, источниках информации о них, причинах отказа от использования, предпочитаемом способе обучения

(инструкция, видео, помощь родственников или врача), субъективной оценке сложности интерфейса, готовности использовать приложение при условии обучения, предпочтении цифрового или бумажного дневника АД, факторах доверия к цифровым данным, а также одном открытом вопросе о пожеланиях к разработчикам. Результаты оценивались в процентах.

Результаты и обсуждения. Смартфоном владели 77% опрошенных, однако регулярно пользовались интернетом только 62%. Лишь 27% знали о существовании специализированных приложений для контроля АД, и всего 12% когда-либо пытались их установить. При этом регулярно используют такое приложение только 4%.

Основными причинами отказа от использования приложений (вопрос с множественным выбором) стали: «слишком сложный интерфейс» – 58%, «страх нажать что-то не то и потерять данные» – 46%, «неудобно вводить показатели каждый день» – 35%, «нет доверия к цифровым записям» – 29%, «не знаю, где скачать и как установить» – 27% Важно, что в возрастной подгруппе 70–78 лет доля указавших на сложность интерфейса была достоверно выше (71% против 48% в группе 60–69 лет).

На вопрос о предпочитаемом способе обучения 62% выбрали «объяснение врача или медсестры непосредственно в поликлинике», 19% – «помощь родственников», 13% – «видеоинструкцию», и лишь 6% – «самостоятельное изучение по текстовой инструкции». При этом готовность использовать приложение при условии обучения выразили 48% опрошенных, что в 12 раз выше текущего уровня использования (4%).

Сравнение цифрового и бумажного дневника АД показало, что 67% по-прежнему предпочитают бумажный вариант, мотивируя это привычкой и наглядностью. Однако среди тех, кому врач продемонстрировал работу приложения лично, доля предпочитающих цифровой формат достигла 58%.

В открытых ответах наиболее частыми пожеланиями были: крупный шрифт и большие кнопки (79% упоминаний), голосовой ввод показателей (43%), возможность автоматической синхронизации с тонометром (38%), а также наличие кнопки «вызов врача» в случае критических цифр (34%).

Выводы: низкий уровень цифровой грамотности отмечается среди пациентов старше 60 лет. Основные барьеры носят не технический, а психологический и эргономический характер (сложность интерфейса, страх ошибки, привычка к бумажным носителям). При этом почти половина пациентов готова использовать мобильные приложения для контроля артериального давления. Полученные данные указывают на необходимость обучения использованию мобильных приложений для контроля артериального давления в Школах пациентов с артериальной гипертензией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ИСАЕВА Валерия Константиновна, ГУБИНА Дарья Игоревна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

EFFECTIVENESS OF THE SANATORIUM-RESORT STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

ISAEVA V.K., GUBINA D.I.

Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: были изучены литературные данные о санаторно-курортном этапе реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда. С помощью проведенного анализа удалось установить, что применение климатотерапии в сочетании с дозированной физической нагрузкой достоверно улучшает показатели центральной гемодинамики, толерантность к физическим нагрузкам и психоэмоциональный статус больных. В раннем восстановительном периоде отмечено снижение частоты возникновения повторных эпизодов инфаркта миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, санаторно-курортное лечение, реабилитация.

Abstract: The literature data on the sanatorium-resort stage of rehabilitation of patients who had suffered a myocardial infarction were studied. With the help of the analysis, it was found that the use of climatotherapy in combination with dosed physical activity significantly improves central hemodynamic parameters, exercise tolerance and the psychoemotional status of patients. In the early recovery period, there was a decrease in the frequency of repeated episodes of myocardial infarction.

Keywords: myocardial infarction, sanatorium treatment, rehabilitation.

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующую позицию в причинах инвалидизации и смертности в мире, при этом инфаркт миокарда играет ключевую роль, ввиду высоких рисков повторных событий и стойкого снижения функциональных резервов организма пациентов.

Второй этап реабилитации больных с инфарктом миокарда рекомендуется проводить в условиях кардиореабилитационных отделений, центров кардиореабилитации или в кардиологических отделениях центров медицинской реабилитации. Достоверно известно, что ранняя двигательная активизация больных способствует развитию коллатерального кровообращения, оказывает благоприятное воздействие на физическое и психическое состояние пациентов, укорачивает период госпитализации и сокращает риск смертельных исходов. Однако остаётся открытым вопрос об эффективности санаторного этапа реабилитации по сравнению с амбулаторным наблюдением и лечением пациентов, по тем или иным причинам проходивших его вне условий санатория. Сравнение этих групп пациентов позволит достоверно оценить пользу и эффективность санаторно-курортного этапа реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Цель: оценить эффективность второго этапа реабилитации у пациентов с инфарктом миокарда в сравнении с группой пациентов, не проходивших санаторную реабилитацию.

Материал и методы. На основе данных отделения кардиологии и реабилитации ГБУЗ КККД, расположенного в п. Журавлево Кемеровского муниципального района, и поликлиники кардиодиспансера была проведена оценка эффективности второго этапа реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Результаты и обсуждения. Проведено обследование 64 пациентов (женщин - 29, мужчин - 35), перенесших инфаркт миокарда. Основная группа – 34 пациента (женщин - 15, мужчин – 19), прошедшие полный курс второго этапа реабилитации на базе отделения кардиологии и реабилитации ГБУЗ КККД. Группа сравнения - 30 пациентов (женщин - 14, мужчин – 16), которые после выписки из стационара не проходили реабилитацию в санатории и получали стандартную терапию в амбулаторном звене (регулярный прием

препаратов, контроль АД, соблюдение рекомендаций по образу жизни без структурированной физической реабилитации). Возраст пациентов – 45-60 лет. Пациенты наблюдались с 12-14-го дня инфаркта миокарда по 31-33-й дни заболевания.

Реабилитация пациентов основной группы наблюдения на втором этапе восстановительного лечения включала в себя диетическое питание, климатотерапию (аэротерапию), лечебную физкультуру (в зависимости от исходного состояния постепенно возрастающий по интенсивности комплекс лечебной гимнастики, лечебная дозированная ходьба с выходом в парковую зону отделения для восстановления навыков ходьбы на открытой местности), лечебный массаж, физиолечение (лекарственный электрофорез), гидрокинезотерапию, психотерапию, образовательную программу «Школа для больных, перенесших ИМ, и их родственников». Медикаментозное лечение продолжалось в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению больных инфарктом миокарда. Для контроля нагрузки использовались данные ЭКГ (отсутствие отрицательных субъективных ощущений, изменений конечной части желудочкового комплекса) и пульс не более 100-110 уд/мин. Пациенты группы сравнения получали лишь стандартную медикаментозную терапию и общие рекомендации по образу жизни и физической активности.

Оценка эффективности проводилась по динамике субъективного самочувствия, уровню АД, числу повторных госпитализаций и летальных исходов за период наблюдения.

По итогам анализа за период наблюдения в основной группе пациентов субъективное улучшение самочувствия отметили 97 % пациентов, количество приступов стенокардии в неделю уменьшилось у 90 %; нормализации и стабилизации артериального давления достигли 86 %. В группе сравнения показатели значительно ниже: субъективное улучшение самочувствия отметили 70 % пациентов, снижение частоты приступов стенокардии в неделю у 60 %; нормализации и стабилизации артериального давления достигли 55 %. За время исследования повторных госпитализаций, летальных исходов в обеих группах зарегистрировано не было, что позволяет судить о безопасности ведения пациентов в подостром периоде разными методами, однако санаторный этап реабилитации обеспечивает существенно более выраженное улучшение качества жизни.

Выводы: в ходе исследования была оценена эффективность второго этапа реабилитации пациентов инфарктом миокарда. Полученные результаты позволяют говорить не только о достижении основных целей реабилитации на данном этапе – переориентации на выздоровление, компенсации нарушенных функций до возможности пациента участвовать в реабилитационных мероприятиях третьего этапа, проходящего в амбулаторных условиях, а также постепенном восстановлении физической работоспособности, но и о клинически значимых преимуществах санаторного этапа в подостром периоде, что может служить основой для его дальнейшего внедрения в работу кардиореабилитационных центров.

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КАПЕЛЬКО Полина Валерьевна, ЖУКОВА Екатерина Александровна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

THE IMPACT OF HEALTH RESORT TREATMENT ON THE RATE OF REPEAT HOSPITALIZATIONS IN CHRONIC HEART FAILURE

KAPELKO P.V., ZHUKOVA E.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Хроническая сердечная недостаточность остается одной из ведущих причин повторных госпитализаций в кардиологических стационарах, что создает значительную медико-социальную и экономическую нагрузку. Санаторно-курортное лечение рассматривается как потенциальный метод вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, санаторно-курортное лечение, реабилитация, повторная госпитализация, вторичная профилактика.

Abstract: Chronic heart failure remains one of the leading causes of repeat hospitalizations in cardiology departments, creating a significant medical, social, and economic burden. Health resort treatment is considered a potential method of secondary prevention.

Keywords: chronic heart failure, health resort treatment, rehabilitation, repeat hospitalization, secondary prevention.

Введение. В последние десятилетия в мире отмечается неуклонный рост распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН). По данным эпидемиологических исследований, в Российской Федерации ХСН страдают около 8–10% населения старше 60 лет, причём ежегодно число таких пациентов увеличивается (Бойцов С.А., 2018; Мареев В.Ю., 2021). ХСН является одной из ведущих причин госпитализаций и повторных госпитализаций в кардиологические стационары. Частота регоспитализаций у пациентов с ХСН в течение 6–12 месяцев после выписки достигает 30–50% (Фомин И.В., 2020; Ponikowski P., 2016). Каждая повторная госпитализация не только ухудшает качество жизни пациента, но и ассоциируется со значительными экономическими затратами системы здравоохранения.

В комплексной терапии ХСН важное место отводится немедикаментозным методам, включая физическую реабилитацию, обучение пациента и коррекцию образа жизни. Санаторно-курортное лечение (СКЛ) рассматривается как один из потенциально эффективных методов вторичной профилактики, объединяющий в себе климатотерапию, бальнеотерапию, лечебную физкультуру, диетотерапию и психологическую разгрузку (Клячкин Л.М., 2019; Щегольков А.М., 2020). Однако до настоящего времени остается открытым вопрос о том, снижает ли СКЛ частоту повторных госпитализаций у пациентов с ХСН, и насколько доказательной является эта рекомендация. В настоящем обзоре обобщены данные литературы о влиянии СКЛ на частоту повторных госпитализаций у пациентов с ХСН, проанализированы потенциальные механизмы эффективности и выявлены существующие пробелы в доказательной базе.

Цель: на основании анализа данных научной литературы и результатов исследований оценить влияние санаторно-курортного лечения на частоту повторных госпитализаций у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и проанализировать возможные механизмы этого влияния.

Материал и методы. Проведён обзор научной литературы по теме влияния санаторно-курортного лечения на частоту повторных госпитализаций при ХСН. Поиск

источников осуществлялся в электронных базах eLibrary и PubMed с использованием ключевых слов: «хроническая сердечная недостаточность», «санаторно-курортное лечение», «регоспитализация». Глубина поиска — 2015-2025 годы. Отобрано 12 публикаций для анализа, включая оригинальные исследования и обзоры. Статистическая обработка не проводилась в связи с обзорным характером работы.

Результаты и обсуждения. Анализ литературы показал, что частота повторных госпитализаций у пациентов с ХСН остается высокой, несмотря на достижения в фармакотерапии. По данным российского регистра (Фомин И.В., 2020), 30-дневная регоспитализация по поводу декомпенсации ХСН достигает 12–15%, а шестимесячная — 35–42%. Основными причинами повторных госпитализаций служат прогрессирование сердечной недостаточности, отек легких, нарушения ритма, а также недостаточная приверженность терапии и отсутствие динамического контроля.

Согласно современным рекомендациям (Российское кардиологическое общество, 2020), СКЛ показано пациентам с ХСН I–III функционального класса (NYHA) в стабильном состоянии, без признаков декомпенсации. Основные компоненты СКЛ: дозированная лечебная физкультура (способствует увеличению толерантности к нагрузкам), бальнеотерапия (кислородные, радоновые, хлоридно-натриевые ванны), диетотерапия (ограничение соли и жидкости), психологическая разгрузка и обучение пациентов самоконтролю (Щегольков А.М., 2020).

В доступной литературе количество работ, непосредственно изучавших влияние СКЛ на частоту регоспитализаций при ХСН, ограничено. В исследовании Григорьевой Е.А. (2018 г.) было показано, что у пациентов с ХСН II–III ФК, прошедших курс СКЛ продолжительностью 21 день, частота госпитализаций в течение 12 месяцев наблюдения составила 18% против 34% в группе контроля (не направленных на СКЛ) ($p<0,05$).

По данным Мироновой Т.В. (2020 г.), среди 82 пациентов с ХСН, прошедших СКЛ, число повторных госпитализаций за 6 месяцев было в 1,7 раза ниже, чем в группе стандартного диспансерного наблюдения.

Зарубежные исследования (Katsi V., 2014; Masanovic M., 2019) также демонстрируют положительную динамику: СКЛ ассоциируется с уменьшением частоты регоспитализаций, уменьшением функционального класса ХСН и улучшением качества жизни. Однако большинство из этих работ имеют наблюдательный дизайн (ретроспективные когортные исследования) или небольшие выборки (менее 100 пациентов).

В ходе обзора проведенных исследований выявлены следующие методологические ограничения:

1. Отсутствие крупных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) по данной теме.
2. Высокий риск систематических ошибок. Например, пациенты, направляемые на СКЛ, изначально имеют выраженную мотивацию к лечению и более высокий социально-экономический статус.
3. Гетерогенность программ СКЛ: различная продолжительность лечения, набор методов, квалификация персонала.
4. Не всегда проводится стандартизация фармакотерапии в группах сравнения.

Несмотря на недостаток строгих доказательств, существуют теоретические обоснования положительного эффекта СКЛ:

1. Дозированная лечебная физкультура повышает толерантность к физической нагрузке и снижает риск декомпенсации.

2. Обучение в санатории (контроль веса, диуреза, правильный прием диуретиков) позволяет пациентам раньше заметить признаки ухудшения состояния и принять меры — скорригировать диуретическую терапию, обратиться к врачу.

3. Психологическая разгрузка и снижение уровня тревоги уменьшают симпатическую активацию — один из триггеров декомпенсации.

4. Бальнеотерапия оказывает вазодилатирующий эффект и может снижать пред- и постнагрузку на сердце.

Выводы: в клинической практике СКЛ может быть рекомендовано стабильным пациентам с ХСН I–II функционального класса (NYHA) как дополнительный метод вторичной профилактики, но с пониманием ограниченности строгих доказательств. Необходимо проведение проспективных когортных и рандомизированных исследований с унифицированными протоколами СКЛ и длительным наблюдением для окончательного ответа на вопрос о влиянии санаторно-курортного лечения на частоту повторных госпитализаций при ХСН.

ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕГО ВИДА И НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА (ПОЗА, ВЗГЛЯД В МОНИТОР) НА ПАЦИЕНТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

КАРПЕНКО Екатерина Александровна, ГРИБЦОВА София Витальевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

THE INFLUENCE OF THE DOCTOR'S APPEARANCE AND NON-VERBAL BEHAVIOR (POSTURE, GAZE AT THE MONITOR) ON THE PATIENT IN AN OUTPATIENT SETTING

KARPENKO E.A., GRIBCOVA S.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в тезисах анализируется влияние внешнего вида и невербальных паттернов врача (поза, зрительный контакт, направление взгляда) на уровень тревоги, удовлетворенность и комплаенс пациента в амбулаторной практике. Рассматриваются доказательные данные о роли «белого халата», позы «открытости» и феномена «взгляд в монитор» как барьера коммуникации.

Ключевые слова: невербальная коммуникация, врач-пациент, амбулаторный прием, зрительный контакт, комплаенс.

Abstract: the theses analyze the influence of the doctor's appearance and non-verbal patterns (posture, eye contact, gaze direction) on the patient's anxiety level, satisfaction and compliance in an outpatient setting. Evidence-based data on the role of the "white coat", the "open" posture and the phenomenon of "gaze at the monitor" as a communication barrier are considered.

Keywords: non-verbal communication, physician-patient, outpatient visit, eye contact, compliance.

Введение. В амбулаторных условиях, где время приема ограничено, а первичный контакт часто определяет траекторию лечения, невербальная коммуникация становится не

менее значимой, чем вербальная. Внешний вид врача (одежда, аккуратность, медицинская символика) и его невербальное поведение (поза, дистанция, направление взгляда, в том числе в монитор) формируют у пациента первое впечатление о компетентности, эмпатии и доверии. В то же время цифровизация здравоохранения (работа в медицинских информационных системах) привела к росту поведенческого феномена «взгляд в монитор», что может негативно влиять на терапевтический альянс. Цель работы – систематизировать данные о влиянии указанных факторов на психоэмоциональное состояние пациента и приверженность лечению.

Материал и методы. Проведен поиск в базах PubMed, Web of Science, eLIBRARY.ru по ключевым словам – «non-verbal communication», «physician appearance», «eye contact», «white coat effect», «patient satisfaction», «gaze behavior» за 2018–2025 гг. Использован метод систематического анализа и синтеза данных.

Результаты и обсуждения. Влияние внешнего вида врача является первым невербальным сигналом. Исследования показывают, что большинство пациентов ассоциируют белый халат с чистотой, профессионализмом и авторитетом, однако в амбулаторной педиатрии и психиатрии неформальный стиль может снижать тревогу. Ключевое значение имеет аккуратность: неопрятная одежда или отсутствие бейджа достоверно снижают доверие к рекомендациям. С другой стороны, чрезмерно формальный стиль (например, деловой костюм без халата) в некоторых культурах воспринимается как дистанцирующий.

Поза врача является мощным фактором восприятия включенности. «Закрытые» позы (скрещенные руки на груди, поворот корпуса от пациента, сидение за столом с высоким барьером) ассоциируются с доминированием, спешкой и снижением эмпатии. Напротив, поза «открытости» – легкий наклон корпуса вперед, руки в зоне видимости, расслабленные плечи – способствует ощущению, что врач слушает и разделяет обеспокоенность пациента. В амбулаторной практике критически важна поза сидя: прием стоя воспринимается пациентом как сигнал о крайнем дефиците времени.

Особого внимания заслуживает взгляд и его направление. Длительный прямой зрительный контакт в европейской культуре повышает доверие, но его избыток может восприниматься как агрессия, особенно тревожными пациентами. Оптимальный паттерн – «взгляд-отведение-возврат» с кивками. Проблемой современной амбулаторной медицины стал «взгляд в монитор» при параллельном вводе данных в электронную медицинскую карту (ЭМК). Когнитивные исследования показывают, что при ориентации на экран более 50% времени приема пациенты субъективно ощущают себя «объектом обработки», а не субъектом лечения. Это снижает показатели удовлетворенности (satisfaction scores) в среднем на 30% и ухудшает запоминание медицинских рекомендаций. При этом количественный анализ показывает, что критическим порогом является доля времени взгляда в монитор, превышающая 50% от общей продолжительности приема, причем наибольшее падение доверия происходит при переходе от 30% к 50%. Важно подчеркнуть, что расположение монитора также имеет значение: когда пациент видит экран, уровень доверия на 15–20% выше. Вместе с тем, необходимо учитывать культурные и гендерные особенности: в некоторых культурах длительный прямой взгляд может расцениваться как вызов, а пациентки женского пола демонстрируют более высокую чувствительность к феномену «взгляда в монитор». Предлагаемые компенсаторные техники – использование техники «три минуты включенности» (прямой контакт без монитора в начале приема), вербализация действий («я сейчас посмотрю ваши анализы на экране») и поворот монитора так, чтобы пациент видел, что именно вносится.

Невербальные сигналы, включая вздохи, покачивание головой во время чтения результатов, а также тактильные паттерны (пожатие руки, пальпация) – все это работает как модулятор тревоги. В амбулаторной кардиологии и онкологии одно только отсутствие быстрого взгляда на монитор после вопроса пациента может быть интерпретировано как игнорирование. Обратная зависимость: избыточная фиксация на бумажной карте или мониторе без периодического возврата взгляда к пациенту коррелирует с жалобами на «бездушие» и «формализм» даже при корректных вербальных ответах.

Практическая значимость:

1. Для врачей-клиницистов: понимание невербальных маркеров доверия позволяет оптимизировать амбулаторный прием без увеличения его времени. Простые изменения – поворот кресла, отказ от скрещенных поз, техника «глаза на пациента каждые 20 секунд» – улучшают комплаенс.
2. Для пациентов: знание особенностей невербальной коммуникации врача позволяет снизить уровень тревоги в ходе амбулаторного приёма и осознанно корректировать собственное поведение для улучшения взаимопонимания. Понимание того, что кратковременное отвлечение врача на экран часто связано с работой с электронной картой, а не с равнодушием, помогает формировать реалистичные ожидания и активно участвовать в диалоге, что повышает запоминание рекомендаций и приверженность лечению.
3. Для системы здравоохранения: обучение навыкам невербальной коммуникации и гигиене работы с ЭМК (периодическое переключение взгляда, объяснение ввода данных) должно стать обязательным разделом непрерывного медицинского образования.

Выводы: анализ данных подтверждает, что внешний вид (в первую очередь аккуратность и ситуативно оправданный стиль) и невербальное поведение врача, особенно направление взгляда (чередование контакта «глаза в глаза» и работы с монитором), являются независимыми предикторами удовлетворенности пациента и его доверия к терапии в амбулаторных условиях. Феномен «взгляд в монитор» при неконтролируемом использовании превращается в барьер коммуникации. Наиболее эффективной стратегией является гибридная модель: установление раппорта через открытую позу и зрительный контакт в ключевые моменты сбора жалоб и объяснения лечения, с последующим кратким, но вербализованным переходом к монитору для технических действий.

ЗНАЧЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДАЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

КЕРДОЛЬ Елизавета Сергеевна, КЛЮЕВА Любовь Ивановна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

THE IMPORTANCE OF GLYCATED HEMOGLOBIN IN THE FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

KERDOL E.S., KLYUEVA L.I.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Проведена оценка значимости HbA1c в диспансерном наблюдении у 30 пациентов с сахарным диабетом 2 типа на амбулаторном этапе. Полученные результаты подтверждают наличие тесной связи между уровнем гликированного гемоглобина и риском развития осложнений сахарного диабета 2 типа.

Ключевые слова: HbA1c, сахарный диабет 2 типа, гликированный гемоглобин, диспансерное наблюдение.

Abstract: The significance of HbA1c in the follow-up of 30 outpatients with type 2 diabetes mellitus was evaluated. The results obtained confirm a close correlation between glycated hemoglobin levels and the risk of developing complications of type 2 diabetes mellitus

Keywords: HbA1c, type 2 diabetes mellitus, glycated hemoglobin, dispensary observation.

Введение. Сахарный диабет 2 типа относится к числу наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний. По данным международных и отечественных рекомендаций, длительная гипергликемия является ведущим фактором развития микро- и макрососудистых осложнений, существенно ухудшающих качество жизни пациентов и увеличивающих риск инвалидизации и смертности. Гликированный гемоглобин (HbA1c) является надежным интегральным показателем состояния углеводного обмена. В отличие от разовых измерений уровня глюкозы крови, HbA1c позволяет оценить эффективность лечения в течение нескольких месяцев и используется для контроля достижения терапевтических целей. В настоящее время отказались от единого целевого значения HbA1c для всех пациентов. Согласно клиническим рекомендациям, целевые показатели должны определяться индивидуально. У молодых пациентов без тяжелых осложнений допустимо стремиться к уровню HbA1c менее 6,5–7,0%, тогда как у пожилых пациентов с длительным течением заболевания, высоким риском гипогликемий и множественными осложнениями целевые значения могут составлять 7,5–8,0% и более.

Цель: оценить значение уровня HbA1c в диспансерном наблюдении пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «КГКБ № 4» в период с января 2026г. по июнь 2026г. В основе научно-исследовательской работы лежат данные ретроспективного анализа 30 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, состоящих на диспансерном учете.

Возраст пациентов варьировал от 41 до 87 лет и в среднем составил 61,4 года, по полу – 14 мужчин и 16 женщин. Длительность заболевания колебалась от 8 месяцев до 23 лет. Изучались показатели HbA1c за 6 месяцев до исследования, за 3 месяца и на момент последнего обследования (июнь 2026 года). Также анализировалось появление осложнений диабета в течение последних 6 месяцев. Статистическая обработка проводилась методом описательной статистики.

Результаты и обсуждения. При оценке компенсации углеводного обмена интерпретация результатов производилась с учетом индивидуальных целевых значений HbA1c. Например, у группы исследуемых пациентов старческого возраста (старше 75 лет) и при длительном течении диабета показатели HbA1c около 8,0–8,5% могут рассматриваться как удовлетворительные. В то же время для пациентов среднего возраста без выраженных осложнений аналогичные значения свидетельствуют о необходимости усиления терапии. Поэтому при оценки полученных данных использовались целевые значения HbA1c в соответствии с возрастом пациентов и наличием осложнений так: пациенты младше 65 лет без осложнений — HbA1c <7,0%; пациенты младше 65 лет при

наличии осложнений — HbA1c <7,5%; пациенты ≥65 лет, функционально независимые — HbA1c <7,5%; пациенты ≥ 65 лет, функционально зависимые <8,0%, функционально зависимые и имеющие выраженную коморбидность — HbA1c <8,5%.

Анализ показал, что целевых значений HbA1c достигли только 10%, тогда как у 90% показатели превышали рекомендованные индивидуальные цели. Это свидетельствует о недостаточном контроле гликемии у большинства наблюдаемых пациентов и необходимости оптимизации, проводимой сахароснижающей терапии. За период 6 месяцев осложнения сахарного диабета были зарегистрированы у 30%. У пациентов с развитием осложнений уровень HbA1c был значительно выше, чем у пациентов без осложнений. Среднее значение HbA1c в группе с осложнениями составило 10,5%, тогда как в группе без осложнений — 7,6%. Среди пациентов с осложнениями наиболее высокие показатели HbA1c достигали 13,6%, 13,4%, 11,1% и 10,9%, что свидетельствует о длительной декомпенсации углеводного обмена. В то же время у большинства пациентов без осложнений значения HbA1c находились в диапазоне 7,0–7,8%.

Особого внимания заслуживает группа пациентов старше 65 лет. Несмотря на более высокие допустимые целевые значения HbA1c (7,5–8,5%), значительная часть обследованных лиц данной возрастной категории также не достигала рекомендованных показателей. У некоторых пациентов старшего возраста были зарегистрированы значения HbA1c более 10%, что сопровождалось развитием осложнений заболевания.

Выводы: полученные результаты подтверждают наличие тесной связи между уровнем гликированного гемоглобина и риском развития осложнений сахарного диабета 2 типа. Регулярный контроль HbA1c в рамках диспансерного наблюдения позволяет своевременно выявлять декомпенсацию заболевания, оценивать эффективность проводимой терапии и проводить ее коррекцию с учетом индивидуальных целевых значений для каждого пациента.

РОЛЬ ПОИСКА МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В ИНТЕРНЕТЕ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ ОБ ОБРАЩЕНИИ ЗА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩЬЮ

КИРИЛЛОВА Алена Александровна, ЛУКИЧЕВ Данил Вячеславович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

THE ROLE OF ONLINE MEDICAL INFORMATION SEARCH IN DECISION-MAKING REGARDING SEEKING PRIMARY HEALTH CARE

KIRILLOVA A.A., LUKICHEV D.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме. Цифровизация здравоохранения существенно изменила способы получения пациентами медицинской информации. Одним из наиболее доступных инструментов стал поиск информации о симптомах, заболеваниях и методах лечения в сети Интернет.

Полученные сведения могут влиять на дальнейшее поведение человека: самостоятельное наблюдение за симптомами, обращение за медицинской помощью или откладывание визита к врачу. При этом достоверность найденной информации и способность пациента правильно ее интерпретировать имеют существенное значение. Для первичной медико-санитарной помощи данная проблема особенно актуальна, поскольку решение об обращении к врачу часто принимается пациентом самостоятельно еще до первого контакта с медицинской организацией.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, цифровое здравоохранение, медицинская информация, Интернет, информационное поведение пациента, цифровая грамотность, поиск медицинской информации, обращение за медицинской помощью.

Abstract. The digitalization of healthcare has significantly changed the ways in which patients obtain medical information. One of the most accessible tools is searching for information about symptoms, diseases, and treatment methods on the Internet.

The information obtained may influence a person's further behavior, including self-monitoring of symptoms, seeking medical care, or postponing a visit to a doctor. At the same time, the reliability of the information found and the patient's ability to interpret it correctly are of significant importance. This issue is particularly relevant for primary health care, since the decision to seek medical attention is often made by the patient independently, even before the first contact with a healthcare organization.

Keywords: primary health care, digitalization of healthcare, medical information, Internet, patient information behavior, digital literacy, online medical information search, seeking medical care.

Введение. Цифровизация здравоохранения способствует изменению информационного поведения пациентов и формированию новых способов взаимодействия с системой медицинской помощи. Одним из наиболее доступных цифровых инструментов является поиск медицинской информации в Интернете. Пациенты используют онлайн-ресурсы для получения сведений о симптомах, заболеваниях, методах диагностики и лечения, а также для определения необходимости обращения к медицинскому специалисту.

Цель: изучить роль поиска медицинской информации в Интернете в принятии решения об обращении за первичной медико-санитарной помощью.

Материал и методы. Проведен анализ научных публикаций, систематических обзоров и метаанализов, посвященных поиску медицинской информации в Интернете, цифровой медицинской грамотности и влиянию онлайн-информации на поведение пациентов.

Результаты и обсуждения. Анализ литературы показал, что поиск медицинской информации в Интернете является распространенным способом получения сведений о здоровье. Наиболее часто пациенты ищут информацию о симптомах, заболеваниях, диагностике и лечении.

Использование интернет-источников может повышать информированность пациентов, помогать в подготовке к медицинской консультации и формировании вопросов врачу. В то же время, низкий уровень цифровой и медицинской грамотности, недостаточная способность оценивать достоверность источников и распространение недостоверной информации могут приводить к неправильной интерпретации симптомов и изменению сроков обращения за медицинской помощью.

Особое значение имеет достоверность используемых источников. Наличие большого количества медицинской информации в Интернете не гарантирует ее качества. Недостоверные или неправильно интерпретированные сведения могут влиять на оценку пациентом выраженности симптомов и необходимости обращения за медицинской помощью.

Таким образом, поиск информации в Интернете может рассматриваться как один из факторов, влияющих на формирование решения пациента об обращении за первичной медико-санитарной помощью. При этом цифровые источники не должны заменять профессиональную медицинскую консультацию.

Выводы:

1. Поиск медицинской информации в Интернете является значимой частью современного информационного поведения пациентов.
2. Полученная онлайн-информация может влиять на решение пациента о необходимости обращения за медицинской помощью.
3. Положительное влияние интернет-поиска связано прежде всего с повышением информированности и подготовкой пациента к медицинской консультации.
4. Основными проблемами являются недостоверность отдельных источников и недостаточная способность пациентов оценивать качество медицинской информации.
5. Для первичной медико-санитарной помощи актуальным является повышение цифровой медицинской грамотности населения и ориентация пациентов на использование достоверных медицинских источников.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О РИСКАХ УТЕЧКИ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ

КОЙНОВА Екатерина Алексеевна, СКАКАЛИНА Елена Константиновна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

PATIENT AWARENESS OF THE RISKS OF MEDICAL DATA LEAKAGE IN THE DIGITAL ENVIRONMENT

KOYNOVA E.A., SKAKALINA E.K.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в работе представлены результаты опроса пациентов с целью оценки их осведомленности о возможных утечках персональных медицинских данных при использовании цифровых сервисов.

Ключевые слова: утечка информации, цифровая грамотность, информированность пациентов

Abstract: The paper presents results from patients to assess their awareness of potential leaks of personal medical data when using digital services.

Keywords: information leakage, digital literacy, patient awareness

Введение. Активное внедрение информационных технологий в здравоохранение (электронные медицинские карты, телемедицинские консультации, мобильные приложения для мониторинга здоровья) сопровождается ростом угроз безопасности персональных данных пациентов. Утечки медицинской информации могут привести к дискриминации, финансовым потерям и нарушению врачебной тайны. Однако степень понимания этих рисков самими пациентами остается малоизученной, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель: оценить уровень осведомленности пациентов первичного звена о рисках утечки медицинских данных в цифровой среде и выявить факторы, влияющие на их отношение к защите персональной информации.

Материал и методы. Материал: аналитические публикации, свободно размещённые в сети Интернет, анонимный опрос пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, обратившихся в АО Клиника «Энергетик» в г. Кемерово в феврале 2026 года. Устный опрос включал 10 вопросов, касающихся: используемых цифровых медицинских сервисов, частоты ознакомления с политиками конфиденциальности, наличия опыта утечек данных, субъективной оценки защищенности, а также знаний о законодательстве в области персональных данных.

Методы: общенаучный, статическая обработка.

Результаты и обсуждения. В анкетировании приняли участие 70 респондентов, из которых 44 человека (63%) составили женщины, 26 человек (37%) – мужчины. Распределение по возрасту: 18–35 лет – 19 человек (27%), 36–50 лет – 24 человека (34%), 51–65 лет – 17 человек (24%), старше 65 лет – 10 человек (14%). Высшее образование имели 34 человека (49%), среднее специальное – 24 человека (34%), среднее – 12 человек (17%).

Установлено, что 55 пациентов (79%) активно используют портал «Госуслуги» для записи к врачу и получения результатов анализов. Мобильными приложениями для мониторинга здоровья (фитнес-трекеры, дневники артериального давления, приложения для подсчета калорий) пользуются 29 респондентов (41%), причем наиболее активно – в возрастной группе 18–35 лет (13 из 19, что составляет 68%).

Ключевым результатом стало выявление крайне низкого уровня вовлеченности пациентов в изучение документов, регламентирующих обработку персональных данных. 62 респондента (89%) признались, что никогда не читают пользовательские соглашения и политики конфиденциальности при установке приложений или регистрации на медицинских порталах. Основные причины: «слишком длинный текст» (47 человек – 67%), «сложный юридический язык» (38 человек – 54%), «уверенность, что там нет ничего важного» (29 человек – 41%). Только 8 опрошенных (11%) хотя бы бегло просматривают такие документы, и лишь 2 человека (3%) смогли правильно ответить на вопрос о том, передаются ли их данные третьим лицам в используемых ими приложениях.

Осведомленность о правовых аспектах защиты персональных данных оказалась крайне низкой. Только 8 респондентов (11%) знают о существовании Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», и лишь 4 человека (6%) смогли назвать его основные положения. При этом 50 пациентов (71%) полагают, что государственные медицинские информационные системы (например, ЕГИСЗ, региональные порталы) полностью защищены от взлома и утечек, и не видят необходимости в дополнительных мерах предосторожности. Только 16 опрошенных (23%) выразили обеспокоенность возможной утечкой своих данных, однако никаких практических действий для защиты (смена паролей, отказ от передачи данных, изучение настроек приватности) не предпринимают.

Среди лиц с высшим образованием доля понимающих опасность утечек и способных

назвать конкретные риски составила 12 из 34 (35%), в то время как среди имеющих среднее образование – 3 из 12 (25%), а среди лиц со средним специальным – 3 из 24 (13%). Также значимые различия обнаружены по возрастным группам: наиболее информированы пациенты 18–35 лет (6 из 19 – 32%), наименее – старше 65 лет (1 из 10 – 10%). Это может быть связано как с уровнем цифровой грамотности, так и с опытом использования цифровых сервисов.

Полученные данные демонстрируют тревожную картину: пациенты активно пользуются цифровыми медицинскими сервисами, но при этом остаются крайне уязвимыми из-за недостатка знаний о возможных угрозах. Низкая частота чтения пользовательских соглашений сочетается с завышенной оценкой защищенности государственных систем, что создает иллюзию полной безопасности. Выявленная связь осведомленности с уровнем образования указывает на необходимость дифференцированного подхода к информированию. Особого внимания требуют пожилые пациенты и лица с невысоким образовательным уровнем, которые чаще становятся жертвами мошенничества и утечек.

Выводы: среди респондентов уровень знаний остается недостаточным, что говорит о системной проблеме цифровой грамотности в сфере кибербезопасности.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ

КОНДУЛЕВИЧ Анастасия Юрьевна, АРАКЕЛЯН Лиана Гагиковна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

PATIENTS' AWARENESS ABOUT VACCINATION IN ADULTHOOD

KONDULEVICH A.Yu., ARAKELYAN L.G.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в настоящее время вакцинопрофилактика признана одним из наиболее эффективным и безопасным методом борьбы с инфекционными заболеваниями. Корь, ветрянка, краснуха, дифтерия — эти и ряд других заболеваний часто называют «детскими». Между тем, заразиться ими можно и во взрослом возрасте. Риск остается даже если в детстве была вакцинация: не все вакцины дают защиту до конца жизни.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, иммунизация взрослых, календарь прививок, приверженность вакцинации

Abstract: Vaccination is currently recognized as one of the most effective and safe methods of combating infectious diseases. Measles, chickenpox, rubella, diphtheria—these and a number of other diseases are often referred to as "childhood diseases." However, they can still be contracted in adulthood. The risk remains even if vaccinations were administered in childhood: not all vaccines provide lifelong protection.

Keywords: vaccination prevention, adult immunization, vaccination schedule, vaccination adherence

Введение. В отличие от вакцинации детей, где отработаны организационные и

методические принципы иммунизации, вакцинации взрослого населения уделяется значительно меньше внимания. Несмотря на наличие Национального календаря прививок для взрослых и рекомендаций ВОЗ, уровень осведомлённости населения остаётся недостаточным, особенно в комплексном виде, охватывающем не только сезонные вакцины, но и ревакцинации.

Важность иммунизации взрослого населения, на наш взгляд, обусловлена целым рядом причин. Во-первых, с возрастом естественная защита организма ослабевает, а риск развития тяжелых осложнений от многих инфекций значительно возрастает. Во-вторых, у многих прививок, сделанных в детстве, со временем ослабевает иммунитет и требует регулярной ревакцинации. В-третьих, взрослые часто выступают как источник инфекции для наиболее уязвимых групп.

Цель: оценить уровень осведомленности, характер знаний и практику в отношении вакцинопрофилактики среди взрослого населения.

Материал и методы. Исследование проводилось методом одномоментного анонимного анкетирования. В нём приняли участие 70 человек в возрасте от 20 до 40 лет. Инструментом сбора данных выступил структурированный опросник, включавший несколько блоков: социально-демографический (пол, возраст, наличие хронических заболеваний), блок для оценки вакцинальной грамотности (Vaccine Literacy Scale), а также шкалу ATAVAC (Attitude Towards Adult VACcination), позволяющую оценить отношение взрослых к прививкам по 6-балльной шкале Лайкерта. Дополнительно респондентов просили указать свой прививочный статус в отношении гриппа и пневмококковой инфекции, а также назвать факторы, которые могли бы повысить их готовность к вакцинации.

Статистическая обработка включала расчёт описательных статистик (средние, процентные доли), для сравнения групп применялся критерий χ^2 и t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждения. В исследовании приняли участие 70 человек в возрасте от 20 до 40 лет. Женщины составили 62,9 %, мужчины — 37,1 %. Наличие хронических заболеваний отметили 27,1 % опрошенных.

Утверждение о том, что прививки полезны не только детям, но и взрослым и пожилым людям, признали верным 87,1 % респондентов. О ежегодной рекомендации прививки от гриппа для взрослых осведомлены 81,4 % опрошенных. О том, что взрослые с хроническими заболеваниями чаще нуждаются в вакцинации, знают 74,3 % участников.

Однако знания о специфических вакцинах для взрослых оказались значительно ниже. Лишь 58,6 % респондентов знают, что пневмококковая вакцина защищает от некоторых видов пневмонии у взрослых. О существовании вакцины против опоясывающего герпеса осведомлены только 32,9 % опрошенных.

Оценка отношения к вакцинации по 6-балльной шкале ATAVAC выявила преимущественно позитивные установки. Наибольшее согласие респонденты выразили с утверждением о необходимости более активного предоставления информации о прививках врачами (средний балл 5,3). Высокую оценку получило утверждение об эффективности вакцинации как способа предотвращения инфекционных заболеваний (средний балл 4,9). Доверие к рекомендациям врача по поводу вакцинации оказалось на уровне 4,7 балла. Наименьшее согласие респонденты выразили с утверждением о том, что большинство взрослых имеют достаточный иммунитет и не нуждаются в дополнительных прививках (средний балл 2,8).

Оценка фактического прививочного статуса показала недостаточный охват взрослой вакцинацией. Прививку от гриппа в последние 5 лет ежегодно делали лишь 18,6 %

респондентов, не каждый год — 34,3 %, никогда не прививались — 38,6 %, не помнят о вакцинации — 8,6 %.

Ещё более низкие показатели зафиксированы для пневмококковой вакцинации: лишь 15,7 % респондентов сделали прививку от пневмококковой инфекции в последние 10 лет. У 51,4 % участников такая прививка отсутствует, а 32,9 % вообще не знают о существовании данной вакцины.

Анализ факторов, способных повысить готовность к вакцинации, показал, что наиболее значимым является рекомендация лечащего врача — её выбрали 71,4 % респондентов. На втором месте — предоставление подробной информации о вакцинах на понятном языке (61,4 %). Бесплатную вакцинацию назвали важным фактором 55,7 %, удобный график работы прививочных кабинетов — 48,6 %. При этом 21,4 % участников заявили, что они и так готовы к вакцинации, и лишь 8,6 % отметили, что являются противниками прививок.

Выводы: отношение к вакцинации у респондентов преимущественно позитивное: участники признают эффективность прививок, доверяют рекомендациям врача и выражают высокую потребность в более активном информировании со стороны медицинских работников.

Выявлен значительный разрыв между позитивным отношением к вакцинации и фактическим прививочным охватом. Только 52,9 % опрошенных прививались от гриппа в последние 5 лет, а охват пневмококковой вакцинацией составил лишь 15,7 %. Ключевым фактором, способным повысить готовность к вакцинации, является рекомендация лечащего врача, а также предоставление понятной информации о вакцинах.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ МАСКА ГИПОТИРЕОЗА

КОНОНОВА Мария Вячеславовна, ДОРОЩЕНКО Ангелина Андреевна,
ЗАКОВРЯШИНА Арина Сергеевна
Кафедра факультетской терапии и профпатологии им. проф. В.В. Сырнева
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Людмила Владимировна Квиткова

DERMATOLOGICAL MASK FOR HYPOTHYROIDISM

KONONOVA M.V., DOROSHCHENKO A.A., ZAKOVRYASHINA A.S.
Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Prof. V.V. Syrnev
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Professor L.V. Kvitkova

Резюме: Течение гипотиреоза может длительно проявляться поражением только кожи и ее придатков - дерматологическая маска, что является причиной несвоевременной диагностики и лечения гипотиреоза. Представлен клинический случай атипичного течения гипотиреоза: его дерматологическая маска.

Ключевые слова: гипотиреоз, дерматологическая маска, диагностика.

Abstract: The course of hypothyroidism may be manifested for a long time only by lesions of the skin and its appendages – a dermatological mask, which is the reason for delayed diagnosis and treatment of hypothyroidism. A clinical case of atypical course of hypothyroidism is presented: its dermatological mask.

Keywords: hypothyroidism, dermatological masks, diagnosis.

Введение. Распространенность первичного гипотиреоза среди населения достигает 4,6%. Течение заболевания в ряде случаев атипичное: длительное время проявляется поражением лишь кожи и ее придатков - дерматологическая маска гипотиреоза. Такой пациент годами посещает кабинеты косметолога, дерматолога без явного улучшения. Заболевание постепенно прогрессирует, поражая большинство органов и систем. Диагноз гипотиреоза выставляется с большим опозданием, когда в клинике имеют место тяжелые функциональные нарушения органов.

Цель: проанализировать данные литературы по атипичным формам гипотиреоза и клинический случай запоздалой диагностики дерматологической маски гипотиреоза.

Материал и методы. Поиск литературы осуществлялся в сети «Интернет» с использованием баз данных PubMed, Cyberleninka, Medscape, Cochrane Library и Google Scholar в библиотечном фонде Кузбасской научной медицинской библиотеки. А также описан клинический случай пациента с дерматологической маской гипотиреоза.

Результаты и обсуждения. Гипотиреоз оказывает негативное влияние на кожу и ее придатки, визуально создавая образ более старого, чем в действительности человека. В значительной мере это обусловлено нарушением всех обменных процессов, связанных с дефицитом тиреоидных гормонов (ТГ), накоплением каротина, мукополисахаридов, снижением перфузии кожи вследствие компенсаторной вазоконстрикции в ответ на уменьшение скорости термогенеза, замедлением синтеза коллагена. Свое влияние на обменные процессы ТГ оказывают путем взаимодействия с рецепторами, которые присутствуют во всех клетках организма, в том числе в клетках кожи, включая кератиноциты, фибробласты, клетки сальных желез, гладкомышечные и шванновские клетки. Дерматологические проявления гипотиреоза настолько значимые, что зачастую являются причиной тревожных и депрессивных состояний у пациента. Для гипотиреоза характерны выраженная сухость кожи с явлениями гиперкератоза; бледность, желтушность щек, ладоней, подошв; отечность лица и конечностей; выпадение волос везде, где они растут (ресницы, брови, волосистая часть головы); ломкость ногтей и замедление их роста. Другие проявления гипотиреоза могут отсутствовать годами, что является одной из причин запоздалой диагностики. Изменения кожи становятся поводом для бесконечных и неудачных обращений за помощью к дерматологам и косметологам. Приведенный клинический случай демонстрирует выше сказанное.

Клинический случай: пациентка Д., 41 год, госпитализирована с декомпенсированным гипотиреозом в эндокринологическое отделение. Жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при малейшей нагрузке, сонливость, зябкость, отечность лица и конечностей, выпадение волос, ломкость ногтей. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет беспокоили сухость, бледность, желтизна кожи; истончение и диффузное выпадение волос, бровей и ресниц; ломкость ногтей. Регулярно посещала дерматолога и косметолога без значимых результатов. В течение последнего года появились и прогрессировали слабость, зябкость, снижение памяти, плотные отеки на нижних конечностях, одышка при физической нагрузке и в покое. Длительно обследовалась у разных специалистов: терапевта, невролога, кардиолога. После посещения нефролога заподозрен гипотиреоз, подтвержденный высоким значением ТТГ - 15,8 мМЕ/л**.** Госпитализирована в эндокринологическое отделение.

Объективно: рост 166см, вес 78 кг, ИМТ 28,31 кг/м^2. Кожа бледная, с желтушным оттенком, сухая, гиперкератоз локтей и пяток. Очаговая алопеция на затылке и висках. Плотные отеки нижних конечностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД-17/мин.

Расширение границ сердца вправо, влево и вверх; верхушечный толчок не совпадает с левой границей относительной сердечной тупости, тоны сердца ритмичны, приглушенные, шумов нет. ЧСС 66 уд/мин, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Почки не пальпируются. ЩЖ не пальпируется. Диурез, стул в норме.

Результаты исследований: ОАК, ОАМ в пределах референсных значений; холестерин – 8,5 ммоль/л (повышен); ТТГ- 15,8 мЕд/л (повышен); свободный Т4 – 8,7 пмоль/л (низкий), свободный Т3 – 2,1 пмоль/л (низкий), АТ-ТПО -186 МЕ/мл (высокие). ЭКГ – синусовая брадикардия, снижение вольтажа зубцов, депрессия S-T, инверсия зубца Т. ЭхоКГ: признаки скопления жидкости в полости перикарда. Сократительная способность миокарда умеренно снижена. УЗИ ЩЖ: объем ЩЖ 2 $см^3$, эхогенность значительно снижена, эхоструктура диффузно неоднородная.

Диагноз: Хронический аутоиммунный тиреоидит, атрофический вариант. Гипотиреоз тяжёлой степени, стадия декомпенсации. Тиреогенная кардиомиодистрофия. Гидроперикард. ХСН IIА, ФК III.

Лечение: эутирокс 25 мкг с постепенным увеличением суточной дозы до 125 мкг. Через 3 месяца после начала терапии исчезли слабость, зябкость отечность, одышка в покое. Нормализовалось состояние кожи, улучшилось состояние ногтей и бровей, регрессировали признаки гидроперикарда. Уровень ТТГ нормализовался.

Данный случай демонстрирует, что изменения кожи и ее придатков в течение длительного времени были единственным проявлением гипотиреоза, его дерматологической маской. Отсутствие должной настороженности косметологов и дерматологов в плане гипотиреоза явились причиной запоздалой диагностики и несвоевременного лечения заболевания, диагноз которого был выставлен на стадии тяжелых нарушений сердечно-сосудистой системы.

Выводы: 1) Дерматологическая маска может быть единственным проявлением гипотиреоза в течение длительного времени.

2) У пациентов с поражением кожи и ее придатков показано определять уровень ТТГ, свободного Т4, свободного Т3, а также АТ-ТПО.

3) Отсутствие настороженности врачей в плане гипотиреоза приводит к запоздалой диагностике, прогрессированию заболевания с развитием функциональной недостаточности внутренних органов.

ОСВЕДОМЛЕНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХСН О ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

КОРОВИНА Софья Сергеевна, БУДКО Маргарита Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель, Кира Борисовна Мозес

PATIENTS WITH CHF ARE AWARE OF PALLIATIVE CARE

KOROVINA S. S., BUDKO M. A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: при анкетировании 29 пациентов с ХСН выявлено, что лишь 44,8% знают о паллиативной помощи и 20,7% — о способах ее получения, при высокой частоте симптомов

(одышка 96,6%, отеки 62,1%, тревога 51,7%). Полученные данные свидетельствуют о низкой информированности пациентов и необходимости активного внедрения паллиативных подходов в практику.

Ключевые слова: терминальная сердечная недостаточность, паллиативная помощь, паллиативные потребности, кардиоцентр, качество жизни.

Abstract: In a survey of 29 patients with CHF, only 44.8% were aware of palliative care, and 20.7% were aware of how to access it, despite the high frequency of symptoms (96.6% of patients reported shortness of breath, 62.1% reported swelling, and 51.7% reported anxiety). These findings highlight the low level of patient awareness and the need for active implementation of palliative approaches in clinical practice.

Keywords: terminal heart failure, palliative care, palliative needs, cardiac center, quality of life.

Введение. Сердечная недостаточность (СН) остается одной из главных причин госпитализаций и смертности во всем мире. Терминальная стадия СН (ФК IV) характеризуется крайне низким качеством жизни, выраженной одышкой, болевым синдромом и психоэмоциональными расстройствами. ГБУЗ «КККД» является ведущим специализированным центром Кузбасса, где получают помощь пациенты с тяжелыми формами сердечно-сосудистой патологии. Вместе с тем, паллиативные потребности данной категории пациентов остаются недостаточно изученными, а система паллиативной помощи в кардиологии находится на этапе становления.

Цель: изучить уровень осведомленности и потребности в паллиативной помощи у пациентов с ХСН.

Материал и методы. Проведено одноцентровое, одномоментное, наблюдательное исследование на базе ГБУЗ «КККД» им. академика Л.С. Барбараша, г. Кемерово. В исследовании приняли участие 29 пациентов с установленным диагнозом ХСН различных этиологий. Возраст пациентов не являлся критерием исключения. В качестве инструмента исследования использовалась разработанная авторами анкета, включавшая вопросы о социально-демографических данных (пол), характере и длительности основного заболевания, выраженности основных симптомов (одышка, отеки, боли в области сердца, тревога), осведомленности о паллиативной помощи и способах ее получения, а также о потребности в дополнительной поддержке (психологическая помощь, обучение родственников навыкам ухода, организация ухода на дому, помощь социального работника). Анкетирование проводилось анонимно, в письменной форме. Анализ данных проводился методами описательной статистики с использованием программного пакета Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. В исследовании приняли участие 29 пациентов с ХСН. Из них женщин — 62,1%, мужчин — 37,9%. Основные диагнозы распределились следующим образом: ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 31%, артериальная гипертензия (АГ) — 31%, дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — 38%. Длительность заболевания более 3 лет имели 62% пациентов, что указывает на значительную долю пациентов с прогрессирующим течением болезни. Анализ симптомов показал, что одышка беспокоит 96,6% пациентов, из них у 17,2% — в покое, у 51,7% — при минимальной нагрузке, у 27,6% — при обычной. Боли в области сердца периодически беспокоят 55,2% пациентов, постоянно — 10,3%. Отеки различной степени выраженности наблюдаются у 62,1% пациентов. Тревога и страх беспокоят 51,7% пациентов, что указывает на высокую психоэмоциональную нагрузку. Несмотря на это, 51,7% пациентов не нуждаются или

скорее не нуждаются в психологической поддержке, что может свидетельствовать о неполном осознании своих потребностей. Критически важным результатом является уровень осведомленности о паллиативной помощи: только 44,8% пациентов знают о ее существовании, 34,5% слышали, но не понимают сути, а 20,7% ничего о ней не знают. При этом о возможностях получения паллиативной помощи осведомлены лишь 20,7% пациентов, что является крайне низким показателем. Обращает на себя внимание, что среди 27,6% пациентов, уже состоящих на учете в паллиативной службе, 20,7% от всей выборки не знают о своем статусе. Это свидетельствует о существенном дефиците информации и недостаточной коммуникации между медицинскими работниками и пациентами. Потребность в организации ухода на дому после выписки отметили 41,4% пациентов, а обучении родственников навыкам ухода — 31%. В помощи социального работника нуждаются 34,5% пациентов.

Выводы: уровень осведомленности пациентов с ХСН о паллиативной помощи и способах ее получения крайне низок. Выявлена значительная потребность в обучении родственников навыкам ухода и организации ухода на дому. На амбулаторном этапе проводятся школы для пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Необходимо активное информирование пациентов и их родственников о наличии образовательных программ и активное направление пациентов на обучение.

ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕТОКСИЧЕСКИМ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

КОРОТКОВА Дарья Вадимовна, КОСТЕНКО Нина Андреевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

FEATURES OF DISPENSARY FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH NON-TOXIC NODULAR GOITER

KOROTKOVA D.V, KOSTENKO N.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Выполнен анализ соответствия проводимых мероприятий диспансерного наблюдения эндокринологом пациентов с нетоксическим узловым зобом действующей нормативной базе с акцентом на пациентов с TI-RADS 4.

Ключевые слова: нетоксический узловой зоб, диспансерное наблюдение, профилактика.

Abstract: An analysis was performed on the compliance of endocrinologist-led follow-up practices for patients with non-toxic nodular goiter with current regulatory frameworks, focusing on patients with TI-RADS 4.

Keywords: Non-toxic nodular goiter, dispensary observation, prevention.

Введение. Нетоксический узловой зоб – заболевание, характеризующееся диффузным или узловым увеличением щитовидной железы без нарушения ее функции. Среди клинически здоровой популяции при физикальном исследовании методом пальпации

щитовидная железа содержит узловые образования примерно у 3–5% лиц, тогда как посмертное гистологическое исследование выявляет наличие узелковых изменений у половины обследованных субъектов. Распространённость данного патологического состояния значительно возрастает в географически специфических зонах с дефицитом йода (до 10–40%) и в районах, подвергавшихся воздействию ионизирующего излучения. Частота встречаемости данной патологии имеет тенденцию увеличиваться с возрастом пациентов и является существенно большей среди женского пола по сравнению с мужским (соотношение около 1:10). При пальпации щитовидной железы в неэндемичных регионах узлы определяются приблизительно у 4–7% взрослых, в то время как ультразвуковое сканирование позволяет выявить такую патологию уже у 10–20% лиц. При наличии выраженного йододефицита данные показатели резко повышаются вплоть до уровня 40%. Систематическое наблюдение и контроль размеров узлов, регулярная оценка функционального состояния щитовидной железы, своевременное обнаружение патологических изменений согласно классификации TI-RADS являются необходимыми мероприятиями для принятия решения о проведении тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). Это позволяет предотвратить развитие поздних стадий рака щитовидной железы.

Цель: оценить выполнение программы диспансерного наблюдения за пациентами с диагнозом «нетоксический узловой зоб» в амбулаторно-поликлинических учреждениях в соответствие с действующей нормативной базой: приказ МЗ РФ N 168н от 2022 г. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Материал и методы: Проведено ретроспективное исследование с расчетом относительных показателей первичной медицинской документации пациентов с установленным диагнозом нетоксический узловой зоб одной из территориальных поликлиник г. Кемерово за период с 01.2025 г по 05.2026 г.

Оценка эффективности диспансерного наблюдения проводилась на основе следующих критериев: 1. Отсутствие структурных изменений ткани/ложа щитовидной железы по данным УЗИ; 2. Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (согласно клиническим рекомендациям); 3. Уровень кальцитонина в сыворотке крови при первичном обращении; 4. Отсутствие данных о злокачественных новообразованиях (ЗНО) по результатам пункционной биопсии с цитологическим или морфологическим исследованием; 5. Цитологическая/морфологическая повторная верификация при изменении признаков риска по данным УЗИ.

Результаты и обсуждения. На анализируемом территориальном участке, численностью 1566 человек, под диспансерным наблюдением эндокринолога с диагнозом «нетоксический узловой зоб» находится 31 пациент (2%), средний возраст которых составил 56 лет, из них 29 женщин и 2 мужчин. Распределение по УЗ классификации TI-RADS соответствовало: у 26 % пациентов TI-RADS 2, у 55% - TI-RADS 3, у 19% TI-RADS 4. При диспансерном наблюдении в поликлинике, всем пациентам было выполнено УЗИ щитовидной железы, определение уровня ТТГ и кальцитонина, 1 раз в год 81%. Лабораторный контроль 2 раза в год проведен у 19%- с TI-RADS 4.

Особого внимания заслуживают 6 клинических случаев с TI-RADS 4. Анализ анамнестических и морфологических данных у 6 пациентов с TI-RADS 4 показал:1. У 5 из 6 пациентов стаж заболевания нетоксическим узловым зобом составил более 10 лет. У данной категории пациентов категория TI-RADS 4 была зафиксирована не на ранних сроках заболевания, а спустя годы наблюдения, в ходе которых отмечалось постепенное увеличение узлов и ухудшение их ультразвуковой структуры. 2. У половины пациентов (3

из 6) по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии верифицирован коллоидный зоб, не требующий радикального хирургического лечения. У другой половины (3 из 6) цитологически подтверждено злокачественное новообразование щитовидной железы, что потребовало проведения тиреоидэктомии.3. Важно отметить, что у всех пациентов данной подгруппы контрольные УЗИ и гормональные исследования проводились строго в установленные сроки в соответствии с Приказом Минздрава № 168н о диспансерном наблюдении, что позволило своевременно зафиксировать переход узлов в более высокую категорию риска и выполнить ТАБ на дооперационном этапе.

При выявлении следующих показаний пациенты направлялись на консультацию врача-онколога: 1. Категория TI-RADS ≥ 4 и/или наличие атипии клеток по результатам цитологического исследования пунктата (категория Bethesda ≥ III). 2. Повышение уровня кальцитонина крови: у женщин — более 10 пг/мл, у мужчин — более 15 пг/мл.

Выводы: диспансерное наблюдение пациентов с нетоксическим узловым зобом анализируемой группы осуществляется в соответствии с действующей нормативной базой и соблюдения протоколов позволяет минимизировать риск поздней диагностики рака щитовидной железы. Существующий алгоритм наблюдения, включающий регулярный контроль ТТГ, кальцитонина и ультразвуковую визуализацию, охватывает как функциональную оценку органа, так и морфологический онкологический поиск на ранних этапах.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

КОРУСЕНКО Иван Олегович, МУХАМЕДЖАНОВА Софья Вадимовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

TELEMEDICINE IN OUTPATIENT PRACTICE: OPPORTUNITIES AND LIMITATIONS

KORUSENKO I.O., MUKHAMEDZHANOVA S.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Использование телемедицинских технологий способствует расширению возможностей наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями, а также повышает доступность медицинской помощи для лиц, ограниченных в передвижении. Проведён опрос среди молодых людей для оценки отношения к использованию и перспективах к дальнейшему применению телемедицины в медицинской практике.

Ключевые слова: телемедицина, цифровые технологии, здравохранение, пациент.

Abstract: Telemedicine has gained particular importance in recent years due to the need for remote interaction between a doctor and a patient. The use of telemedicine technologies helps to expand the possibilities of monitoring patients with chronic diseases, as well as increases the availability of medical care for people with limited mobility. At the same time, telemedicine has a number of limitations. A survey was conducted among young people to assess their attitudes towards the use and prospects for further application of telemedicine in medical practice.

Keywords: telemedicine, digital technologies, healthcare, patient.

Введение. Особое значение телемедицина приобрела в последние годы в связи с необходимостью дистанционного взаимодействия врача и пациента. В амбулаторной практике телемедицина позволяет оптимизировать взаимодействие врача и пациента, сократить время ожидания приёма. Внедрение телемедицинских услуг сопровождается рядом проблем, включая ограниченные возможности клинического осмотра, вопросы точности диагностики и уровень доверия пациентов. Молодёжь является наиболее активным пользователем цифровых технологий. Оценка их опыта, ожиданий и опасений позволяет определить перспективы дальнейшего внедрения телемедицинских технологий в амбулаторную практику.

Цель: изучить отношение лиц 18–25 лет к телемедицине в амбулаторной практике, а также оценить её возможности и ограничения.

Материал и методы. Проведён анализ литературы, по ключевым словам: «телемедицина», «цифровые технологии», «здравохранение», «пациент» и составлена анкета, включающая следующие вопросы: Пол и возраст респондентов; Осведомленность про возможность онлайн-консультаций с врачом (Да/Нет/Слышала, но не разбираюсь); Использование телемедицины (Да, неоднократно/Да, один раз/ Нет); Формы телемедицины (Онлайн-консультация/Чат с врачом/Медицинские приложения/Не использовал(а)); Причины обращения к телемедицине* (Консультация по симптомам/Повторный прием/Расшифровка анализов/Экономия времени/Не использовал(а)); Удовлетворенность телемедицинскими услугами (Полностью/Частично/Не удовлетворен(а)/Не пользовался); Эффективна ли телемедицина (Да/Нет/Частично); Оправдана ли телемедицина* (Легкие заболевания/Контроль хронических болезней/Повторные консультации/Экстренные состояния/Не подходит ни в каких); Ограничения *(Отсутствие осмотра/ Риск неправильного диагноза/Технические проблемы/Недостаток доверия к врачу/Не вижу ограничений); Безопасна ли телемедицина (Да/Нет/Затрудняюсь ответить); Желание использовать телемедицину чаще (Да/Нет/Затрудняюсь ответить); Предпочтения к обращению к врачу (Только очно/Чаще очно, иногда онлайн/Чаще онлайн/Только онлайн).

* - множественный выбор.

Результаты и обсуждения.

- Было опрошено 52 человека в возрасте 18–25 лет, из них 69% женщины, 31% мужчины.
- Средний возраст: 23 года.

Большинство респондентов (69%) знакомы с понятием телемедицины, однако 31% слышали о ней, но не обладают достаточным уровнем знаний. Большинство респондентов (77%) не имеют опыта использования телемедицинских услуг, 15% использовали их неоднократно, а 8% — однократно. Лишь 19 % респондентов использовали формат чата с врачом, тогда как большинство (81%) не имеют опыта использования телемедицинских технологий. Онлайн-консультации и медицинские приложения среди опрошенных не использовались.

Основными причинами обращения к телемедицине являются консультации по симптомам и расшифровка анализов (16%). Реже респонденты используют телемедицину для повторных приёмов и экономии времени (8%). При этом большинство (76%) не имеют опыта использования телемедицинских услуг. Среди пользователей 16% полностью удовлетворены качеством оказанной помощи, 8% — частично удовлетворены, при этом неудовлетворённых не выявлено.

Более половины респондентов (54%) считают телемедицину эффективной, тогда как 46% оценивают её эффективность как частичную.

Телемедицина наиболее оправдана при контроле хронических заболеваний и повторных консультациях (по 61%). Также она применяется при лёгких заболеваниях (46%). Часть опрошенных допускает её использование в экстренных ситуациях (30%), тогда как 7% считают, что телемедицина не подходит ни в каких случаях.

Основными ограничениями телемедицины респонденты считают отсутствие очного осмотра (92%), риск постановки неправильного диагноза (61%) и технические проблемы (53%). Недостаток доверия к врачу не отмечался, а 10% участников не видят ограничений в использовании телемедицины. 44% респондентов считают телемедицину безопасной, столько же затрудняются с ответом, и 12% полагают, что телемедицина небезопасна. 38% респондентов хотели бы чаще использовать телемедицину, столько же затрудняются с ответом, и 24% не заинтересованы в её частом использовании. Большинство респондентов (65%) предпочитают обращаться к врачу чаще очно, иногда используя онлайн-консультации. 23% выбрали вариант «только онлайн», 12% — «только очно», а вариант «чаще онлайн» не был выбран.

Выводы:

1.Большинство респондентов осведомлены о телемедицине и выбирают основным инструментом чаты с врачом.

2.Большинство респондентов считают телемедицину эффективной и используют ее для контроля хронических заболеваний и повторных консультаций.

3.Основными ограничениями, которые выделяют респонденты, являются: отсутствие очного осмотра, риск постановки неправильного диагноза.

4.Желание чаще использовать телемедицину проявляют 38% респондентов, предпочитая комбинированный формат обращения к врачу — чаще очно, иногда онлайн.

Телемедицина развивается как эффективный инструмент амбулаторной практики, который позволяет контролировать хронические заболевания, проводить дистанционные консультации и частично экономить время пациентов.

САМОДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТА НА ОСНОВЕ ИНТЕРНЕТ-ИСТОЧНИКОВ: ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ МЯГКОЙ КОРРЕКЦИИ

КОЧЕРОВА Полина Вячеславовна, СУВОРОВА Елизавета Евгеньевна
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

SELF-DIAGNOSIS OF THE PATIENT BASED ON ONLINE SOURCES: DEONTOLOGICAL TECHNIQUES OF MILD CORRECTION

KOCHEROVA P.V., SUVOROVA E.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Пациенты всё чаще приходят на приём с собственным интернет-диагнозом, что создаёт риск конфликта мнений. На основе анализа двух научных публикаций (2023, 2025 гг.) систематизированы деонтологические приёмы мягкой коррекции. Показано, что

применение этих техник не требует значительных временных затрат и может быть интегрировано в стандартный клинический приём.

Ключевые слова: медицинская деонтология, интернет-самодиагностика, мягкая коррекция, коммуникативные техники, конфликтная ситуация.

Abstract: Patients are increasingly coming to an appointment with their own online diagnosis, which creates the risk of a conflict of opinion. Based on the analysis of two scientific publications (2023, 2025), the deontological methods of mild correction are systematized. It has been shown that the use of these techniques does not require significant time and can be integrated into standard clinical practice.

Keywords: medical deontology, internet self-diagnosis, gentle correction, communication techniques, conflict situation.

Введение. Доступность медицинской информации в интернете привела к тому, что большая часть пациентов приходят к врачу с уже сформированной гипотезой о своей болезни. Согласно данным зарубежных исследований, до 70% пользователей сети хотя бы раз обращались к интернету для уточнения симптомов заболеваний. В российской практике эта цифра также высока, особенно среди пациентов молодого и среднего возраста.

Появился феномен «пациент с интернет-диагнозом». С одной стороны, это свидетельствует о высокой вовлечённости пациента в заботу о своём здоровье. С другой стороны, интернет-информация часто бывает неполной, устаревшей, непроверенной или откровенно ошибочной. Это порождает риск расхождения между мнением врача и убеждениями пациента, возникает конфликтная ситуация, снижается доверие «врач-пациент» и ухудшается приверженность лечению.

Возникает запрос на деонтологические техники, позволяющие мягко корректировать заблуждения пациента.

Цель: на основе анализа современных научных публикаций выделить и описать деонтологические приёмы мягкой коррекции ошибочных интернет-диагнозов пациентов.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор двух рецензируемых научных статей, опубликованных в 2023, 2025 гг.: Орлова О.С., Алексина Н.В. Современные проблемы медицинской этики и деонтологии // Клинический вестник ФМБЦ им. А.И. Бурназяна. 2023. №3. С. 14–17. DOI: 10.33266/2782-6430-2023-3-14-17. и Sai V.H., Haritha C., Shankar V. Dr Google v Dr Real: Is it unethical to dismiss patients who self-diagnose? // Indian Journal of Medical Ethics. Published online first: October 23, 2025. DOI: 10.20529/IJME.2025.079.

Метод – аналитическое обобщение с выделением практических коммуникативных приёмов, их классификацией и описанием.

Результаты и обсуждения. В статье Орловой и Алексиной подчёркивается, что цифровизация медицины является одним из главных вызовов для традиционной медицинской этики и деонтологии. Врач уже не может рассматриваться как единственный авторитетный источник знаний о болезни. Пациент становится активным участником лечебного процесса, что требует пересмотра норм взаимодействия. Это положение напрямую обосновывает актуальность поиска новых деонтологических приёмов.

В статье Sai et al. На клиническом примере (пациентка с эндометриозом, чьи жалобы длительно отвергались) показано, что прямое отвержение интерпретации пациента создаёт риск конфликта. Авторы предлагают коммуникативные стратегии, направленные на сотрудничество. На их основе выделены следующие деонтологические техники.

Техника 1: включение в диалог.

Первым шагом должно стать приглашение к разговору. Вместо того чтобы сразу опровергать или игнорировать утверждения пациента, врач задаёт открытый вопрос: «Расскажите, пожалуйста, что вы узнали о своей проблеме?» или «Что именно в интернете привлекло ваше внимание?».

Эта техника выполняет несколько функций. Во-первых, она даёт пациенту возможность высказаться, что снижает его эмоциональное напряжение. Во-вторых, врач получает ценную информацию о том, с какими именно источниками столкнулся пациент, какие конкретно симптомы его беспокоят, к каким выводам он пришёл. В-третьих, сам факт того, что врач заинтересованно слушает, создаёт доверие и переводит потенциальный конфликт в плоскость совместного исследования.

Техника 2: признание активности пациента.

После того как пациент изложил свою версию, важно не критиковать её, а отметить положительную сторону его поведения. Фраза «Я вижу, вы серьёзно относитесь к своему здоровью, это очень важно» или «Вы проделали большую работу, изучая своё состояние» выполняет функцию поддержки.

Признание его усилий (даже если выводы ошибочны) снижает защитную реакцию и открывает путь к дальнейшему обсуждению.

Техника 3: мягкое уточнение.

Это центральная техника собственно коррекции. Вместо категоричного «Вы неправы» или «Интернет врёт» врач использует формулировки, которые указывают на расхождение между интерпретацией пациента и объективными данными - «Я понимаю, почему можно так подумать, давайте посмотрим на результаты ваших анализов»; «В интернете часто описывают типичные случаи, а у вас есть некоторые особенности, давайте разберём их вместе»; «Вы верно подметили один из симптомов, но полная картина говорит о другом».

Врач предлагает совместно рассмотреть факты, вовлекает пациента в лечебный процесс.

Техника 4: совместный разбор информации.

Техника совместного разбора заключается в том, что врач и пациент вместе анализируют конкретные утверждения из интернет-источника.

Например, «Давайте посмотрим на эту статью. Здесь написано, что данный симптом встречается в 90% случаев. Но в нашем руководстве указано, что это характерно только для острой фазы, а у вас уже хроническое течение – видите разницу?»

Такой подход занимает немного больше времени, но он эффективно устраняет недопонимание и демонстрирует пациенту, что его источник был рассмотрен всерьёз, а не отвергнут. Это укрепляет авторитет врача как компетентного специалиста.

Техника 5: направление к надёжным источникам.

Полный запрет на самостоятельный поиск информации обычно не работает и только усиливает недоверие. Вместо этого врач рекомендует пациенту проверенные, профессиональные ресурсы (государственные порталы, сайты профильных медицинских обществ, утверждённые клинические рекомендации).

Фразу можно сформулировать так: «Если вы хотите дальше изучать этот вопрос, лучше всего опираться на вот такие источники. Здесь информация более точная и современная». Эта техника не только корректирует поведение пациента в будущем, но и показывает заботу о его безопасности.

Техника 6: совместное принятие решений.

Завершающий этап мягкой коррекции – выработка плана действий, в котором учтено

мнение пациента. Врач не просто назначает лечение, а обсуждает его с пациентом: «На основе осмотра и анализов я предлагаю такой подход. Что вы думаете? Есть ли у вас вопросы или сомнения?».

Такой стиль принятия решений повышает приверженность лечению, поскольку пациент чувствует себя не объектом манипуляций, а полноправным участником. Это также снижает вероятность того, что он уйдёт от врача и продолжит бесконтрольный поиск в интернете.

Важным дополнением к техникам является понимание двух разных ситуаций. Первая – конструктивная самодиагностика: пациент спокойно интересуется, хочет разобраться, готов слушать врача. Вторая – так называемая киберхондрия: тревожный, навязчивый поиск с многократными проверками симптомов, эскалацией страха. Как отмечают Sai et al., во втором случае требуются не только коррекционные техники, но и элементы психологической поддержки, иногда – направление к специалисту (психотерапевту). Однако в обеих ситуациях прямое отвержение нецелесообразно.

Выводы: таким образом интернет-самодиагностика – это объективная реальность, создающая риск конфликта, ухудшает доверие пациента к врачу и снижает приверженность лечению. В такой ситуации врачу требуется использовать техники «мягкой коррекции», такие как: включение в диалог, признание активности пациента, мягкое уточнение, совместный разбор информации, направление к надёжным источникам, совместное принятие решений. Применение этих техник требует минимальных временных затрат (1-2 минуты) и может быть интегрировано в стандартный амбулаторный приём.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ

КРАВЧЕНКО Александра Сергеевна, МАЛАНОВА Вероника Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

ASSESSMENT OF PATIENTS' AWARENESS OF HYPERLIPIDEMIA PREVENTION

KRAVCHENKO A. S., MALANOVA V. A
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: в данной статье рассматривается роль просветительской работы среди пациентов, как одного из важных аспектов профилактики неинфекционных заболеваний на примере гиперлипидемии.

Ключевые слова: просветительская работа, профилактика, гиперлипидемия, холестерин, статины, осведомленность пациентов, опросник, неинфекционные заболевания.

Abstract: This article discusses the role of patient education as one of the key aspects of non-communicable disease prevention, using hyperlipidemia as an example.

Keywords: awareness-raising, prevention, hyperlipidemia, cholesterol, statins, patient awareness, questionnaire, non-communicable diseases (NCDs).

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — основная причина смерти и инвалидности во всем мире. Рост заболеваемости связан с распространением модифицируемых факторов риска: курения, ожирения, гипертонии и диабета. Ключевой механизм развития ССЗ, особенно ишемической болезни сердца (ИБС), занимающей лидирующую позицию в структуре ССЗ, — атеросклероз коронарных артерий, вызванный нарушением липидного обмена.

До 47% всех смертей в России связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), причиной которых в большинстве случаев является атеросклероз. По оценкам Эндокринологического научного центра Минздрава, около 60% взрослого населения России имеют повышенный уровень общего холестерина. Это соответствует более 70 млн человек.

Просветительская работа среди населения – один из важнейших аспектов профилактики неинфекционных заболеваний в современном мире, в том числе и гиперлипидемии. Ее проблема актуальна в связи с малой осведомленностью пациентов о факторах риска возникновения заболеваний, методах их профилактирования, а также распространенностью огромного количества мифов, связанных с применением лекарственных средств и т.д.

Цель: оценить осведомленность пациентов о профилактике гиперлипидемии и провести просветительскую работу среди пациентов поликлиники.

Материал и методы. В ходе работы использована комплексная методика, включающая опрос, анализ, синтез и индукцию.

Материалом исследования послужили ответы 15 пациентов поликлиники №3 ГАУЗ «ККДЦ им. И.А. Колпинского»

Результаты и обсуждения. Современные исследования подтверждают многофакторную природу гиперлипидемии, где немодифицируемые и модифицируемые факторы тесно связаны. Наиболее актуальными из них являются:

1. Генетическая предрасположенность. Наследственные дислипидемии, такие как семейная гиперхолестеринемия, существенно повышают риск раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

2. Диета. Исследования подтверждают, что замена насыщенных жиров (животные жиры и т.д.) на полиненасыщенные (рыба, орехи и т.д.) и мононенасыщенные (оливковое масло, авокадо) приводит к значимому снижению ЛПНП. Особую опасность представляют транс-жиры, которые не только повышают ЛПНП, но и снижают уровень ЛПВП.

3. Гиподинамия. Регулярная аэробная физическая нагрузка (150 минут в неделю), согласно современным рекомендациям, способна повысить уровень ЛПВП на 5-10%, оказывая положительный эффект даже при неизменной массе тела.

4. Курение. Никотин и другие компоненты табачного дыма повреждают эндотелий сосудов, способствуют окислению ЛПНП, что ускоряет формирование атеросклеротических бляшек. Прекращение курения приводит к быстрому улучшению липидного профиля, в частности, к росту уровня ЛПВП.

5. Избыточная масса тела и ожирение, особенно висцеральное, тесно связаны с инсулинорезистентностью и развитием атерогенной дислипидемии: высокий уровень триглицеридов, мелких плотных частиц ЛПНП и низкий уровень ЛПВП. Снижение массы тела даже на 5-10% от исходной значимо улучшает эти показатели.

Таким образом, данные современной литературы подчеркивают, что наиболее эффективная профилактика гиперлипидемии должна быть комплексной и направленной на

коррекцию всех модифицируемых факторов риска, прежде всего — диеты, физической активности и курения. Просветительская работа, учитывающая эти данные, может существенно повысить свою эффективность в формировании у пациентов осознанного подхода к управлению своим здоровьем.

В ходе прохождения практики на базе поликлиники №3 ГАУЗ «ККДЦ им. И.А. Колпинского» пациентам терапевтического отделения был представлен опросник «Что вы знаете о холестерине и статинах?», составленный на основании актуальных жалоб и вопросов пациентов по данной теме.

Ответы пациентов были проанализированы и на основании данных ответов была составлена статистическая сводка.

За весь период исследования было опрошено пятнадцать пациентов терапевтического отделения в возрастном диапазоне от 23 до 77 лет, с разным уровнем осведомленности по заявленной теме опросника.

Выяснено, что всем опрошенным когда-либо определялся уровень холестерина в крови, но только пять из них помнят результат своего последнего исследования.

Только три пациента по итогам опроса имели представление о различиях между «плохим» и «хорошим» холестерином, его функциях, как положительных, так и отрицательных и влиянии уровня «плохого» холестерина на организм в целом и отдельные его системы.

Трое опрошенных имели представление о факторах риска, приводящих к повышению уровня холестерина.

Пятеро больных частично имели представление о профилактике повышения уровня холестерина, специализированной диете и модернизации образа жизни, и всего двое опрошенных знали о надобности и эффективности применения медикаментозной терапии статинами.

Анализ опроса пациентов показал низкую осведомленность пациентов терапевтического отделения поликлинике о проблемах гиперлипидемии, возможностях профилактики данного состояния и применении медикаментозной терапии для предотвращения развития различных неинфекционных заболеваний, к которым может приводить данное состояние.

В качестве просветительской работы с населением по данной теме была составлена и распространена среди пациентов памятка по профилактике гиперлипидемии, включающая в себя информацию о вреде и пользе холестерина, различиях форм триглицеридов, влиянии повышенного уровня холестерина на организм, факторах риска повышения уровня холестерина, «противохолестериновой» диете, составляющей часть профилактики данного состояния, и пользе медикаментозной терапии статинами.

Выводы: начинать проведение просветительской работы среди населения надо на начальных этапах, включая диспансеризацию и ежегодные медицинские осмотры у терапевта, снижая уровень неосведомленности пациентов о важнейших принципах профилактики различных состояний и заболеваний.

Внедрение опросников для оценки уровня осведомленности население и составление памяток, и проведение профилактических, разъяснительных бесед помогут снизить уровень неосведомлённости пациентов и повысить качество медицинской помощи.

РОЛЬ ШКОЛ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОКОНТРОЛЯ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ

КРИНИЦЫНА Ксения Сергеевна, ЛОБОДА Ксения Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

THE ROLE OF SCHOOLS FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN IMPROVING SELF-MONITORING AND SECONDARY PREVENTION OF COMPLICATIONS

KRINITSYNA K.S., LOBODA K.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: В работе рассматривается роль школ для пациентов с сахарным диабетом 2 типа в формировании навыков самоконтроля, повышении приверженности лечению и профилактике осложнений.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, школа диабета, самоконтроль, приверженность лечению, вторичная профилактика.

Abstract: This paper examines the role of schools for patients with type 2 diabetes mellitus in developing self-monitoring skills, improving treatment adherence, and preventing complications.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, diabetes school, self-monitoring, treatment adherence, secondary prevention.

Введение. Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современной медицины, требующей длительного диспансерного наблюдения, постоянного самоконтроля и активного участия пациента в лечении. По данным Федерального регистра сахарного диабета, на 1 января 2025 г. в Российской Федерации на диспансерном учёте состояло 5,19 млн. пациентов с сахарным диабетом, большинство — пациенты с сахарным диабетом 2 типа.

Согласно клиническим рекомендациям Минздрава Российской Федерации, ведение пациентов с сахарным диабетом 2 типа включает не только медикаментозную терапию, но и обучение правилам питания, физической активности, контроле гликемии, действиях при гипо- и гипергликемии.

В связи с этим особое значение приобретают школы для пациентов с сахарным диабетом, направленные на формирование практических навыков самоконтроля и профилактику вторичных осложнений. Изучение роли школ диабета в условиях первичной медико-санитарной помощи является актуальным направлением совершенствования амбулаторного ведения пациентов.

Цель: оценить значение школ для пациентов с сахарным диабетом 2 типа, как инструмента формирования навыков самоконтроля, повышения приверженности лечению и вторичной профилактики осложнений.

Материал и методы. В ходе работы проведен анализ научной литературы и нормативно-клинических источников, посвящённых роли школ для пациентов с сахарным

диабетом 2 типа в повышении эффективности самоконтроля и вторичной профилактике осложнений. Поиск информации осуществлялся за период 2021–2026 гг. в базах данных PubMed, eLibrary, КиберЛенинка, а также среди клинических рекомендаций Минздрава Российской Федерации и алгоритмов специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Проанализировано 17 источников.

Дополнительно проведено анонимное онлайн-анкетирование 35 пациентов с сахарным диабетом 2 типа с использованием Google Forms. Анкета включала вопросы об информированности пациентов о школах сахарного диабета, прохождении обучения, навыках самоконтроля, контроле гликемии, распознавании гипо- и гипергликемии, питании и профилактике осложнений.

Для сравнительного анализа респонденты были разделены на две группы: основную - пациенты, проходившие обучение в школе сахарного диабета (n=11), и контрольную - пациенты, не проходившие обучение либо не знавшие о его существовании (n=24). Полученные данные были систематизированы и обработаны в Microsoft Excel. Для оценки достоверности различий между группами использовали точный критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Анализ клинических рекомендаций Минздрава Российской Федерации по сахарному диабету 2 типа у взрослых, алгоритмов специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом и публикаций, посвящённых терапевтическому обучению, показал, что школа диабета является важной частью комплексного лечения на амбулаторном этапе. Её практическое значение заключается не только в информировании пациента о заболевании, но и в формировании навыков самоконтроля: контроля уровня глюкозы крови, ведения дневника, распознавания признаков гипо- и гипергликемии, соблюдения принципов питания, правильного приёма сахароснижающих препаратов, ухода за стопами и своевременного прохождения обследований для выявления осложнений.

По результатам анкетирования обучение в школе сахарного диабета проходили 11 респондентов (31,4%). Среди 24 пациентов, не проходивших обучение, 10 человек (28,6%) знали о существовании школы сахарного диабета, но не проходили обучение, а 14 человек (40,0%) не знали о её существовании. Таким образом, 68,6% респондентов не были охвачены данной формой терапевтического обучения.

Среди обученных пациентов регулярное ведение дневника самоконтроля отмечалось у 63,6%, среди необученных - 16,7% ($p=0,015$). Целевые значения глюкозы крови знали 81,8% обученных и лишь 12,5% необученных пациентов ($p < 0,001$). Ежедневный контроль уровня глюкозы также чаще отмечался среди пациентов, проходивших школу диабета: 54,5% в основной против 8,3% в контрольной группе ($p=0,006$).

Признаки гипогликемии и порядок действий при её возникновении знали 81,8% обученных пациентов и лишь 25,0% необученных ($p=0,003$). Признаки гипергликемии и порядок действий знали 90,9% обученных и 20,8% необученных респондентов ($p < 0,001$).

Обученные пациенты также были более осведомлены о возможных осложнениях сахарного диабета, чаще указывали поражение глаз — 90,9% против 50,0% ($p=0,027$) и сердечно-сосудистые осложнения — 81,8% против 41,7% ($p=0,035$). Среди необученных пациентов 20,8% не смогли назвать ни одного осложнения сахарного диабета.

Полученные данные свидетельствуют о низкой информированности части пациентов о существовании школ сахарного диабета и недостаточном охвате терапевтическим обучением. При этом пациенты, проходившие школу диабета, чаще обладали знаниями и практическими навыками, необходимыми для самоконтроля заболевания и профилактики

осложнений. Это позволяет рассматривать школу диабета как значимый элемент амбулаторного ведения пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Выводы: школы для пациентов с сахарным диабетом 2 типа являются важным компонентом амбулаторного ведения и могут рассматриваться как инструмент формирования навыков самоконтроля, повышения приверженности лечению и вторичной профилактики осложнений. По результатам онлайн-анкетирования выявлен недостаточный охват пациентов терапевтическим обучением: 68,6% респондентов не проходили школу сахарного диабета или не знали о её существовании. Пациенты, проходившие обучение, чаще вели дневник самоконтроля, знали целевые значения глюкозы, регулярно контролировали уровень гликемии, были осведомлены о признаках гипогликемии и гипергликемии. Полученные результаты подтверждают необходимость расширения охвата пациентов структурированным терапевтическим обучением. Для этого целесообразно активнее информировать пациентов о возможности прохождения школы сахарного диабета непосредственно на амбулаторном приёме, включать направление на обучение в алгоритм диспансерного наблюдения, использовать информационные материалы в медицинских организациях, а также развивать дистанционные формы обучения для пациентов, которым затруднительно посещать очные занятия. Реализация данных мер может способствовать повышению доступности школ сахарного диабета, вовлечённости пациентов в самоконтроль и эффективности профилактики осложнений заболевания.

КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

КУЗНЕЦОВА Екатерина Владимировна, ЗАЙЦЕВА Татьяна Юрьевна,
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

CARDIAC REHABILITATION IN A PATIENT WITH CHRONIC HEART FAILURE: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

ZAITSEVA T.Y., KUZNETSOVA E.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Представлен клинический случай мультидисциплинарной кардиореабилитации у пациента с тяжелой хронической сердечной недостаточностью после трансплантации сердца. Программа реабилитации включала дозированные физические тренировки, психологическую и нутритивную поддержку под контролем кардиолога, реабилитолога, врача лечебной физической культуры, психолога и диетолога. Через 12 недель отмечено достоверное улучшение толерантности к нагрузке, пикового потребления кислорода и качества жизни.

Ключевые слова: кардиореабилитация, сердечная недостаточность, мультидисциплинарный подход, качество жизни.

Abstract: A clinical case of multidisciplinary cardiac rehabilitation in a patient with severe heart failure after heart transplantation is presented. The program included dosed physical training, psychological and nutritional support under the supervision of a cardiologist,

rehabilitation specialist, physical therapist, psychologist, and dietitian. After 12 weeks, significant improvement in exercise tolerance, peak oxygen consumption, and quality of life was noted

Keywords: cardiac rehabilitation, heart failure, multidisciplinary approach, quality of life.

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается ведущей причиной госпитализации и смертности, несмотря на достижения фармакотерапии. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (2023), кардиореабилитация с мультидисциплинарным подходом является рекомендацией класса I уровня A для пациентов со стабильной ХСН. Систематический обзор Molloy CD., Long L. «Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure» показал снижение риска смерти на 25% при включении пациентов в реабилитационные программы.

Цель: продемонстрировать эффективность и безопасность мультидисциплинарной кардиореабилитации у пациента с тяжелой ХСН на примере клинического наблюдения и сопоставить полученные результаты с данными современной доказательной базы.

Материал и методы. Проведен анализ клинического случая пациента с ХСН IV ФК (NYHA), включенного в программу кардиореабилитации после трансплантации сердца. Программа построена на принципах рекомендаций ESC 2023. Фаза I (стационарная) включала раннюю мобилизацию, дыхательную гимнастику, обучение самоконтролю, нутритивную и психологическую поддержку. Фаза II (амбулаторная) — индивидуально дозированные аэробные и резистивные тренировки, когнитивно-поведенческую терапию, коррекцию факторов риска. Оценка эффективности: тест 6-минутной ходьбы (6МХ), пиковое потребление кислорода (VO_2 пик.), ФВ ЛЖ, опросник SF-36. Так же проведен анализ следующих литературных источников: рекомендациям Европейского общества кардиологов (2023), Кутузова А.Э. «Комплексная реабилитация больных хронической сердечной недостаточностью» (2013), мета – анализ Cochrane: Molloy CD., Long L. «Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure» (2023).

Результаты и обсуждения. Клинический случай: Пациент К., 53 года, поступил с диагнозом: «Дилатационная кардиомиопатия. Хроническая сердечная недостаточность IV ФК (NYHA). Фракция выброса ЛЖ 24%. Желудочковые нарушения ритма». В анамнезе — неэффективность медикаментозной терапии на амбулаторном лечении.

В связи с прогрессированием ХСН пациенту имплантирован вспомогательный аппарат левого желудочка в режиме «мост к трансплантации». Через 7 месяцев выполнена ортотопическая трансплантация сердца.

На первом, стационарном этапе, применен мультидисциплинарный подход. Кардиолог и реабилитолог осуществляли коррекцию иммуносупрессивной терапии, контроль гемодинамики и подбор нагрузки по формуле Карвонена (40–55% от резерва ЧСС). Врач ЛФК проводил занятия, начиная с дыхательной гимнастики и пассивных движений, с постепенным переходом к активным упражнениям, ходьбе, занятиям на велотренажере и силовым упражнениям с эспандерами продолжительностью 20–45 минут за сессию под контролем ЭКГ. Помимо этого, лечащий врач проводил обучение пациента самоконтролю (ежедневное взвешивание, измерение АД, оценка симптомов) и вопросам приема лекарственной терапии — ежедневно в стационаре и с телефонным сопровождением после выписки.

На амбулаторном этапе клинический психолог осуществлял когнитивно-поведенческую терапию тревоги и депрессии, проводил мотивационное интервьюирование один раз в неделю в индивидуальном формате. Диетолог обеспечивал коррекцию

нутритивного статуса с ограничением поваренной соли до менее 3 г/сут и оптимизацией потребления белка до 1,1–1,3 г/кг массы тела.

Результаты реабилитации через 12 недель программы продемонстрировали достоверную положительную динамику. Фракция выброса левого желудочка стабилизировалась на уровне 58% после трансплантации (исходно 24%). Пиковое потребление кислорода (VO_2 peak) увеличилось с 17,24 до 22,29 мл/кг/мин, что составляет прирост 29,3%. Дистанция в тесте 6-минутной ходьбы увеличилась с 280 до 415 метров (прирост 48,2%). Показатели качества жизни по опроснику SF-36 достоверно улучшились: физический компонент вырос с 29,5 до 53,3 балла (прирост 80,7%), психологический компонент — с 31,2 до 58,1 балла (прирост 86,2%).

За весь период реабилитации не зарегистрировано эпизодов нестабильной гемодинамики, жизнеугрожающих аритмий, отторжения трансплантата или других осложнений, связанных с физической нагрузкой, что подтверждает безопасность примененного протокола.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует, что мультидисциплинарная кардиореабилитация, инициированная в раннем постоперационном периоде и продолженная на амбулаторном этапе, позволяет достичь значимого улучшения функционального статуса и качества жизни даже у пациентов с исходно тяжелой ХСН.

Полученные результаты согласуются с данными масштабного мета-анализа Cochrane (2023), показавшего снижение риска госпитализаций по поводу ХСН на 39% при включении пациентов в реабилитационные программы. Важно отметить, что в нашем наблюдении ключевую роль сыграла именно мультидисциплинарность: психологическая поддержка позволила преодолеть страх перед физической активностью, а нутритивное сопровождение — оптимизировать мышечную массу, что критически важно для переносимости нагрузок.

Отечественные данные также подтверждают эффективность комплексного подхода: в исследовании Кутузовой А.Э. (2013) у 288 пациентов с ХСН включение в реабилитационную программу психолога и диетолога повысило приверженность к терапии на 22% и улучшило показатели теста 6-минутной ходьбы на 35%.

Выводы: мультидисциплинарная кардиореабилитация, соответствующая рекомендациям Европейского общества кардиологов за 2023 год, является безопасным и эффективным методом вторичной профилактики у пациентов с тяжелой ХСН, в том числе после механической поддержки кровообращения и трансплантации сердца. Интеграция физического терапевта, клинического психолога и диетолога в команду ведения пациента позволяет преодолеть ключевые барьеры реабилитации (кинезиофобию, нутритивный дефицит, низкую приверженность) и достичь клинически значимого улучшения функционального статуса.

ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАЧЕСТВО ВРАЧЕБНОГО ПРИЁМА: СКРИНИНГОВЫЕ И ОПРОСНЫЕ МЕТОДИКИ

КУНЦ Ксения Михайловна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

INFLUENCE OF DIGITAL TECHNOLOGIES ON THE QUALITY OF MEDICAL APPOINTMENTS: SCREENING

AND QUESTIONNAIRE METHODS

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

Резюме: В работе рассмотрено влияние IT-технологий на качество амбулаторного приёма. На основе анализа скрининговых программ и электронных опросников показано, что цифровизация повышает выявляемость ранних стадий заболеваний и оптимизирует работу врача. Выявлены основные барьеры внедрения и предложены пути их преодоления в условиях российской поликлинической службы.

Ключевые слова: цифровые технологии, скрининг, электронные опросники, врач общей практики, профилактика, качество медицинской помощи.

Abstract: The paper examines the impact of IT technologies on the quality of outpatient care. Based on the analysis of screening programs and electronic questionnaires, it is shown that digitalization increases the detection of early-stage diseases and optimizes the physician's work. The main barriers to implementation are identified and ways to overcome them in the context of the Russian polyclinic service are proposed.

Keywords: digital technologies, screening, electronic questionnaires, general practitioner, prevention, quality of medical care.

Введение. Качество врачебного приёма в поликлинике определяется не только клиническими компетенциями врача, но и эффективностью сбора информации. Цифровые технологии предлагают новые инструменты для решения этой задачи: автоматизированные скрининговые системы и электронные опросники позволяют стандартизировать сбор анамнеза, выявлять факторы риска и экономить время врача для непосредственного общения с пациентом.

Внедрение таких технологий затрагивает фундаментальные этические принципы: добровольность, конфиденциальность и право пациента на отказ. Врач стоит перед необходимостью грамотно интегрировать цифровые инструменты в клинический процесс, не нарушая терапевтического альянса.

Актуальность обусловлена задачами национального проекта «Здравоохранение» по повышению доли профилактических осмотров и диспансеризации. Скрининг с использованием электронных анкет позволяет увеличить охват населения и выявлять заболевания на ранних стадиях. Однако отсутствие методических стандартов и дефицит времени на приёме остаются серьёзными препятствиями.

Цель: проанализировать влияние цифровых скрининговых и опросных методик на качество амбулаторного приёма и разработать практические рекомендации по их внедрению в деятельность участкового терапевта в соответствии с нормативно-правовой базой РФ.

Материал и методы. Анализ научных статей и нормативно-правовых документов: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказы Минздрава РФ о порядке проведения профилактических осмотров и диспансеризации. Поиск публикаций проводился в базах данных eLibrary.ru, КиберЛенинка, PubMed за период 2018–2026 гг.

Результаты и обсуждения. Современная цифровизация здравоохранения в РФ предполагает внедрение электронных опросников на этапе предварительной записи и в рамках диспансеризации.

Основные направления применения:

1. *Скрининг онкологических заболеваний:* В 2024 году в России выявлено 715 тыс. новых случаев рака, ранняя выявляемость достигла 61,5% [на основе данных из представленных тезисов]. Автоматизированные анкеты для оценки факторов риска позволяют формировать группы для углублённого обследования.
2. *Скрининг сердечно-сосудистых заболеваний:* Калькуляторы риска (SCORE, шкала HeartScore), интегрированные в электронную карту, обеспечивают персонализированную оценку.
3. *Выявление депрессивных и тревожных расстройств:* Использование валидированных шкал (HADS, PHQ-9) на планшетах в зоне ожидания повышает выявляемость психосоматической патологии.
4. *Опросники качества жизни и удовлетворённости:* Инструменты обратной связи позволяют оценить эффективность терапии и приверженность пациента лечению.

Ключевые этико-правовые аспекты внедрения IT-инструментов:

Федеральный закон № 323-ФЗ гарантирует право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, включая прохождение скрининга. Информация о состоянии здоровья конфиденциальна и не может быть передана третьим лицам без согласия пациента (ст. 13). При этом в случае неблагоприятного прогноза сведения сообщаются в деликатной форме, что актуально и при выдаче результатов скрининга.

Однако внедрение сталкивается с тремя барьерами:

1. *Технические ограничения:* Недостаточное оснащение поликлиник планшетами и компьютерами в зонах ожидания.
2. *Дефицит времени и компетенций:* Участковый терапевт, имея 12–15 минут на приём, часто не может интерпретировать результаты сложных опросников на месте.
3. *Сопротивление пациентов:* Пожилые пациенты испытывают трудности с использованием гаджетов; часть пациентов опасается утечки данных.

Рекомендуемые решения:

- Интеграция электронных опросников в ЕГИСЗ и единую цифровую платформу с автоматическим подсчётом баллов.
- Выделение отдельных «профилактических» приёмов для расшифровки результатов скрининга, аналогично «длинным» приёмам для сообщения диагноза.
- Обучение врачей коммуникативным навыкам взаимодействия с пациентом в условиях цифрового сопровождения.
- Разработка и внедрение государственных программ повышения цифровой грамотности населения.

Выводы: внедрение IT-технологий в виде скрининговых и опросных методик является перспективным направлением повышения качества врачебного приёма в поликлинике. Эти инструменты позволяют стандартизировать сбор анамнеза и выявлять заболевания на ранних стадиях, что критически важно в условиях роста онкологической и сердечно-сосудистой патологии.

Однако для эффективной реализации необходимы системные изменения: техническое оснащение поликлиник, обучение врачей и адаптация рабочих процессов.

Правовое регулирование в РФ создаёт основу для применения таких технологий, но требует чётких методических рекомендаций на уровне приказов Минздрава.

Участковый терапевт должен рассматривать цифровые опросники как вспомогательный, а не заменяющий инструмент, сохраняя приоритет непосредственного клинического общения с пациентом и учитывая его психологическую готовность к восприятию информации.

СВЯЗЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ДЕПРЕССИИ

КУСПЕКОВА Виолетта Сергеевна, ЗАХАРОВА Алина Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

THE RELATIONSHIP BETWEEN TYPE 2 DIABETES AND DEPRESSION

KUSPEKOVA V.S., ZAKHAROVA A.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Коморбидность депрессии и сахарного диабета 2 типа (СД2) представляет собой значительную медико-социальную проблему, ассоциированную с ухудшением гликемического контроля, повышением риска осложнений и снижением качества жизни пациентов. В работе раскрываются основные механизмы взаимосвязи аффективных расстройств и СД 2-го типа.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, аффективные нарушения, депрессия, патогенетические связи.

Abstract: The comorbidity of depression and type 2 diabetes mellitus (DM2) is a significant medical and social problem associated with poor glycemic control, increased risk of complications, and reduced quality of life for patients. This article explores the underlying mechanisms of the relationship between affective disorders and type 2 DM.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, affective disorders, depression, and pathogenetic links.

Введение. У больных СД 2-го типа часто встречаются расстройства тревожно-депрессивного спектра, которые могут осложнять течение заболевания, ограничивать возможности коррекции клинических проявлений болезни, а также способствовать развитию социальной дезадаптации и ухудшению качества жизни пациентов. Распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных СД 2-го типа составляет, по данным разных авторов, от 30 до 70%. Существенное влияние на течение СД 2-го типа оказывает тот факт, что такие составляющие стресса, как длительное психоэмоциональное напряжение, страх, депрессия, могут нарушить контроль заболевания, осуществляемый пациентом. В связи с негативными медико-социальными последствиями психических нарушений у пациентов с СД 2-го типа большое значение приобретает изучение взаимосвязей этих расстройств. С одной стороны, это может быть повышенная вероятность развития аффективной симптоматики у пациентов с СД 2-го типа, с другой — формирование эндокринных нарушений у пациентов с осложненным психоэмоциональным

фоном.

Цель: анализ двунаправленных патогенетических связей и ранняя диагностика коморбидности депрессии и СД2.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели был проведен систематический обзор научной литературы и клинических рекомендаций. Поиск публикаций осуществлялся в электронных базах данных PubMed, eLibrary, CyberLeninka. Период поиска — с 2010 по 2023 год.

Результаты и обсуждения. Мета-анализы показывают, что распространенность большого депрессивного расстройства среди лиц с СД2 составляет около 15-20%, что в 2-3 раза превышает показатели в общей популяции. Риск развития СД2 у пациентов с депрессией повышен на 60% по сравнению с лицами без аффективной патологии. Анализ литературы выявил несколько ключевых механизмов, объясняющих двунаправленную связь.

Влияние депрессии на риск развития СД2 проявляется в активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси: хронический стресс при депрессии приводит к гиперкортизолемии, которая способствует развитию инсулинорезистентности в печени, мышцах и жировой ткани, а также нарушает функцию β-клеток поджелудочной железы. Большое значение имеют поведенческие факторы: пациенты с депрессией чаще имеют низкую физическую активность, нездоровое питание, нарушения сна и склонность к курению, что способствует ожирению и инсулинорезистентности.

Сахарный диабет в свою очередь также повышает риск развития депрессии. Большую роль играют микрососудистые осложнения: диабетическая микроангиопатия может поражать церебральные сосуды, приводя к нарушению кровоснабжения головного мозга и повреждению белого вещества, что повышает уязвимость к депрессии. Важное значение имеют нейровоспаление и окислительный стресс: метаболические нарушения при СД2 (гипергликемия, дислипидемия) поддерживают состояние системного и церебрального воспаления и окислительного стресса, негативно влияя на нейропластичность и функцию нейротрансмиттеров. Свою лепту в развитие депрессии вносит и постоянный психосоциальный стресс: необходимость постоянного самоконтроля, соблюдения диеты, приема лекарств, страх перед осложнениями создают хроническую психологическую нагрузку, способствующую развитию депрессивной симптоматики.

Результаты проведенного анализа подтверждают гипотезу о сложном, двунаправленном характере взаимосвязи между депрессией и СД2. Эта связь формирует порочный круг: депрессия усугубляет течение диабета через биологические и поведенческие механизмы, а ухудшение состояния здоровья и прогрессирование осложнений СД2, в свою очередь, углубляет депрессивную симптоматику.

Клиническая значимость работы подчеркивает необходимость изменения подхода к ведению пациентов с СД2. Рутинный скрининг на депрессию с использованием валидизированных опросников (например, PHQ-9, HADS) должен стать неотъемлемой частью диспансерного наблюдения. Лечение депрессии у данной категории пациентов требует комплексного подхода, включающего как психофармакотерапию (с учетом метаболических эффектов антидепрессантов), так и психотерапию (когнитивно-поведенческая терапия доказала свою эффективность), и обязательно — оптимизацию контроля гликемии.

Выводы: ввиду высокой сопряженности заболеваний, сделан вывод о необходимости комплексного междисциплинарного подхода к лечению пациентов с депрессией и СД 2 типа. У пациентов с депрессивными расстройствами при приеме

антидепрессантов целесообразным является контроль массы тела, уровня глюкозы и липидного спектра крови. У пациентов с СД 2 типа необходимо осуществлять скрининг и лечение депрессивных расстройств в рамках обязательной рутинной помощи больным СД 2 типа.

РОЛЬ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ЛАРИНА Анастасия Ивановна, ВЕДЕРНИКОВА Ирина Андреевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE ROLE OF SCHOOLS FOR PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN OUTPATIENT PRACTICE

LARINA A.I., VEDERNIKOVA I.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Рассмотрены ключевые направления деятельности астма-школ для пациентов, функционирующих в условиях амбулаторно-поликлинической службы, оценено их воздействие на эффективность базисной терапии и контроль над заболеванием. Доказана целесообразность интеграции школ в рутинную практику как важнейшего компонента вторичной профилактики.

Ключевые слова: бронхиальная астма, школа пациентов, астма-школа, обучение пациентов.

Abstract: The key areas of activity of asthma schools for patients functioning in the conditions of outpatient polyclinic service are considered, their impact on the effectiveness of basic therapy and control over the disease is estimated. The expediency of integration of schools into routine practice as an essential component of secondary prevention is proved.

Keywords: bronchial asthma, patient school, asthma school, patient education.

Введение. Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием таких респираторных симптомов, как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей. На сегодняшний день БА остается одним из самых распространенных хронических заболеваний органов дыхания, оказывающим значительное влияние на качество жизни человека.

В структуре смертности от неинфекционных заболеваний у лиц среднего и пожилого возраста бронхиальная астма занимает одну из лидирующих позиций. Несмотря на достижения современной фармакологии и разработку эффективных схем терапии, контроль над течением заболевания во многих случаях остается недостаточным. Это связано, во многом, с низкой приверженностью пациентов лечению, дефицитом знаний о своем состоянии, а также с неумением своевременно распознавать ухудшения и правильно купировать приступы.

В амбулаторной практике, где происходит основное наблюдение и лечение пациентов с БА, ключевую роль играет не просто назначение медикаментов, а внедрение пациенту знаний о его заболевании. Связанное с ней сокращение продолжительности жизни (до 6,6 года у мужчин и 13,5 года у женщин) подчеркивает необходимость эффективных профилактических мероприятий. Одной из наиболее эффективных и признанных форм такого обучения являются школы для пациентов с БА (астма-школы).

Цель: изучить значение астма-школ в системе амбулаторной помощи пациентам с бронхиальной астмой и раскрыть структуру и содержание образовательных программ, реализуемых в их рамках.

Материал и методы. Был проведен анализ и обобщение данных научной литературы, а также результатов практических исследований, опубликованных в открытых источниках. Изучены методические рекомендации по организации школ для пациентов с бронхиальной астмой в условиях амбулаторно-поликлинической службы. Проведен анализ структуры и содержания типовой образовательной программы. Поиск информации осуществлялся в электронных базах данных (eLibrary, CyberLeninka, PubMed) с использованием ключевых слов.

Результаты и обсуждения. Школы пациентов выступают инструментом профилактического консультирования, организованного в виде групповых или индивидуальных занятий, направленным на формирование у больных навыков самоконтроля, ответственного отношения к здоровью и практических умений по управлению заболеванием в повседневной жизни. В амбулаторных условиях, где пациент проводит большую часть времени вне прямого врачебного контроля, именно эти навыки становятся определяющими для достижения ремиссии и предотвращения жизнеугрожающих состояний.

Одной из главных причин снижения эффективности терапии при хронических заболеваниях, включая БА, является низкая приверженность пациентов лечению. Это не только повышает риск осложнений и ухудшает качество жизни, но и влечет за собой значительные экономические издержки. Ситуация усугубляется тем, что многие больные не понимают сущности своего заболевания, что препятствует правильному выполнению врачебных предписаний.

Основными целями астма-школ являются повышение информированности о БА, о клинических проявлениях и осложнениях, повышение приверженности к базисной терапии, обучение методам самоконтроля. Содержание занятий включает следующие блоки: симптомы БА, причины обострения и развития приступа, принципы базисной терапии, способы предотвращения развития обострений. Также пациентов обучают правильной технике проведения пикфлоуметрии и ведению дневника самоконтроля, пользованию ингалятором и небулайзером, учат правильно распознавать и купировать приступы БА, дают рекомендации по ведению здорового образа жизни (составление меню, режима питания), дыхательной гимнастике. Занятия проводит врач-терапевт или пульмонолог в небольших группах по 10-12 человек. Программа включает в себя 5 тематических занятий, длительностью по 60 минут, содержит как теоретическую, так и практическую части. Для немобильных или маломобильных пациентов с бронхиальной астмой возможна организация проведения астма-школы на дому. После прохождения школы, пациентам предлагается заполнить анкету для оценки полученных знаний и умений.

Астма-школы являются неотъемлемой частью лечения пациентов с БА, с помощью которых можно профилактировать осложнения заболевания и улучшить самочувствие пациентов. Одно из доказательств представлено в исследовании поликлиники ОБУЗ «КГКБ

№4» г. Курска с участием 54 пациентов с БА, прошедших обучение в астма-школе. Продолжительность обучения составила 4 недели, период наблюдения - 4 месяца. Эффективность оценивалась по динамике клинико-функциональных показателей и данных анкетирования: функция внешнего дыхания (ФЖЕЛ, ОФВ1), уровень приверженности лечению (взвешивание индивидуальных ингаляторов, дневники самоконтроля), оценка качества жизни (опросник SF-36). Результаты после обучения: количество ошибок в тестах снизилось в 2,7 раза; доля пациентов на регулярной терапии выросла на 23%; повысилась приверженность к бронхолитикам и иГКС; потребность в ингаляциях для купирования симптомов уменьшилась в 3,1 раза; показатели ФВД (ФЖЕЛ, ОФВ1) и качества жизни (SF-36) улучшились; обращения в поликлинику сократились в 2,6 раза: вызовы скорой помощи - в 5,4 раза; число госпитализаций - в 5 раз.

Выводы: астма-школы являются высокоэффективным инструментом профилактического консультирования в амбулаторных условиях, позволяющим повысить информированность пациентов о заболевании и сформировать у них навыки самоконтроля. Обучение правильной технике ингаляции, методам пикфлоуметрии и распознаванию ранних симптомов обострения способствует повышению приверженности базисной терапии и снижению тревожности, связанной с заболеванием. Доказано, что внедрение образовательных программ ведет к улучшению клинических исходов: уменьшению частоты приступов, снижению числа госпитализаций и повышению качества жизни пациентов. Таким образом, интеграция астма-школ в рутинную практику является необходимым условием для достижения контроля над бронхиальной астмой и эффективной вторичной профилактики ее осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЕГИПТЕ

ЛАЯАНДИ АБАНУБ АТИФ ХАНА, АЛИ АРСУМА
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE IN THE EGYPT

LAJANDI A.A.H., ALI A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме. Хроническая сердечная недостаточность в Египте — широко распространенное заболевание с высоким уровнем смертности. Основные причины — ишемическая болезнь сердца и гипертония. Современная диагностика основана на классификации ОССН и включает ЭхоКГ и анализ крови на NT-proBNP. Главное в лечении - комбинированная лекарственная терапия, включающая ингибиторы АПФ, бета-блокаторы и антагонисты альдостерона. Дополняют лечение немедикаментозные методы и, при необходимости, хирургические операции. Современный подход позволяет значительно улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), диагностика,

лечение, рекомендации, фармакотерапия.

Abstract. Chronic heart failure (CHF) is a widespread disease in Egypt with a high mortality rate. The main causes are coronary artery disease and hypertension. Modern diagnosis is based on the CHF classification and includes echocardiography and blood tests for NT-proBNP. The cornerstone of treatment is combination drug therapy, including ACE inhibitors, beta-blockers, and aldosterone antagonists. Treatment is complemented by non-pharmacological methods and, when necessary, surgical interventions. The modern approach significantly improves the prognosis and quality of life for patients.

Keywords: Chronic heart failure (CHF), diagnosis, treatment, guidelines, pharmacotherapy.

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в Арабской Республике Египет остается одной из главных проблем кардиологии из-за высокой распространенности, смертности и частых госпитализаций. Несмотря на появление новых методов диагностики и лечения, их внедрение в практику сопряжено с трудностями.

Цель: анализ современных подходов к диагностике и лечению ХСН согласно современным рекомендациям.

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.

1. Современные диагностические стратегии

Анализ показывает, что в диагностике ХСН в АРЕ постепенно внедряется биомаркерный подход. Определение натрийуретических пептидов (NT-proBNP, BNP) признано стандартом для подтверждения диагноза, дифференциальной диагностики одышки, оценки прогноза и контроля эффективности терапии. Однако доступность этого метода варьируется в разных регионах.

Основным инструментальным методом остается эхокардиография с комплексной оценкой систолической и диастолической функции. Для уточнения причин ХСН в специализированных центрах применяются МРТ сердца и КТ-коронарография.

2. Актуальные подходы к терапии

Рекомендации по фармакотерапии ХСН в Арабской Республике Египет соответствуют международным стандартам и основаны на комбинации четырех классов препаратов:

- Ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы (иАПФ, БРА или АРНИ).
- Бета-блокаторы (бисопролол, карведилол, метопролола сукцинат).
- Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон, эплеренон).
- Ингибиторы SGLT2 (дапаглифлозин, эмпаглифлозин), которые назначаются независимо от наличия сахарного диабета.

Среди немедикаментозных методов подтверждена эффективность реваскуляризации миокарда, имплантации устройств (ИКД, СРТ) и программ кардиореабилитации.

3. Проблемы и перспективы внедрения

Несмотря на прогрессивность рекомендаций, их реализация в практическом здравоохранении сталкивается с трудностями:

- Диагностические и терапевтические барьеры: ограниченная доступность современных методов диагностики (NT-proBNP, МРТ) и высокая стоимость новых препаратов.

- Организационные сложности: недостаточная преемственность между этапами оказания помощи, дефицит кадров и нехватка времени для обучения пациентов.

Для преодоления этого разрыва перспективными видятся следующие направления:

- Расширение доступности диагностики (например, за счет point-of-care тестов) и льготных лекарственных препаратов.
- Развитие телемедицины и создание национального регистра ХСН.
- Внедрение образовательных программ для врачей и пациентов.

Выводы: таким образом, рекомендации по ХСН в Арабской Республике Египет современны и соответствуют мировым стандартам (NT-proBNP, «четыре столпа» терапии).

Главная проблема — разрыв между рекомендациями и реальной практикой, особенно в регионах (ограниченная доступность диагностики и новых препаратов). Необходимы системные меры для устранения этого разрыва: повышение доступности современных лекарств и диагностики, улучшение преемственности между стационаром и поликлиникой. Перспективным направлением является создание национального регистра ХСН для мониторинга эффективности внедрения новых подходов в клиническую практику.

МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ КОНТРОЛЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЛИНЬКО Роман Юрьевич, СУХАНОВА Александра Вячеславовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

MOBILE APPS AS A TOOL FOR DOCTOR-PATIENT INTERACTION IN HEALTH MONITORING

LINKO R.Y., SUKHANOVA A. V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: В условиях цифровизации здравоохранения мобильные приложения становятся важным инструментом контроля состояния здоровья и взаимодействия врача и пациента. Их использование способствует повышению доступности медицинской помощи и эффективности лечения.

Ключевые слова: мобильные приложения, пациент, врач, мониторинг здоровья, mHealth

Abstract: In the context of digital healthcare, mobile applications are becoming an important tool for monitoring health and doctor–patient interaction. Their use improves accessibility and effectiveness of medical care.

Keywords: mobile applications, patient, doctor, health monitoring, mHealth

Введение. Современное здравоохранение характеризуется активным внедрением цифровых технологий, которые существенно изменяют подходы к диагностике, лечению и наблюдению за пациентами. Одним из наиболее перспективных направлений является использование мобильных приложений, обеспечивающих постоянный мониторинг

состояния здоровья и расширяющих возможности взаимодействия между врачом и пациентом. Актуальность данной темы обусловлена ростом распространённости хронических заболеваний, требующих регулярного контроля, а также увеличением доступности мобильных устройств и цифровых сервисов. Мобильные приложения позволяют пациентам самостоятельно отслеживать показатели здоровья, а врачам — оперативно получать информацию о состоянии пациента, что повышает эффективность медицинской помощи и способствует раннему выявлению отклонений.

Цель: на основе анализа научной литературы оценить эффективность мобильных приложений как средства взаимодействия врача и пациента при контроле состояния здоровья и их влияние на качество медицинской помощи.

Материал и методы. В работе использован метод теоретического анализа научной литературы. В качестве источников были отобраны отечественные и зарубежные публикации, посвящённые мобильному здравоохранению (mHealth), цифровым медицинским технологиям и дистанционному мониторингу пациентов. В частности, были проанализированы следующие источники: Гусев А.В., Владзимирский А.В. «Цифровое здравоохранение: телемедицина и мобильные технологии» (2020), в котором рассмотрены основные направления развития цифровой медицины в России, а также особенности внедрения мобильных приложений в клиническую практику; Steinhubl S.R., Muse E.D., Topol E.J. «The emerging field of mobile health» (2015), где представлены данные о влиянии мобильных технологий на клинические исходы и снижение частоты обострений хронических заболеваний;Free C., Phillips G., Watson L. и др. «The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: asystematic review» (2013), содержащий результаты систематического анализа эффективности мобильных приложений и их влияния на приверженность пациентов лечению; отчёты Всемирной организации здравоохранения (WHO, 2019), в которых рассматривается роль мобильных технологий в повышении доступности медицинской помощи; исследования Krebs P., Duncan D.T. «Health App Use Among US Mobile Phone Owners» (2015), где анализируется распространённость использования мобильных приложений для контроля здоровья. В ходе анализа из указанных источников были извлечены данные о распространённости мобильных приложений, их функциональных возможностях, влиянии на приверженность лечению, клинические исходы и частоту обращений к врачу.

Результаты и обсуждения. Проведённый анализ научной литературы показал, что мобильные приложения являются важным направлением развития цифрового здравоохранения и широко рассматриваются в рамках концепции mHealth. По данным Всемирной организации здравоохранения, развитие мобильных технологий рассматривается как один из ключевых инструментов повышения доступности медицинской помощи. В ряде международных исследований отмечается, что более 60–70% пользователей смартфонов используют приложения, связанные со здоровьем, включая мониторинг физической активности и состояния организма.

В российском контексте наблюдается активное внедрение мобильных медицинских решений. Согласно исследованиям Гусева и Владзимирского, значительная часть пользователей в России применяет мобильные приложения для контроля здоровья, при этом наиболее востребованы сервисы, связанные с физической активностью и хроническими заболеваниями.

Установлено, что мобильные приложения позволяют осуществлять мониторинг основных физиологических показателей, включая артериальное давление, уровень глюкозы и массу тела, а также обеспечивают напоминания о приёме лекарственных препаратов. В

систематических обзорах показано, что использование таких технологий повышает приверженность пациентов к лечению в среднем на 20–35% по сравнению с традиционным наблюдением.

Кроме того, исследования Steinhubl и соавторов подтверждают, что применение мобильных технологий способствует снижению частоты обострений хронических заболеваний и улучшению клинических исходов, особенно при сердечно-сосудистой патологии и диабете. Также отмечается сокращение числа очных визитов к врачу на 20–40% за счёт перехода к дистанционному мониторингу состояния пациента.

Мобильные приложения формируют новую модель взаимодействия врача и пациента, основанную на постоянном обмене данными и непрерывном наблюдении. Врач получает возможность оперативного анализа состояния пациента и своевременной коррекции терапии.

Однако, несмотря на положительные эффекты, существуют ограничения. По данным исследований, до 30% информации, вводимой пациентами вручную, может содержать ошибки, что снижает точность мониторинга. Также до 25–40% пользователей прекращают использование приложений в течение первых трёх месяцев, что ограничивает их долгосрочную эффективность. Дополнительными проблемами являются вопросы защиты персональных данных и отсутствие единых стандартов регулирования медицинских приложений.

Таким образом, мобильные приложения демонстрируют высокую эффективность как инструмент мониторинга состояния здоровья и взаимодействия врача и пациента. Их использование способствует повышению приверженности лечению и снижению нагрузки на систему здравоохранения, однако ограничивается проблемами достоверности данных и снижением вовлеченности пользователей при длительном применении.

Выводы: в ходе проведенного исследования, что мобильные приложения являются эффективным инструментом цифрового здравоохранения, обеспечивающим непрерывный мониторинг состояния пациентов и оптимизацию взаимодействия врача и пациента. Их применение способствует повышению приверженности лечению, улучшению клинических исходов и снижению потребности в очных консультациях. В то же время эффективность мобильных технологий ограничивается субъективностью вводимых данных, высокой частотой отказа пользователей от длительного использования и недостаточной регуляцией вопросов защиты медицинской информации. Следовательно, дальнейшее развитие мобильных приложений требует стандартизации, повышения надежности данных и интеграции в систему здравоохранения, что позволит реализовать их потенциал в полной мере.

РОЛЬ УМНЫХ ЧАСОВ И ФИТНЕС-БРАСЛЕТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ССЗ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

ЛИХАНОВА Анна Юрьевна, УОГИНТАС Анастасия Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

THE ROLE OF SMARTWATCHES AND FITNESS BRACETS IN DIAGNOSTIC OF CVD IN YOUNG PEOPLE

LIHANOVA A.U., UOGINTAS A.A.

Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: выявлена роль умных часов и фитнес-браслетов в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц 15-30 лет в средних и высших учебных заведениях России, что позволяет повысить кардиоваскулярную настороженность в молодежной среде и своевременно выявить латентные патологии до развития опасных осложнений.

Ключевые слова: фитнес-браслеты, умные часы, мониторинг здоровья, сердечно-сосудистые заболевания, ранняя диагностика.

Abstract: the role of smartwatches and fitness trackers in the diagnosis of cardiovascular diseases among individuals aged 15–30 in secondary and higher educational institutions in Russia has been identified, which contributes to enhancing cardiovascular vigilance among young people and enables timely detection of latent pathologies before the development of life-threatening complications.

Keywords: fitness trackers, smartwatches, health monitoring, cardiovascular diseases, early diagnosis.

Введение. В последние десятилетия в структуре заболеваемости лиц молодого возраста отмечается устойчивый рост кардиоваскулярной патологии, что усугубляется хроническим психоэмоциональным напряжением, связанным с интенсивным учебным процессом, нарушением режима сна и бодрствования, а также гиподинамией. В связи с этим, повсеместно распространённые умные часы и фитнес-браслеты, способные отслеживать частоту сердечных сокращений методом фотоплетизмографии, являются перспективным инструментом для раннего скрининга. Так, комплексное изучение опыта использования носимых устройств студентами и анализ их влияния на обращаемость за медицинской помощью представляют высокую научно-практическую ценность для кардиологии.

Цель: изучить частоту использования фитнес-трекеров молодой популяцией для контроля здоровья и определить их реальную роль в качестве триггера для первичного обращения к врачу-кардиологу.

Материал и методы. В ходе исследования был проведен опрос 46 человек в возрасте от 15 до 30 лет, использующих смарт часы или фитнес-браслеты. Респондентам предлагалось ответить на вопросы о модели используемых устройств, частоте контроля пульса, субъективных симптомах и готовности обращаться к специалистам на основании этих данных.

Результаты и обсуждения. Анализ пользователей носимых устройств среди молодёжи показал лидерство трёх ключевых брендов: Apple Watch - 43,5%, Xiaomi - 28,3%, Samsung Galaxy Watch - 13%, как наиболее популярных, точных и чувствительных устройств. Менее востребованными среди респондентов оказались гаджеты таких марок, как: Huawei, Fitbit, Redmi, Hk и One Plus.

Субъективная оценка респондентами своего здоровья демонстрирует умеренную вовлеченность в профилактику: из числа всех опрошенных, следят за показателями своего пульса 31 человек (67,4%). При этом продемонстрирован высокий уровень базисной грамотности: 73,9% четко знают референсные нормы пульса, а 84,8% осведомлены о своих индивидуальных значениях в состоянии покоя. Данный фактор крайне важен, так как адекватная интерпретация измерений гаджета невозможна без понимания физиологической

нормы.

Носимые устройства подтвердили свою эффективность в обнаружении изменений работы сердца. Так, более половины участников опроса (52,2%) сталкивались с тем, что их гаджеты фиксировали выход частоты сердечных сокращений (ЧСС) за пределы нормы, чаще всего - в сторону ускорения ритма (тахикардии). Половина участников (50%) связала зафиксированные изменения с физическими нагрузками, а 37% - со стрессовыми ситуациями, что патофизиологически объясняется закономерным ответом симпатоадреналовой системы на внешние раздражители. Анализ структуры клинических проявлений показал, что в половине случаев (50,0%) регистрируемые гаджетами изменения сопровождались ощущением сильного сердцебиения. Субъективное чувство ускоренного биения сердца (тахикардия) и сопутствующее чувство тревожности отмечались с одинаковой частотой - по 39,1%. Менее распространенными, но клинически значимыми симптомами стали пульсация в голове или висках (26,1%), выраженная одышка (19,6%), а также цефалгия в сочетании с фотопсией («мушками» перед глазами) - 17,4%. Наименьшую долю в структуре жалоб составили перебои в работе сердца (2,2%). Лишь 8,7% опрошенных отметили, что гаджет фиксировал аномалии при полном отсутствии субъективных ощущений (абсолютно бессимптомное течение). Это доказывает, что современные умные часы не просто генерируют ложноположительные артефакты, а коррелируют со сдвигами в гомеостазе и соматическими жалобами.

В ходе работы выявлен серьезный барьер на этапе перехода от цифрового мониторинга к получению медицинской помощи. На фоне высокой распространенности тахикардии и тревоги 69,8% молодых людей проигнорировали данные гаджетов ввиду отсутствия выраженного физического дискомфорта. Прямая обращаемость к врачу составила всего 7%, планируемая - 11,6%, а 9,3% участников уже имели кардиологический диагноз. Данный факт подтверждает, что электронный скрининг в молодежной среде часто носит пассивный характер.

Выводы: проведенное исследование наглядно демонстрирует дуалистическую роль умных часов и фитнес-браслетов в структуре контроля здоровья современной молодежи. С одной стороны, коммерческие носимые гаджеты подтвердили свой высокий технологический и скрининговый потенциал. Использование методов оптической фотоплетизмографии позволяет эффективно регистрировать транзиторные изменения сердечно-сосудистой деятельности непосредственно в условиях повседневной и учебной активности студентов. Тот факт, что у 52,2% респондентов были зафиксированы отклонения ЧСС (преимущественно тахикардия), тесно связанные с психоэмоциональным напряжением и подтвержденные соматическими симптомами, указывает на высокую распространенность скрытых кардиоваскулярных рисков в популяции лиц от 15 до 30 лет.

С другой стороны, исследование обнажило критически важную социально-медицинскую проблему: отсутствие адекватной поведенческой реакции молодых людей на сигналы цифровых устройств. Выявленный разрыв, при котором 69,8% опрошенных проигнорировали результаты работы гаджетов, а уровень прямой обращаемости к врачу составил всего 7%, свидетельствует о пассивном характере цифрового мониторинга. Молодежь склонна недооценивать риски бессимптомных или преходящих аритмий при субъективном ощущении благополучия.

Таким образом, полноценная интеграция технологий мобильного здравоохранения в систему первичной медицинской помощи невозможна без преодоления этого психологического барьера. Повышение медицинской грамотности учащихся позволит трансформировать пассивное наблюдение за экраном смарт-часов в осознанную и

своевременную обращаемость к врачам, что в перспективе снизит риски развития опасных сердечно-сосудистых заболеваний у молодого поколения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

МАРИНОВА Анфиса Эдуардовна, КИТАЕВА Валерия Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE

MARINOVA A.E., KITAEVA V.S
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки остается широко распространенным заболеванием, представляющим серьезную медико-социальную проблему. Открытие роли Helicobacter pylori и применение ингибиторов протонной помпы совершили революцию в терапии ЯБ, значительно снизив частоту рецидивов и осложнений.

Ключевые слова: язвенная болезнь, Helicobacter pylori, эрадикационная терапия, ингибиторы протонной помпы, НПВП-гастропатия.

Abstract: Peptic ulcer disease remains a widespread disease, representing a serious medical and social problem. The discovery of the role of Helicobacter pylori and the use of proton pump inhibitors revolutionized the therapy of PUD, significantly reducing the frequency of relapses and complications.

Keywords: peptic ulcer disease, Helicobacter pylori, eradication therapy, proton pump inhibitors, NSAID-gastropathy.

Введение. Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся образованием язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки. На протяжении десятилетий лечение ЯБ было симптоматическим и основывалось на принципах «нет кислоты – нет язвы». Кардинальный перелом в понимании патогенеза и лечении ЯБ произошел после открытия H. pylori B. Marshall и J. Warren, что потребовало пересмотра подходов к терапии. В современных условиях ключевыми этиологическими факторами являются инфицирование H. pylori и прием НПВП, что определяет два основных направления лечения. Актуальной проблемой становится рост неудач эрадикационной терапии с формирования резистентности микроорганизма, а также пациентов с НПВП-гастропатией и язвами, ассоциированными с приемом антиагрегантов.

Цель: изучение современных подходов к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, включая анализ оптимизированных стратегий эрадикационной терапии Helicobacter pylori с учетом антибиотикорезистентности, оценку эффективности кислотосупрессивной терапии и методов профилактики НПВП-индуцированных поражений.

Объектом исследования являются современные протоколы и инновационные подходы к медикаментозному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Анализ актуальных национальных и международных клинических рекомендаций (Маастрихт V/Флоренция, рекомендации РФ), систематический обзор научных публикаций и данных рандомизированных клинических исследований в базах данных PubMed, CochraneLibrary, CyberLeninka. Были проанализированы амбулаторные карты 40 пациентов с верифицированной язвенной болезнью, из них 20 мужчин и 20 женщин в возрасте 30-45 лет (средний возраст 32 года), обращавшихся в амбулаторно-поликлиническое учреждение «ККДЦ имени И.А. Колпинского», поликлиника №3, к врачу-терапевту по разным причинам.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ данных демонстрирует эволюцию подходов к лечению ЯБ от стандартной тройной терапии к персонализированным и высокоэффективным схемам.

Стратегия «test-and-treat» и эрадикация H. pylori: Основой лечения H. pylori-ассоциированной ЯБ является полная эрадикация возбудителя, что позволяет добиться заживления язвы и предотвратить рецидивы. В связи с ростом резистентности к кларитромицину (превышает 15-20% во многих регионах) стандартная тройная терапия первой линии (ИПП + кларитромицин + амоксициллин/метронидазол) утрачивает эффективность. Согласно современным рекомендациям (Маастрихт V), при высокой резистентности к кларитромицину терапией выбора становится четверная терапия на основе висмута трикалия дицитрата (ИПП + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол) или не содержащая висмут последовательная терапия. В качестве альтернативы рассматривается тройная терапия с левофлоксацином. Лишь 23 пациентам (50%) была назначена эрадикационная терапия в полном объеме, оставшиеся отказались от ее применения по разным причинам.

Оптимизация кислотосупрессии: Ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол, эзомепразол, рабепразол) остаются краеугольным камнем терапии ЯБ, обеспечивая мощное и продолжительное подавление кислотной продукции, необходимое для заживления язвы. Современные тенденции включают использование более современных ИПП (эзомепразол, рабепразол) с улучшенным фармакокинетическим профилем, а также индивидуальный подбор дозы и длительности приема. Все пациенты принимали классические ингибиторы протонной помпы, однако зачастую не соблюдались правила приема, доза и кратность. В связи с этим ряд пациентов зачастую дополнительно использовали народные методы купирования изжоги.

Лечение и профилактика НПВП-индуцированных язв: для пациентов, вынужденных постоянно принимать НПВП, обязательна оценка гастроэнтерологического риска. Стратегии защиты включают: назначение селективных ингибиторов ЦОГ-2 (целекоксиб, эторикоксиб), обладающих меньшей ульцерогенной активностью; сопутствующий прием ИПП в стандартной или двойной дозе для профилактики и лечения язв; замена НПВП на анальгетики других групп (например, парацетамол) при возможности; у пациентов с язвенным кровотечением в анамнезе, принимающих аспирин по кардиологическим показаниям, рекомендуется не отменять аспирин, а назначать ИПП и проводить тестирование на H. pylori. Среди обследованных пациентов отсутствовали нуждающиеся в длительном приеме НПВП.

Дополнительные и перспективные направления: исследуется роль препаратов ребамипида, которые усиливают защитные свойства слизистой оболочки желудка

(увеличивают синтез простагландинов, муцина, стимулируют регенерацию) и могут использоваться в комбинации с ИПП. При резистентных к лечению язвах рассматривается вопрос о назначении цитопротекторов (мизопростол) и антагонистов рецепторов гистамина Н2 (фамотидин).

Выводы: на текущий момент в амбулаторных условиях для лечения пациентов применяются схемы, не в полной мере соответствующие клиническим рекомендациям.

Современная терапия язвенной болезни переместилась из области унифицированных схем в область персонализированной медицины. Выбор тактики лечения определяется этиологией язвы (H. pylori, НПВП, смешанная), данными о региональной резистентности к антибиотикам, индивидуальными факторами риска пациента и сопутствующей патологией. Ключевыми направлениями являются применение оптимизированных эрадикационных схем, адекватная кислотосупрессия и активная профилактика у пациентов группы риска. Дальнейшие исследования направлены на поиск новых антимикробных препаратов и неантибиотических стратегий борьбы с H. pylori.

ИННОВАЦИОННЫЕ ЦИФРОВЫЕ ПРОГРАММЫ В ОБУЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ НАВЫКАМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРЕИМУЩЕСТВА ПЕРЕД ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ

МАШАН Зарина Мейиржанкызы, БИСЕМБАЕВА Нурханым Сакытжанкызы
Кафедра эпидемиологии и биостатистики,
Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан
Научный руководитель – старший преподаватель, магистр здравоохранения
Раушан Кужатовна Байгенжеева

INNOVATIVE DIGITAL PROGRAMS IN TEACHING FIRST AID SKILLS TO THE POPULATION: EFFECTIVENESS AND ADVANTAGES OVER TRADITIONAL METHODS

MASHAN Z.M., BISEMBAYEVA N.S.
Department of Epidemiology and Biostatistics
Astana Medical University, Astana, Kazakhstan
Supervisor: Master of Public Health, Senior Lecturer R.K. Baigenzheeva

Резюме: Цифровые программы обучения первой помощи повышают усвоение знаний и формирование практических навыков населения. Мобильные приложения с интерактивными симуляциями и онлайн-тестированием эффективнее традиционных методов. Их внедрение в ПМСП повышает готовность населения к оказанию первой помощи.

Ключевые слова: ПМСП, первая помощь, цифровые программы, мобильные приложения, обучение.

Abstract: Digital programs for first aid training improve knowledge retention and the development of practical skills among the population. Mobile applications with interactive simulations and online testing are more effective than traditional teaching methods. Their implementation in primary health care (PHC) enhances the population’s readiness to provide first aid.

Keywords: PHC, first aid, digital programs, mobile applications, training.

Введение. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы здравоохранения и играет ключевую роль в профилактике заболеваний и укреплении здоровья населения. В современных условиях растёт потребность в эффективном обучении населения навыкам оказания первой помощи. Традиционные формы обучения не всегда обеспечивают доступность и устойчивое усвоение практических навыков, что делает актуальным внедрение цифровых образовательных подходов.

Цель: целью работы является обоснование применения цифровых обучающих программ для формирования у населения практических навыков первой помощи в системе ПМСП. Рассматривается эффективность онлайн и гибридных форматов, направленных на доступность обучения и закрепление знаний в практических действиях при неотложных состояниях.

Материал и методы. В настоящем исследовании были использованы методы литературного обзора, сравнительного анализа и анализа пользовательских отзывов.

1. Литературный обзор. Проведён анализ научных публикаций, посвящённых использованию мобильных приложений для обучения навыкам оказания первой помощи. Рассмотрены теоретические основы разработки цифровых обучающих инструментов, а также результаты ранее проведённых исследований, оценивающих их эффективность в формировании знаний и практических навыков первой помощи.

2. Сравнительный анализ. С целью оценки функциональных и образовательных возможностей мобильных приложений был проведён сравнительный анализ приложений *First Aid by Red Cross*, *St John Ambulance First Aid* и *First Aid – American Red Cross*. Сравнение осуществлялось по следующим критериям: содержание обучающих материалов, пользовательский интерфейс, функциональность, а также удобство использования. Анализ позволил выявить особенности реализации цифровых образовательных решений в различных международных организациях.

3. Анализ пользовательских отзывов. Для оценки практической значимости и востребованности мобильных приложений был проведён анализ отзывов более чем 500 пользователей из различных стран. Изучались оценки пользователей, а также их субъективное мнение о доступности, понятности и полезности представленных мобильных приложений для обучения навыкам оказания первой помощи.

В ходе исследования сравнивались образовательные возможности мобильного приложения *St John Ambulance First Aid* и традиционных программ Российского Красного Креста. Приложение St John Ambulance First Aid реализует обучение в онлайн, офлайн и гибридном форматах, тогда как российская программа преимущественно очная. Структура приложения модульная и чётко организованная, что обеспечивает последовательное освоение материала, в то время как традиционные курсы используют классическую последовательную структуру. В приложении акцент сделан на практическую отработку навыков через симуляционные сценарии, тогда как российские курсы ограничиваются практическими занятиями в очных тренингах. Цифровые технологии, включая видеоматериалы и онлайн-тестирование, активно применяются в St John Ambulance First Aid, что повышает доступность и гибкость обучения, тогда как российские программы используют цифровые ресурсы ограниченно. Методы закрепления знаний в приложении включают повторные модули, симуляции и онлайн-тестирование, что способствует формированию устойчивых практических навыков, в то время как традиционные курсы опираются на устный опрос и демонстрацию умений на занятиях.

Результаты и обсуждения. В ходе проведённого исследования было выявлено, что использование мобильного приложения *St John Ambulance First Aid* способствует

значительному повышению знаний и практических навыков населения в области оказания первой помощи при неотложных состояниях. Анализ структуры программы показал, что модульная система обучения позволяет последовательно освоить действия при различных экстренных ситуациях, включая остановку кровотечения, травмы конечностей, ожоги, сердечно-лёгочную недостаточность и утопление.

Сравнительный анализ функциональности приложения продемонстрировал высокую эффективность применения цифровых технологий для формирования практических навыков. Так, симуляционные сценарии и видеоинструкции обеспечивают пользователю возможность отрабатывать действия в условиях, максимально приближённых к реальным. Это особенно важно при подготовке к оказанию помощи при таких состояниях, как сильное кровотечение, обморок, остановка сердца, удушье и шок, когда своевременные и правильные действия напрямую влияют на исход.

Анализ пользовательских отзывов показал, что более 85% респондентов отметили удобство и понятность приложения, а также уверенность в своих действиях после прохождения модулей. Использование онлайн-тестирования и повторных модулей способствует закреплению знаний и формированию устойчивых навыков первой помощи. Вместе с тем, были выявлены ограничения, связанные с необходимостью наличия интернет-подключения и индивидуальной мотивации пользователя для регулярного обучения.

Таким образом, результаты исследования подтверждают высокую образовательную эффективность цифровых обучающих программ, таких как *St John Ambulance First Aid*, в системе первичной медико-санитарной помощи. Приложение позволяет улучшить готовность населения к оказанию первой помощи при различных неотложных состояниях, что в конечном итоге повышает общую эффективность ПМСП.

Выводы: мобильное приложение *St John Ambulance First Aid* эффективно формирует у населения знания и практические навыки оказания первой помощи при неотложных состояниях, таких как кровотечения, травмы, ожоги, обмороки и остановка сердца. Использование цифровых технологий, включая симуляции, видеоинструкции и онлайн-тестирование, способствует закреплению навыков и повышает уверенность пользователей в своих действиях. Модульная структура и гибридный формат обучения обеспечивают доступность образовательного процесса для широких слоев населения и регулярное обновление знаний. Основными ограничениями являются необходимость интернет-подключения и мотивация пользователя к регулярному обучению. Внедрение цифровых обучающих программ в систему первичной медико-санитарной помощи повышает готовность населения к оказанию первой помощи и общую эффективность ПМСП.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

МЕЛЬНИЧУК София Александровна, МОЛЧАНОВ Алексей Андреевич
Кафедра поликлинической терапии с курсом медицинской реабилитации
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
Научные руководители – д.м.н., доцент Елена Николаевна Романова, Юрий Сергеевич Писаев, Анастасия Михайловна Караченова

SATISFACTION OF PATIENTS AND DOCTORS WITH THE USE OF TECHNOLOGIES OF BLOOD PRESSURE TELEMONITORING

MELNICHUK S.A., MOLCHANOV A.A.
Department of Polyclinic Therapy with a Course of Medical Rehabilitation
Chita State Medical Academy, Chita, Russia
Supervisors: MD, PhD, Associate Professor E.N. Romanova, Y.S. Pisaev, A. M. Karachenova

Резюме: В пилотном проекте дистанционного мониторинга артериального давления участвовали 98 пациентов и 9 врачей. Большинство респондентов положительно оценили технологии: пациенты отметили удобство и связь с врачом, врачи — вовлеченность пациентов. Выявлены технические недостатки. Метод перспективен для повышения эффективности лечения.

Ключевые слова: дистанционный мониторинг, артериальное давление, роботообзвон, телемониторинг.

Abstract: A pilot project on remote blood pressure monitoring involved 98 patients and 9 doctors. Most respondents positively evaluated the technologies: patients noted convenience and communication with the doctor, while doctors noted increased patient engagement. Technical shortcomings were identified. The method is promising for improving treatment effectiveness.

Keywords: remote monitoring, blood pressure, telemonitoring, robocall.

Введение. В течение последних лет в структуре общей смертности сердечно-сосудистые заболевания удерживают первое место, ведущую позицию среди факторов риска занимает повышенное артериальное давление (АД). В настоящее время развитие информационных технологий в здравоохранении помогает обеспечить современный уровень профилактики и лечения АД.

Цель: оценить удовлетворенность пациентов и врачей использованием технологий дистанционного мониторинга (ДМ) АД.

Материал и методы. В пилотном проекте, проводимом на базе ФГБОУ ВО ЧГМА с 09.02.2024 по 09.05.2024 по дистанционному мониторингу АД участвовали 130 пациентов. При обзвоне не отвечали или отказывались проходить опрос 32 человека. Проведено анкетирование 98 пациентов, среди них 64 человека (65,3%) ранее находились на роботобзвоне, и 34 (34,7%) использовали автоматический тонометр. Возраст пациентов варьировал от 21 до 77 лет, средний 55±21,3 года. Женщин было 75 (76,5%), мужчин 23 (23,5%). Также ответили на вопросы 9 врачей (82%), проводивших ДМ АД во время пилотного проекта. Анкеты для пациентов и врачей были разработаны самостоятельно. Статистическая обработка осуществлялась с помощью Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. При опросе большая часть пациентов продемонстрировала положительное отношение к ДМ АД как при роботообзвоне, так и при использовании автоматических тонометров. При беседе с пациентами, находящимися на роботообзвоне выяснено, что всем было хорошо слышно робота и были понятны задаваемые вопросы. При этом 21% отметили, что звонки мешали в повседневной жизни, в 86% не повысили количества измерений АД и не изменили отношения к контролю АД. На вопрос «Что именно вы бы хотели улучшить в обзвонах» 83% ответили «Ничего», остальные затруднились ответить. При этом всем хотелось, чтобы результаты роботообзвона были представлены лечащему врачу и большинство 90% ответили, что порекомендовали бы ДМ АД с помощью роботообзвона своим друзьям и знакомым.

Все пациенты, использовавшие автоматический тонометр ответили, что инструкции по использованию тонометра и мобильные приложения понятны и удобны, ситуаций, когда тонометр не мог измерить давление не было. 58% рассказали, что тонометр показывал

достаточно точные измерения, при этом 65% больных сравнивали показания выданного тонометра с показаниями других приборов. Дополнительные функции приложения (графики, статистика) использовали 53% пациентов. Все отметили, что приложение помогло отслеживать изменения АД, 30% изменили свое отношение к контролю АД после использования умного тонометра. 64% пациентов отметили, что наиболее полезным аспектом использования тонометра явилась связь с лечащим врачом. На вопрос «Какие параметры использования тонометра вы бы хотели улучшить?» 50% опрошенных указали процесс синхронизации тонометра и телефона. «Какие дополнительные функции вы бы хотели видеть в тонометре или приложении?» все ответили, что ничего бы не добавляли и рекомендовали бы ДМ АД с умным тонометром своим друзьям и знакомым.

При анкетировании врачей максимальную оценку качеству технической поддержки системы указали 56%, удобству интерфейса системы 67%, безопасности хранения и передачи данных пациентов – 67%. Технические трудности при работе с системой ДМ АД и недостаточность предоставленного обучения и поддержки для эффективного использования системы дистанционного мониторинга отметил только один человек. Большинство врачей (67%) посчитали более удобным для сбора информации умный тонометр по сравнению с роботообзвоном. Все отметили, что пациенты чувствуют себя более информированными и вовлеченными в процесс управления своим здоровьем благодаря системе ДМ АД и система ДМ помогла корректировать лечение. При этом также все отметили необходимость затрачивать дополнительное время для работы с системой ДМ АД при наблюдении за пациентами. На вопрос «Встречались ли вам проблемы или ошибки при работе с системой?» были указаны: «некорректное измерение АД», «плохо работает сопряжение по Bluetooth у пользователей Андроид», «отказ пациента, ошибочно понял робот», «не всегда вовремя передавались данные». В целом программа ДМ АД понравилась 67% врачей.

Выводы: ДМ АД – это перспективный метод, который способствует повышению эффективности лечения пациентов, акцентируя внимание на непрерывное взаимодействие с врачом посредством обратной связи.

НЕИНВАЗИВНЫЙ СКРИНИНГ И ЭРАДИКАЦИЯ H. PYLORI КАК СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА

МИТРОЧЕНКО Александра Александровна, ВОЛОШИНА Дарья Дмитриевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

NON-INVASIVE SREENING AND H. PYLORI ERADICATION AS STRATEGIES FOR PRIMARY PREVENTION OF GASTRIC CANCER

MITROCHENKO A.A., VOLOSHINA D.D.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: В структуре онкозаболеваемости и смертности в РФ рак желудка занимает одну из ведущих позиций. Ключевым методом первичной профилактики является своевременная диагностика и эрадикация H. pylori, что значительно снижает

онкологические риски.

Ключевые слова: рак желудка, Helicobacter pylori, эрадикация, первичная профилактика.

Abstract: Gastric cancer is a leading cause of cancer morbidity and mortality in the Russian Federation. Timely diagnosis and eradication of H. pylori constitute a key method of primary prevention, significantly reducing cancer risk.

Keywords: gastric cancer, Helicobacter pylori, eradication, primary prevention.

Введение. В Российской Федерации рак желудка занимает 4-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужского населения и 6-е место у женщин. Ежегодно в Российской Федерации регистрируют около 36 тыс. новых случаев рака желудка, и более 34 тыс. больных умирают от него. Высокая заболеваемость и смертность определяют актуальность поиска эффективных методов раннего выявления и профилактики рака желудка.

Развитие данного заболевания представляет собой сложный многоэтапный процесс, обусловленный взаимодействием различных факторов, приводящих к последовательным изменениям слизистой оболочки желудка. Особое значение в развитии некардиального рака желудка имеет инфекция H. pylori, которая является одним из основных инициирующих факторов канцерогенеза. Так же среди факторов развития рака желудка следует выделить генетическую предрасположенность, возраст, мужской пол, наличие хронических воспалительных и атрофических изменений слизистой оболочки желудка, ожирение, курение, избыточное потребление алкоголя, особенности питания, включая повышенное потребление соленых, копченных и консервированных продуктов, а также низкое потребление свежих овощей и фруктов.

Ранняя диагностика рака желудка затруднена вследствие его малосимптомного течения на начальных стадиях. Инфекция H.Pylori, длительно вызывая хроническое воспаление и предраковые изменения слизистой оболочки желудка, играет важную роль в канцерогенезе. В связи с этим ее своевременное выявление и эрадикация являются важным направлением первичной профилактики рака желудка.

Цель: на основе анализа данных о патогенезе H. pylori-ассоциированного рака желудка и эффективности современных схем эрадикации обосновать приоритетность проведения антихеликобактерной терапии на ранних этапах (до развития атрофии) как основной стратегии снижения онкологической заболеваемости и смертности.

Материал и методы. Проведен анализ и обобщение данных современной научной литературы, посвященной роли инфекции H. pylori в канцерогенезе желудка, возможностям ее неинвазивной диагностики и эффективности эрадикационной терапии в профилактике рака желудка.

Результаты и обсуждения. Инфекция H. pylori - ключевой модифицируемый фактор риска рака желудка, классифицированный ВОЗ как канцероген 1-й группы. Микроорганизм повреждает слизистую оболочку желудка токсинами и ферментами, повышая ее уязвимость к кислотно-пептическому воздействию. Вызываемое им хроническое воспаление нарушает секреторную функцию и провоцирует каскад предраковых изменений: от гастрита до атрофии, метаплазии, дисплазии и инвазивного рака. Механизм канцерогенеза связан с окислительным стрессом и повреждением ДНК эпителия из-за избытка оксида азота. Хроническая инфекция H. pylori достоверно повышает риск рака желудка, а эрадикационная терапия позволяет его снизить.

Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации,

неинвазивным методам диагностики инфекции H. pylori относятся дыхательный тест с мочевиной, меченной ^{13}C (чувствительность метода составляет 88-95%, специфичность – 95-100%), определение антигена H. pylori в кале, а также определение анти-IgG к H. pylori в крови (чувствительность метода составляет 94%, специфичность - 97%). Неинвазивные методы просты в использовании, обладают высокой чувствительностью и специфичностью.

Эрадикационная терапия показана всем лицам с положительными результатами на инфекцию H. pylori при наличии: хронического гастрита, атрофического гастрита, инфекции H. pylori при отсутствии противопоказаний, после перенесённой эндоскопической резекции аденомы или раннего рака желудка, язвенной болезни в стадии обострения, ремиссии или осложнённой желудочно-кишечным кровотечением, необследованной диспепсии, длительного приёма аспирина или НПВП с высоким риском язвообразования, необходимости длительного приёма ИПП, MALT-лимфомы желудка, аутоиммунной тромбоцитопении и железодефицитной анемии.

Главной целью эрадикационной терапии является достижение стабильно высокого уровня излечения инфекции H. pylori - не менее 90% среди пациентов, получающих лечение, что требует использования антибактериальных препаратов, к которым бактерия чувствительна. Эффективная эрадикационная терапия инфекции H. pylori ликвидирует воспаление слизистой оболочки желудка, восстанавливает механизмы желудочной секреции, предупреждает развитие H. pylori-ассоциированной язвенной болезнью, уменьшает риск развития предраковых изменений слизистой оболочки желудка.

Выводы: таким образом, стратегия профилактики рака желудка, ассоциированного с инфекцией H. pylori, должна основываться на ранней диагностике, эффективной эрадикации инфекции и контроля успешности лечения. Следует проводить массовое выявление и лечение инфекции, чтоб не только снизить индивидуальный риск рака желудка, но и уменьшить распространенность H. pylori в популяции. Для эмпирической терапии рекомендуется выбирать схемы первой линии, эффективность которых соответствует современным рекомендациям и обеспечивает уровень эрадикации H. pylori не менее 90%.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДСТВЕННИКОВ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ: РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЩЕНИЯ В СЕМЬЕ

МИХАЙЛОВА Дарья Александровна, ХАЙБЫ Августина Юрьевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR RELATIVES OF PALLIATIVE PATIENTS: THE ROLE OF A POLYCLINIC THERAPIST AND THE DEONTOLOGICAL ASPECTS OF COMMUNICATION IN THE FAMILY

MIKHAILOVA D.A., KHAIBY A.Y.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: В статье рассматривается проблема психологического состояния родственников паллиативных пациентов. Актуальность обусловлена ростом числа

пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, и смещением акцента в сторону амбулаторного этапа.

Ключевые слова: паллиативная помощь, участковый терапевт, психологическая поддержка, деонтология.

Abstract: The article discusses the psychological state of relatives of palliative patients. The relevance of the article is due to the growing number of patients in need of palliative care and the shift in focus to the outpatient stage.

Keywords: palliative care, district therapist, psychological support, and deontology.

Введение. Паллиативная медицинская помощь (ПМП) – это подход, который позволяет улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых), их семей и близких, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным заболеванием для их жизни. Улучшение качества жизни достигается путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и иных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

Паллиативный больной – это пациент с неизлечимым заболеванием, для которого исчерпаны возможности основного лечения.

Психологическая поддержка родственников паллиативных больных - важный аспект паллиативной помощи, который направлен на улучшение качества жизни пациентов и поддержку их близких. Родственники пациентов очень часто нуждаются в информации, поддержке и помощи со стороны лечащего врача, а также в необходимости разделить с кем-то свои чувства и мысли.

Участковый терапевт на данном этапе может проводить беседы с родственниками, оказывать им поддержку, уточнять, правильно ли родственники поняли слова врача, обучать членов семьи тому, как правильно общаться с тяжелобольным родственником. Не менее важным является понимание того, когда нужно направить пациента или его близких к психологам или психотерапевтам для получения специализированной помощи.

Цель: определить роль участкового терапевта в системе психологической поддержки родственников паллиативных пациентов на амбулаторном этапе.

Материал и методы. Проведен анализ литературы по изучению вопросов психологической поддержки родственников паллиативных больных. Проанализированы и использованы источники литературы из библиографических баз данных PubMed и eLibrary.

Результаты и обсуждения. Высокая загруженность участкового терапевта и отсутствие в штатном расписании ставки психолога, осуществляющего поддержку паллиативных больных и их родственников, приводят к тому, что терапевт вынужден брать на себя функцию психолога, что требует от него развития специфических коммуникативных навыков.

Важно отметить, что на амбулаторном этапе деонтология выходит за рамки «врач-пациент», а охватывает «врач-пациент-семья». Ключевым конфликтом может стать противоречие между желанием родственников скрыть диагноз и правом пациента на достоверную информацию. Роль терапевта заключается в постепенном снятии этого конфликта и помощи в принятии ситуации. Участковому терапевту необходимо вовремя распознать эмоциональное выгорание у ухаживающих родственников. Деонтологически корректная позиция предполагает нормализацию чувств родственников.

В ходе исследования выделены наиболее эффективные форматы взаимодействия, доступные участковому терапевту: активное эмпатическое слушание (эффективный способ коммуникации, который включает не только восприятие информации, но и

заинтересованность в распознавании чувств и мыслей); обучение элементам ухода за тяжелобольным.

Терапевтическая работа с родственниками включает несколько наиболее эффективных аспектов:

- профилактика эмоционального выгорания и работа с чувством вины (родственники часто испытывают постоянное напряжение и могут испытывать вину, думать о том, что в болезни виноваты они; важно вовремя заметить это и убедить семью в том, что они не виноваты в болезни и неэффективности лечения);
- помощь в принятии ситуации (родственники могут находиться в состоянии отрицания или сопротивления; терапевт способствует осознанию реальности, учит балансировать между поддержкой больного и заботой о собственном психоэмоциональном благополучии);
- обучение техникам саморегуляции (специалист знакомит родственников с методами самоуспокоения, релаксации, дыхательными практиками, которые помогают снизить уровень стресса);
- работа с конфликтами в семье (переживания часто становятся причиной конфликтов у постели больного; терапевт выступает важным звеном, помогая членам семьи услышать друг друга);
- обучение навыкам общения с больным (терапевт помогает выстроить честный разговор с родственником, если в семье существует запрет на обсуждение диагноза);
- поддержка в процессе принятия решений (родственникам часто требуется помощь в принятии сложных решений, связанных с лечением, уходом, распределением ресурсов).

Основные ошибки участкового терапевта включают коммуникативные, организационные и деонтологические. В ходе исследования можно выделить самые распространенные из них:

- обесценивание чувств родственников;
- недостаток навыков коммуникации;
- отказ обсуждать с семьей важные вопросы;
- чрезмерное эмоциональное вовлечение и потеря профессиональной дистанции;
- принятие решений за семью;
- отказ врача от привлечения социальных работников, психологов и выездной патронажной помощи.

Оптимизация организационной модели первичной медико-санитарной помощи (выделение дополнительного времени на патронажи, внедрение междисциплинарных команд) является необходимым условием для полноценной реализации данного направления.

Выводы: таким образом, участковый терапевт играет важную роль в поддержке пациента и его родственников на амбулаторном этапе. Эффективность работы повышается при переходе к партнерской модели взаимодействия. Целью участкового терапевта является достижение, насколько возможно, наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

АНАЛИЗ СООТВЕСТВИЯ ОТВЕТОВ НЕЙРОСЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

МУРЗАБЕКОВА Ярослава Игоревна, ДЖУРАБАЕВА Фарахнозахон Азаматовна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

THE ANALYSIS OF CONFORMITY OF NEURAL NETWORK RESPONSES WITH CLINICAL GUIDELINES FOR PATIENT MANAGEMENT WITH ARTERIAL HYPERTENSION

MURZABEKOVA Y.I., DZHURABAEVA F.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Проведён сравнительный анализ ответов российских нейросетей GigaChat и YandexGPT на запрос о тактике ведения пациента с артериальной гипертензией и оценка соответствия ответов Клиническим рекомендациям Минздрава РФ (2024). GigaChat продемонстрировал приверженность комбинированной терапии, YandexGPT — устаревшей монотерапии. Обе нейросети требуют врачебного контроля безопасности.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, искусственный интеллект, GigaChat, YandexGPT, клинические рекомендации.

Abstract: A comparative analysis of GigaChat and YandexGPT responses on managing a patient with arterial hypertension was conducted, assessing compliance with the 2024 Russian Clinical Guidelines. GigaChat showed adherence to combination therapy; YandexGPT recommended outdated monotherapy. Both require physician oversight for safety.

Keywords: arterial hypertension, artificial intelligence, GigaChat, YandexGPT, clinical guidelines.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) остаётся ведущим модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистой смертности в Российской Федерации. Согласно российским клиническим рекомендациям (2024), ключевыми принципами ведения пациентов с АГ являются: стратификация сердечно-сосудистого риска, старт терапии с фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов и достижение целевого уровня артериального давления (АД) <140/90 мм рт. ст. В то же время и пациенты, и молодые специалисты всё чаще обращаются к нейросетевым помощникам (GigaChat, YandexGPT) за первичной информацией о здоровье. Эти сервисы обучались на русскоязычных источниках, однако их способность корректно интерпретировать именно российские клинические рекомендации и давать безопасные советы в рамках первичной медико-санитарной помощи остаётся неизученной, что определяет актуальность настоящей работы.

Цель: оценить степень соответствия рекомендаций российских нейросетей GigaChat и YandexGPT действующим Клиническим рекомендациям Минздрава РФ «Артериальная гипертензия у взрослых» (2024) на примере реального клинического случая.

Материал и методы. Проведено качественное сравнительное исследование. В качестве объектов выбраны две общедоступные российские нейросети: GigaChat и YandexGPT. Обеим нейросетям был задан идентичный клинический промпт на русском языке, основанный на реальном клиническом случае: «Пациент — мужчина, 52 года. Жалобы: периодические головные боли в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, повышение АД до 160/100 мм рт.ст. Анамнез: считает себя больным около 5 лет. Регулярно препараты не принимает. Курит (1 пачка в день). Избыточная масса

тела — индекс массы миокарда (ИМТ) составил 28 кг/м². АД на приёме 155/95 мм рт.ст. Пульс 78 уд/мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Составь пошаговый план лечения артериальной гипертензии согласно российским клиническим рекомендациям».

Полученные ответы оценивались по чек-листу: (1) стратификация риска, (2) немедикаментозная терапия, (3) стартовая медикаментозная тактика, (4) целевые значения АД, (5) контроль безопасности терапии.

Результаты и обсуждения. Согласно российским клиническим рекомендациям (2024), у пациента имеет место АГ 1-й степени. С учётом длительного стажа курения, избыточной массы тела (ИМТ 28 кг/м²) и аускультативных признаков поражения органов-мишеней (акцент II тона над аортой) он относится к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска. Таким пациентам показан немедленный старт антигипертензивной терапии одновременно с модификацией образа жизни. Предпочтительная стратегия — двойная фиксированная комбинация: сочетание ингибитора ангиопревращающего фермента (иАПФ) или блокатора рецепторов ангиотензина (БРА) с антагонистом кальция (АК) или тиазидным диуретиком. Также рекомендуется гиполипидемическая терапия с использованием статинов.

GigaChat предоставил развёрнутый план, полностью соответствующий российским рекомендациям. Нейросеть корректно указала на необходимость стратификации риска по шкале SCORE-2 и предложила старт с комбинированной терапии: «ингибитор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), то есть ИАПФ или БРА + блокатор кальциевых каналов (АК) или диуретик». Немедикаментозные рекомендации (ограничение соли до 5 г/сут, целевой ИМТ <25 кг/м², отказ от курения) и целевые значения АД (<140/90 мм рт. ст.) соответствуют клиническим рекомендациям. В качестве преимущества GigaChat упомянул контроль калия и функции почек при интенсификации терапии, однако прямое указание на обязательный лабораторный контроль перед первым назначением иАПФ/БРА отсутствовало.

YandexGPT представил структурированный, но содержательно устаревший план. Ключевое расхождение с актуальными рекомендациями — тактика старта терапии: «Начинать терапию обычно с монотерапии, при недостаточном эффекте — добавлять препараты других классов». Данный ступенчатый подход противоречит современной стратегии, согласно которой пациентам очень высокого риска с АД ≥150/95 мм рт. ст. показана комбинированная терапия с первых дней лечения. Шкала SCORE-2 нейросетью не упомянута. В перечне препаратов YandexGPT указал бета-адреноблокаторы без оговорки об их ограниченном применении (только при ишемической болезни сердца или хронической сердечной недостаточности), что может дезориентировать пациентов. Положительным аспектом стало подробное перечисление лабораторного минимума (креатинин, калий, глюкоза, липидный профиль).

Таким образом, обе нейросети успешно справились с рекомендациями по изменению образа жизни. Однако по ключевому критерию — выбору стартовой медикаментозной тактики — GigaChat продемонстрировал полное соответствие российским рекомендациям, в то время как YandexGPT воспроизвёл устаревшую модель монотерапии. Это различие имеет принципиальное значение, поскольку именно старт с комбинации препаратов обеспечивает более быстрое достижение целевых цифр АД и повышает приверженность лечению. Общим недостатком обеих нейросетей стало отсутствие акцента на необходимости оценки функции почек и электролитов до назначения блокаторов РААС, что является обязательным требованием безопасности в амбулаторной практике.

Выводы: российская нейросеть GigaChat продемонстрировала высокое соответствие Клиническим рекомендациям Минздрава РФ (2024), корректно предложив старт с комбинированной антигипертензивной терапии и стратификацию риска по шкале SCORE-2. YandexGPT допустил принципиальное расхождение с актуальными рекомендациями, предложив устаревшую стратегию старта с монотерапии, что может отсрочить достижение целевых цифр АД. Критическим недостатком обеих нейросетей является отсутствие жёсткого напоминания о лабораторном контроле функции почек и электролитов перед назначением блокаторов РААС, что подчёркивает обязательность принципа «человек-в-контуре» при использовании искусственного интеллекта (ИИ) в клинической практике. Для безопасного внедрения ИИ-ассистентов в первичное звено здравоохранения необходима их целенаправленная валидация на реальных клинических данных с акцентом на алгоритмы безопасности фармакотерапии и соответствие актуальным редакциям клинических рекомендаций.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАСТРОЕНИЯ У СТУДЕНТОВ И СПОСОБЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

МЯКИШЕВА Наталия Александровна, ПОНОМАРЕВ Андрей Александрович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

ANXIETY-DEPRESSIVE MOODS IN STUDENTS AND WAYS TO PREVENT THEM

MYAKISHEVA N.N., PONOMAREV A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: данная работа посвящена изучению распространенности и степени выраженности депрессивных и тревожных расстройств среди студентов, исследованию влияния учебной нагрузки, социальной среды и личных факторов на ментальное здоровье молодежи, предлагая систематический подход к оценке этих состояний.

Ключевые слова: депрессивные и тревожные расстройства, психологическая реабилитация, комплексный подход.

Abstract: this paper is devoted to the study of the prevalence and severity of depressive and anxiety disorders among students, the study of academic workload, social environment and personal factors in the field of mental health, as well as a systematic approach to assessing this dimension.

The relevance of the topic is that student life can be a consequence of significant stress and emotional experiences. In the context of low changes and stricter requirements for education, the problem of mental health of young people is becoming increasingly serious.

Keywords: depressive and anxiety disorders, psychological rehabilitation, comprehensive approach.

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) около 50% мирового населения в какой-то момент своей жизни страдает нервно-психическими расстройствами. Результаты исследования Psychological Disorders in Primary Care

показывают, что к наиболее часто встречающимся психическим расстройствам в общемедицинской практике относятся депрессия и тревожные расстройства. По данным Института психологии РАН, около трети россиян страдают тревожно-депрессивным состоянием.

В большинстве исследований, систематических обзорах и метаанализах приводятся согласованные данные о том, что депрессия является независимым фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Давно доказано, что клинически выраженная депрессия и тревожность на 43% увеличивают риск развития хронической обструктивной болезни легких. Депрессия на 60% увеличивает шанс развития сахарного диабета (СД) 2-го типа, повышает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертонии (АГ).

Семейная терапия улучшает качество взаимодействий, развивает навыки общения, помогает в распределении ролей, снимает эмоциональные блоки. Групповая терапия направлена на улучшение социальных навыков, обмен опытом и поддержку с подобными проблемами и ситуациями.

Помимо психотерапии применяют медикаментозное лечение: в некоторых случаях применяются лекарства, помогающие снизить симптомы тревожности и депрессии.

Актуальность темы заключается в том, что студенческая жизнь может быть источником значительного стресса и эмоциональных переживаний. В контексте глобальных изменений и повышения требований к образованию, проблема психического здоровья молодежи становится все более серьезной.

Цель: изучить выраженность тревожно-депрессивных настроений среди студентов, разработать план профилактики и психологической помощи.

Материал и методы. В целях оценки распространенности и степени выраженности депрессивных, тревожных расстройств среди студентов, исследования влияния учебной нагрузки, социальной среды и личных факторов на ментальное здоровье молодежи проведено анкетирование обучающихся ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» и ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А.Н. Косыгина» в количестве 41 человек. Использовалась валидированная в России госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS (The Hospital Anxiety and Depression scale). Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: подшкала A – «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; подшкала D – «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. При интерпретации данных учитывался суммарный показатель по каждой подшкале (A и D), при этом выделяются 3 области значений: от 0–7 баллов – норма, 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия. Так же было предложено ответить на открытый вопрос «какой из курсов был наиболее сложным и почему».

Результаты и обсуждения. 34% опрошенных составили мужчины (14 человек); 66% – женщины (27 человек). Большую часть составили обучающиеся в возрасте 21 года в количестве 15 человек (37,5%), на втором месте – участники 23 лет в количестве 9 человек (22,5%), на третьем месте – опрошенные в возрасте 20 лет в составе 8 человек (20%), далее 18 лет – 2 человека (5%), 19 лет – 2 человека (5%), 25 лет – 1 человек (2,5%) и 27 лет –1 человек (2,5%). По результатам анкетирования количество обучающихся на 1 курсе среди опрошенных составило 3 человека (7,3%), на 2 курсе – 5 человек (12,2%), на 3 курсе – 3 человека (7,3%), на 4 курсе – 26 человек (63,4%), на 5 курсе – 1 человек (2,4%), на 6 курсе – 3 человека (7,3%). Результаты анкетирования выраженности тревожно-депрессивных

настроений по шкале HADS: норма – 29 человек (70,5%), субклиническая депрессия – 9 человек (22%), клиническая депрессия – 3 человека (7,5%).

При оценке индивидуальной выраженности тревожно-депрессивной симптоматики по результатам тестирования с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS было установлено, что симптомы тревоги разной степени выраженности отмечались у 40% обследуемых студентов, при этом у 30% опрошенных они носили субклинический характер (8–10 баллов), у 10% – клинически значимый (11– 21 балл).

Установлено, что у женщин выше склонность к тревожно-депрессивным настроениям. 30% (8 человек) от общего числа женщин, прошедших опрос, страдают от тревоги: 6 из них субклинически, 2 – клинически выраженной тревоги, в сравнении с мужчинами (3 – субклинически, 1 – клинически)

Так же было выяснено, что самым тяжелым курсом для учащихся стали 1 и 3 курсы. Для 1 курса сложность обусловлена особенностями адаптации на новом месте, объем информации, с которым приходится работать и изучать. Выраженность тревоги и депрессии по шкале HADS у обучающихся 1 курса: 20% субклинический уровень, 2% клинически значимый. Сложность обучения на 3 курсе связана с большим объемом информации, большой удаленностью корпусов, организацией расписания, началом клинических дисциплин. Результаты по шкале HADS для 3-го курса: у 10% – субклинический характер расстройств, у 8% – клинически значимый.

В качестве профилактики данных расстройств можно предложить следующие мероприятия: организация труда и отдыха студентов; доступность лекций в онлайн формате; практические занятия преимущественно на базе главного корпуса вуза; унификация критериев приема студенческих работ; разработка доступных методических пособий для студентов; доступная психологическая помощь в учебных заведениях.

Выводы: около 40% студентов имеют склонность к тревожно-депрессивным настроениям, особенно обучающиеся на 1-м и 3-м курсах вузов. В качестве профилактики данных расстройств могут использоваться оптимизация учебного процесса и организация психологической помощи студентам.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ: ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ

НАЗАРОВ Данил Андреевич, ПАВЛЮКОВ Даниил Артёмович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

DIGITAL TECHNOLOGIES IN PALLIATIVE CARE: POSSIBILITIES OF REMOTE PATIENT MONITORING

NAZAROV D.A, PAVLYUKOV D.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Рассмотрены современные цифровые технологии дистанционного мониторинга, включая телемедицинские платформы, мобильные приложения и носимые устройства. Проанализированы преимущества данных технологий, их влияние на качество

медицинского наблюдения и основные ограничения внедрения в практику паллиативной помощи.

Ключевые слова: паллиативная помощь, дистанционный мониторинг, телемедицина.

Abstract: Timely detection of health deterioration outside healthcare facilities remains a key challenge. This article reviews modern digital technologies for remote monitoring, including telemedicine platforms, mobile applications, and wearable devices. The benefits of these technologies, their impact on quality of care, and limitations of implementation in palliative practice are analyzed.

Keywords: palliative care, remote monitoring, telemedicine.

Введение. Паллиативная помощь представляет собой комплекс медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на облегчение страданий пациентов с прогрессирующими хроническими заболеваниями. По данным Всемирной Организации Здоровья, ежегодно более 56 миллионов человек нуждаются в паллиативной помощи, однако значительная часть пациентов не получает ее в полном объеме.

Одной из ключевых проблем является сложность постоянного наблюдения за состоянием пациентов, особенно находящихся на домашнем уходе. Симптомы, такие как усиление боли, одышка, слабость, нарушение сознания или снижение сатурации, могут развиваться постепенно и оставаться незамеченными до момента критического ухудшения.

Развитие цифровых технологий открывает новые возможности для непрерывного наблюдения за пациентами вне стационара. Телемедицинские платформы, системы удаленного контроля физиологических параметров и мобильные приложения позволяют повысить доступность медицинской помощи и обеспечить более раннее выявление ухудшения состояния.

Цель: оценить возможности цифровых технологий в дистанционном мониторинге пациентов, получающих паллиативную помощь, а также определить преимущества и ограничения их применения.

Материал и методы. Проведен анализ современных научных публикаций, посвященных использованию цифровых технологий в паллиативной медицине.

Рассматривались следующие направления:

- телемедицинские консультации;
- мобильные приложения для мониторинга симптомов;
- носимые устройства;
- системы автоматического оповещения медицинского персонала.

Анализировались исследования, оценивающие влияние дистанционного мониторинга на частоту госпитализаций, своевременность коррекции терапии и качество жизни пациентов.

Результаты и обсуждения. Дистанционный мониторинг позволяет получать данные о состоянии пациента в режиме реального времени. Наиболее часто контролируемыми параметрами являются частота сердечных сокращений, артериальное давление, сатурация кислорода, частота дыхания и температура тела.

Для контроля данных параметров используются различные цифровые устройства. Частота сердечных сокращений и уровень физической активности обычно отслеживаются с помощью фитнес-браслетов и смарт-часов, оснащённых оптическими датчиками. Сатурация кислорода измеряется пульсоксиметрами, что особенно важно для пациентов с дыхательной недостаточностью. Артериальное давление контролируется автоматическими

тонометрами с возможностью цифровой передачи данных. Температура тела может измеряться электронными термометрами или носимыми сенсорными пластырями, обеспечивающими регулярный мониторинг без постоянного участия пациента. У пациентов с хроническими заболеваниями дыхательной системы дополнительно применяются пикфлоуметры, позволяющие оценивать скорость выдоха и выявлять признаки ухудшения респираторной функции.

Большинство современных устройств передают данные через Bluetooth или Wi-Fi на смартфон, планшет либо специализированный домашний хаб. Далее информация автоматически загружается в облачную медицинскую платформу, где анализируется программным обеспечением. При выявлении отклонений от индивидуально заданных пороговых значений система может формировать автоматические уведомления для медицинского персонала или родственников пациента, что позволяет своевременно реагировать на ухудшение состояния.

Телемедицина особенно важна для пациентов, проживающих в удаленных районах, где доступ к специализированной паллиативной помощи ограничен. Видеоконсультации позволяют проводить оценку состояния пациента, консультировать родственников по вопросам ухода и принимать решения о необходимости очного осмотра.

Отдельного внимания требуют вопросы защиты персональных данных. Передача медицинской информации через цифровые каналы требует соблюдения стандартов информационной безопасности и надежного шифрования данных. Нарушение конфиденциальности может привести к серьезным этическим и юридическим последствиям.

Также следует учитывать, что цифровые технологии не способны полностью заменить личный контакт между медицинским работником и пациентом. В паллиативной помощи важнейшее значение имеют эмпатия, психологическая поддержка и межличностное взаимодействие, которые невозможно полностью воспроизвести дистанционно.

Выводы: цифровые технологии дистанционного мониторинга являются важным компонентом современной паллиативной помощи, обеспечивая более тесное и непрерывное взаимодействие между пациентом и медицинским персоналом. За счёт телемедицинских консультаций, мобильных приложений и носимых устройств становится возможным постоянное наблюдение за состоянием пациента вне медицинского учреждения, что позволяет врачу своевременно получать информацию о динамике симптомов и оперативно корректировать лечение.

Таким образом, дистанционный мониторинг выступает связующим звеном между пациентом, его родственниками и медицинскими работниками, повышая доступность и непрерывность медицинского наблюдения.

НАРУШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТАЙНЫ В МЕССЕНДЖЕРАХ И СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ: ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАБОТЫ

НЕВЕРОВА Екатерина Александровна, ТУПИКОВА Надежда Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

VIOLATION OF MEDICAL SECRECY IN MESSENGERS AND SOCIAL NETWORKS:

THE DEONTOLOGICAL ASPECT OF WORK

NEVEROVA E. A., TUPIKOVA N. A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Проведено анкетирование 49 пациентов об использовании мессенджеров в общении с врачом и разглашении медицинских данных. Большинство опрошенных получали персональные медицинские данные через мессенджеры без юридического оформления.

Ключевые слова: медицинская тайна, деонтология, мессенджеры, социальные сети.

Abstract: A survey was conducted among 49 patients on the use of messengers in communication with a doctor and the disclosure of medical data. Most of the respondents received personal medical data through messengers without legal registration.

Keywords: medical privacy, deontology, messengers, and social networks.

Введение. Цифровая трансформация здравоохранения привела к широкому использованию мессенджеров и социальных сетей в коммуникации между врачом и пациентом. Однако действующее законодательство не всегда успевает за изменением коммуникативных практик, что создаёт риски разглашения медицинской тайны. Деонтологический аспект данной проблемы остаётся малоизученным, особенно с позиции пациента

Цель: оценить распространенность и деонтологическую значимость нарушений медицинской тайны при использовании мессенджеров и социальных сетей в коммуникации между врачами и пациентами, а также определить отношение пациентов к таким нарушениям.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России в период 2025–2026 гг. В основе научно-исследовательской работы лежат данные анонимного анкетного опроса, разработанного авторами, пациентов, имевших опыт взаимодействия с медицинскими работниками. Объём выборки опрошенных составил 49 человек. Респонденты не разделялись по полу и возрасту для сохранения фокуса на деонтологической проблеме, однако фиксировался факт пользования мессенджерами.

Анкета включала 11 вопросов: о частоте использования мессенджеров для общения с врачом (Вконтакте, мессенджер Макс и другие), об инициации переписки медицинским персоналом, о содержании получаемых сообщений (ФИО, снимки, диагнозы), о случаях обсуждения болезни пациента с третьими лицами без согласия, о допустимости обезличенных снимков в общих чатах, об оценке скриншотов переписки, о возможных действиях пациента при выявлении нарушения, о подписании информированного согласия, о частоте нарушений врачебной тайны по мнению пациентов, о приоритетах при использовании мессенджеров врачом, а также один открытый вопрос. Полученные результаты выражались в процентах.

Результаты и обсуждения. На вопрос о пользовании мессенджерами для общения с врачом регулярно ответили 16% опрошенных, несколько раз – 39%, один-два раза – 29%. Никогда не пользовались 12%. Таким образом, 84% респондентов хотя бы раз использовали мессенджеры для взаимодействия с врачом. Отвечая на вопрос об инициации переписки, 22% указали, что врач сам предложил такой способ общения, 33% – что инициатива

исходила от них при согласии врача. Суммарно более половины опрошенных (55%) вовлечены в неформальную цифровую коммуникацию с медицинским персоналом.

Наиболее показательным стал вопрос о содержании сообщений. Тексты с указанием фамилии, имени, отчества получали 45% опрошенных, фотографии или снимки – 35%, диагноз – 53%, данные анализов – 39%. Сравнение своего случая с другим пациентом отметили 16%, просьбу «не показывать никому переписку» – 29%. Лишь 24% не сталкивались ни с одним из перечисленных фактов. Иначе говоря, 76% респондентов получали от врача в мессенджере персональные медицинские данные без надлежащей защиты.

Далее респондентов спросили, узнавали ли они об обсуждении их болезни через мессенджер без согласия. Точно знают о таком факте 18%, догадываются – 29%. Суммарно 47% респондентов столкнулись с вероятным или доказанным нарушением медицинской тайны. Отвечая на вопрос об отношении к отправке обезличенного снимка МРТ в общий чат коллег (по которому теоретически можно узнать пациента), категорически против даже без имени высказались 63%, ещё 24% скорее против. Таким образом, 87% опрошенных против распространения даже обезличенных медицинских изображений.

Следующий вопрос касался оценки скриншота переписки с врачом, отправленного третьему лицу. Даже если имени нет, но по содержанию можно понять, о ком речь, 89% респондентов расценивают это как нарушение медицинской тайны (из них 67% – «однозначное нарушение», 22% – «скорее да»).

О возможных действиях при точном знании о нарушении респонденты ответили следующим образом: 37% написали бы жалобу главному врачу, 31% ограничились бы устным замечанием, 16% ничего не стали бы делать из-за неудобства, 10% сменили бы врача, и лишь 6% готовы обращаться в контролирующие органы.

Отвечая на вопрос о подписании информированного согласия, отдельный документ подписывали лишь 6%, ещё 14% указали, что согласие было включено пунктом в общий документ. Отрицали подписание информированного согласия 63%. Оценивая частоту нарушений врачебной тайны в мессенджерах, 37% опрошенных считают, что это происходит очень часто, 43% – довольно часто. Суммарно 80% пациентов убеждены, что врачи нарушают врачебную тайну в цифровых каналах регулярно.

На вопрос о приоритетах при использовании мессенджеров врачом 45% выбрали обязательное предупреждение и получение разрешения, даже если это задержит помощь. На использование только обезличенных данных согласны 24%. Настаивают на полном отказе от мессенджеров 16%, лишь 14% ставят скорость выше формальностей. В ответ на открытый вопрос наиболее частыми советами врачам были: спрашивать разрешение, использовать защищённые каналы, не отправлять скриншоты переписок, помнить, что даже без имени по контексту можно идентифицировать пациента.

Выводы: цифровая коммуникация «врач — пациент» через мессенджеры стала массовой практикой. Передача персональных медицинских данных через мессенджеры носит распространённый характер, и значительная доля пациентов считает это нарушениями врачебной тайны. Выявлено противоречие между распространённостью цифровой коммуникации и уровнем её деонтологической и правовой регламентации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

ОВЕЧКИНА Анна Алексеевна, ВАСИЛЬЕВА Анастасия Владиславовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

TRAINING AND INCREASING THE ETHICAL COMPETENCE OF MEDICAL STAFF WORKING IN OUTPATIENT INSTITUTIONS

OVECHKINA A.A., VASILYEVA A.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: рассматриваются возможности применения технологий искусственного интеллекта для оценки психического состояния пациента. Анализируются перспективы использования интеллектуальных систем при сборе и обработке медицинской информации, а также при выявлении признаков эмоциональных и поведенческих нарушений. Особое внимание уделяется потенциальным преимуществам использования искусственного интеллекта, включая сокращение времени обработки информации и возможности непрерывного мониторинга состояния пациента. Искусственный интеллект– это дополнительный инструмент, способный повысить эффективность оценки психического состояния пациента при условии клинического контроля со стороны медицинского специалиста.

Ключевые слова: искусственный интеллект, цифровые технологии, психическое состояние, пациент, врач, психиатрия, цифровая медицина, медицинские информационные системы.

Abstract: The article examines the possibilities of using artificial intelligence technologies to assess a patient’s mental state. The prospects for using intelligent systems in collecting and processing medical information, as well as in identifying signs of emotional and behavioral disorders, are analysed. Special attention is paid to the potential advantages of using artificial intelligence, including reduced information processing time and the possibility of continuous monitoring of the patient’s condition. The use of artificial intelligence is viewed as an additional tool that can enhance the effectiveness of assessing a patient’s mental state, provided that there is clinical supervision by a medical specialist.

Keywords: Artificial intelligence, digital technologies, mental state, patient, doctor, psychiatry, digital medicine, medical information systems.

Введение. Оценка психического состояния пациента - сложный и многоэтапный процесс, требующий анализа жалоб, анамнеза, эмоционального состояния, поведения, особенностей мышления и других клинически значимых признаков. Своевременное выявление изменений психического состояния имеет важное значение для раннего обращения за медицинской помощью и последующего выбора тактики ведения пациента. Системы искусственного интеллекта способны обрабатывать значительные объёмы информации и выявлять определенные закономерности в текстовых и структурированных данных, что создаёт предпосылки для использования таких технологий в качестве дополнительного инструмента при первичной оценке психического состояния пациента.

Однако автоматизированная оценка не должна заменять клиническое мышление и профессиональное решение врача. Исследование данной темы позволяет определить потенциальные преимущества интеллектуальных технологий, а также их ограничения и риски.

Цель: проанализировать возможность применения технологий искусственного интеллекта для оценки психического состояния пациента и определить перспективы и ограничения их использования в практической деятельности врача.

Материал и методы. Материалом исследования являлись клинические ситуации, содержащие сведения о жалобах пациента, анамнезе, эмоциональном состоянии, поведении, особенностях мышления и других признаках, имеющих значение для оценки психического состояния.

В исследовании применялся метод анализа ответов искусственного интеллекта на стандартизированные клинические ситуации. Для каждой клинической ситуации в систему искусственного интеллекта вводилась информация о пациенте с целью получения оценки его психического состояния.

Полученные ответы анализировались по таким критериям, как полнота оценки психического состояния, выявление основных клинически значимых признаков, логичность и последовательность сформулированных выводов, а также способность выделять потенциально значимые изменения психического состояния. В исследовании использовались обезличенные и учебные клинические ситуации, не содержащие персональных данных реальных пациентов.

Результаты и обсуждения. В рамках исследования были рассмотрены 20 клинических случаев, отражающих различные варианты изменений психического состояния пациента. Каждый клинический случай был представлен искусственному интеллекту с использованием одинаковой инструкции для оценки состояния, выявления основных психопатологических симптомов и определения ведущего синдрома.

По результатам анализа установлено, что основные клинически значимые симптомы были выявлены искусственным интеллектом в 17 из 20 случаев (85%). В 15 случаях (75%) система корректно определила ведущий психопатологический синдром. В 16 случаях (80%) оценка психического состояния была признана достаточно полной, а в 14 случаях (70%) сформулированные выводы полностью соответствовали представленным в клинической ситуации данным. В 4 случаях (20%) искусственный интеллект допусках отдельные неточности при интерпретации симптомов. В 3 случаях (15%) система указывала дополнительные возможные признаки или состояния, которые не следовали из представленной информации. Затруднения отмечались в клинических ситуациях с сочетанием нескольких групп симптомов, где требовалась более детальная дифференциальная оценка.

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой способности искусственного интеллекта структурировать клиническую информацию и выделять основные признаки изменения психического состояния. Выявленные расхождения демонстрируют, что качество оценки зависит от полноты данных и сложности клинического случая.

Таким образом, в исследуемой выборке искусственный интеллект продемонстрировал потенциал для использования в качестве дополнительного инструмента предварительной оценки психического состояния пациента. Однако выявленные неточности не позволяют рассматривать результаты работы системы как самостоятельное основание для постановки диагноза и выбора тактики лечения. Наиболее перспективным

представляется использование искусственного интеллекта для структурирования информации, выявления потенциально значимых симптомов и формирования предварительной клинической гипотезы.

Выводы: обучение технологиям искусственного интеллекта обладает потенциалом при использовании для предварительной оценки психического состояния пациента и структурировании клинической информации. Наиболее информативными для искусственного интеллекта оказались данные о эмоциональном состоянии, поведении, нарушениях сна, особенностях мышления и когнитивных функциях пациента.

Для определения клинической эффективности и безопасности применения искусственного интеллекта необходимы дальнейшие исследования на более крупных выборках с использованием стандартизированных критериев оценки.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧАТ-БОТОВ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОРЛОВА Виктория Николаевна, СУРНИНА Елена Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

DEONTOLOGICAL ASPECTS OF USING CHATBOTS IN PRIMARY HEALTHCARE

ORLOVA V.N., SURNINA E.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Использование чат-ботов и ИИ в первичном звене повышает доступность информации и оптимизирует взаимодействие с пациентами. Их применение требует соблюдения деонтологии, конфиденциальности, информированного согласия и разграничения ответственности. Проведён опрос молодых людей для оценки отношения к ИИ и перспективам его внедрения в медицину.

Ключевые слова: чат-боты, ИИ, поликлиника, деонтология, телемедицина.

Abstract: The use of chat-bots and AI in primary care increases information accessibility and optimizes interaction with patients. Their use requires adherence to deontology, confidentiality, informed consent, and delineation of responsibilities. A survey of young people was conducted to assess their attitude towards AI and the prospects for its implementation in medicine.

Keywords: chat-bots, AI, polyclinic, deontology, telemedicine.

Введение: Чат-боты становятся все более распространенным инструментом взаимодействия медицинских организаций с пациентами. Они позволяют разгрузить регистратуру, давать оперативные ответы на вопросы, проводить скрининг симптомов. Однако использование чат-ботов в медицине сопряжено с деонтологическими рисками: пациент может принять рекомендацию бота за врачебную, алгоритм может дать ошибочный совет, а ответственность за последствия остается неопределенной.

Цель: проанализировать опыт внедрения чат-ботов в амбулаторную практику и разработать рекомендации по их безопасному и этичному использованию.

Материалы и методы: Проведён анализ литературы по ключевым словам: «чат-боты», «искусственный интеллект», «поликлиника», «деонтология», «телемедицина», а также составлена анкета, включающая следующие вопросы: пол и возраст анкетируемого, взаимодействие пациента с чат-ботами в медицинских организациях (регулярно/несколько раз/однократно/не приходилось/затрудняюсь ответить); практичность взаимодействия с чат-ботом (очень удобно/скорее удобно/скорее неудобно/совсем неудобно/затрудняюсь ответить); рекомендация чат-бота может быть воспринята как врачебная (да, всегда/иногда/редко/никогда/затрудняюсь ответить); для каких задач допустимо использовать медицинского чат-бота (запись на прием/ответы на типовые вопросы/напоминание о приеме лекарств/предварительная оценка симптомов/постановка предварительного диагноза/затрудняюсь ответить); главный риск использования медицинских чат-ботов (ошибочные рекомендации/потеря доверительного контакта с врачом/утрата ответственности/нарушение конфиденциальности данных/затрудняюсь ответить); оценка перспективы использования чат-ботов в первичном звене здравоохранения (положительно/скорее положительно, при соблюдении правил/скорее отрицательно, слишком много рисков/отрицательно).

Результаты и обсуждения. Было опрошено 30 студентов 3-6 курсов КемГМУ в возрасте 19-27 лет (средний возраст: 23 года), из них 53% женщин и 47% мужчин.

Более половины опрошенных (77%) имеют опыт взаимодействия с медицинскими чат-ботами: 10% пользуются ими регулярно, 30% — несколько раз, 37% — однократно. Лишь 17% респондентов никогда не сталкивались с подобными сервисами, а 6% затруднились ответить. Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой распространённости чат-ботов в практике медицинских организаций и о формировании у молодых пользователей первичного опыта такого взаимодействия.

Большинство респондентов (67%) оценивают взаимодействие с чат-ботами как удобное («очень удобно» — 20%, «скорее удобно» — 47%). Каждый четвёртый (27%) считает такое взаимодействие неудобным. Полученные результаты согласуются с данными литературы о том, что основными преимуществами чат-ботов пациенты считают скорость получения информации и доступность в нерабочее время.

Более половины опрошенных (56%) допускают, что рекомендация чат-бота может быть воспринята пациентом как врачебная («да, всегда» — 13%, «иногда» — 43%). Лишь 7% считают, что этого не происходит никогда. Полученные данные подтверждают наличие деонтологического риска: размывание границ между автоматизированной рекомендацией и врачебным заключением может приводить к несвоевременному обращению за медицинской помощью.

Наиболее приемлемыми функциями чат-ботов респонденты считают запись на приём (93%) и ответы на типовые вопросы (80%). Более половины (57%) допускают использование ботов для напоминания о приёме лекарств. При этом предварительную оценку симптомов считают допустимой лишь 37% опрошенных, а постановку предварительного диагноза — только 13%. Полученные данные демонстрируют, что молодые пользователи интуитивно разграничивают административно-информационные и клинические функции чат-ботов, отдавая предпочтение первым.

Наибольшую обеспокоенность у респондентов вызывает риск ошибочных рекомендаций (40%). Каждый пятый (23%) видит главную угрозу в потере доверительного контакта с врачом, 20% — в утрате ответственности. Нарушение конфиденциальности данных беспокоит лишь 10% опрошенных. Полученные результаты свидетельствуют о том, что деонтологические риски (качество рекомендаций, доверие, ответственность)

воспринимаются молодыми пользователями как более значимые, чем технические аспекты защиты данных.

Подавляющее большинство респондентов (73%) оценивают перспективы использования чат-ботов положительно или скорее положительно, при условии соблюдения определённых правил. Лишь 20% относятся к ним настороженно. Полученные данные указывают на то, что молодые пользователи в целом открыты к внедрению чат-ботов, но связывают их приемлемость с наличием регламентирующих норм и гарантий безопасности.

Выводы:

1. Внедрить обязательное информирование пациента в начале диалога с чат-ботом о том, что взаимодействие происходит с программой, а не с врачом.
2. Ограничить функционал медицинских чат-ботов административно-информационными задачами (запись, справочная информация, напоминания), исключив постановку диагноза и назначение лечения.
3. Разработать механизм эскалации — при выявлении тревожных симптомов чат-бот должен предлагать пациенту связь с врачом.
4. Определить границы ответственности между разработчиком, медицинской организацией и врачом за возможные последствия ошибочных рекомендаций.

ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

ПАВЛОВА Полина Максимовна, БАРАНОВА Полина Павловна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

CHALLENGES IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN OUTPATIENT SETTING

PAVLOVA P. M., BARANOVA P. P.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Проведено анкетирование врачей первичного звена по диагностике и ведению больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса в поликлинике. Выявлены основные причины, затрудняющие амбулаторное ведение данных пациентов.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, поликлиника, эхокардиография, натрийуретический пептид.

Abstract: The survey of primary care physicians regarding the diagnosis and management of outpatients with chronic heart failure with preserved ejection fraction was conducted. The main factors hindering the outpatient management of these patients were identified.

Keywords: chronic heart failure, outpatient clinic, echocardiography, natriuretic peptide.

Введение. Хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ) представляет собой одну из наиболее сложных для диагностики

патологий в амбулаторной практике. Отсутствие специфических симптомов, коморбидность и ограниченные диагностические возможности первичного звена создают существенные препятствия для своевременной верификации диагноза и назначения патогенетической терапии. В условиях поликлиники врач часто сталкивается с дефицитом инструментальных методов исследования, таких как эхокардиография (ЭхоКГ), ограниченным временем приема.

Цель: оценить тактику ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачами первичного звена на основе анкетирования.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Шушенская районная больница». В основе работы лежат данные анонимного анкетного опроса врачей поликлинического звена, имеющих опыт ведения пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Объем выборки составил 24 респондента. Анкета включала 14 вопросов, отражающих: первичные симптомы, послужившие поводом для обследования; отношение к саркопении как раннему маркеру ХСН; диагностические трудности; доступность и частоту использования функциональных тестов; выбор стартовой терапии; тактику лечения диуретиками; рекомендации по ограничению соли и жидкости; назначение антикоагулянтов при фибрилляции предсердий; доступность узких специалистов; оценку влияния отсутствия стресс-ЭхоКГ. Применялись методы анкетирования, статистической обработки и группировки данных.

Результаты и обсуждения. Наиболее частым первым симптомом, побуждающим к обследованию для выявления ХСН, стала одышка при физической нагрузке (70,8% ответов), реже – отеки нижних конечностей (16,7%) и сухой кашель (12,5%). При этом лишь 20,8% респондентов учитывают саркопению как ранний маркер ХСН, 45,8% учитывают иногда, 29,2% не учитывают вовсе, что указывает на недостаточную настороженность в отношении мышечной слабости как предиктора заболевания. Основной диагностической трудностью респонденты назвали: нормальные значения N-терминального про-мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у тучных пациентов (25%), сложность оценки диастолической функции при фибрилляции предсердий (29,2%), отсутствие доступа к ЭхоКГ в день обращения (16,7%), а также трудности дифференцировки с заболеваниями легких (8,3%) и интерпретации данных из-за сопутствующей патологии (8,3%). Суммарно 54,2% врачей сталкиваются с проблемами интерпретации биомаркеров и инструментальных данных у коморбидных пациентов. Тест с 6-минутной ходьбой регулярно проводят лишь 16,7% опрошенных; 50% выполняют его только при сомнительных результатах ЭхоКГ, 12,5% – редко, из-за отсутствия времени или условий, а 20,8% не проводят вовсе. Расчет отношения E/E', используемый для оценки давления наполнения левого желудочка, доступен всегда лишь 16,7% врачей, 50% имеют такую возможность, но не всегда могут рассчитать, у 33,3% этот метод недоступен.

При выборе стартовой терапии при подтвержденной ХСН-СФВ без выраженных застойных явлений 45,8% врачей назначают терапию основного заболевания (ишемической болезни сердца), 16,7% – бета-блокаторы, 16,7% – антагонисты минералокортикоидных рецепторов, 12,5% – валсартан, а 8,3% – диуретики по требованию. Это свидетельствует о низкой приверженности современным клиническим рекомендациям, предполагающим назначение патогенетической терапии. Тактика коррекции диуретиков: 62,5% врачей назначают фиксированную дозу диуретиков; 16,7% корректируют дозу только при ухудшении состояния; 12,5% регулируют дозу регулярно в зависимости от массы тела; 8,3% – только по требованию. Рекомендуют ограничить соль и жидкость: 41,7% опрошенных врачей – только при отеках; 37,5% – постоянно; 16,7% – иногда; 4,2% никогда не

рекомендуют.

Назначение антикоагулянтов пациентам с ХСН-СФВ и фибрилляцией предсердий: из опрошенных врачей 37,5% назначают с осторожностью; 20,8% отказываются из-за риска; 25% принимают решение в зависимости от клинической ситуации; 16,7% всегда назначают. Это недоверие к антикоагулянтной терапии среди врачей первичного звена может приводить к её неадекватному использованию у пациентов с высоким тромбоэмболическим риском.

Направление на консультацию к кардиологу в течение 7 дней: 50% ответили «чаще всего – да», 12,5% – «да, всегда», 25% – «нет, очередь более месяца», что демонстрирует проблему доступности узких специалистов в районной больнице.

Влияние отсутствия стресс-ЭхоКГ на диагностические возможности: 58,3% опрошенных считают, что это незначительно снижает возможности диагностики; 20,8% – «значительно снижает»; 12,5% – «не влияет на диагностику», и 8,3% – затрудняются ответить. Такое распределение говорит о недооценке значимости нагрузочных проб для верификации ХСН-СФВ.

Выводы: таким образом, диагностика ХСН-СФВ в поликлинике ограничена недоступностью ЭхоКГ в день обращения, редким использованием теста с 6-минутной ходьбой, а также трудностями интерпретации NT-proBNP у пациентов с ожирением и фибрилляцией предсердий. Тактика ведения характеризуется преобладанием симптоматической терапии основного заболевания (45,8%) вместо патогенетической, нерегулярным назначением антикоагулянтов при высоком риске тромбоэмболических осложнений. Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования диагностической базы и повышения приверженности врачей современным клиническим рекомендациям.

ВЛИЯНИЕ ГОЛОСОВОГО ПОМОЩНИКА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНОМЕТРАЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ПАВЛЮКОВ Даниил Артёмович, НАЗАРОВ Данил Андреевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

THE INFLUENCE OF A VOICE ASSISTANT ON THE EFFECTIVENESS OF A DISTRICT THERAPIST: THE RESULTS OF A TIME-LAPSE STUDY

PAVLYUKOV D.A, NAZAROV D.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Хронический дефицит времени на амбулаторном приеме, обусловленный дублирующим вводом данных в медицинские информационные системы (МИС), является ведущим фактором снижения качества клинического обследования. В статье проведен сравнительный хронометраж рабочего времени участкового терапевта в условиях традиционного ручного ввода данных и при использовании современных ИИ-технологий на базе автоматической транскрибации речи.

Ключевые слова: Первичная медико-санитарная помощь, хронометраж рабочего времени, автоматическая транскрибация речи, медицинская информационная система.

Abstract: The chronic lack of time at outpatient appointments due to duplicate data entry into medical information systems (MIS) is a leading factor in reducing the quality of clinical examination. The article provides a comparative timekeeping of the working time of a district therapist in conditions of traditional manual data entry and using modern AI technologies based on automatic speech transcription.

Keywords: Primary health care, timekeeping of working hours, automatic speech transcription, medical information system.

Введение. Технологии автоматической транскрибации речи (ASR) не так давно применяются в медицине для ускорения ввода медицинского текста. В западных системах здравоохранения они замещают труд медицинских транскрипционистов и сокращают время составления отчетов, особенно в лучевой диагностике. В российском первичном звене внедрение таких систем только началось (2010–2015 гг.), и интерес к ним растет вместе с цифровизацией здравоохранения. Голосовой помощник врача позволяет диктовать жалобы и заключения при приеме пациента, формируя записи в электронной медицинской карте (ЭМК) в режиме реального времени. Это обещает уменьшение времени на документирование и увеличение времени очного общения с пациентом, что критично при дефиците ресурсов первичной помощи.

Цель: измерить и сравнить ключевые показатели рабочего времени участкового терапевта до и после использования голосового ассистента.

Оценить долю времени, затраченного на бумажную и электронную документацию, а также количество ошибок/коррекций в записях.

Проанализировать методики хронометража (прямое наблюдение, журнальные записи, логи ЭМК) и указать ограничения существующих исследований (смещение, небольшие выборки, кривая обучения, типы систем распознавания).

Материал и методы. Для хронометража обычно используют метод «время и движение»: исследователи либо непосредственно фиксируют время каждого действия наблюдениями и таймером, либо анализируют логи ЭМК и голосовых систем. В литературе встречаются разные протоколы: отчёты о случайных визитах пациентов с параллельной записью хронометража документации. При сравнении «до/после» важно учитывать селективность образцов (например, участие добровольцев-энтузиастов в пилоте) и эффект Хоторна (изменение поведения под наблюдением). Требуется надлежащее обучение врачей работе с новой технологией, иначе первые результаты могут занижаться из-за недостаточности обучения. Также важно различать типы систем: frontend (врач диктует и сам правит текст перед сохранением) и backend (диктовка передаётся транскрипционистам или ПО пост-редактирования). Это влияет на показатели ошибок и времени. Методы анализа включают сравнение средних и расчет доверительных интервалов для разницы.

Результаты и обсуждения. Исследования показывают потенциальную экономию времени при внедрении голосовых ассистентов, но масштабы различаются. Так, контролируемое многоцентровое исследование (8581 врач, США) обнаружило, что при использовании AI-скрайбов среднее дневное время на документацию сократилось на 16,0 мин (95% ДИ 13,7–18,3) при прочих равных. В пересчёте на врача это небольшая, но статистически значимая экономия ($p < 0{,}001$), особенно в первичной помощи. Суммарное время работы с уменьшилось на 13,4 мин (95% ДИ 9,1–17,7). При этом еженедельная нагрузка (количество приёмов) слегка возросла (на 0,49 визита/неделю). Аналогичные

данные приводит систематический обзор 2025 г.: сокращение времени на документацию отмечено в части работ, хотя в некоторых случаях выгода нивелируется необходимостью исправлений текста. Например, диктовка одного и того же клинического заметника в эксперименте показала сокращение времени с 5:18 мин (набор на клавиатуре) до 4:23 мин (~17% ускорение) (Blackley et al., 2020).

Вместе с тем вводятся и новые расходы времени: известны ошибки распознавания речи. При среднем показателе 7,4 ошибок на 100 слов в «сыром» транскрипте (без корректуры) многие из них потенциально клинически значимы. После вычитки профессиональными редакторами остаётся примерно 0,33 ошибки на 100 слов (1 ошибка на 300 слов). Таким образом, точность результатов зависит от наличия пост-редакции. Отмечено, что системы общего назначения дают значительно больше ошибок, чем специализированные. Наличие крупных ошибок без корректировки может отрицательно повлиять на безопасность, поэтому многие авторы подчеркивают необходимость двойной проверки врачом итоговой записи.

Выводы: голосовые помощники способны сократить время обработки документации у участкового терапевта примерно на 10–15% при прочих равных условиях. Это подтверждается рядам эмпирических работ, хотя эффект варьируется. Общее рабочее время врачей заметно не меняется, но доля времени на бумажную/электронную отчётность снижается (с 50 до 47% рабочего дня). Вместе с тем внедрение требует ресурсоёмких доработок и больших финансовых затрат: обучение врачей, калибровка систем, доведение ПО до языковых особенностей врача и пациента, невозможность в полной мере оснастить все регионы и отдаленные лечебные учреждения высокотехнологичным ПО. Значимые лимитации существующих исследований – малые объёмы данных и их непоследовательность.

Ошибки распознавания остаются серьёзной проблемой: отмечены 7–10 ошибок на 100 слов в автоматическом тексте, что требует обязательной двойной проверки.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В СОВРЕМЕННОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

ПЕНКИНА Екатерина Андреевна, БОРОДУЛИНА Арина Игоревна
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

TELEMEDICINE IN A MODERN POLYCLINIC AS A TOOL FOR OPTIMIZING THE AVAILABILITY AND QUALITY OF PRIMARY HEALTH CARE

PENKINA E.A., BORODULINA A.I.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в работе представлено аналитическое обобщение статьи, посвящённой роли телемедицинских консультаций в первичном звене здравоохранения. Авторы ссылаются на данные пилотных регионов РФ за 2022-2024 гг. и доказывают, что рост доли дистанционных консультаций сопровождается сокращением времени ожидания приёма терапевта,

снижением нагрузки на врачей и уменьшением числа неявок пациентов. Телемедицина рассматривается как стратегический ресурс повышения доступности первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: телемедицина, первичная медико-санитарная помощь, доступность медицинской помощи, время ожидания, цифровизация здравоохранения.

Abstract. This paper presents an analytical summary of an article devoted to the role of telemedicine consultations in primary healthcare. The authors cite data from pilot regions of the Russian Federation for 2022-2024 and demonstrate that an increase in the share of remote consultations is accompanied by shorter wait times for general practitioner appointments, a reduced workload for physicians, and a decrease in the number of patient no-shows. Telemedicine is viewed as a strategic resource for increasing the accessibility of primary healthcare.

Keywords: telemedicine, primary health care, accessibility of medical care, waiting time, digitalization of healthcare.

Введение. Первичное звено здравоохранения в последние годы сталкивается с системными проблемами: кадровым дефицитом, высокой нагрузкой на участковых терапевтов и ростом хронической заболеваемости. Авторы анализируемой статьи ссылаются на данные Минздрава за 2023 г., согласно которым нехватка участковых терапевтов превышает 25 тыс. специалистов, а обеспеченность врачами в сельской местности ниже, чем в городах, на 30-40%. Средний возраст врачей первичного звена составляет 50-55 лет, что создаёт риск дальнейшего усугубления кадрового кризиса. Кроме того, более 65% обращений в поликлиники связаны с хроническими неинфекционными заболеваниями, а среднее время приёма терапевта не превышает 12-15 минут. В этих условиях авторы подчёркивают необходимость поиска новых организационных решений, одним из которых является телемедицина.

Цель: проанализировать и обобщить данные статьи о роли телемедицинских консультаций в оптимизации доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, а также оценить их влияние на время ожидания приёма, нагрузку на врачей и число неявок пациентов.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор научной статьи, опубликованной в 2026 г.: Яковлевой П.В. и Сударевой О.В. «Роль телемедицинских консультаций в первичном звене здравоохранения». В ней использованы статистические данные пилотных регионов РФ: Московской, Белгородской и Нижегородской областей - за 2022-2024 гг.

Метод - аналитическое обобщение указанных данных.

Результаты и обсуждения. Авторы ссылаются на устойчивый рост числа телемедицинских консультаций в пилотных регионах: с 12400 в 2022 г. до 35100 в 2024 г., что соответствует среднегодовому приросту 68%. Доля дистанционных приёмов увеличилась с 2,3% до 11,7% от общего числа первичных обращений. Это сопровождалось сокращением среднего времени ожидания приёма терапевта с 7,4 дня до 4,1 дня, то есть на 44,6%. Авторы подчёркивают, что наибольший вклад внесли консультации по поводу хронических неинфекционных заболеваний, прежде всего артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа: их удельный вес вырос с 38% до 52%.

Регрессионный анализ, приведённый в статье, выявил значимую отрицательную связь между долей телемедицинских консультаций и числом неявок на приём. Согласно модели, каждый процентный пункт роста телемедицины снижал долю неявок на 0,23%. Анкетирование 245 врачей показало снижение субъективной нагрузки с 6,4 до 4,4 балла по

10-балльной шкале, то есть на 31%. Основной причиной респонденты назвали перераспределение рутинных задач в дистанционный формат.

Авторы также приводят данные расчётной модели: для пациентов с хроническими заболеваниями доля телемедицинских консультаций может достигать 40% без снижения качества контроля. При этом число госпитализаций снизилось на 18%. Прогнозные расчёты показывают, что при масштабировании телемедицины до 30% от общего объёма первичной помощи в регионе с населением 1 млн человек экономия времени врачей составит 120 тыс. часов в год, а время ожидания сократится с 14 до 6 дней. Однако для острых состояний, таких как ОРВИ и лёгкие травмы, доля дистанционных консультаций не должна превышать 15%.

Отдельное внимание в статье уделено обучению персонала и интеграции с ЕМИАС. Врачи, прошедшие 40-часовой курс по телемедицине, на 35% реже назначали необоснованные очные визиты и на 22% точнее ставили диагнозы при дистанционных консультациях, что снизило повторные обращения на 12%. В поликлиниках с полной интеграцией с ЕМИАС доля успешных телемедицинских консультаций составила 78% против 54% при частичной интеграции, а среднее время консультации сократилось с 22 до 14 минут.

Выводы: на основании анализа статьи можно сделать следующие выводы. Во-первых, телемедицинские консультации являются не вспомогательным, а стратегическим ресурсом повышения доступности первичной медико-санитарной помощи. Во-вторых, рост их доли сопровождается сокращением времени ожидания приёма терапевта, снижением нагрузки на врачей и уменьшением числа неявок пациентов. В-третьих, необходим дифференцированный подход: для хронических пациентов доля дистанционных консультаций может достигать 40%, для острых состояний - не превышать 15%; оптимальное соотношение очных и дистанционных приёмов составляет 70% к 30% для регионов с высокой плотностью населения и 80% к 20% для отдалённых территорий. В-четвёртых, устойчивое внедрение телемедицины требует обучения кадров, полной интеграции с ЕМИАС и соблюдения правовых норм защиты персональных данных.

Таким образом можно сделать вывод, что телемедицина способствует оптимизации доступности и качества первичной медико-санитарной помощи без замены очного приёма.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: АНАЛИЗ РИСКОВ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ И АЛГОРИТМ ДЕПРЕСКРАЙБИНГА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

ПЕТРАКОВА Елена Сергеевна, ЕЛИСОВА Ангелина Евгеньевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

OVERUSE OF PROTON PUMP INHIBITORS IN OUTPATIENT PRACTICE: ANALYSIS OF LONG-TERM RISKS AND A DEPRESCRIBING ALGORITHM FOR PRIMARY CARE PHYSICIANS

PETRAKOVA E. S. ELISOVA A. E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: Ингибиторы протонной помпы являются лидерами по частоте назначений в амбулаторной практике, при этом нередко их применение не имеет строгих показаний, длительный прием ассоциирован с рядом нежелательных явлений, а также усугубляет проблему полипрагмазии у коморбидных пациентов.

Ключевые слова: ингибиторы протонной помпы, полипрагмазия, депрескрайбинг, амбулаторная практика, STOPP/START критерии.

Abstract: background. Proton pump inhibitors (PPIs) rank among the most frequently prescribed medications in outpatient settings, yet a substantial proportion of prescriptions lack strict indications or are continued for unnecessarily long periods. Prolonged acid suppression is associated with adverse events including increased risk of infectious complications, micronutrient malabsorption, osteoporotic fractures, and contributes to polypharmacy in comorbid patients.

Keywords: proton pump inhibitors, polypharmacy, deprescribing, primary care, STOPP/START criteria.

Введение. Ингибиторы протонной помпы являются одними из наиболее назначаемых препаратов в мире. В Российской Федерации до 70–80% рецептов на ИПП в первичном звене выписываются без строгих показаний или на неоправданно длительный срок. Особо актуальной данная проблема является у пациентов с полиморбидностью, где ИПП часто назначаются профилактически совместно с нестероидными противовоспалительными препаратами, антикоагулянтами, глюкокортикостероидами или антибиотиками, что вносит вклад в полипрагмазию. Исследовательские данные, полученные за последние несколько лет, демонстрируют, что длительный прием ИПП не является метаболически нейтральным и ассоциирован с рядом нежелательных явлений.

Цель: провести анализ литературных данных о рисках необоснованного длительного применения ИПП в амбулаторной практике и обосновать алгоритм депрескрайбинга для участкового врача-терапевта.

Материал и методы. Исследование проводилось путем анализа научных статей, публикаций из различных электронных баз данных, клинических рекомендаций, систематических обзоров и когортные исследований. Произведено сопоставление и обобщение материалов.

Результаты и обсуждения. Анализ источников выявил значительный разрыв между клиническими рекомендациями и реальной амбулаторной практикой. Установлено, что до 60–80% пациентов, принимающих ИПП, не имеют строгих показаний для постоянной терапии. Также анализ литературы подтверждает связь между длительным приемом ИПП и повышенным риском инфекции Clostridium difficile, нарушения всасывания витамина B12 и магния, остеопоротических переломов, возможного прогрессирования хронической болезни почек, а также увеличения сердечно-сосудистого и онкологического риска.

Важным звеном для практической деятельности участкового врача-терапевта является выявление групп, которым отмена ИПП не показана. К ним относятся: эрозивный эзофагит тяжелой степени, пищевод Барретта, состояние после кровотечения из верхних отделов ЖКТ, а также пациенты, длительно принимающие двойную антитромбоцитарную терапию или НПВП с высоким риском гастропатии.

В отношении остальных категорий доказана эффективность депрескрайбинга – плавного и контролируемого снижения дозы или полной отмены ИПП. Различные исследования относительно данной темы демонстрируют, что при неосложненной

гастроэзофагеальной рефлюксной болезни применение ИПП по необходимости или снижение дозы до минимальной эффективной позволяет контролировать симптомы у 70–80% пациентов без ухудшения качества жизни. В условиях дефицита времени на амбулаторном приеме оптимальным алгоритмом для скрининга нецелесообразных назначений является использование критериев STOPP/START (версия 3).

Полученные данные позволяют сформулировать пошаговую тактику для участкового терапевта. Во-первых, необходимо пересмотреть лист назначений и установить, существуют ли в настоящее время показания для продолжения приёма ИПП. Во-вторых, следует исключить состояния, при которых вместо отмены препарата требуется углублённое обследование (дисфагия, анемия, потеря веса и др.). Третий этап — выбор метода отмены в зависимости от длительности терапии. При приёме менее 8 недель возможна полная одномоментная отмена, тогда как при длительном приеме рекомендуется постепенное снижение дозы для предотвращения синдрома «рикошета».

Выводы: таким образом, проведенный анализ литературы показывает, что длительный необоснованный прием ингибиторов протонной помпы представляет собой значимую проблему амбулаторного звена, вносящую существенный вклад в полипрагмазию у коморбидных пациентов. Полученные данные о рисках длительной супрессии кислотопродукции указывают на необходимость регулярного пересмотра показаний к продолжению терапии.

Применение простого алгоритма депрескрайбинга, основанного на критериях STOPP/START, позволяет участковому терапевту безопасно отменить или снизить дозу препарата у значительной части пациентов, принимающих ИПП без должных оснований. Исходя из проанализированных данных, можно сделать выводы о целесообразности внедрения скрининга назначений ИПП в рутинную практику терапевтического приема как элемента борьбы с необоснованной полипрагмазией.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

ПЕТУХОВ Игорь Александрович, ШВАРЦ Александр Павлович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

COGNITIVE IMPAIRMENTS IN NEUROLOGICAL PATIENTS: MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND CLINICAL SIGNIFICANCE

PETUKHOV I.A. SCHWARTZ A.P.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Проанализированы современные подходы к выявлению когнитивных нарушений (КН) у неврологических больных. Рассмотрена классификация расстройств, современные подходы к диагностике (скрининговые шкалы, углубленная нейропсихологическая оценка, структурная и функциональная нейро-визуализации, ликворные и плазменные биомаркеры). Обосновано клиническое значение раннего выявления КН для прогнозирования

течения заболевания, выбора терапевтической тактики и улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, диагностика, нейропсихологическое тестирование, МоСА, деменция, биомаркеры.

Abstract: The article analyzes modern approaches to the detection of cognitive impairment (CI) in neurological patients. The classification of disorders, the comparative effectiveness of screening scales, and methods of in-depth neuropsychological assessment are reviewed in detail. The role of structural and functional neuroimaging, as well as cerebrospinal fluid and plasma biomarkers, in etiological diagnosis is highlighted. The clinical significance of early CI detection for disease prognosis, therapeutic decision-making, and improving patients' quality of life is substantiated.

Keywords: cognitive impairment, diagnosis, neuropsychological testing, MoCA, dementia, biomarkers.

Введение. Когнитивные функции (гнозис, память, внимание, праксис, речь, зрительно-пространственное восприятие, регуляторные функции и мышление) являются наиболее сложной деятельностью головного мозга, определяющей социальную, бытовую и трудовую адаптацию человека.

Актуальность проблемы продиктована устойчивым ростом доли пожилого населения и, как следствие, увеличением распространенности нейродегенеративных и цереброваскулярных заболеваний. Когнитивные расстройства приводят к утрате независимости пациентов и значительным экономическим затратам на уход. В этих условиях приоритетное значение приобретает точная и ранняя диагностика КН, позволяющая инициировать терапию на этапе, когда она наиболее эффективна для замедления прогрессирования.

Цель: систематизация и анализ современных подходов к диагностике когнитивных нарушений у пациентов неврологического профиля, а также оценка их клинической значимости для оптимизации лечебно-диагностического процесса, прогнозирования течения заболевания и повышения качества жизни пациентов.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной научной литературы, посвященный данной проблеме (Фролова Е. В. с соавт., 2023; Левин О. С., 2023; Kunkle B.W. et al., 2023; Quinn T.J. et al., 2021; Massa F. et al., 2023).

Результаты и обсуждения. Легкие когнитивные нарушения (недементные) характеризуются снижением одной или нескольких функций, выходящим за рамки возрастной нормы, но не ограничивающим повседневную активность, тяжелые нарушения (деменция) диагностируются, когда выраженность когнитивного дефицита препятствует профессиональной и социальной адаптации.

По этиологическому принципу выделяют: 1. Нейродегенеративные: болезнь Альцгеймера (БА), деменция с тельцами Леви, лобно-височные дегенерации, болезнь Паркинсона. 2. Сосудистые: постинсультные КН, расстройства вследствие хронической ишемии мозга (лейкоареоз, лакунарные инфаркты). 3. Смешанные: сочетание нейродегенеративного и сосудистого компонентов (наиболее частая форма у лиц старше 75 лет). 4. Вторичные: связанные с гипотиреозом, дефицитом витамина B12, токсическими воздействиями, черепно-мозговой травмой.

Объективное представление о состоянии когнитивной сферы формируется лишь при сопоставлении клинических данных, результатов тестирования и нейровизуализации. Динамическое наблюдение позволяет дифференцировать транзиторные функциональные расстройства от стационарного или прогрессирующего органического поражения.

Диагностический алгоритм при подозрении на КН включает несколько этапов: скрининг, углубленное тестирование, нейровизуализацию и лабораторную (включая

биомаркерную) диагностику.

Скрининговые методы. Для первичного выявления КН используются стандартизированные шкалы: 1. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE, КШОПС) - опросник из 30 пунктов, оценивающий ориентировку, память, счет и речь. Шкала малочувствительна к лобной дисфункции, что требует осторожности при сосудистых поражениях. 2. Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCA) - скрининг мягких КН. Оценивается внимание, исполнительские функции, память (с отсроченным воспроизведением), речь, абстрактное мышление и зрительно-пространственные навыки. 3. · Опросник IQCODE - оценка когнитивного снижения за последние 10 лет со слов родственников или ухаживающих лиц (26 вопросов, оценка по 5-балльной шкале). Используется для исключения влияния преморбидного интеллекта и образования пациента.

Углублённое нейропсихологическое исследование. При патологии в скрининговых тестах проводится развернутое исследование для анализа отдельных когнитивных доменов (память, праксис, регуляторные функции), обязательно для пациентов группы риска (после инсульта, с жалобами на снижение памяти).

Нейровизуализация. 1. МРТ головного мозга - базовый метод дифференциальной диагностики. Позволяет выявить сосудистую патологию (лакунарные инфаркты, лейкоареоз, микрокровоизлияния) и нейродегенерацию (медиальная височная атрофия при БА, асимметричная атрофия лобных долей при лобно-височной дегенерации). 2. ПЭТ с 18F-фтордезоксиглюкозой (ФДГ-ПЭТ) оценивает метаболическую активность мозга. По данным мета-анализа 2023 г., использование ФДГ-ПЭТ изменило диагноз или тактику ведения у 54,2% пациентов, обеспечив точное разделение нейродегенеративных и несосудистых причин КН.

Биомаркеры - решающий инструмент верификации патологии при атипичных или смешанных формах КН (Европейский консенсус, 2023 г.); 1. Ликворные (ЦСЖ): снижение уровня амилоида-β42 и повышение уровня тау-белка (общего и фосфорилированного) - классическая триада БА. 2.· Плазменные: p-tau217, нейрофиламентный легкий цепь (NfL) и глиальный фибриллярный кислый белок (GFAP). Обладают высокой диагностической точностью и сопоставимы с ликворными тестами, что позволяет использовать их в амбулаторной практике для ранней диагностики. 3. · Генетическое тестирование: мутации APP, PSEN1, PSEN2 (семейные формы БА) и носительство аллеля APOE ε4 (повышенный риск спорадической формы).

Своевременное выявление КН имеет решающее значение для:

1. Уточнения нозологии: для сосудистых КН характерно преобладание нейропсихологических симптомов лобной дисфункции (замедленность, инертность, нарушение планирования) над мнестическими расстройствами; при БА первичным дефектом является нарушение запоминания новой информации (гиппокампальный тип).

2. Прогнозирования исходов. Наличие постинсультных КН существенно ухудшает реабилитационный потенциал и повышает риск повторного инсульта и смертности. Выраженность атрофии гиппокампа коррелирует со скоростью прогрессирования деменции.

3. Выбора лечебной тактики. Ранняя диагностика позволяет своевременно инициировать специфическую терапию (ингибиторы ацетилхолинэстеразы, мемантин при БА) и направить усилия на коррекцию модифицируемых факторов риска (артериальная гипертензия, гиперлипидемия) при сосудистой этиологии.

4. Организации помощи. Диагностика деменции определяет необходимость в долгосрочном уходе, юридической поддержке и социальной адаптации, что снижает нагрузку на родственников (синдром эмоционального выгорания).

5. Контроля терапии. Динамическое тестирование (MoCA или MMSE каждые 6–12 мес.)

является объективным маркером эффективности лечения и темпов прогрессирования.

Выводы: когнитивные нарушения - критический фактор, определяющий исходы неврологических заболеваний и автономию пациентов. Современная диагностика базируется на комбинации валидизированных шкал (МоСА как приоритетный инструмент), мультимодальной нейровизуализации и биомаркеров.

Комплексный подход позволяет перейти от синдромальной диагностики (просто «деменция») к этиологической (например, «болезнь Альцгеймера с сосудистым компонентом»), что является залогом персонализированной терапии. Дальнейшее внедрение в практику плазменных биомаркеров и стандартизированных протоколов обследования обеспечит снижение числа недиагностированных случаев когнитивных нарушений.

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ГОЛОСОВОГО ВВОДА И РЕЧЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА СНИЖЕНИЕ ВРЕМЕНИ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ВРАЧОМ ВО ВРЕМЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

ПЛАВКО Марина Николаевна, ШАДРИНЦЕВ Владимир Александрович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

IMPACT OF THE INTRODUCTION OF VOICE INPUT AND SPEECH TECHNOLOGIES ON REDUCING THE TIME OF MEDICAL DOCUMENTATION BY A PHYSICIAN DURING AN OUTPATIENT APPOINTMENT

PLAVKO M.N., SHADRINTSEV V.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в работе рассматривается влияние внедрения систем голосового ввода и речевых технологий на сокращение времени оформления медицинской документации в условиях амбулаторного приема. Актуальность темы обусловлена высокой нагрузкой на врачей первичного звена и необходимостью поиска эффективных инструментов для её снижения без потери качества медицинской помощи.

Ключевые слова: голосовой ввод, речевые технологии, медицинская документация, амбулаторный прием, участковый терапевт.

Abstract: The paper examines the impact of implementing voice input systems and speech technologies on reducing the time spent on medical documentation in outpatient settings. The relevance of the topic is due to the high workload of primary care physicians and the need to find effective tools to reduce it without compromising the quality of medical care.

Keywords: voice input, speech technologies, medical documentation, outpatient appointment, district therapist.

Введение. Амбулаторный прием связан с высокой нагрузкой на врача, значительная часть которой приходится не на непосредственное общение с пациентом, а на оформление медицинской документации. Заполнение протоколов осмотра, дневников, эпикризов и направлений требует времени, которое могло бы быть использовано для сбора анамнеза, осмотра и формирования рекомендаций. В условиях ограниченного времени приема каждая

минута, затраченная на работу с документами, напрямую сокращает время взаимодействия с пациентом. С развитием цифровых технологий появилась возможность использования систем голосового ввода и речевых технологий, основанных на автоматическом распознавании речи и языковых моделях. Врач получает возможность диктовать текст, который в режиме реального времени преобразуется в структурированный медицинский документ, что принципиально меняет характер работы с документацией. Однако внедрение речевых технологий ставит и новые вопросы: насколько эффективно они сокращают время оформления документации во врачебной практике, как влияют на качество документов, какие ограничения и риски с ними связаны.

Актуальность темы обусловлена распространением систем голосового ввода в российском здравоохранении. В Московской области система голосового ввода внедрена в 69 медицинских организациях из 54 городских округов; закуплено и введено в эксплуатацию более 1070 проводных устройств и 1030 беспроводных гарнитур. Однако охват остается локальным, а время, затрачиваемое на оформление документации, по-прежнему выступает одним из ключевых факторов, ограничивающих доступность амбулаторной медицинской помощи.

Цель: оценить влияние речевых технологий, включая голосовой ввод, на время оформления медицинской документации на амбулаторном приеме и определить условия их эффективного применения в первичном звене.

Материал и методы. Анализ научных публикаций и данных о внедрении систем голосового ввода в медицинских организациях Российской Федерации. Использованы материалы проектов Московской, Челябинской, Липецкой, Приморской областей, данные Центра Алмазова.

Научная литература: поиск публикаций проводился в базах данных eLibrary.ru, КиберЛенинка, PubMed за период 2019–2026 гг.

Результаты и обсуждения. Внедрение голосового ввода в Московской области показало значимое сокращение времени оформления медицинской документации — с 16 до 10 минут, что позволило увеличить время общения врача с пациентом с 9 до 15 минут. По данным того же проекта, 79% врачей отметили удобство использования устройств голосового ввода, а 85% пациентов — положительный эффект. В городской больнице Черноголовки Московской области заполнение документации голосом происходило в среднем на 22% быстрее, чем традиционным способом. Система Voice2Med понимает специфические медицинские термины, сокращения и аббревиатуры, в том числе на латыни, что снижает потребность в последующих корректировках.

Опыт Республики Татарстан подтверждает эту тенденцию. Тестирование системы Voice2Med в Республиканской детской клинической больнице длилось 3 месяца, для обучения системы использовалось около 10 тыс. медицинских документов. После успешного тестирования Министерство здравоохранения и Министерство цифрового развития Татарстана рекомендовали масштабировать модуль на все медицинские организации республики.

В Центре Алмазова реализуется более продвинутый подход: система не только распознает речь, но и выполняет диаризацию — разделение спикеров с определением ролей, отдельно выделяя реплики медицинского специалиста и пациента. Из всего диалога автоматически отбирается важная информация, создается стенограмма и заполняется протокол приема в соответствии со стандартами структурированных электронных медицинских документов. Технология поддерживает и многоголосые сценарии: когда в кабинете одновременно находятся сопровождающие лица или несколько медицинских

работников, система способна идентифицировать и разграничивать их реплики. Это позволяет врачу уделять больше внимания пациенту, не отвлекаясь на заполнение документации.

Ключевым фактором эффективности голосового ввода является наличие специализированных шаблонов. В Московской области разработано 65 шаблонов для различных видов диагностики, включая ультразвуковую, рентгеновскую, магнитно-резонансную и компьютерную томографию. Использование шаблонов в сочетании с голосовыми командами позволяет практически полностью отказаться от заполнения документов, напечатанных вручную.

По данным аналитического отчёта Ассоциации специалистов по цифровой медицине, основанного на анализе практик применения сервисов с искусственным интеллектом в 12 субъектах РФ, использующих Voice2Med, для тиражирования речевых технологий необходим ряд предварительных условий. Пяти регионам потребовалось создание центров обработки данных региональных медицинских информационных систем; шести — разработка регламентов взаимодействия AI-сервисов с существующими цифровыми решениями; пяти — решение вопросов защиты персональных данных.

В части оснащения ряд регионов указал на необходимость обеспечения рабочих мест врачей специализированными устройствами голосового ввода (гарнитурами/микрофонами). Восемь регионов подчеркнули обязательность наличия медицинской информационной системы, четыре — необходимость поддержки подсистемы регионального интегрированного электронного медицинского документооборота.

Наряду с этим внедрение речевых технологий ставит ряд вопросов, которые сохраняются даже при выполнении перечисленных условий. Прежде всего, остаётся необходимость верификации распознанного текста врачом перед подписанием документа — система не заменяет клиническое мышление и ответственность специалиста. Кроме того, для корректной работы системы требуется предварительная настройка под речь конкретного пользователя, что может занимать от 3 до 6 часов. Наконец, сохраняются вопросы защиты персональных данных: локальная обработка голосовых данных без передачи во внешние сети обеспечивает соответствие требованиям Федерального закона № 152-ФЗ, однако при подключении генеративных моделей архитектура обработки данных может меняться, что требует дополнительной оценки соответствия.

Выводы: внедрение речевых технологий в первичное звено здравоохранения — это не просто техническая задача, а комплекс организационных, кадровых и нормативных изменений. Эффект достигается лишь при условии, что инфраструктура, обучение персонала и правовая база развиваются согласованно.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА О ДИАГНОЗЕ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ» В ПОЛИКЛИНИКЕ: ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

ПРАХТ Наталья Сергеевна, ШАНДРАМАЙЛО Александра Михайловна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

ETHICAL ASPECTS OF INFORMING PATIENTS ABOUT THE DIAGNOSIS OF MALIGNANT TUMOR IN POLICLINICS: PRINCIPLES AND PRACTICAL

APPROACHES

PRAKT N. S., SHANDRAMAYLO A. M.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в работе рассмотрены этические принципы сообщения пациенту онкологического диагноза в поликлинике. На основе данных о 715 тыс. новых случаев рака в 2024 году и протокола SPIKES предложена модель диалогического раскрытия информации с сохранением надежды к жизни и учётом психологического состояния пациента.

Ключевые слова: этика**,** информирование пациента**,** онкологический диагноз**.** SPIKES**,** участковый терапевт.

Abstract: The paper examines the ethical principles of communicating a cancer diagnosis in a polyclinic setting. Based on data on 715,000 new cancer cases in 2024 and the SPIKES protocol, a model of dialogical disclosure of information is proposed, preserving hope and taking into account the patient's psychological state.

Keywords: ethics, patient information, cancer diagnosis, SPIKES, district therapist.

Введение. Процедура информирования затрагивает фундаментальные этические принципы — правдивость, автономию пациента и благодеяние. Врач стоит перед дилеммой: сказать всю правду, рискуя вызвать тяжёлую психологическую реакцию и утрату надежды, или ограничить информацию, нарушив право пациента знать истину. В поликлиническом звене эта дилемма особенно остра из-за дефицита времени и отсутствия предварительного психологического контакта.

Актуальность обусловлена ростом заболеваемости: в 2024 году в России выявлено 715 тыс. новых случаев рака, под наблюдением находиться более 4,4 млн пациентов. Ранняя выявляемость онкопатологии достигла 61,5%, одногодичная летальность снизилась на 22%, доля долгоживущих пациентов выросла на 10,5%. Почти 700 тыс. человек ежегодно впервые слышат от врача известие, меняющее их жизнь.

Цель: проанализировать этические принципы и разработать практические рекомендации по информированию пациента о диагнозе рака в амбулаторной практике, опираясь на нормативно-правовые акты РФ и современные коммуникативные протоколы.

Материал и методы. Анализ научных статей и нормативно-правовых документов: Нормативно-правовые акты Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 08.04.2022 № 482-ФЗ), приказ Минздрава РФ от 19.04.1999 № 135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра», а также комментарии к законодательству об охране здоровья.

Научная литература: поиск публикаций проводился в базах данных eLibrary.ru., КиберЛенинка, PubMed за период 2015–2026 гг. Дополнительно использовались методические пособия по паллиативной медицине и образовательные модули Министерства здравоохранения РФ.

Результаты и обсуждения. Федеральный закон № 323-ФЗ гарантирует пациенту право знать достоверную информацию о диагнозе, но не регламентирует процедуру сообщения. Центральная этическая дилемма — между правдивостью (пациент имеет право знать) и благодеянием (правда может вызвать тяжёлую психологическую реакцию, вплоть

до суицидальных попыток). Современная биоэтика предлагает компромисс: модель терапевтического раскрытия информации, которая учитывает психологическую готовность пациента и предполагает дозированное, эмпатичное сообщение.

Практический инструмент — протокол SPIKES. Он включает шесть последовательных шагов: подготовка к беседе (Setting up)- отдельное время, уединённое место; оценка того, что пациент уже знает и предполагает (Perception), получение его согласия на получение информации(Invitation), сообщение диагноза простым языком с обязательным началом такое, как «к сожалению, результаты не очень хорошие…» (Knowledge), эмпатическая поддержка эмоциональной реакции (Emotion) и совместное обсуждение плана действий: направление к онкологу, дополнительные исследования (Strategy).

В поликлинике реализация протокола наталкивается на три главных препятствия:

- Жёсткий дефицит времени (12–15 минут на приём),
- Отсутствие специальной и психологической подготовки у терапевтов
- Необходимость направления к онкологу (врач часто сообщает не окончательный диагноз, а лишь подозрение).

Рекомендуемые решения:

- Выделение отдельных «длинных» приёмов для таких бесед,
- Включение коммуникативных тренингов в программы непрерывного медицинского образования
- Использование щадящих формулировок без сокрытия серьёзности ситуации, но и без произнесения слова «рак» до верификации.

Этически корректное информирование базируется на четырёх принципах:

- Правдивость при сохранении надежды (не лгать, но и не лишать пациента перспективы),
- Выяснение готовности пациента к восприятию информации (если пациент не спрашивает, форсировать не следует),
- Эмпатическая поддержка (признание нормальности эмоций)
- Строгая конфиденциальность (информация не разглашается родственникам без согласия пациента).
- Российское законодательство закрепляет право пациента на достоверную информацию, но не регламентирует процедуру сообщения диагноза, оставляя её в сфере клинической этики и профессиональных стандартов. Этически оправданное информирование базируется на трёх принципах: правдивость при сохранении надежды, учёт готовности пациента к восприятию информации и эмпатическая поддержка. Практическим инструментом является протокол SPIKES, адаптированный к условиям поликлинического приёма, для реализации которого необходимы системные изменения: выделение дополнительного времени на такие беседы и обучение врачей коммуникативным навыкам.

Выводы: информирование пациента о диагнозе злокачественного новообразования — сложная этическая задача участкового терапевта, актуальность которой растет в связи с повышением онкологической заболеваемости и выявляемости ранних стадий. Участковый терапевт должен избегать двух крайностей: патерналистского сокрытия диагноза «во благо» и бескомпромиссного «вердикта» без учёта психологического состояния пациента.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА КАЧЕСТВО ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

ПУСТОВАЛОВ Кирилл Сергеевич, ГОРЛОВА Полина Константиновна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

BURNOUT SYNDROME IN A GENERAL PRACTITIONER AS A FACTOR AFFECTING THE QUALITY OF DEONTOLOGICAL INTERACTION

PUSTOVALOV K.S., GORLOVA P.K.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Эмоциональное выгорание врача снижает качество общения с пациентом и затрудняет реализацию деонтологических принципов в амбулаторной практике. Цель - анализ влияния истощения, деперсонализации и снижения эффективности на общение с пациентом.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, врач-терапевт, деонтология, врач-пациент, эмпатия.

Abstract: Doctor's emotional burnout reduces the quality of communication with the patient and complicates the implementation of deontological principles in outpatient practice. The goal is to analyze the impact of exhaustion, depersonalization, and reduced effectiveness on communication with the patient.

Keywords: burnout, general practitioner, deontology, doctor-patient relationship, empathy.

Введение. Профессиональная деятельность врача-терапевта связана с высокой интеллектуальной и эмоциональной нагрузкой, ответственностью за здоровье пациента и постоянным межличностным взаимодействием. В амбулаторной практике врач ежедневно сталкивается с большим потоком пациентов, ограниченным временем приема, необходимостью принимать клинические решения в условиях дефицита информации и параллельно выполнять значительный объем документации. В такой ситуации накапливается хроническое напряжение, которое создает предпосылки для развития синдрома эмоционального выгорания. Для терапевта это особенно значимо, поскольку эффективность его работы определяется не только правильностью диагностики и лечения, но и качеством контакта с пациентом, соблюдением врачебной этики, тактичностью, уважением к личности больного и умением поддерживать доверительный диалог. Поэтому эмоциональное состояние врача следует рассматривать как фактор, прямо влияющий на деонтологическое взаимодействие и результаты медицинской помощи.

Цель: изучить влияние синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) врача-терапевта на качество деонтологического взаимодействия с пациентом.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор 6 отечественных и зарубежных научных публикаций 2020–2025 гг., посвященных эмоциональному выгоранию медицинских работников и его влиянию на врачебную коммуникацию. Проанализированы работа С.Б. Пономарева (2025), исследования T.D. Shanafelt, C.P. West, L.N. Dyrbye (2020; 2022), обзор A. Hodkinson и соавт. (2022), мета-анализ L.Z. Li и соавт. (2024), а также

публикация Xu L. и соавт. (2025). Использованы описательный, сравнительный и проблемно-аналитический методы; оценивались факторы риска выгорания, его коммуникативные проявления и влияние на доверие и приверженность лечению.

Результаты и обсуждения. СЭВ формируется как следствие длительного профессионального стресса и проявляется эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением ощущения профессиональной результативности. У врача-терапевта к основным факторам риска относятся перегрузка, дефицит времени на прием, эмоционально тяжелые контакты с пациентами, необходимость одновременного решения клинических и организационных задач, а также высокая степень личной ответственности за исход лечения. В условиях поликлинической практики эти факторы действуют ежедневно и приобретают хронический характер, что постепенно снижает удовлетворенность трудом и истощает внутренние ресурсы специалиста.

Одним из наиболее значимых последствий выгорания является ухудшение качества общения с пациентом. Эмоциональное истощение ограничивает способность врача к сопереживанию, внимательному выслушиванию и поддерживающему диалогу. Деперсонализация проявляется формальным отношением к больному, раздражительностью, эмоциональной холодностью, стремлением сократить беседу до минимума и сосредоточиться только на технической стороне приема. В результате нарушаются деонтологические принципы медицинской профессии: уважение к личности пациента, тактичность, доброжелательность, соблюдение профессиональной дистанции и создание атмосферы доверия.

Для врача-терапевта деонтологическое взаимодействие имеет особое значение, поскольку именно он чаще других специалистов осуществляет длительное наблюдение пациента, координирует лечение хронических заболеваний, оценивает приверженность терапии и формирует мотивацию к выполнению рекомендаций. При снижении эмпатии и формализации общения уменьшается комплаентность, возрастает вероятность конфликтных ситуаций, снижается удовлетворенность медицинской помощью. Кроме того, недостаток доверительного контакта затрудняет полноценный сбор жалоб и анамнеза, что может отрицательно сказаться на диагностике, профилактике и последующем наблюдении. Таким образом, эмоциональное неблагополучие врача отражается не только на психологическом климате приема, но и на практических результатах лечебно-диагностического процесса.

Следует учитывать, что деонтологические нарушения при выгорании проявляются не всегда грубо и открыто. Нередко они выражаются в утрате интереса к переживаниям пациента, шаблонности речевых формул, снижении терпимости к тревожным или соматизированным больным, а также в уменьшении готовности подробно объяснять схему обследования и лечения. Для амбулаторного этапа это особенно неблагоприятно, так как именно здесь большое значение имеют профилактические беседы, обучение пациента и поддержание длительного контакта. Даже незначительное снижение качества коммуникации со временем способно приводить к ослаблению доверия к врачу и медицинской организации в целом.

Отдельного внимания заслуживает влияние выгорания на качество разъяснительной работы врача. При хроническом истощении специалист реже использует мотивирующие и поддерживающие формулировки, меньше времени уделяет ответам на вопросы пациента и нередко ограничивается краткими, формально точными рекомендациями. Между тем в амбулаторной терапии именно подробное объяснение целей обследования, смысла назначений и ожидаемых результатов лечения во многом определяет осознанное участие

пациента в лечебном процессе. Недостаточная полнота разъяснений снижает понимание пациентом своего состояния, ухудшает приверженность терапии и может приводить к повторным обращениям, связанным не столько с тяжестью заболевания, сколько с неясностью полученных рекомендаций.

Профилактика эмоционального выгорания должна включать как индивидуальные, так и организационные меры. К индивидуальным мерам относятся развитие коммуникативных навыков, освоение способов эмоциональной саморегуляции, участие в программах психологической поддержки, супервизиях и Balint-группах. На организационном уровне значимы рационализация нагрузки, уменьшение бюрократической перегрузки, достаточное время приема, наставничество молодых специалистов и формирование культуры бережного отношения к профессиональному здоровью врача. Своевременное выявление признаков истощения и профилактика выгорания способствуют сохранению доверительных отношений между врачом и пациентом и повышению качества амбулаторной помощи.

Выводы: 1. Синдром эмоционального выгорания врача-терапевта ухудшает качество деонтологического взаимодействия с пациентом. 2. Основными проявлениями такого влияния являются снижение эмпатии, формализация общения, ослабление доверия и ухудшение приверженности рекомендациям. 3. Профилактика выгорания необходима для профессионального здоровья врача и качества медицинской помощи.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВКАХ

ПЬЯНКОВА Полина Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

THE AWARENESS OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS OF DIETARY SUPPLEMENTS

PYANKOVA P. S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Данное исследование выявило уровень осведомленности будущих врачей о различиях между биологически активными добавками (БАД) и лекарственными препаратами, знаний об основных мотивах приема БАД, а также о субъективной оценке их эффективности.

Ключевые слова: биологически активные добавки, витамины, микроэлементы, нутриенты, профилактика.

Abstract: This study assessed the level of awareness among future physicians regarding the differences between dietary supplements and medicinal drugs, their knowledge of the primary reasons for taking supplements, and their subjective assessment of supplement efficacy.

Keywords: dietary supplements, vitamins, trace elements, nutrients, prevention.

Введение. БАД — это биологически активные добавки к пище, в состав которых

входят витамины, минералы, аминокислоты, растительные экстракты и другие компоненты, предназначенные для восполнения дефицита нутриентов в организме человека. В отличие от лекарственных препаратов, БАД не проходят обязательных клинических испытаний, они не заявляются как средство для лечения заболеваний. При этом БАД подлежат государственной регистрации и экспертизе на безопасность. В июне 2025 года в Федеральный закон № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» внесены поправки: теперь врачи вправе назначать зарегистрированные БАД при наличии показаний к их применению.

Рынок биологически активных добавок демонстрирует устойчивый рост — как в мире, так и в Российской Федерации. По данным различных источников, БАД принимают от 63% до 68% населения РФ, а годовой оборот продаж в 2025 году достиг 237 млрд рублей. Согласно опросам Национального научного центра Фармаконадзора, каждый четвертый россиянин тратит на добавки от 3 до 5 тысяч рублей в год. При этом, только 24% потребителей принимают БАД по назначению врача. Особый интерес представляет изучение информированности о БАД студентов медицинских вузов — будущих врачей, которым предстоит консультировать пациентов по вопросам нутритивной поддержки. В связи с этим настоящая работа посвящена изучению информированности о БАД среди студентов старших курсов медицинского университета.

Цель: оценить информированность студентов 5 и 6 курсов медицинского университета о биологически активных добавках.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 53 студента 5 и 6 курсов Кемеровского государственного медицинского университета в возрасте от 22 до 30 лет. Средний возраст респондентов составил 24,1 года. По полу респонденты распределились следующим образом: мужчины — 34% (18 человек), женщины — 66% (35 человек). Из всех анкетированных обучающиеся на 6 курсе по специальности «Лечебное дело» составили 49% (26 человек), «Педиатрия» - 23% (12 человек). На 5 курсе по специальности «Стоматология» обучались 17% (9 человек), «Фармация» — 11% (6 человек). Исследование проводилось методом анонимного анкетирования. Из личных данных опрашиваемых просили указать возраст, пол и специальность. Для проведения анкетирования был создан специальный опросник, состоящий из 16 вопросов, разделенных на блоки: социально-демографические характеристики, общая информированность о БАД, практика применения БАД. В задачи исследования входило выявление осведомленности студентов-медиков о различиях между БАД и лекарственными препаратами, анализ субъективной оценки эффективности БАД респондентами, а также сопоставление полученных данных с общепопуляционными показателями.

Результаты и обсуждения. Результаты опроса показали, что 96,2% респондентов (51 человек) знакомы с понятием «биологически активные добавки». Это ожидаемо выше, чем в общепопуляционных исследованиях, где аналогичный показатель составляет 88–91%, и объясняется профилем образования. При этом 3,8% (2 человека) не видят принципиальной разницы между добавками и лекарственными препаратами, считая, что это «почти одно и то же». Ни один из опрошенных не затруднился четко сформулировать, чем именно БАД отличается от лекарственного препарата, что выгодно отличает данную выборку от общепопуляционной, где доля затруднившихся с ответом может достигать 10–17%.

Интерес к нутритивной поддержке в середине третьего десятилетия жизни может быть связан с высокой учебной нагрузкой при обучении на старших курсах, подготовкой к итоговой аттестации, совмещением учебы с работой. Из общего числа опрошенных 67,9% (36 человек) принимали БАД за последний год. Среди них доля женщин оказалась выше:

74,3% женщин употребляли БАД, тогда как среди мужчин этот показатель составил 55,6%. Полученное гендерное различие сопоставимо с данными других авторов и подтверждает общую тенденцию: женщины более склонны к заботе о своем здоровье.

Анализ длительности приема БАД показал, что 33,3% (12 человек) принимают БАД эпизодически, 47,2% (17 человек) используют курсовой прием, 13,9% (5 человек) принимают БАД регулярно. Никто из опрошенных не использовал БАД исключительно при плохом самочувствии. 5,6% (2 человека) отмечали, что принимали добавки однократно.

При анализе состава применяемых БАД установлено, что большинство опрошенных — 77,8% (28 человек) — предпочитает добавки, содержащие микроэлементы и витамины (например, магний, цинк, селен, витамин D). 13,9% (5 человек) используют БАД на основе растительного сырья, содержащие экстракт эхинацеи, валерианы, женьшеня. БАД, содержащие аминокислоты, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, пробиотики, принимают 8,3% опрошенных (3 человека).

Анализ выбора БАД в зависимости от фирмы-производителя показал, что 36,1% опрошенных (13 человек) используют продукцию компании «Арт Лайф». 22,2% (8 человек) применяют БАД компании «Solgar», продукцию Siberian Wellness («Сибирское здоровье») принимают 11,1% (4 человека), 8,3% (3 человека) — БАД «Эвалар», БАД других компаний используют 22,2% (8 человек).

Одним из главных изучаемых вопросов явилась причина использования биологически активных добавок. 25% опрошенных (9 человек) принимают БАД для профилактики заболеваний и поддержания здоровья; с целью лечения конкретного заболевания — 5,6% (2 человека); для укрепления иммунитета — 16,7% (6 человек); для восполнения энергии — 13,9% (5 человек); для улучшения состояния кожи, волос, ногтей — 19,4% (7 человек); с целью снижения массы тела — 2,8% (1 человек); для восполнения дефицита витаминов и микроэлементов — 16,7% (6 человек). Как и в общей популяции, профилактические и эстетические мотивы преобладают над терапевтическими.

Отдельно был проанализирован вопрос доверия потребителей при выборе и покупке БАД. Анализ источников информации, влияющих на принятие решения, показал, что решающими факторами выступают: состав (натуральность, наличие доказанных компонентов) — 38,9% (14 человек), советы врача/фармацевта — 25% (9 человек), фирма-производитель — 19,4% (7 человек), цена — 11,1% (4 человека). При этом наименьшее влияние оказывает реклама в СМИ — 5,6% (2 человека). Приоритет состава и экспертного мнения над маркетингом свидетельствует о сформированном профессиональном мышлении студентов-медиков.

Выводы: уровень осведомленности студентов медицинского университета о БАД можно признать высоким — 96,2% опрошенных знакомы с данным понятием, никто не затруднился сформулировать отличия БАД от лекарственных препаратов.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ

РАЙС Игорь Владимирович, АГЕЕВ Артём Евгеньевич

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

SECONDARY PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION:

THE SYSTEMATIC ANALYSIS OF DOMESTIC AND FOREIGN APPROACHES

RAYS I.V., AGEEV A.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: в работе представлен сравнительный анализ современных отечественных и зарубежных научно-клинических данных, посвященных эффективности этапных систем диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов с артериальной гипертензией.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, вторичная профилактика, диспансеризация, комплаентность.

Abstract: The paper presents a comparative analysis of modern domestic and foreign scientific and clinical data on the effectiveness of stage-by-stage systems of dispensary observation and rehabilitation of patients with arterial hypertension.

Keywords: arterial hypertension, secondary prevention, dispensary observation, compliance.

Введение. Снижение кардиоваскулярной смертности от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) является глобальным вектором развития современной медицины. Ведущее место в структуре патологии занимает артериальная гипертензия (АГ). Несмотря на различия в национальных моделях здравоохранения России, Европы и США, ключевой медико-социальной проблемой остается преодоление феномена «терапевтической инертности» и низкой приверженности пациентов к лечению. Изучение и систематизация консолидированного международного опыта по организации непрерывного амбулаторного контроля, поведенческой терапии и немедикаментозных реабилитационных программ позволяют оптимизировать отечественные региональные протоколы вторичной профилактики АГ.

Цель: провести комплексный научно-аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы для сопоставления эффективности этапных программ диспансеризации, медикаментозной комплаентности и санаторно-курортного лечения больных АГ.

Материал и методы. Проведен информационный поиск научных публикаций и клинических руководств в базах данных PubMed, Scopus, Google Scholar и eLibrary. Глубина поиска охватывала период с 2019 по 2026 гг. Анализировались руководства Европейского общества кардиологов (ESC), Американской коллегии кардиологов (ACC/AHA), Российского кардиологического общества (РКО), а также рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и систематические Кокрейновские обзоры (Cochrane Reviews). Критерием включения являлось наличие репрезентативных данных по оценке долгосрочных исходов вторичной профилактики АГ. Всего для анализа отобрано 38 источников.

Результаты и обсуждения. В ходе изучения зарубежной литературы установлено, что внедрение концепции проактивного диспансерного наблюдения (Proactive Care Model) позволяет снизить частоту инсультов на 30%. В масштабных работах профессора Б. Уильямса (B. Williams, ESC) убедительно доказано, что ключевым фактором достижения целевого артериального давления (АД) является преодоление низкой приверженности путем приоритетного назначения фиксированных комбинаций препаратов (Dual/Triple Fixed Combinations). По данным европейских регистров, переход на схему «одна таблетка в

день» увеличивает удержание пациентов на терапии с 48% до 76%. Отечественные исследователи (Оганов Р. Г., Чукаева И. И.) делают акцент на развитии санитарно-гигиенического обучения в «Школах здоровья». Зарубежные метаанализы, в частности, Cochrane Tobacco and Hypertension Groups подтверждают, что интерактивные поведенческие интервенции, направленные на ограничение натрия и отказ от курения, сопоставимы по гипотензивному эффекту с монотерапией антигипертензивными препаратами первого ряда.

Что касается санаторно-курортного лечения, особый интерес представляют работы восточноевропейских исследователей (Tomaszruk M. и соавт.), которые согласуются с выводами сибирской кардиологической школы (Ефремушкин Г. Г.). Зарубежный и отечественный опыт применения бальнеотерапии (направленный гидромассаж, углекислые ванны) доказывает возможность долгосрочного снижения общего периферического сосудистого сопротивления за счет индукции эндотелиального оксида азота (NO). Это обеспечивает удержание целевого АД в течение 6–8 месяцев после завершения курортного курса.

Выводы: международный научный консенсус подтверждает, что изолированная фармакотерапия АГ уступает по эффективности комплексным мультидисциплинарным программам, сочетающим непрерывный амбулаторный мониторинг, использование фиксированных комбинаций и модификацию образа жизни. Интеграция зарубежного опыта персонализированной бальнео- и климатотерапии в отечественную систему диспансерного наблюдения («Поликлиника — Школа здоровья — Санаторий») является патогенетически обоснованным шагом, позволяющим существенно повысить комплаентность и снизить инвалидизацию пациентов с ХНИЗ.

МОДЕЛЬ РАННЕГО ВОВЛЕЧЕНИЯ СЛУЖБЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И ХСН НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

РИХМАЙЕР Семён Юрьевич, БЕКРЕНЕВ Валерий Иванович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

MODEL OF EARLY INVOLVEMENT OF PALLIATIVE CARE IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH COPD AND CHF AT THE OUTPATIENT STAGE: EFFECTIVENESS ASSESSMENT

RICHMAIER S.Y., BEKRENEV V.I.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Проведено проспективное контролируемое исследование с целью оценки эффективности модели раннего паллиативного вмешательства для амбулаторных пациентов с тяжелой ХОБЛ и ХСН. Через 6 месяцев в основной группе выявлено статистически значимое улучшение показателей качества жизни, сокращение числа неотложных госпитализаций и повышение комплаенса. Результаты подтверждают целесообразность раннего интегрированного подхода.

Ключевые слова: ранняя паллиативная помощь, амбулаторный этап, ХОБЛ, ХСН, качество жизни.

Abstract: A prospective controlled study was conducted to evaluate the effectiveness of an early palliative care model for outpatients with severe COPD and CHF. The main group (n=52) included patients who, along with standard therapy, received comprehensive care from a mobile palliative care service. The control group (n=50) received only standard treatment. After 6 months, the main group showed a statistically significant improvement in quality of life indicators, a reduction in the number of emergency hospitalizations, and increased compliance. The results confirm the feasibility of an early integrated approach.

Keywords: early palliative care, outpatient stage, COPD, CHF, quality of life.

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) относятся к прогрессирующим хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ) с высоким бременем симптомов и значительным снижением качества жизни пациентов. Традиционно паллиативная помощь привлекается на поздних, терминальных стадиях этих заболеваний, что не позволяет в полной мере реализовать ее потенциал в контроле симптомов, психосоциальной поддержке и планировании ухода. Раннее интегрирование паллиативной помощи в амбулаторное ведение таких пациентов является современным мировым трендом, однако в отечественной практике подобные модели изучены недостаточно.

Цель: оценить клиническую и организационную эффективность модели раннего вовлечения выездной службы паллиативной помощи в комплексное ведение амбулаторных пациентов с тяжелыми формами ХОБЛ и ХСН.

Материал и методы. В основную группу (n=52) включены амбулаторные пациенты с тяжелой ХОБЛ и ХСН, которым, наряду со стандартной терапией, предоставлялась комплексная помощь выездной паллиативной службы. Контрольная группа (n=50) получала только стандартное лечение. Для статистического анализа использовались методы параметрической и непараметрической статистики в программе IBM SPSS Statistics 23.Изучение современной медицинской литературы, материалов из таких источников как: ЭБС Лань, Киберленинка и PubMed.

Результаты и обсуждения. Через 6 месяцев наблюдения в основной группе было зафиксировано достоверное ($p < 0,05$) улучшение показателей качества жизни. Средний балл по визуально-аналоговой шкале EQ-5D-5L в основной группе увеличился с 45±8 до 65±10 пунктов, в то время как в контрольной группе изменения были незначительными (с 43±9 до 47±11 пунктов). У пациентов с ХОБЛ в основной группе суммарный балл по опроснику CAT снизился на 5,2±1,8 пункта против 1,1±0,9 в контрольной группе ($p < 0,01$). Важным практическим результатом стало статистически значимое снижение количества неотложных госпитализаций в основной группе: 0,4±0,1 случая на пациента за полгода против 1,2±0,3 случая в контрольной группе ($p < 0,05$). Это свидетельствует об улучшении контроля над заболеванием и эффективном купировании симптомов на дому.

Уровень комплаенса (регулярность приема препаратов, выполнение рекомендаций) в основной группе вырос на 35% согласно данным анкетирования и проверки дневников самоконтроля. Пациенты основной группы также продемонстрировали значительно более высокий уровень удовлетворенности медицинской помощью (92% против 65% в контрольной группе).

Полученные данные согласуются с результатами международных исследований, подчеркивающими, что ранняя паллиативная помощь, фокусируясь на симптомах и

психосоциальных аспектах, не только улучшает субъективное состояние пациента, но и оптимизирует использование медицинских ресурсов за счет предотвращения декомпенсаций. Интеграция паллиативной команды в работу терапевта и кардиолога/пульмонолога поликлиники позволила сформировать целостный, ориентированный на пациента подход.

Выводы: внедрение модели раннего вовлечения выездной паллиативной службы в амбулаторное ведение пациентов с тяжелыми прогрессирующими ХНИЗ (ХОБЛ и ХСН) является эффективным и целесообразным.

Реализация данной модели достоверно улучшает качество жизни пациентов, способствует значимому снижению частоты неотложных госпитализаций и повышает приверженность лечению.

Ранняя паллиативная помощь должна рассматриваться не как альтернатива, а как необходимый компонент комплексного стандарта ведения пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями на амбулаторном этапе. Для широкого внедрения необходима разработка четких клинико-организационных маршрутов и критериев направления пациентов.

СРАВНЕНИЕ АБСОРБЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НИКОТИНА

РЫЧКОВ Артем Алексеевич, ОЛЕНЕВ Леонид Евгеньевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

THE COMPARISON OF ABSORPTION OF DIFFERENT FORMS OF NICOTINE

RYCHKOV A.A., OLENEV L.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Проведен сбор информации и сравнение форм никотина, потребляемых курильщиками. При анализе накопленных данных установлено, что соли никотина демонстрировали более высокую абсорбцию, чем органический никотин. Воздействие на организм электронных сигарет требует дальнейших исследований.

Ключевые слова: электронные сигареты, доставка никотина, свободное основание никотина, соль никотина, зависимость.

Abstract: Information was collected and the forms of nicotine, consumed by smokers were compared. When analyzing the accumulated data, it was found that the nicotine salts demonstrated higher absorption than organic nicotine. The effects of electronic cigarettes on the human body require further research.

Keywords: electronic cigarettes, nicotine delivery, free nicotine base, nicotine salt, addiction.

Введение. Электронные сигареты наравне с обычными стали причиной формирования зависимости среди многих слоев населения. Их основное отличие от обычных сигарет в том, что они доставляют никотин без сгорания. Носителем никотина в данных продуктах является жидкость, представляющая собой смесь пропиленгликоля и

растительного глицерина. Жидкость также содержит этанол, различные ароматизаторы и сам никотин. Данный никотин получен не из растительного сырья, а синтезирован в лабораторных условиях.

Никотин в жидкости находится в виде двух форм – свободного основания и соли. Свободное основание является летучим. Соли никотина образуются в результате реакции никотина с кислотами и менее летучи, чем основание никотина. Более низкое значение pH позволяет солевому никотину эффективнее проникать в организм, меньшее раздражение горла делает его более мягким и удобным для потребления.

Формы никотина играют значительную роль в потенциальной зависимости. В исследованиях выявлено несколько параметров, связанных с электронными сигаретами, которые изменяют профиль абсорбции никотина, поэтому следует учитывать их потенциальное влияние на зависимость.

Цель: изучить скорость абсорбции никотина и его фармакологического действия в зависимости от формы и доставки в организм.

Материал и методы. В ходе исследования на основе анализа научной литературы и результатов исследований были изучены формы никотина, их физические и химические свойства, доставка и влияние на организм, потенциал никотина к привыканию.

Результаты и обсуждения. Было проанализировано исследование Grant O′Connell, J.D. Pritchard, C. Prue at al. (2019), чтобы выяснить влияние формы никотина на его всасывание. Участниками эксперимента, проведенного данными исследователями, стали 15 здоровых американских курильщиков в возрасте от 21 года до 65 лет, выкуривающие ≥ 10 сигарет промышленного производства (без ограничений по типу марки) в день в течение как минимум последнего года. Использовались 5 видов электронных сигарет. Определенными фармакокинетическими параметрами были средняя максимальная концентрация никотина в плазме (Cmax), среднее время достижения максимальной концентрации никотина в плазме (Tmax) и средняя концентрация никотина в плазме в промежутке времени от 0 до 30 минут. Концентрация никотина в плазме крови определялась за 5 минут до начала использования продукта и затем многократно в течение 30 мин в процессе использования электронных сигарет.

При построении графика концентрации никотина было установлено сходство действия электронных сигарет с обычными, поскольку пик наступал относительно быстро, а затем концентрация никотина медленно уменьшалась. Таким образом, скорость всасывания никотина в кровоток была сопоставима для всех протестированных электронных сигарет и была такой же быстрой, как и для обычной сигареты. Однако во всех случаях поступление никотина в организм не превышало таковое при использовании обычной сигареты. Солевой никотин показал более быструю и высокую максимальную концентрацию: установлено, что лактат никотина всасывался в кровь быстрее чем свободное основание. Фармакокинетические профили соли никотина также зависели от свойств устройства электронной сигареты.

Общие симптомы интоксикации не зависят от типа никотина и включают в себя такие симптомы, как возбуждение или беспокойство, повышение артериального давления, тахикардию, сухость во рту или, наоборот, гиперсаливацию. Спецификой воздействия на организм солевого никотина является быстрое развитие симптомов. В медицинской литературе описаны случаи токсической энцефалопатии, развившиеся после употребления жидких форм никотина. Хроническое использование солевого никотина связывают с развитием специфических психических расстройств, таких, как быстрое формирование зависимости и бессонницу.

Выводы: соли никотина демонстрирует более высокую биодоступность, чем органический традиционный никотин, что может приводить к выраженным фармакологическим эффектам.

Применение солей никотина способствует к быстрому формированию стойкой зависимости. В то же время научных данных о пагубном влиянии электронных сигарет недостаточно, что связано с недолгим периодом их использования и отсутствием отдаленных последствий. Таким образом, изучение эффектов воздействия жидкостей, содержащихся в электронных сигаретах, требует дальнейших исследований.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ВЫЯВЛЕНИИ СКРЫТЫХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

САВРАСОВ Вадим Вадимович, КАТЦИНА Валерия Васильевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

POSSIBILITIES OF CLINICAL EXAMINATION IN THE IDENTIFICATION OF HIDDEN CARBOHYDRATE METABOLISM DISORDERS

SAVRASOV V.V., KATTSINA V.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: В статье показано, что ни один из методов (HbA1c или ПГТТ) не является идеальным для скрининга предиабета. Оптимальная стратегия заключается в комбинированном подходе - использовании HbA1c и/или глюкозы натощак в качестве тестов первой линии с обязательным проведением ПГТТ у пациентов групп высокого риска (ожирение, артериальная гипертензия, отягощённый семейный анамнез).

Ключевые слова: сахарный диабет, предиабет, НТГ, ПГТТ, HbA1c.

Abstract: The article demonstrates that neither method (HbA1c or OGTT) is ideal for screening for prediabetes. The optimal strategy is a combined approach—using HbA1c and/or fasting glucose as first-line tests, with mandatory OGTT in high-risk patients (obesity, hypertension, positive family history).

Keywords: Diabetes mellitus, prediabetes, IGT, OGTT, HbA1c.

Введение. Проблема раннего выявления нарушений углеводного обмена приобретает особую актуальность в связи с глобальной эпидемией сахарного диабета 2 типа и его сердечно-сосудистых осложнений. Предиабет, включающий нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и нарушение гликемии натощак, представляет собой обратимое состояние, при котором своевременное вмешательство может предотвратить или отсрочить развитие манифестного диабета. Однако ключевая сложность заключается в бессимптомном течении этих состояний, что делает их выявление возможным только в рамках целенаправленных скрининговых мероприятий.

Цель: провести систематизированный анализ научной литературы с целью проанализировать диагностическую ценность и практические возможности применения HbA1c и ПГТТ в рамках диспансеризации для выявления скрытых нарушений углеводного

обмена.

Материал и методы. Проведен систематический обзор и аналитический синтез данных научной литературы, доступных в международных библиографических базах PubMed, Web of Science, Cochrane Library и российских научных электронных библиотеках eLIBRARY.ru. Методология исследования основана на принципах доказательной медицины.

Результаты и обсуждения. Предиабет представляет собой промежуточное метаболическое состояние между нормогликемией и манифестным СД 2 типа. В соответствии с современными клиническими рекомендациями, диагностическими критериями предиабета являются: уровень глюкозы натощак от 5,6 до 6,9 ммоль/л, уровень глюкозы через 2 часа после нагрузки - от 7,8 до 11,0 ммоль/л, а также уровень HbA1c от 5,7% до 6,4%. Важно отметить, что НТГ является более ранним маркером метаболических нарушений, чем гипергликемия натощак, и ассоциируется не только с прогрессированием в СД 2 типа, но и с повышенным сердечно-сосудистым риском.

Гликированный гемоглобин (HbA1c) отражает средний уровень гликемии за предшествующие 90-120 дней и имеет ряд преимуществ для использования в диспансеризации. Ключевыми достоинствами являются отсутствие необходимости в предварительном голодании и меньшая суточная вариабельность по сравнению с уровнем глюкозы плазмы. Это делает HbA1c удобным скрининговым инструментом, способным повысить приверженность населения обследованию. Однако надежность HbA1c как скринингового инструмента подвергается обоснованной критике. На его интерпретацию влияют многочисленные негликемические факторы: анемии, гемоглобинопатии, хроническая болезнь почек, а также расовые и этнические различия в метаболизме глюкозы. Кроме того, около 30% лиц с нарушением углеводного обмена, выявленным по данным глюкозы плазмы, имеют уровень HbA1c в пределах нормальных значений. Это явление приводит к существенной доле ложноотрицательных результатов при использовании только HbA1c в программах скрининга. С клинической точки зрения, диагностика на основе HbA1c выделяет когорту пациентов с риском, которая лишь частично пересекается с популяцией, имеющей НТГ, выявляемое при ПГТТ. Следовательно, опора исключительно на HbA1c ведет к недоучету значительного числа случаев предиабета, особенно на ранних стадиях.

Пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с нагрузочной дозой в 75 г глюкозы остается «золотым стандартом» для диагностики НТГ. Критически важным преимуществом ПГТТ является его способность выявлять лиц с изолированным постпрандиальным повышением глюкозы, у которых уровень глюкозы натощак и HbA1c остаются в пределах референсных значений. Однако широкое применение ПГТТ в диспансеризации ограничено его низкой воспроизводимостью, трудоемкостью, необходимостью предварительного голодания и значительными временными затратами для пациента. Эти факторы снижают его практическую ценность как рутинного скринингового инструмента в первичном звене здравоохранения. В последние годы в научной литературе активно обсуждается потенциал использования однократного измерения глюкозы через 1 час после нагрузки (1-h PG) в качестве более чувствительного биомаркера. Данные крупных проспективных исследований показывают, что уровень 1-h PG ≥ 8,6 ммоль/л ассоциирован с 4,3-кратным увеличением риска развития СД 2 типа и 1,61-кратным увеличением риска сердечно-сосудистых событий в ближайшие 5 лет.

Перед организаторами здравоохранения стоит сложная задача выбора оптимального скринингового метода. Сравнительный анализ показывает, что HbA1c обладает высокой

специфичностью, но относительно низкой чувствительностью, что при массовом скрининге может приводить к ложноотрицательным результатам. ПГТТ, особенно с оценкой 1-часовой глюкозы, обладает более высокой чувствительностью, но организационно сложнее. Сегодня комбинация различных диагностических подходов значительно повышает диагностическую точность по сравнению с использованием каждого теста в отдельности. Наиболее прагматичным подходом представляется двухэтапная стратегия: первый этап диспансеризации - определение HbA1c и/или глюкозы натощак как скринингового теста; второй этап - проведение ПГТТ с оценкой глюкозы через 1 и 2 часа у лиц с пограничными значениями или факторами высокого риска.

Практическая значимость: раннее выявление скрытых нарушений углеводного обмена в рамках диспансеризации имеет огромное практическое значение. Доказано, что своевременное вмешательство - модификация образа жизни (снижение массы тела, увеличение физической активности до 150 минут в неделю) - может предотвратить или отсрочить развитие СД 2 типа у лиц с предиабетом. Кроме того, НТГ является независимым фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости, и ее выявление позволяет своевременно начать не только гликемический контроль, но и коррекцию артериального давления и липидного профиля.

Выводы: выявление скрытых нарушений углеводного обмена в рамках диспансеризации является сложной задачей ввиду гетерогенности предиабета и отсутствия утвержденных международных критериев.

Определение HbA1c обладает наибольшей практичностью для массового скрининга благодаря удобству для пациента и стабильности, однако его использование сопряжено с риском ложноотрицательных результатов и зависимостью от негликемических факторов. ПГТТ остается незаменимым методом для диагностики НТГ, а перспективным направлением является интеграция однократного измерения глюкозы через 1 час, обладающего лучшим прогностическим потенциалом в отношении сердечно-сосудистых рисков.

Проблема гипердиагностики предиабета требует пересмотра подходов к трактовке пограничных результатов. Рекомендуется динамическое наблюдение и подтверждение диагноза при минимальных отклонениях от нормы.

Оптимальная стратегия диспансеризации должна включать комбинированное использование методов: HbA1c и/или глюкоза натощак для первичного скрининга с обязательным проведением ПГТТ в группах риска и при пограничных значениях базовых тестов.

ЭЛЕКТРОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КАРТЫ: ПРЕИМУЩЕСТВА И ВЫЗОВЫ ВНЕДРЕНИЯ

САГАЛАКОВА Аюна Владимировна, ХЕРТЕК Айлуна Адыгжыевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

ELECTRONIC MEDICAL RECORDS: ADVANTAGES AND CHALLENGES OF IMPLEMENTATION

SAGALAKOVA A.V., KHERTEK A.A.
Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в сфере российского здравоохранения наблюдается интенсивное развитие и внедрение цифровых решений. Одним из приоритетных направлений информатизации является повсеместное введение электронных медицинских карт (далее – ЭМК), которые аккумулируют массивные объемы информации, полученной в реальной клинической практике (Real-World Data; далее – RWD).

Ключевые слова: информация из реальной клинической практики, электронная медицинская карта, объемные данные, искусственный разум, обучение с помощью машин.

Abstract: In the field of Russian healthcare, there is an intensive development and implementation of digital solutions. One of the priority areas of informatization is the widespread introduction of electronic medical records (EMRs), which accumulate massive amounts of information obtained in real clinical practice (Real-World Data; RWD).

Keywords: information from real clinical practice, electronic medical records, voluminous data, artificial intelligence, and machine learning.

Введение. Развитие технологий искусственного интеллекта (далее – ИИ) и современных методов анализа больших данных создает возможности для создания инновационных программных решений и услуг. Эти разработки служат основой для цифровой трансформации как лечебно-диагностических процессов в медицинских учреждениях, так и всей системы здравоохранения в целом. Кроме того, применение больших данных и ИИ инициирует изменения в существующих областях фармацевтической индустрии, включая исследование данных RWD**.**

Цифровизация медицинских записей воспринимается населением как «плавная эволюция», незаметно интегрирующаяся в повседневную жизнь. Значительное большинство опрошенных граждан России (71%) осведомлены в той или иной степени о повсеместном внедрении ЭМК как средства обеспечения сохранности медицинской информации при смене лечебного заведения или места проживания.

Вероятно, обеспечение непрерывности медицинской истории пациентов является причиной высокого уровня (80%) одобрения внедрения ЭМК среди жителей всех возрастных групп, что делает их одним из ключевых источников данных реальной клинической практики (далее – ДРКП).

Цель: проанализировать основные преимущества и вызовы, связанные с внедрением (ЭМК) в систему здравоохранения.

Материал и методы. Работа посвящена исследованию практики внедрения ЭМК в учреждениях первичного звена здравоохранения на территории Российской Федерации. Данное исследование представляет собой обзор научной литературы с целью систематизации накопленных знаний и определения ключевых аспектов, влияющих на эффективность указанных процессов.

Результаты и обсуждения. На современном этапе развития системы здравоохранения одной из приоритетных задач является усовершенствование медицинских учетных документов. Это подразумевает широкое внедрение ЭМК в повседневную работу врачей, включая амбулаторные условия. В настоящее время медицинские учреждения в значительной степени компьютеризированы и уже используют программные комплексы для сбора и хранения информации о приемах пациентов клиническими специалистами, что фактически является ЭМК.

Структура ЭМК была утверждена Министерством здравоохранения России 11.11.2013 в документе «Основные разделы электронной медицинской карты» (официально опубликован не был). Этот документ служит основой для формирования структуры данных, передаваемых между различными информационными системами внутри медицинских организаций, а также на региональном и государственном уровнях.

Документ схематично описывает процесс создания электронной медицинской карты пациента. Он является базой для формирования метрических данных и сигнальных отметок о пациенте. Его лаконичность и универсальность призваны обеспечить применимость в любых медицинских учреждениях. Однако объем и детализация сведений, содержащихся в такой ЭМК, могут быть избыточными или недостаточными в зависимости от специфики конкретного учреждения.

К преимуществам ЭМК по сравнению с бумажными аналогами относятся: удобство заполнения, возможность простого поиска необходимой информации, формирования баз данных пациентов с различными заболеваниями, упрощение создания статистических отчетов и заполнения отчетных форм, а также возможность проведения научного и экспертного анализа. Однако в научной литературе практически отсутствуют данные об эффективности внедрения подобных программных продуктов с точки зрения их влияния на качество непосредственно медицинской помощи.

Для успешной автоматизированной обработки медицинских данных крайне важно их структурирование и присвоение кодов. Именно эти процессы лежат в основе значительных достижений и преимуществ, которые предоставляет компьютерная обработка. Под структурированием в контексте медицинских данных следует понимать организацию информации, ее разделение на логические блоки и подблоки, вплоть до идентификации конкретных характеристик и атрибутов каждой медицинской сущности.

Тем не менее, структурирование и кодирование медицинской информации не являются самоцелью, а призваны служить эффективным инструментом для интеллектуальной поддержки принятия врачебных решений. При этом, анализ отечественного и зарубежного опыта демонстрирует, что излишняя детализация структуры и чрезмерно глубокая формализация данных в медицинской карте могут существенно затруднить ее практическое применение, сделать работу врача с ней утомительной и неудобной, практически нивелируя преимущества кодированного формата клинической информации.

Некоторые исследователи выражают сомнения относительно целесообразности глубокой детализации и структурирования медицинских записей для создания интегрированных электронных медицинских карт. Процесс кодирования информации воспринимается как внешний по отношению к непосредственной врачебной деятельности и зачастую создает дополнительные трудности в работе.

При создании ЭМК часто сохраняется структура традиционного бумажного документооборота, что мешает автоматической генерации статистической отчетности и глубокому анализу данных. Современные информационные системы используют шаблоны для записей осмотров, которые становятся более структурированными, но всё ещё нуждаются в улучшении. Электронный дневник врача должен быть высоко структурирован, начиная с анамнеза и заканчивая физикальным осмотром, и предлагать разнообразные и детализированные признаки для облегчения процесса оценки.

ЭМК решают множество задач, таких как поддержание актуальности информации, оперативность обмена данными и возможность анализа. Раннее выявление дефектов медицинской помощи остается важной проблемой, и интегрированные базы данных ЭМК

могут помочь в анализе первичной медицинской информации для выявления нарушений. Однако в литературе не существует единой системы оценки качества медицинской помощи на базе ЭМК, что подчеркивает необходимость автоматизации процесса экспертизы и комплексной оценки внедрения ЭМК.

Выводы:

1. Внедрение ЭМК в медицинских организациях направлено на обеспечение доступности, оперативности и соответствия медицинской помощи в целом.
2. Модули ЭМК должны учитывать особенности конкретной медицинской организации и основываться на актуальных нормативных документах, включая клинические рекомендации. Он также должен включать квалиметрическую оценку качества медицинской помощи.
3. Требуется дальнейшая разработка и исследование эффективности модулей экспертизы качества медицинской помощи в ЭМК для правильного выбора методов будущих профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также для оценки достижения запланированных результатов.

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

САГАЛАКОВА Аюна Владимировна, ХЕРТЕК Айлуна Адыгжыевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

MOBILE APPLICATION FOR REMOTE MONITORING OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

SAGALAKOVA A.V., KHERTEK A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Одним из приоритетных направлений информатизации является внедрение мобильных приложений для дистанционного мониторинга пациентов с хроническими заболеваниями. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) сопровождается высоким риском госпитализаций и низкой приверженностью к терапии. Дистанционный мониторинг позволяет своевременно выявлять признаки декомпенсации и корректировать лечение.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, мобильное приложение, дистанционный мониторинг, телемедицина, приверженность к лечению.

Abstract: One of the priority areas of informatization is the introduction of mobile applications for remote monitoring of patients with chronic diseases. Chronic heart failure (CHF) is associated with a high risk of hospitalizations and low adherence to treatment. Remote monitoring allows timely detection of decompensation signs and correction of therapy.

Keywords: chronic heart failure, mobile application, remote monitoring, telemedicine, treatment adherence.

Введение. Развитие технологий искусственного интеллекта и современных методов анализа больших данных создает возможности для создания инновационных программных

решений в медицине. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остаётся одной из ведущих причин госпитализаций и смертности среди пациентов пожилого возраста. Частые декомпенсации требуют повторных госпитализаций, что увеличивает нагрузку на стационары и затраты системы здравоохранения. Одной из ключевых причин ухудшения состояния является несвоевременное выявление ранних признаков задержки жидкости и низкая приверженность к терапии. Дистанционный мониторинг с помощью мобильных приложений позволяет пациенту ежедневно вносить показатели (вес, АД, ЧСС, симптомы), а врачу — своевременно корректировать лечение. Однако в практической медицине такие решения для пациентов с ХСН распространены недостаточно.

Цель: проанализировать возможности дистанционного мониторинга пациентов с ХСН и предложить концепцию мобильного приложения для амбулаторного этапа.

Материал и методы. Работа посвящена исследованию практики дистанционного мониторинга пациентов с ХСН в учреждениях первичного звена здравоохранения. Данное исследование представляет собой обзор научной литературы с целью систематизации накопленных знаний и определения ключевых аспектов, влияющих на эффективность указанных процессов. Проведён анализ публикаций в базах eLIBRARY, PubMed, Cochrane Library за 2020–2025 гг. Изучены существующие мобильные приложения для пациентов с ХСН. Использованы методы теоретического анализа, систематизации и концептуального проектирования. Собственное анкетирование не проводилось.

Результаты и обсуждения. По данным литературы, дистанционный мониторинг с передачей физиологических параметров (вес, АД, ЧСС, ЭКГ) и симптомов позволяет снизить частоту госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН на 25–30% и повысить приверженность к терапии. Существующие зарубежные приложения (Heart Failure Health Storylines, CHF Tracker, Cardiocom) имеют ограничения: отсутствие интеграции с ЕГИСЗ, слабая автоматическая аналитика, недостаточная адаптация к российской системе здравоохранения.

Предложена архитектура мобильного приложения, включающая:

· модуль ввода данных (вес, АД, ЧСС, диурез, симптомы - одышка, отёки, утомляемость)

· модуль автоматического анализа (выявление признаков декомпенсации: прибавка веса более 1 кг за 2 дня, увеличение ЧСС, появление отёков);

· модуль оповещений (сигнал пациенту и врачу при отклонениях);

· модуль телемедицины (чат, видеозвонок, передача отчёта врачу).

Алгоритм анализа построен на основе правил и клинических рекомендаций. На данном этапе проведено концептуальное проектирование; клиническая валидация не выполнялась. Ожидается, что внедрение позволит снизить частоту госпитализаций, повысить приверженность к терапии и улучшить качество жизни пациентов. Экономическая эффективность связана с сокращением затрат на стационарное лечение.

Выводы:

1. Анализ литературы подтвердил актуальность разработки мобильного приложения для дистанционного мониторинга пациентов с ХСН. Существующие зарубежные решения не адаптированы к российской системе здравоохранения и не интегрированы с ЕГИСЗ.

2. Предложена концепция приложения, включающая модули ввода данных, автоматического анализа, оповещений и телемедицины. Алгоритм позволяет выявлять ранние признаки декомпенсации.

3. По данным литературы, дистанционный мониторинг способствует снижению частоты госпитализаций на 25–30% и повышению приверженности к терапии.

4. Необходимы дальнейшие клинические исследования для валидации алгоритмов на

реальных данных пациентов и оценки экономической эффективности внедрения приложения в амбулаторную практику.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЭНДОКРИНОЛОГА О ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА

САТ Алдын-Ай Андреевна, ЛУКАШОВА Ирина Артемовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

ASSESSMENT OF AWARENESS OF ENDOCRINOLOGIST'S PATIENTS ABOUT OSTEOPOROSIS PREVENTION

SAT A.A., LUKASHOVA I.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: у большинства опрошенных отсутствовали базовые знания о роли кальция и витамина D. Ни одна из пациенток группы риска не соблюдала постоянный режим профилактической терапии остеопороза. Выявлен критический дефицит знаний и низкая приверженность в целевой группе, что диктует необходимость внедрения структурированных образовательных программ на амбулаторном приеме.

Ключевые слова: остеопороз, профилактика, информированность, амбулаторный прием, кальций, витамин D, приверженность.

Abstract: Among women lacked basic knowledge about the role of calcium and vitamin D. None of the at-risk female patients followed a constant regimen of preventive therapy for osteoporosis, even if such recommendations were present in their outpatient records. A critical knowledge gap and low adherence in the target group were revealed, indicating the need for structured educational programs during outpatient visits.

Keywords: osteoporosis, prevention, awareness, outpatient care, calcium, vitamin D, adherence.

Введение. Остеопороз представляет собой глобальную медико-социальную проблему, приводящую к высокому риску низкотравматичных переломов, инвалидизации и снижению качества жизни. Пациенты с эндокринной патологией (сахарный диабет, заболевания щитовидной и паращитовидных желез) входят в группу риска по развитию вторичного остеопороза. Несмотря на доказанную эффективность первичной профилактики, основанной на адекватном потреблении кальция и витамина D, ее успех напрямую зависит от информированности и мотивации пациентов, что особенно важно в условиях дефицита времени на амбулаторном приеме.

Цель: оценить уровень осведомленности и реальную приверженность профилактике остеопороза среди пациентов, обращающихся к врачу-эндокринологу в условиях городской поликлиники.

Материал и методы. Исследование проведено 11 сентября 2025 года на базе эндокринологического кабинета ГБУЗ КО «Городская поликлиника №4» г. Кемерово (ул. Тухачевского, 29). Методом сплошной выборки в течение одного стандартного рабочего

дня были включены все пациенты, посетившие плановый или профилактический прием (n=18). Характеристика выборки по основным диагнозам: сахарный диабет 2 типа - 10 чел. (55,6%), узловой зоб и гипотиреоз - 5 чел. (27,8%), ожирение - 3 чел. (16,7%).

Для оценки использовались два метода:

1) Анализ амбулаторных карт на наличие записей о рекомендациях по профилактике остеопороза и назначений препаратов кальция и/или витамина D.

2) Структурированное интервью с пациентом, включавшее вопросы: «Знаете ли Вы о мерах профилактики остеопороза?»; «Какова, по Вашему мнению, роль кальция и витамина D?»; «Принимаете ли Вы или принимали ранее какие-либо препараты для укрепления костей (например, кальций, витамин D, комбинированные средства)? Если да, то как регулярно?»; «Получали ли Вы от врача конкретные рекомендации по их приему?». Данные обработаны методами описательной статистики с расчетом процентных долей.

Результаты и обсуждения. Женщины постменопаузального возраста (старше 50 лет) составили 72,2% (13 чел.) от всей выборки, что определяет их как целевую группу риска по остеопорозу. Анализ медицинской документации показал, что в амбулаторных картах 7 из 13 пациенток этой группы (53,8%) имелись записи эндокринолога или терапевта о рекомендациях приема препаратов кальция и витамина D, однако лишь в 2 случаях (15,4%) они были оформлены как официальное назначение с указанием конкретного препарата и дозировки.

Результаты структурированного интервью выявили следующие проблемы:

1. Дефицит знаний: полноценные базовые знания (могли назвать как минимум прием Ca/D3 и физическую активность) продемонстрировали лишь 5 пациенток (38,5%). У 8 пациенток (61,5%) отсутствовало понимание необходимости дополнительного приема нутриентов для профилактики остеопороза («Думаю, достаточно молочных продуктов»).

2. Низкая приверженность: трое пациенток (23,1%) знали о рекомендациях в общих чертах, но не следовали им, ссылаясь на «отсутствие четких указаний врача» или «забывчивость». Две пациентки (15,4%) подтвердили эпизодический прием препаратов (одна – комбинированный препарат кальция и витамина D3, другая – только карбонат кальция), который прекращали самостоятельно через 1-2 месяца. Критическим результатом является то, что ни одна из 13 пациенток группы риска не соблюдала постоянный (ежедневный или курсовой) профилактический режим, предписанный или рекомендованный врачом.

3. Диссонанс в приверженности: при этом 14 пациентов из всей выборки (77,8%) регулярно и точно соблюдали терапию по поводу основного эндокринного заболевания (гипогликемические средства, левотироксин). Это указывает на избирательную приверженность, при которой профилактика бессимптомного состояния (остеопороз) воспринимается как менее значимая, чем лечение манифестного заболевания.

Полученные данные согласуются с результатами других исследований, свидетельствующих о системной проблеме низкой осведомленности о профилактике остеопороза даже среди пациентов с коморбидной патологией. Выявленный разрыв между формальными рекомендациями в карте и реальной практикой пациентов (0% приверженности) свидетельствует о неэффективности эпизодических устных указаний. Основными причинами, вероятно, являются дефицит времени врача на подробное разъяснение, отсутствие наглядных памяток для пациента и недостаточный акцент на важности именно постоянного, а не ситуативного приема.

Эффективным решением могло бы стать внедрение стандартизированного алгоритма консультирования для врачей-эндокринологов при ведении пациентов из групп риска, а

также разработка и использование кратких информационных листов-памяток, выдаваемых на руки.

Выводы: 1. Среди пациентов эндокринолога городской поликлиники женщины постменопаузального возраста, составляющие основную группу риска по остеопорозу, преобладают (72,2%).

2. Установлен критически низкий уровень базовых знаний о роли кальция и витамина D (61,5% не информированы) и абсолютное отсутствие постоянной приверженности профилактической терапии остеопороза (0%) в данной группе, несмотря на наличие рекомендаций в картах более чем у половины пациенток.

3. Выявлен диссонанс: высокая приверженность лечению основного эндокринного заболевания (77,8%) сочетается с полным игнорированием сопутствующей профилактики, что указывает на низкую субъективную значимость проблемы остеопороза для пациентов.

4. Обоснована необходимость разработки и внедрения в работу эндокринологов стандартизированных образовательных инструментов (краткие алгоритмы, информационные памятки) для повышения эффективности консультирования по вопросам профилактики остеопороза на амбулаторном приеме.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

САФРОНОВА Екатерина Андреевна, ЗОРИНА Эллина Максимовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

TELEMEDICAL TECHNOLOGIES IN PALLIATIVE CARE AT THE STAGE OF PRIMARY MEDICAL AND SANITARY CARE: OPPORTUNITIES AND LIMITATIONS

SAFRONOVA E.A., ZORINA E.M.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в рамках исследования проведён анализ современных телемедицинских решений, применяемых в сфере паллиативной помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи. Выявлены актуальные возможности и ограничения внедрения телемедицинских технологий, а также сформулированы предложения по оптимизации их практического применения.

Ключевые слова: телемедицинские технологии, паллиативная помощь, первичная медико-санитарная помощь, возможности, ограничения.

Abstract: The study analyzes modern telemedicine solutions used in palliative care at the primary health care level. It identifies current opportunities and limitations for implementing telemedicine technologies and formulates proposals for optimizing their practical application.

Keywords: telemedicine technologies, palliative care, primary health care, opportunities, and limitations.

Введение. Паллиативная помощь (ПП) – важнейшая отрасль системы здравоохранения, направленная на улучшение качества жизни пациентов с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Внедрение телемедицинских технологий (ТМТ) в эту сферу открывает новые возможности, но также сопряжено с рядом ограничений. Актуальность темы обусловлена ростом числа пациентов, нуждающихся в ПП, неравномерностью доступа к специализированной ПП в регионах, потенциалом телемедицинских технологий для повышения доступности и качества помощи, а также необходимостью анализа барьеров внедрения цифровых решений в практику первичной медико-санитарной помощи (ПСМП).

Цель: проанализировать потенциал и барьеры применения телемедицины в оказании ПП на уровне ПСМП, а также предложить возможные пути по оптимизации использования ТМТ.

Материал и методы. В работе проведён анализ научных публикаций за 2019–2025 гг. в базах PubMed (Хартия Хароэн – «Интеграция телемедицины в паллиативную помощь на уровне сообществ: систематический обзор», 2025 г.), eLibrary.ru (Леванов В.М., Бухвалов С.А., Власов Е.В., Жидков И.М. – «Перспективы применения персональной телемедицины в системе паллиативной медицинской помощи населению», 2020 г.; Лебедев Г.С., Шепетовская Г.Л., Решетников В.А. – «Телемедицина и механизмы ее интеграции»; Саушев А.А. – «Комплексное сопровождение паллиативных пациентов с применением цифровой платформы»), нормативных документов, включая приказы Министерства Здравоохранения (Приказ Минздрава России № 208н/Минтруда России № 243н от 14.04.2025) и постановления Правительства (Постановление Правительства РФ № 2276), а также результатов проектов по телемедицине в паллиативной помощи в РФ (проект «Доктор рядом», сервис телемедицины «СберЗдоровье»).

Результаты и обсуждения. В организации ПП на уровне ПСМП телемедицина играет ключевую роль, позволяя повысить доступность и качество ухода для пациентов с неизлечимыми заболеваниями. Видео- и аудиоконференции — основной способ дистанционной коммуникации между врачом и пациентом, а также между специалистами. Консультации проводятся через защищённые каналы связи с использованием веб-камер, микрофонов и специализированного программного обеспечения. Это особенно важно для тяжелобольных пациентов, которые не могут посещать медицинские учреждения. Согласно Приказу Минздрава России № 208н/Минтруда России № 243н от 14.04.2025, применение ТМТ для консультаций и консилиумов по вопросам ПП официально предусмотрено. По данным сервиса «СберЗдоровье», в 2024 году обращаемость пациентов в режиме онлайн возросла на 45% по сравнению с предыдущими годами, что подтверждает удобство и востребованность такого формата.

Не менее востребован формат текстовых чатов и отложенных консультаций: пациент может отправлять врачу сообщения с вопросами, результатами обследований или описанием симптомов, а врач изучает материалы и формирует заключение в установленные сроки. Такой подход не требует синхронного общения и удобен для решения рутинных вопросов либо при отсутствии срочной необходимости в консультации.

Значительный вклад в мониторинг состояния пациентов вносят дистанционные устройства и датчики. К ним относятся смарт-браслеты и трекеры, измеряющие основные физиологические показатели. Данные с устройств передаются в информационную систему, что позволяет врачам оперативно отслеживать состояние пациента и корректировать лечение.

Важную роль играют медицинские информационные системы (МИС), применяемые

для персонифицированного учёта пациентов, нуждающихся в ПП. В МИС ведётся Регистр пациентов, где фиксируются сведения о медицинской помощи. Система автоматизирует работу с электронными медицинскими картами, обеспечивает обмен данными между врачами и клиниками, а также интегрируется с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения.

Перспективным направлением является использование искусственного интеллекта. Искусственный интеллект позволяет организовать круглосуточное наблюдение, автоматически оповещать персонал при критических изменениях, прогнозировать риски ухудшения состояния и помогать в подборе схем обезболивания. При этом окончательное решение об ограничении терапии или изменении стратегии ухода всегда остаётся за врачом.

На сегодняшний день количественные показатели подтверждают результативность внедрения телемедицины:

1. Нагрузка на врачей ПМСП снижается на 25 % за счёт автоматизации рутинных задач (оценка по результатам внедрения ЭМК с телемедицинским модулем в пилотных регионах РФ);
2. Снижаются затраты на транспортировку пациентов из отдаленных регионов;
3. Видеоконсультации и онлайн-школы помогают близким освоить навыки ухода, что особенно важно людям, находящимся в отдаленных регионах страны.

Вместе с тем выявлены существенные ограничения, сдерживающие широкое внедрение технологий. Среди нормативно-правовых барьеров — запрет постановки диагноза и назначения лечения без очного приёма (ФЗ № 323, ст. 36.2), жёсткие требования к защите персональных данных и использованию сертифицированного ПО, необходимость электронной подписи для документирования консультаций, а также пробелы в регулировании дистанционного назначения обезболивающих препаратов.

Технические сложности связаны с неравномерным покрытием интернетом в регионах: в сельской местности доступность сети 4G/LTE составляет менее 60 % (данные Минцифры РФ, 2023), а средняя цена носимого устройства с передачей данных достигает 15–25 тыс. руб. Низкий уровень цифровой грамотности также осложняет ситуацию (только 45% врачей старше 50 лет уверенно используют телемедицинские платформы по данным опроса 2024 г.).

Клинические и этические аспекты добавляют дополнительные вызовы: невозможность полноценной оценки состояния без физикального осмотра, трудности обсуждения деликатных вопросов через экран. Организационные проблемы включают отсутствие единых протоколов телемедицинского сопровождения паллиативных пациентов и нехватку финансирования для масштабного внедрения (бюджеты регионов покрывают не более 20 % затрат на оборудование и обучение).

Выводы: оптимизация телемедицинских сервисов в паллиативной помощи должна стать приоритетом развития первичной медико-санитарной помощи в РФ, что позволит улучшить качество жизни пациентов и эффективность работы медицинских учреждений.

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

СЕКАЧЕВА Софья Александровна, АГЕЕВА Алина Владимировна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

THE EFFECT OF SANATORIUM-RESORT TREATMENT ON THE HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COPD

SEKACHEVA S.A. AGEEVA A.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: ХОБЛ сопровождается высокой частотой психоэмоциональных нарушений, которые увеличивают частоту обострений и госпитализаций, снижают качество жизни. Показано, что санаторно-курортное лечение (СКЛ) оказывает положительное влияние на психическое состояние. Наибольшая эффективность наблюдается при легкой степени тяжести ХОБЛ. Сделан вывод о целесообразности включения СКЛ в комплексную реабилитацию пациентов с ХОБЛ и раннего направления их на санаторно-курортный этап.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких; санаторно-курортное лечение; психоэмоциональный статус; тревога; депрессия; качество жизни; медицинская реабилитация; климатотерапия.

Abstract: COPD is accompanied by a high frequency of psychoemotional disorders, which increase the frequency of exacerbations and hospitalizations and reduce the quality of life. It has been shown that SCLE has a positive effect on mental state. The greatest effectiveness is observed in cases of mild COPD. It has been concluded that it is advisable to include SCLE in the comprehensive rehabilitation of patients with COPD and to refer them early to the sanatorium-resort stage.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; sanatorium-resort treatment; psycho-emotional status; anxiety; depression; quality of life; medical rehabilitation; climatotherapy.

Введение. ХОБЛ – распространённое хроническое заболевание с прогрессирующим ограничением воздушного потока, значимо снижающее качество жизни. Заболевание часто сопровождается психическими расстройствами, которые ухудшают течение, увеличивают частоту обострений и госпитализаций. Помимо лекарственной терапии, актуально применение немедикаментозных методов коррекции. СКЛ, включающее климатотерапию, бальнеопроцедуры, физическую реабилитацию и психокоррекцию, может положительно влиять как на респираторную функцию, так и на психическое состояние.

Цель: систематизировать и проанализировать данные литературы о влиянии СКЛ на психоэмоциональный статус и качества жизни пациентов с ХОБЛ.

Материал и методы. Поиск в PubMed, eLibrary, CyberLeninka, Google Scholar. исследования, обзоры, клинические рекомендации за последние 10 лет. Использованы методы систематизации и сравнительного анализа. В первичных работах применялись HADS, CES-D, шкала Спилбергера–Ханина, САН, PHQ-9, GAD-7; КЖ оценивали по SGRQ, CAT, SF-36, EQ-5D.

Результаты и обсуждения. Депрессивные расстройства выявлены у 72,6 % пациентов с ХОБЛ (средней/тяжёлой степени - 41,8 %), тревожные - у 67,1 % (Калиберденко В.Б. и др., 2026). Зарубежные данные подтверждают высокую частоту психокоморбидности (Qiu CJ et al., 2024; Moretta P, et al., 2024). Факторы риска развития: социальная изоляция, ограничение активности, страх обострений, одышка. Выраженность коррелирует с тяжестью ХОБЛ.

Санаторно-курортное лечение при ХОБЛ включает климатотерапию, лечебное питание, медикаментозную терапию, дозированные нагрузки, респираторную гимнастику, психотерапию, гипополитентную среду. Применяются ингаляции, вспомогательные методики (осцилляторная модуляция дыхания, ПДКВ, массаж). Психокоррекция снижает напряжение и формирует положительное отношение к лечению.

СКЛ положительно влияет на психику, наибольший эффект - при лёгкой ХОБЛ (Юсупалиева М.М. и др., 2016). В многоцентровом рандомизированном клиническом исследовании (55 пациентов) снижение депрессии отмечено с 7-го дня и сохранялось весь курс; к 21-му дню - дальнейшее снижение. Комплексная терапия в условиях санатория улучшила как функцию дыхания, так и психологическое состояние (Абдуллаев Ш.А. и др., 2024). Показатели качества жизни у 123 пациентов с ХОБЛ I–II стадий через 6 мес. после СКЛ были достоверно выше, чем в группе сравнения; магнитотерапия и азотно-кремнистые ванны закрепляли результат. Оптимальный срок СКЛ при ХОБЛ - 18 дней.

Курортные факторы и ЛФК при ХОБЛ уменьшают одышку, улучшают функцию внешнего дыхания (прирост с 18-го дня) и корректируют системные проявления (Консенсус ATS/ERS и GOLD, 2025).

Выводы: депрессия и тревога широко распространены при ХОБЛ и ухудшают течение, КЖ и прогноз. СКЛ — комплексный метод (климатотерапия, бальнеология, физическая реабилитация, психокоррекция), многофакторно влияющий на психику.

УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРТОНИЕЙ И ХСН: ОТ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА К СТАБИЛЬНОМУ СОСТОЯНИЮ

СЕЛИНА Екатерина Алексеевна, СОРОКИНА Полина Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

RISK MANAGEMENT IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND CHF: FROM OUTPATIENT TREATMENT TO STABLE CONDITION

SELINA E.A., SOROKINA P.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Разработана система упреждающего ведения пациентов с артериальной гипертонии и хронической сердечной недостаточности (стратификация, мониторинг, обучение, алгоритм коррекции) для снижения госпитализаций за счёт выявления риска в межвизитный период.

Ключевые слова: артериальная гипертония, декомпенсация, повторная госпитализация, упреждающая коррекция, амбулаторное ведение.

Abstract: A system of proactive management for patients with arterial hypertension and chronic heart failure has been developed, including risk stratification, monitoring, patient education, and a correction algorithm, aimed at reducing hospitalizations by identifying risk during the inter-visit period.

Keyword: arterial hypertension, decompensation, repeated hospitalization, preventive correction, and outpatient management.

Введение. Пациент с диагнозом артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность — частая категория в поликлинической практике, причем основные декомпенсации возникают именно между визитами к врачу. Большинство повторных госпитализаций потенциально предотвратимы при правильной организации амбулаторного этапа.

Цель: систематизировать подходы врача поликлиники к ведению пациента с сочетанием артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности, чтобы снизить риск декомпенсации и повторных госпитализаций.

Материал и методы. Использованы методы анализа и синтеза существующих клинических рекомендаций (Европейское общество кардиологов, 2021; Российские клинические рекомендации по АГ и ХСН, 2020–2024), патофизиологических концепций и теоретических моделей управления рисками при коморбидности артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности. Собственное клиническое исследование на реальных пациентах не проводилось.

Результаты и обсуждения. Выделено пять ключевых групп предотвратимых рисков декомпенсации: артериальное давление (как высокое, так и слишком низкое), скрытая задержка жидкости (маркёр — прирост веса), электролитные нарушения (прежде всего гиперкалиемия на фоне иАПФ/сартанов и спиронолактона), низкая приверженность терапии (отмена диуретиков, пропуск бета-блокаторов, избыток соли) и интеркуррентные инфекции.

Большинство эпизодов декомпенсации хронической сердечной недостаточности у пациентов с артериальной гипертензией развиваются не внезапно, а постепенно, в течение 5–7 дней, что создаёт терапевтическое окно для упреждающего вмешательства. Именно в этот период правильно организованный мониторинг и своевременная коррекция терапии позволяют предотвратить госпитализацию.

Система действий врача включает в себя 3 блока. Первый блок — стратификация риска: высокий риск (госпитализация за последние 3 месяца, СКФ менее45 мл/мин, калий более 5,0 или менее 3,5 ммоль/л, NT-proBNP более1000 пг/мл, фуросемид более 40 мг/сут, низкая приверженность) требует контроля каждые 1–2 недели; умеренный риск — раз в 4–6 недель. При этом стратификация должна пересматриваться при каждом визите, поскольку клинический статус пациента может динамически меняться под влиянием внешних факторов (инфекции, колебания температуры, погрешности в диете). Второй блок — мониторинг: ежедневный дневник АД, пульса, веса, а также эпизодов одышки и отеков; при высоком риске — калий и креатинин каждые 2 недели. Третий блок — обучение «красным флагам»: прибавка веса более 1,5 кг за 2 дня, усиление одышки, появление отеков, АД менее 90 или более 160 мм рт.ст., пульс менее 55 или более 100, тошнота или мышечная слабость. При появлении любого флага пациент должен внепланово связаться с врачом.

При наборе веса более 1,5 кг за 2 дня (без выраженной одышки) — временно увеличить фуросемид на 20–40 мг на 2–3 дня с ежедневным контролем веса. При АД менее 90 мм рт.ст. и пульсе более 70 — снизить дозу бета-блокатора на 25–50%. При калии более 5,5 ммоль/л — отменить спиронолактон/эплеренон, повторить анализ через 3–5 дней; если СКФ менее 30 мл/мин — дополнительно снизить дозу иАПФ/сартана. При калии менее 3,5 ммоль/л — уменьшить дозу петлевого диуретика, при необходимости добавить калийсберегающий препарат. При пропуске бета-блокатора на 1–2 дня — вернуться к обычной дозе, при пропуске более 2 дней — возобновлять с половины дозы. При тахикардии более 90 в покое (при АД более 110) — увеличить дозу бета-блокатора, при

низком АД — искать инфекцию, анемию. Все изменения фиксировать, следующий контроль через 3–7 дней.

Внедрение системы позволяет снизить частоту декомпенсаций и повторных госпитализаций за счёт раннего выявления задержки жидкости, нестабильного АД и электролитных нарушений. Основные барьеры: дефицит времени врача, отсутствие быстрой обратной связи, ограниченная доступность частых анализов, боязнь титровать терапию. Кроме того, значимым препятствием является недостаточная мотивация пациентов к регулярному самонаблюдению, что требует дополнительных усилий по разъяснению важности дневниковых записей. Даже минимальная версия (дневник АД и веса, три красных флага: набор веса, падение АД, одышка, два действия: увеличить диуретик или снизить бета-блокатор) уже эффективна.

Выводы: для снижения риска декомпенсации и повторных госпитализаций при сочетании артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности врач поликлиники должен перейти от реактивного лечения кризов к проактивному управлению рисками с мониторингом давления, веса, пульса, калия и креатинина. Ключевые точки приложения — контроль скрытой задержки жидкости, стабильность АД и электролитная безопасность с использованием алгоритма упреждающей коррекции на ранних этапах дестабилизации. Предложенная система реализуема даже в условиях ограниченного времени и не требует дорогостоящих технологий, опираясь на организацию работы и обучение пациента.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПОДДЕРЖКЕ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

СЕМЕНЧУК Юлия Максимовна, ВОРОНАЯ София Романовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN SUPPORT OF MEDICAL DECISION-MAKING: OPPORTUNITIES AND LIMITATIONS FOR GENERAL PRACTITIONERS

SEMENCHUK Y.M., VORONAYA S.R.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: в работе рассматривается роль искусственного интеллекта в поддержке принятия врачебных решений с фокусом на потребности врача общей практики. Анализируются ключевые возможности искусственного интеллекта и раскрываются ограничения внедрения таких технологий.

Ключевые слова: искусственный интеллект, системы поддержки принятия врачебных решений, врач общей практики, цифровая медицина, первичная медико-санитарная помощь.

Abstract: The paper examines the role of artificial intelligence in supporting medical decision-making, with a focus on the needs of general practitioners. It analyzes the key capabilities of artificial intelligence and highlights the limitations of its implementation.

Keywords: artificial intelligence, medical decision-support systems, general practitioners, digital medicine, primary healthcare.

Введение. Рост нагрузки на врачей общей практики и увеличение объема медицинской информации актуализируют внедрение систем поддержки принятия врачебных решений на базе искусственного интеллекта (ИИ). Такие технологии способны повысить точность диагностики, ускорить анализ данных и снизить бюрократическую нагрузку, однако их применение сопряжено с рядом ограничений — от вопросов юридической ответственности до проблем прозрачности алгоритмов.

Цель: выявить преимущества и ключевые ограничения применения искусственного интеллекта в работе врача общей практики, а также предложить рекомендации по эффективному внедрению систем поддержки принятия врачебных решений.

Материал и методы. В работе использован комплекс методов для всестороннего анализа применения искусственного интеллекта в поддержке врачебных решений. Проведен системный обзор научных публикаций и клинических исследований за 2018–2024 гг. (включая источники из Scopus, Web of Science и РИНЦ) по тематике систем поддержки принятия врачебных решений в первичном звене здравоохранения.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ показал, что системы поддержки принятия врачебных решений на базе искусственного интеллекта повышают точность диагностики распространенных заболеваний в среднем на 15–25% по сравнению с изолированной работой врача, особенно в радиологии (точность до 94%) и скрининге онкопатологий. При этом врачи общей практики отметили сокращение времени на анализ данных на 30–40% благодаря автоматизации рутинных задач — заполнения документации и формирования направлений на обследования.

Вместе с тем выявлены существенные ограничения: в 45% случаев алгоритмы демонстрировали снижение точности при работе с нетипичными клиническими случаями, а 68% опрошенных врачей указали на недостаточную прозрачность логики ИИ-решений («черный ящик»). Ключевыми барьерами внедрения также стали вопросы юридической ответственности, что отметили 72% респондентов, а также риски нарушения конфиденциальности данных.

Выводы: полученные результаты подтверждают, что искусственный интеллект демонстрирует значительный потенциал в поддержке врача общей практики, особенно в диагностике и прогнозировании. Однако его внедрение требует совершенствования нормативно-правовой базы и четкого распределение ответственности; повышения прозрачности алгоритмов и контроля качества данных; обучения врачей работе с системами поддержки принятия врачебных решений; поэтапного внедрения с акцентом на «второе мнение», а не замену специалиста. Оптимальная модель — сотрудничество врача и искусственного интеллекта, где окончательное решение остается за медицинским работником.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

СЕРГЕЕВ Павел Игоревич, АБДУСАМАТОВА Тухтажон Абдусаломовна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF RISK FACTORS AS A SCREENING METHOD FOR EARLY DIAGNOSIS OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN OUTPATIENT PRACTICE

SERGEEV P.I., ABDUSAMATOVA T.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в данной работе рассматривается значимость комплексной оценки основных факторов риска: абдоминальное ожирение, отягощенная наследственность по сахарному диабету 2 типа и артериальная гипертензия, для раннего выявления нарушений углеводного обмена. Рассмотрены подходы к мониторингу, частота осмотров и объем исследований.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, факторы риска, абдоминальное ожирение, ранняя диагностика, диспансеризация

Abstract: This work examines the significance of a comprehensive assessment of the main risk factors (abdominal obesity, family history of type 2 diabetes mellitus, and arterial hypertension) for the early detection of carbohydrate metabolism disorders. Approaches to monitoring, the frequency of examinations and the volume of studies are considered.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, risk factors, abdominal obesity, early diagnosis, medical examination.

Введение. Сахарный диабет 2 типа (СД 2) — хроническое неинфекционное заболевание, патогенез которого носит многофакторный характер. В его основе лежат инсулинорезистентность, относительная недостаточность инсулина и прогрессирующее нарушение его секреции, что приводит к хронической гипергликемии и поражению органов-мишеней. Данная патология занимает одно из ведущих мест среди медико-социальных проблем в связи с широкой распространенностью, высокими рисками инвалидизации и значительными экономическими затратами.

В мире наблюдается устойчивый рост заболеваемости. По данным Международной федерации диабета (IDF), в 2024 году зарегистрировано 589 млн пациентов, а к 2050 году прогнозируется увеличение их числа до 853 млн. Ежегодно осложнения диабета становятся причиной 3,4 млн смертей. В Российской Федерации ситуация также остается напряженной: на начало 2025 года официально зарегистрировано более 5,1 млн человек с СД 2 типа, однако реальная численность, по оценкам экспертов, может быть в 1,5–2 раза выше вследствие недостаточной выявляемости на ранних этапах.

В этих условиях ключевая роль в ранней диагностике отводится первичному звену здравоохранения, где основным инструментом выступает диспансеризация. Клинические рекомендации Минздрава России выделяют главные факторы риска развития СД 2: отягощенную наследственность, абдоминальное ожирение, артериальную гипертензию, гиподинамию и дислипидемию. Международный опыт свидетельствует, что применение валидированных опросников (FINDRISC) и целенаправленное анкетирование для оценки этих факторов позволяют эффективно выделять группы риска с последующим углубленным обследованием. Несмотря на разработанные алгоритмы, сохраняется проблема гиподиагностики, обусловленная неполноценной оценкой совокупности факторов риска.

Цель: проанализировать значимость комплексной оценки основных факторов риска: абдоминального ожирения, наследственности и артериальной гипертензии как скринингового метода для раннего выявления СД 2 типа в амбулаторной практике.

Материал и методы. В основу работы лег анализ обзорной статьи «Реализация программ раннего выявления сахарного диабета 2 типа и диспансерного наблюдения пациентов с данным заболеванием в системах здравоохранения: международный и отечественный опыт. Первичная медико-санитарная помощь. 2025» автора Драпкиной О.М. и разбор клинических рекомендаций Минздрава РФ «Сахарный диабет 2 типа у взрослых» (2022), разработанных Российской ассоциацией эндокринологов. В рамках работы на основе обзорной статьи были проанализированы международные и российские модели организации скрининга по раннему выявлению СД 2 типа. Детальный разбор клинических рекомендаций Минздрава РФ позволил конкретизировать алгоритмы проведения диспансеризации, критерии оценок факторов риска и регламентированные сроки обследования данной категории пациентов.

Результаты и обсуждения. Клинические рекомендации Минздрава России (2022) определяют ключевые предикторы развития СД 2, на выявлении которых базируется скрининг: возраст старше 45 лет, избыточная масса тела (индекс массы тела ≥25 кг/м²), отягощенная наследственность, гиподинамия, артериальная гипертензия (АД ≥140/90 мм рт. ст.), дислипидемия, а также нарушенная гликемия натощак или толерантность к глюкозе в анамнезе. Особое место среди них занимает абдоминальное ожирение — ведущий фактор формирования инсулинорезистентности, который в сочетании с низкой физической активностью создает метаболическую основу для последующей манифестации СД 2.

В Российской Федерации скрининг СД 2 интегрирован в систему диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН) и профилактических медицинских осмотров (ПМО) в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н. Первый этап включает анкетирование для оценки факторов риска, антропометрию (измерение роста, массы тела, окружности талии), вычисление ИМТ, измерение АД и определение уровня глюкозы в венозной крови натощак. При значении глюкозы ≥6,1 ммоль/л пациент направляется на второй этап для углубленной диагностики, которая предусматривает определение HbA1c, а в неоднозначных случаях — проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы. Регламентированная частота обследований: при нормальных показателях — 1 раз в 3 года, при выявленном предиабете — ежегодно. Эффективность данной модели подтверждена результатами исследования NATION: в рутинной клинической практике устанавливается лишь 54% случаев СД 2, тогда как остальные 46% диагностируются исключительно при активном скрининговом подходе.

Международная практика также свидетельствует о высокой результативности стратификации риска на основе выявления факторов риска. В европейских странах широкое распространение получил валидированный опросник FINDRISC, который учитывает возраст, ИМТ, окружность талии, наличие артериальной гипертензии, наследственную предрасположенность, характер питания и уровень физической активности. Согласно полученным данным, у трети лиц старше 45 лет суммарный балл FINDRISC достигает ≥11, что соответствует умеренному или высокому риску развития СД 2 и служит показанием для проведения лабораторного обследования (определение HbA1c или глюкозы крови). Данный подход, как и отечественная практика, позволяет оптимизировать расходование ресурсов здравоохранения и обеспечить целенаправленное углубленное обследование лиц из групп риска.

Выводы: комплексная оценка факторов риска (абдоминального ожирения, гиподинамии, наследственности и артериальной гипертензии) является эффективным скрининговым методом раннего выявления СД 2 типа. В РФ данный подход интегрирован в диспансеризацию (ДОГВН и ПМО), позволяя формировать группы риска для своевременного углубленного лабораторного обследования. Эффективность подтверждена исследованием NATION: активный скрининг диагностирует 46% случаев СД 2, не выявляемых в рутинной практике. Таким образом, внедрение оценки факторов риска соответствует клиническим рекомендациям и повышает выявляемость СД 2 на ранних стадиях.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЛЛИАТИВНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ НА ДОМУ

СКАКАЛИНА Елена Константиновна, КОЙНОВА Екатерина Алексеевна,
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

OPPORTUNITIES OF TELEMEDICINE IN MONITORING PALLIATIVE PATIENTS AT HOME

SKAKALINA E.K., KOYNOVA E.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в статье рассматриваются современные возможности применения телемедицинских технологий для наблюдения за пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи и находящимися на домашнем лечении.
Ключевые слова: телемедицина, паллиативная помощь, дистанционное наблюдение, качество жизни.
Abstract: The article discusses the current possibilities of using telemedicine technologies for monitoring patients in need of palliative care who are being treated at home.
Keywords: telemedicine, palliative care, remote monitoring, quality of life.

Введение. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан и членов их семей. В структуре первичного звена здравоохранения ключевую роль играет оказание такой помощи на дому, что реализуется через деятельность выездных патронажных служб и стационаров на дому. Однако существующая система организации помощи сталкивается с рядом объективных трудностей. К ним относятся кадровый дефицит, значительная территориальная удаленность части пациентов от медицинских организаций, а также необходимость проведения срочных консультаций при резком ухудшении состояния пациента, когда его транспортировка в клинику невозможна или затруднительна. Развитие цифровых технологий в медицине, в частности внедрение телемедицины, открывает новые перспективы для обеспечения непрерывного, своевременного и малозатратного наблюдения за этой наиболее уязвимой категорией пациентов. В связи с принятием нормативной базы, регулирующей дистанционное

взаимодействие, анализ практического применения телемедицинских технологий в паллиативной помощи на дому приобретает особую актуальность и практическую значимость для системы первичной медико-санитарной помощи.

Цель: изучить эффективность, определить оптимальные форматы и выявить барьеры использования телемедицинских технологий при дистанционном наблюдении за паллиативными пациентами, находящимися на домашнем лечении.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры поликлинической терапии КемГМУ и включало в себя два этапа. На первом этапе был проведен анализ научных публикаций и методических рекомендаций, касающихся применения телекоммуникаций в паллиативной практике. На втором этапе использовался социологический метод: было самостоятельно организовано и проведено анонимное анкетирование. В опросе приняли участие 15 медицинских работников выездной патронажной паллиативной службы города Кемерово, а также 20 родственников, непосредственно осуществляющих уход за тяжелобольными пациентами на дому.

Результаты и обсуждения. В ходе анализа практического опыта было установлено, что телемедицина в контексте паллиативной помощи на дому может быть реализована в двух основных форматах.

Первый формат — это непосредственное взаимодействие «врач-пациент» или, что чаще встречается в паллиативной практике, «врач-родственник». Посредством видеосвязи медицинский работник получает возможность визуально оценить состояние пациента, обратить внимание на такие важные симптомы, как одышка, выраженность отеков, состояние кожных покровов. Это позволяет дистанционно скорректировать терапию, в том числе схему обезболивания, без необходимости экстренного выезда бригады на дом.

Второй формат — консультации по типу «врач-врач», когда сотрудники первичного звена (участковые терапевты, врачи общей практики) дистанционно советуются с более узкими специалистами в области паллиативной медицины по сложным диагностическим или терапевтическим вопросам.

Анализ результатов анкетирования показал высокую востребованность телемедицинских технологий среди всех групп респондентов. Среди медицинских работников 93% опрошенных отметили, что главным преимуществом является скорость получения консультации или решения по тактике ведения пациента. Родственники пациентов, в свою очередь, на первое место по значимости поставили психологический аспект: 85% из них заявили, что возможность показать врачу больного и получить обратную связь, не выходя из дома, значительно снижает их уровень тревоги и стресса. Обе группы респондентов сошлись во мнении, что использование телемедицины позволяет сократить число экстренных вызовов и визитов на дом (об этом заявили 73% медработников и 65% родственников), что особенно важно в условиях высокой нагрузки на медицинский персонал. Примечательно, что наиболее популярным инструментом коммуникации стали общедоступные мессенджеры со встроенной видеосвязью, ввиду их простоты и наличия у большинства пользователей, включая людей пожилого возраста.

Однако в ходе исследования были выявлены и серьезные проблемы, ограничивающие повсеместное внедрение телемедицины. Основной технической проблемой, по мнению 45% родственников, является нестабильное качество интернет-связи, особенно остро эта проблема стоит для пациентов, проживающих в отдаленных районах или сельской местности. Кроме того, часть пожилых людей испытывают трудности при использовании современных гаджетов и приложений, что требует помощи со стороны более молодых родственников или социальных работников. С организационной точки

зрения, медицинские работники указали на неурегулированность вопроса оплаты их труда за дистанционные консультации, а также на определенные правовые риски: невозможность полноценного физикального осмотра создает для врача ситуацию неопределенности, что требует высокой квалификации и развития специфических навыков дистанционной диагностики. Несмотря на выявленные барьеры, подавляющее большинство опрошенных (как врачи, так и родственники) считают наиболее перспективной гибридную модель, при которой регулярные очные визиты сочетаются с дистанционным мониторингом состояния пациента в промежутках между ними.

Применение телемедицинских технологий в практике наблюдения за паллиативными пациентами на дому является эффективным инструментом, позволяющим существенно повысить доступность специализированной помощи. Телемедицина обеспечивает оперативность реагирования на изменение симптоматики, способствует снижению физической и психологической нагрузки как на выездной медицинский персонал, так и на родственников, ухаживающих за больным.

Выводы: для успешной и полноценной интеграции телемедицины в повседневную деятельность требуется комплексное решение существующих проблем. Необходима дальнейшая разработка нормативно-правовой базы, регламентирующей дистанционное ведение пациентов, создание адаптированных для пожилых людей программных продуктов с интуитивно понятным интерфейсом, а также внедрение программ обучения для медицинских работников по эффективному и безопасному проведению телемедицинских консультаций.

РОЛЬ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

СКАЛЕНКОВСКАЯ Елизавета Сергеевна, БОНДАРЕВА Маргарита Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE ROLE OF SCHOOLS FOR DIABETIC PATIENTS IN OUTPATIENT PRACTICE

SKALENKOVSKAYA E.S., BONDAREVA M.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: В работе проанализированы основные направления деятельности школ пациентов с сахарным диабетом в условиях амбулаторного звена здравоохранения и их влияние на эффективность лечения. Обоснована практическая значимость внедрения школ пациентов.

Ключевые слова: сахарный диабет, школа пациентов, профилактика, гипергликемия.

Abstract: The paper analyzes the main activities of diabetes patient schools in outpatient healthcare facilities and their impact on the effectiveness of treatment. The practical significance of introducing patient schools is substantiated.

Keywords: diabetes mellitus, patient school, prevention, hyperglycemia.

Введение. Сахарный диабет (СД) представляет собой группу хронических метаболических заболеваний, характеризующихся стойкой гипергликемией, вызванной нарушением секреции инсулина, его действия или сочетанием обоих факторов. По данным ВОЗ распространённость СД продолжает неуклонно расти, что обуславливает значительную нагрузку на системы здравоохранения различных стран.

Традиционная модель лечения, ориентированная преимущественно на медикаментозную терапию, показала ограниченную эффективность при отсутствии активного участия пациента в процессе контроля заболевания.

В связи с этим всё большую роль играет обучение пациентов, направленное на формирование устойчивых навыков самостоятельного контроля и управления заболеванием. Одной из наиболее организованных форм такого обучения являются школы пациентов.

Цель: изучить роль школ пациентов с сахарным диабетом в амбулаторной практике и описать их содержание.

Материал и методы. В данной работе был проведён сравнительный анализ различных моделей школ пациентов, применяемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Изучены данные об эффективности образовательных программ. Источники информации - ресурсы сети интернет и медицинские литературные материалы.

Результаты и обсуждения. Школы пациентов с СД представляют собой структурированные программы обучения, реализуемые в амбулаторных условиях — в поликлиниках, центрах эндокринологии и дневных стационарах. Существует несколько моделей их организации. Централизованная модель предполагает проведение обучения в крупных медицинских центрах с привлечением эндокринолога, диетолога, психолога и медицинской сестры. Децентрализованная модель предусматривает функционирование школ на базе поликлиник, где обучение ведёт врач первичного звена или специально обученная медицинская сестра. Комбинированная модель сочетает очные занятия с дистанционными технологиями, такими как онлайн-курсы и мобильные приложения.

Материально-техническое обеспечение включает учебные классы с мультимедийным оборудованием, глюкометры и расходные материалы, муляжи инсулиновых шприц-ручек, а также наглядные пособия, такие как таблицы хлебных единиц и плакаты по технике инъекций.

Сначала пациенты знакомятся с основами физиологии углеводного обмена: изучают механизмы действия инсулина, патогенез СД 1 и 2 типов, а также понимают значение гликемического контроля.

Важным элементом работы школ пациентов является формирование у больных навыков самоконтроля и ответственного отношения к собственному здоровью. Обучение включает теоретические знания и практические навыки, которые пациенты смогут применять в повседневной жизни. Например, освоение техники самостоятельного измерения уровня глюкозы крови с помощью глюкометра требует не только понимания алгоритма действий, но и регулярной практики под контролем медицинского персонала. В рамках занятий пациенты учатся правильно интерпретировать полученные показатели, соотносить их с питанием, физической активностью и приёмом лекарств, а также своевременно корректировать режим в случае необходимости.

Особое внимание в школах пациентов уделяется вопросам питания. Пациенты получают подробные разъяснения о принципах подсчёта хлебных единиц, что позволяет им грамотно составлять рацион и избегать резких колебаний уровня глюкозы в крови. На

практических занятиях разбираются типичные ошибки в питании, обсуждаются способы замены высокоуглеводных продуктов на более полезные аналоги, а также рассматриваются особенности питания в праздничные дни или при посещении ресторанов. Важным аспектом является индивидуальный подход: диетолог помогает каждому пациенту составить персонализированный план питания с учётом его предпочтений, образа жизни и сопутствующих заболеваний.

Кроме того, школы пациентов оказывают значительное влияние на профилактику осложнений СД. Обучение навыкам ухода за стопами, распознаванию симптомов гипо- и гипергликемии, своевременному обращению за медицинской помощью позволяет снизить риск развития диабетической нейропатии, нефропатии и ретинопатии.

СД сопровождается выраженной психологической нагрузкой, включая тревожность, депрессивные расстройства. В рамках школ пациентов значительное внимание уделяется психоэмоциональной поддержке и формированию мотивации к длительному соблюдению рекомендаций врача.

Многочисленные исследования показывают, что участие пациентов в структурированных образовательных программах способствует достоверному снижению уровня гликированного гемоглобина, уменьшению частоты гипогликемий, улучшению показателей артериального давления и липидного профиля. Повышение информированности пациентов способствует более ответственному отношению к лечению и повышает приверженность назначенной терапии.

Несмотря на очевидную пользу, развитие школ пациентов сталкивается с рядом проблем. К ним относятся недостаточное финансирование в регионах, нехватка квалифицированных кадров, низкая мотивация пациентов и отсутствие единых стандартов обучения. В то же время существуют и перспективы для улучшения ситуации: внедрение телемедицинских технологий, онлайн-школ и мобильных приложений.

Вывод: школы пациентов с СД представляют собой важный элемент современной системы оказания медицинской помощи при хронических неинфекционных заболеваниях. Их значение заключается не только в передаче пациентам медицинских знаний, но и в формировании практических навыков самоконтроля, ответственного отношения к лечению.

Включение образовательных программ в комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволяет повысить эффективность медикаментозной терапии, снизить частоту острых и хронических осложнений, а также улучшить качество жизни пациентов.

КОММУНИКАЦИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

СНИГИРЕВА Софья Александровна, СМАГИНА Евгения Юрьевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

COMMUNICATION BETWEEN DOCTOR AND PATIENT IN THE FORMATION OF TREATMENT COMMITMENT IN CARDIOVASCULAR DISEASES

SNIGIREVA S.A., SMAGINA E.Y.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Результаты опроса 35 пациентов подтвердили высокую эффективность «партнерской модели взаимодействия» при формировании приверженности к лечению у пациентов при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Ключевые слова: общение, доверие, прием лекарств, сердечные болезни, анкетирование.

Abstract: The survey results of 35 patients confirmed the high efficiency of the "partnership model of interaction" in developing treatment adherence in patients with cardiovascular diseases.

Keywords: communication, trust, medication, heart disease, and questionnaires.

Введение. В современной медицине значительное внимание уделяется фармакологическим инновациям и высокотехнологичным методам лечения, однако недооценённым остаётся коммуникативный компонент клинического взаимодействия. От качества диалога между врачом и пациентом зависит эффективность терапии не в меньшей степени, чем от корректно подобранного рецепта. Пациент, не осознающий целей назначения или не получивший исчерпывающих ответов о побочных эффектах, склонен к самовольной отмене препаратов. Напротив, доступное и структурированное разъяснение способствует формированию осознанной комплаентности. Данная проблема приобретает особую значимость при хронических сердечно-сосудистых патологиях, требующих длительной, зачастую пожизненной медикаментозной поддержки. В связи с этим целью настоящей работы явилась оценка влияния стиля врачебной коммуникации на уровень приверженности пациентов назначенной терапии.

Цель: выявить характер взаимосвязи между особенностями межличностного общения врача и пациента (в рамках патерналистской и партнёрской моделей) и степенью готовности последнего к соблюдению лечебных рекомендаций, а также определить количественную меру этого влияния.

Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование 35 пациентов с верифицированными диагнозами сердечно-сосудистых заболеваний. Опросник включал вопросы, оценивающие наличие визуального контакта со стороны врача, доступность объяснений, возможность задавать уточняющие вопросы по поводу лечения и диагноза, информирование о последствиях приёма или отмены препаратов. Дополнительно оценивались уровень доверия к врачу, и декларируемая готовность соблюдать режим медикаментозной терапии после выписки. Полученные данные подвергнуты статистической обработке с последующим сравнительным анализом.

Результаты и обсуждения. Установлено, что регулярный зрительный контакт и эмпатийная манера общения (признаки партнёрской модели) наблюдались не во всех случаях. Лишь 17% респондентов отметили постоянное поощрение вопросов со стороны врача; в остальных случаях фиксировались либо неохотные ответы, либо ограничение возможности задавать вопросы, что характерно для патерналистской модели. Детальное разъяснение механизма действия препаратов проводилось лишь у 28,6% пациентов. При этом выявлена выраженная корреляция между качеством коммуникации и последующим поведением пациента. В группе, где врач подробно объяснял тактику лечения и обсуждал модификацию образа жизни (партнёрская модель), 87,5% опрошенных заявили о намерении строго соблюдать режим приёма лекарств. В группе с формальным и малопонятным стилем общения (патерналистская модель) аналогичный показатель составил лишь 25%.

Примечательно, что, несмотря на высокий уровень доверия к врачу (85,7%), отсутствие смыслового понимания терапии провоцирует пациентов на самостоятельную коррекцию дозировок: 77% респондентов признались, что изменяют дозу при улучшении самочувствия, не связывая эффект препаратов с долгосрочной профилактикой осложнений. Данный феномен свидетельствует о дефиците разъяснительной работы, вследствие чего пациенты воспринимают лекарство как средство купирования острых состояний, а не как инструмент постоянного контроля заболевания.

Выводы: качество межличностной коммуникации является значимым деонтологическим фактором, определяющим терапевтическую приверженность. При реализации партнёрской модели взаимодействия готовность пациентов к строгому соблюдению рекомендаций достигает 87,5%. Таким образом, коммуникативный фактор повышает приверженность терапии более чем в 3 раза.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

СОЛОМАТИНА Алина Алексеевна, ПАНТИЛЕЕВА Ксения Максимовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

PRIMARY PREVENTION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS

SOLOMATINA A.A., PANTILEEVA K.M.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Проведен анализ распространенности возникновения сахарного диабета 2 типа среди пациентов государственного автономного учреждения здравоохранения «Кемеровская городская клиническая больница № 4». Анализ направлен на предотвращение развития СД 2 типа путем воздействия на модифицируемые факторы риска, такие как избыточный вес, низкая физическая активность и неправильное питание.

Ключевые слова: сахарный диабет, физическая активность, профилактика, здоровый образ жизни.

Abstract: An analysis of the prevalence of an increased risk of type 2 diabetes mellitus among patients with State Autonomous Healthcare Institution "Kemerovo City Clinical Hospital No. 4" was performed. It aims to prevent the development of SD2 by targeting modifiable risk factors such as overweight, low physical activity and poor diet.

Keywords: diabetes mellitus, physical activity, prevention, healthy lifestyle.

Введение. В настоящее время сахарный диабет (СД) является одной из основных проблем здравоохранения не только в нашей стране, но и в мире. СД относят к числу так называемых хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Его темпы роста к настоящему времени достигли масштабов эпидемии. По данным Международной федерации диабета, в 2017 г. каждый 11 пациент болен диабетом (425000000 человек в мире), при этом только половина знает о своем заболевании. Качество жизни значительно снижается, развиваются серьезные осложнения. Необходимо проанализировать распространенность заболеваемости среди пациентов и проинформировать их о способах

снижения риска возникновения СД2.

Цель: оценить частоту риска возникновения сахарного диабета 2 типа среди пациентов государственного автономного учреждения здравоохранения «Кемеровская городская клиническая больница №4».

Материал и методы. Проведен анонимный опрос среди 40 пациентов, находившихся на амбулаторном лечении на базе государственного автономного учреждения здравоохранения «Кемеровская городская клиническая больница №4».

Из числа опрошенных пациентов 26 (65%) составили женщины и 14 (35%) мужчины в возрасте 18-84 лет, средний возраст всех пациентов составил 57±7,0 года. Степень риска развития заболевания исследуемых распределена следующим образом: низкая –7 (17,5%) пациентов, промежуточная – 13 (32,5%) пациентов, умеренная – 10 (25%) пациентов, высокая – 6 (15%) пациентов, очень высокая – 4 (10%) пациентов. Для оценки была взята шкала FINDRISC (The Finnish Diabetes Risk Score). Для оценки риска возникновения сахарного диабета была разработана анкета, включающая вопросы о поле, возрасте, образовании, месте жительства, курении, питании и образе жизни. Опрос проводился в течение двух недель.

Результаты и обсуждения. По результатам проведенного опроса из 40 опрошенных больных выявлено у 7 (17,5%) низкая степень риска возникновения сахарного диабета 2 типа. Из них 3 (42,8%) женщины и 4(57,2%) мужчины. Промежуточная степень риска у 8 (61,5%) женщин и 5 (38,5%) мужчин. Удовлетворительная степень у 6 (60%) женщин и 4 (40%) мужчин. Высокая степень у 4 (66,6%) женщин и 2 (33,4%) мужчин. Очень высокая степень у 2 (50%) женщин и 2 (50%) мужчин.

При оценке показателей массы тела пациентов, наиболее подвержены риску возникновения сахарного диабета 2 типа люди с повышенным ИМТ (индекс массы тела) – 25 (62,5%). Из них 16 (64%) женщин и 9 (36%) мужчин. С точки зрения развития диабета особенно опасно, если индекс массы тела больше 30 кг/м^2 и ожирение носит абдоминальный характер. Важное значение имеет величина окружности талии. Риск повышается при окружности талии у мужчин больше 102 см, у женщин больше 88 см.

В группе пациентов с кардиальной патологией выявлено 23 человека (57,5%). Из них 13 (56,6%) женщин и 10 (43,4%) мужчин. Наличие сахарного диабета часто приводит к ССЗ. Причина видится в развитии эндотелиальной дисфункции. Эндотелий вырабатывает вещества, которые регулируют тонус сосудов и, соответственно, артериальное давление.

Низкая физическая активность (ФА) была выявлена у 23 (57,5%) человек, из них 15 женщин и 8 мужчин. Регулярная ФА в течение 150 мин в неделю снижает заболеваемость СД 2-го типа, при этом длительная физическая активность (более 30 минут) приводит к использованию жира как источника энергии. Лица в возрасте 18–64 года должны уделять занятиям ФА/аэробной ФН средней интенсивности не менее 150 минут в неделю. Таким образом, целесообразнее рекомендовать увеличение нагрузки за счет длительности и объема, а не за счет увеличения интенсивности.

Чаще употребляют табак лица достаточно молодого возраста (25–44 года). По результатам анкетирования курит 16 человек (40%), из них 5 (31,2%) женщин и 11 (68,8%) мужчин. Ряд перспективных исследований показал, что курение связано с умеренно повышенным риском развития СД 2-го типа. Отказ от курения ассоциируется с повышением чувствительности к инсулину и улучшением профиля липопротеинов. При этом отчетливо прослеживаются положительные эффекты прекращения курения на риск развития СД 2-го типа и их перевес над неблагоприятным воздействием на увеличение веса.

Неправильно питается 18 (45%) человек. Из них 10 (55%) женщин и 8 (45%) мужчин.

Продукты с высоким гликемическим индексом (белый хлеб, сладости, газированные напитки) вызывают резкие скачки уровня глюкозы в крови, что приводит к повышенной выработке инсулина и со временем к снижению чувствительности тканей к инсулину (инсулинорезистентности). Высокое содержание насыщенных и трансжиров: эти жиры способствуют увеличению уровня "плохого" холестерина (ЛПНП) и повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые часто сопутствуют СД2.

Наследственный фактор играет важную роль. Среди анкетируемых у 10 пациентов у близких родственников СД 2 типа. Из них 6 (60%) женщин и 4 мужчин (40%). Предрасположенность к СД 2-го типа может определяться различными комбинациями генетических вариантов (генотипов) и факторов окружающей среды; генетически предрасположенные лица при этом не обязательно в будущем будут иметь заболевание, а лишь при многофакторном воздействии окружающей среды, в частности физической активности, диеты, наличия ожирения, возраста.

Для эффективной первичной профилактики СД2 необходим комплексный подход, включающий:

1. Индивидуальные стратегии: включают консультирование по вопросам питания, физической активности и здорового образа жизни, направленное на изменение поведения и формирование устойчивых привычек.
2. Общественные стратегии: направлены на создание благоприятной среды, поддерживающей здоровый образ жизни, включают политику в области питания, физической активности и общественного здравоохранения.
3. Выявление лиц с высоким риском: необходимо проводить скрининг населения для выявления лиц с преддиабетом и другими факторами риска СД2, чтобы вовремя начать профилактические мероприятия.

Выводы: первичная профилактика СД 2 типа является необходимым и эффективным инструментом для снижения заболеваемости и улучшения здоровья населения. Улучшение питания, повышение физической активности и поддержание здорового веса являются мощными инструментами, позволяющими снизить риск развития заболевания и улучшить качество жизни. Необходимо прилагать усилия для популяризации здорового образа жизни, начиная с раннего возраста, и создавать условия для его поддержания на протяжении всей жизни.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

СОЛТАНОВА Екатерина Алексеевна, ЕМЕЛЬЯНОВА Анастасия Денисовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

COMPARATIVE ANALYSIS OF MOBILE APPS FOR MONITORING ARTERIAL PRESSURE

SOLTANOVA E.A., EMELYANOVA A.D.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Проведён сравнительный анализ мобильных приложений для контроля артериального давления на основе опроса пациентов с артериальной гипертензией. Выявлены наиболее часто используемые приложения, их функциональные возможности и ограничения. Определены предпочтения пациентов по удобству ведения дневника давления.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, мобильные приложения, самоконтроль, цифровые технологии, приверженность лечению.

Abstract: A comparative analysis of mobile applications for blood pressure monitoring was conducted based on a survey of patients with arterial hypertension. The most frequently used applications, their functionality and limitations were identified. Patient preferences regarding convenience of blood pressure diary maintenance were determined.

Keywords: arterial hypertension, mobile applications, self-monitoring, digital technologies, treatment adherence.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) остаётся одним из широко распространённых сердечно-сосудистых заболеваний. Чтобы эффективно контролировать артериальное давление (АД), пациенту необходимо регулярно его измерять и вести записи. Сегодня для этого активно используются мобильные приложения, которые позволяют фиксировать показания, отслеживать динамику и строить графики. Однако большое количество таких программ и отсутствие чётких критериев их оценки затрудняют выбор как для пациентов, так и для врачей.

Цель: сравнить наиболее распространённые мобильные приложения для контроля АД по результатам опроса пациентов с гипертонией, оценить их удобство, функциональность и соответствие потребностям пациентов.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения «Клинический консультативно-диагностический центр имени И. А. Колпинского», в Школе артериальной гипертензии. В опросе участвовали пациенты с диагнозом: «Гипертоническая болезнь» в количестве 21 человек, которые регулярно пользуются или пользовались мобильными приложениями для контроля АД. Средний возраст участников опроса – 58,4±6,7 года, среди них 14 женщин (66,7%) и 7 мужчин (33,3%). К участию допускались пациенты, имеющие смартфон с установленным приложением для контроля АД и длительностью заболевания не менее одного года. Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании. Анкета включала вопросы о том, каким приложением пользуется пациент, какие показатели записывает (систолическое и диастолическое давление, частоту пульса, дату, время), есть ли функция напоминания, можно ли экспортировать данные, есть ли синхронизация с тонометром, насколько удобен интерфейс и удовлетворён ли пациент приложением.

Результаты и обсуждения. Все из 21 опрошенных пациентов (100%) используют хотя бы одно приложение для контроля АД. Чаще всего применяли приложения «Моё давление» – пять человек (23,8%), «iBP Blood Pressure» – 4 пациента (19,0%). Также четыре пациента (19,0%) пользовались двумя разными приложениями одновременно. По функциональности все приложения позволяют записывать систолическое и диастолическое давление, пульс, дату и время. Напоминание о необходимости измерения было в трех из 4 приложений (75%), но активно его использовали только 11 человек (52,4%). Экспорт данных в виде отчётов или графиков был доступен в двух приложениях (50%), однако реально им пользовались лишь 5 пациентов (23,8%). Синхронизация с тонометром по Bluetooth была только в приложении «iBP Blood Pressure» и пользовался ей один пациент

(4,8%).

Удобство интерфейса оценивалось по 5-балльной шкале. Самую высокую оценку получило приложение «Моё давление» – 4,6±0,5 балла. Пациенты выбирали приложение в первую очередь из-за простоты ввода данных (85,7%), наличия наглядных графиков (66,7%), бесплатного использования (61,9%) и возможности хранить историю записей (57,1%). Большинство пациентов (76,2%) отметили, что регулярное использование приложения помогает им лучше контролировать АД и вовремя замечать его изменения.

Среди недостатков пациенты чаще всего называли отсутствие связи с поликлиникой, невозможность автоматически отправлять результаты врачу и отсутствие рекомендаций с учётом других заболеваний. Также 8 человек (38,1%) указали, что им трудно понимать графики и тренды без пояснений врача.

Выводы: наибольшей популярностью у пациентов с АГ пользуется приложение «Моё давление». Пациенты ценят простоту ввода и понятные графики, но главный недостаток – невозможность передавать данные врачу и получать обратную связь.

Чтобы сделать контроль АД более эффективным, желательно разработать единые требования к медицинским приложениям, интегрировать их с системами поликлиник и обучать пациентов работе с данными программами.

ИНТЕГРАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ И УМНЫХ СИСТЕМ ДОЗИРОВАНИЯ В ПРАКТИКУ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

СОРОКИНА Полина Александровна, СЕЛИНА Екатерина Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

INTEGRATION OF CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING AND SMART DOSING SYSTEMS INTO PRIMARY HEALTH CARE PRACTICE

SOROKINA P.A., SELINA E.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Проанализирована роль врача первичного звена в оптимизации инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа с использованием технологий непрерывного мониторинга глюкозы и интеллектуальных систем дозирования. Выявлены барьеры внедрения и обоснована необходимость образовательных модулей для врачей первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, непрерывный мониторинг глюкозы, инсулинотерапия, приверженность терапии, интеллектуальные системы дозирования.

Abstract: The role of the primary care physician in optimizing insulin therapy in type 2 diabetes mellitus using continuous glucose monitoring and intelligent dosing systems is analyzed. Implementation barriers are identified. The need for educational modules for primary care physicians is substantiated.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, continuous glucose monitoring, insulin therapy, treatment adherence, intelligent dosing systems.

Введение. Рост распространенности сахарного диабета 2 типа (СД2) и низкая приверженность пациентов к инсулинотерапии актуализируют роль первичного звена здравоохранения. По данным Федерального регистра сахарного диабета, численность пациентов с СД2 в России превышает 5 млн человек, из которых около 30% нуждаются в инсулинотерапии, однако целевые показатели гликемического контроля достигаются лишь у 40–50% пациентов. Основной причиной неэффективности является низкая приверженность лечению, связанная со сложностью подсчета хлебных единиц, страхом гипогликемий и психологическим барьером перед инъекциями. В последние годы появились технологии, позволяющие упростить управление диабетом: интегрированные системы, объединяющие непрерывный мониторинг глюкозы с интеллектуальными калькуляторами дозы инсулина. Однако внедрение этих технологий в практику первичного звена сталкивается с барьерами, связанными с недостаточной компетентностью врачей и организационными проблемами.

Цель: проанализировать современные подходы к оптимизации инсулинотерапии с использованием технологий непрерывного мониторинга глюкозы и интеллектуальных систем дозирования, а также оценить готовность врачей первичного звена к их внедрению.

Материал и методы. Проведен поиск публикаций в базах PubMed, eLibrary.ru, CyberLeninka за 2024–2026 гг. по запросам: «непрерывный мониторинг глюкозы», «интеллектуальные системы дозирования инсулина», «умная ручка», «приверженность терапии», «сахарный диабет 2 типа». Для анализа отобрано 13 источников, посвящённых сахарному диабету 2 типа, в том числе: Wilmot E. et al., FreeDM2 Study (2026) - рандомизированное исследование rtCGM у взрослых с СД2 на базальном инсулине; Kudva Y.C. et al., 2IQP Study (2025) - рандомизированное исследование автоматизированной доставки инсулина (AID) у взрослых с СД2; Pasquel F.J. et al., SECURE-T2D Trial (2024) - исследование системы Omnipod 5 у взрослых с СД2; de Bock M. et al., EVOLUTION 2 Study (2026) - исследование полностью замкнутой системы у взрослых с СД2; Kwon S.Y. et al., DIA:CONN P8 Study (2025) - исследование «умной» инсулиновой ручки у пациентов с СД; Levy C.J. et al., Simplified Meal Bolus Strategies with Control-IQ+ (2025) - анализ болюсных стратегий у взрослых с СД2; Моргунов Л.Ю. «Flash мониторинг глюкозы у пациентов с сахарным диабетом: просто, удобно, необходимо (клинические случаи)» // Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2021. Т. 10, № 4. С. 69–78; Косимов О.У., Курникова И.А., Кокорин В.А. и др. «Эффективность флэш-мониторинга глюкозы у пациентов с сахарным диабетом и высокой сердечно-сосудистой коморбидностью» // Медицинский алфавит. 2026; (11): 23–29; а также 4 отечественные работы по применению НМГ и интеллектуальных систем дозирования при СД2 в российской практике, отобранные по данным eLibrary.ru и CyberLeninka.

Для оценки готовности врачей к внедрению технологий проведен анонимный опрос 28 врачей первичного звена (16 терапевтов участковых, 7 врачей общей практики, 5 врачей-эндокринологов) из поликлиник г. Кемерово и Кемеровской области в период январь–март 2026г. Анкета разработана авторами исследования на основе опросника, адаптированного из работы Ospelt E. Noor N., Sanchez J. (Clinical Diabetes, 2022), и включала вопросы об осведомленности, практическом использовании, барьерах внедрения и потребности в обучении

Результаты и обсуждения. Установлено, что на территории РФ в 2025–2026 гг. доступны несколько уровней технологической поддержки инсулинотерапии: интеграция непрерывного мониторинга глюкозы с мобильными приложениями-калькуляторами дозы

(Diabee, Diabetes:M), «умные» инсулиновые ручки (InPen) и гибридные замкнутые системы (MiniMed 780G). По данным Российского диабетического общества, более 15 000 пациентов с сахарным диабетом 2 типа используют интеллектуальную поддержку, что на 40% больше, чем в 2024 г. Анализ публикаций (PubMed, eLibrary.ru) подтверждает эффективность данных систем. Мета-анализ 14 исследований (n=2847) показал увеличение времени в целевом диапазоне (TIR) на 22,4%, снижение частоты тяжелых гипогликемий на 65% и снижение HbA1c на 0,8%. Отечественное исследование REAL-TIME (n=320) продемонстрировало увеличение доли пациентов с целевым HbA1c с 34% до 61% и улучшение приверженности терапии с 4,2 до 7,1 балла ($p < 0,001$).

Для оценки готовности врачей к внедрению технологий проведен анонимный опрос 28 врачей первичного звена. Результаты показали, что несмотря на высокую осведомленность о существовании НМГ (92,9%), лишь 35,7% регулярно используют эти данные для коррекции инсулинотерапии. О «умных» ручках знают только 28,6% врачей, используют их в практике 10,7%. Основные барьеры внедрения: отсутствие регламентированного алгоритма действий (71,4%), недостаточная компетентность врачей (57,1%), высокая стоимость технологий (53,6%), отсутствие времени на приеме (46,4%). При этом 92,9% врачей выразили потребность в дополнительном обучении, предпочитая мастер-классы (60,7%) и вебинары (53,6%).

На основании анализа литературы и результатов опроса предложены следующие меры для оптимизации использования технологий на уровне ПМСП:

1. Разработка и внедрение регламентированных алгоритмов применения НМГ и интеллектуальных систем дозирования в практику участковой службы.
2. Включение образовательных модулей по интерпретации данных НМГ и работе с интеллектуальными калькуляторами дозы в программы непрерывного медицинского образования (мастер-классы, клинические разборы).
3. Создание чек-листа для врача первичного звена при направлении пациента на использование технологий (показания, оформление документов, льготное обеспечение).
4. Дальнейшее изучение экономической эффективности данных технологий для обоснования их включения в программы льготного лекарственного обеспечения.

Выводы: врач первичной медико-санитарной помощи является ключевым звеном в оптимизации инсулинотерапии с использованием современных технологий. Для повышения эффективности помощи целесообразно внедрение образовательных модулей по НМГ и интеллектуальным системам дозирования в программы подготовки врачей ПМСП, а также разработка четких маршрутных листов и регламентированных алгоритмов действий.

СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ КАК ЭЛЕМЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

СУХАНОВА Александра Вячеславовна, ЛИНЬКО Роман Юрьевич

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

CONFIDENTIALITY AS AN ELEMENT OF MEDICAL DEONTOLOGY IN AMBULATORY PRACTICE

SUKHANOVA A.V., LINKO R.Y.

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

Резюме: Актуальность работы обусловлена необходимостью соблюдения врачебной тайны в условиях амбулаторной практики с высокой нагрузкой, большим потоком пациентов и риском утечки информации. Нарушение конфиденциальности медицинских данных может привести к снижению доверия пациентов и юридическим последствиям.

Ключевые слова: врачебная тайна, медицинская деонтология, амбулаторная практика, конфиденциальность, права пациента

Abstract: The relevance of this study is determined by the necessity of maintaining physician confidentiality in ambulatory practice under high workload, a large number of patients, and information leakage risks. Violations of confidentiality may reduce patient trust and lead to legal consequences.

Keywords: medical confidentiality, medical deontology, ambulatory practice, confidentiality, patient rights

Введение. Медицинская деятельность основана на принципах гуманизма, профессиональной этики и уважения к личности пациента. Медицинская деонтология определяет нормы поведения медицинского работника, направленные на обеспечение качественной и безопасной медицинской помощи. Одним из ключевых элементов деонтологии является врачебная тайна - обязанность сохранять конфиденциальность сведений о пациенте, полученных в процессе оказания медицинской помощи. В условиях амбулаторной практики проблема соблюдения врачебной тайны становится особенно актуальной. Высокая нагрузка на медицинский персонал, большой поток пациентов и активное использование цифровых технологий повышают риск утечки медицинской информации.

Цель: теоретический анализ соблюдения врачебной тайны как элемента медицинской деонтологии в амбулаторной практике, выявление причин нарушений и разработка рекомендаций по их предотвращению.

Материал и методы. В качестве источников информации использованы научные публикации отечественных и зарубежных авторов, посвящённые вопросам медицинской деонтологии, врачебной тайны и защиты персональных данных пациентов. В частности, проанализированы работы Гусева А.В., Владзимирского А.В. «Цифровое здравоохранение: телемедицина и мобильные технологии» (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020), в которых рассматриваются риски утечки медицинской информации в условиях цифровизации здравоохранения. Также использованы публикации Бойко А.Т. «Проблемы соблюдения врачебной тайны в современной клинической практике» (журнал «Медицинское право», 2021) и Стародубов В.И., посвящённые вопросам медицинской этики и организации медицинской помощи (2019–2022 гг.). Нормативно-правовую базу составил Федеральный закон № 323-ФЗ (редакция 2023 г.), регулирующий вопросы врачебной тайны и защиты информации о пациенте. Для анализа международного опыта использованы рекомендации Всемирная организация здравоохранения (2020–2021 гг.) по вопросам конфиденциальности медицинских данных, а также данные исследования, опубликованного в журнале Journal of Medical Ethics (2020), посвящённого нарушениям конфиденциальности в медицинской практике (выборка — 500 врачей). Методы исследования включали аналитический обзор научной литературы, сравнительный анализ отечественных и зарубежных данных, а также

систематизацию и обобщение полученной информации.

Результаты и обсуждения. Врачебная тайна является ключевым элементом медицинской деонтологии и регулируется федеральным законодательством Российской Федерации, включая Федеральный закон №323-ФЗ, а также международными этическими стандартами и рекомендациями Всемирной организации здравоохранения. Согласно российским исследованиям 2018–2023 годов, 38–42% медицинских работников отмечают случаи непреднамеренного раскрытия информации о пациенте. Наиболее частыми нарушениями являются обсуждение состояния пациента в присутствии третьих лиц - 40%, передача информации без согласия пациента — 35%, и несоблюдение правил безопасности в электронных медицинских системах - 25%. Международные исследования подтверждают аналогичную тенденцию: в опросе среди 500 врачей США 2020 года 47% респондентов признали, что хотя бы один раз сталкивались с утечкой конфиденциальной информации. В амбулаторных условиях средний врач принимает 35–50 пациентов в день, а в крупных городских поликлиниках нагрузка может достигать 60–70 пациентов в день, особенно в педиатрических и терапевтических отделениях, где частота нарушений составляет 42–45%. В малых амбулаторных центрах уровень нарушений составляет 25–28%, что связано с меньшей интенсивностью потока пациентов и более индивидуализированным подходом.

Цифровизация медицинских процессов и внедрение электронных медицинских карт (ЭМК) позволяют улучшить обмен информацией между отделениями и врачами, однако одновременно увеличивают риск кибератак и утечек данных. Согласно данным WHO 2021 года, до 60% случаев нарушения конфиденциальности в амбулаторной практике связано с недостаточной защищённостью информационных систем. В российских исследованиях 2022 года выявлено, что 35% поликлиник имеют недостаточные меры кибербезопасности, включая использование общих учетных записей, отсутствие шифрования и открытые Wi-Fi сети, что повышает вероятность несанкционированного доступа к данным. Наиболее уязвимыми группами персонала являются врачи в возрасте до 35 лет, особенно стажёры и младшие специалисты, у которых доля случайных нарушений достигает 50%, тогда как среди опытных врачей старше 50 лет этот показатель составляет 28–30%. Анализ по специальностям показал, что терапевты и педиатры чаще всего сталкиваются с нарушениями конфиденциальности — 42–45%, хирурги — 30–33%, стоматологи и офтальмологи — 22–25%. Примеры нарушений включают передачу сведений родственникам без согласия пациента, что составляет 18% случаев и приводит к юридическим жалобам и потенциальным судебным разбирательствам, обсуждение клинических случаев в учебных целях при присутствии третьих лиц без анонимизации данных — 22% случаев, что снижает доверие пациентов, а также нарушения цифровой безопасности, включая использование общих учетных записей, незашифрованные пароли и открытые сети Wi-Fi- 25–30% случаев. В 2022 году в России зафиксировано 12 случаев массовых утечек данных пациентов через уязвимости ЭМК, что затронуло более 2,5 тысяч человек.

Для минимизации нарушений эффективными мерами являются комплексные подходы. Эффективность этих мер подтверждается статистикой: регулярное проведение тренингов снижает количество нарушений на 30–35%, улучшение организации рабочего пространства - на 20–25%, внедрение технологий защиты информации - 40-45%, а аудит и контроль соблюдения конфиденциальности - на 15–20%. Внедрение современных ЭМК и шифрованных систем позволяет сократить утечки данных на 35– 40%, однако при отсутствии должной подготовки персонала риск нарушений сохраняется.

Таким образом, основными причинами нарушений врачебной тайны в амбулаторной

практике являются высокая нагрузка, недостаточная цифровая грамотность персонала и несовершенство систем защиты данных. Наиболее эффективными мерами снижения нарушений являются обучение персонала, улучшение условий работы и внедрение современных технологий информационной безопасности.

Выводы: проведенный анализ показал, что для обеспечения соблюдения врачебной тайны необходима комбинация организационных, образовательных и технологических мер, что позволяет снизить риск утечки информации и повысить доверие пациентов к системе здравоохранения, а также обеспечивает юридическую защищённость медицинских организаций.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ТЕРЕБИНА Кристина Денисовна, ХАУСТОВА Валерия Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

DEONTOLOGICAL ASPECTS OF FORMING TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH GOUT IN OUTPATIENT PRACTICE

TEREBINA K.D., KHAUSTOVA V.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Низкая приверженность пациентов с подагрой уратснижающей терапии остаётся основной причиной неэффективности лечения и прогрессирования системных осложнений. В работе проанализированы современные тенденции заболеваемости, системные риски патологии, основные ошибки взаимодействия врача и пациента, а также предложен алгоритм коммуникативных стратегий на основе принципов совместного принятия решений и мотивационного интервьюирования.

Ключевые слова: деонтология, подагра, приверженность лечению, гиперурикемия, коммуникативные стратегии.

Abstract: Low adherence of gout patients to urate-lowering therapy remains the main reason for treatment failure and progression of systemic complications. The study analyzes current epidemiological trends, systemic risks, main errors in physician-patient interaction, and proposes an algorithm of communication strategies based on shared decision-making and motivational interviewing.

Keywords: deontology, gout, treatment adherence, hyperuricemia, communication strategies.

Введение. Подагра – заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена, характеризующееся повышением концентрации мочевой кислоты в крови и отложением уратов в суставных и/или околосуставных тканях, почках и других органах. Значимость проблемы подчеркивается неуклонным ростом заболеваемости в глобальном масштабе.

По данным о распространенности гиперурикемии (около 17% в РФ), можно утверждать, что примерно 3% взрослого населения России страдает подагрой. В странах с высоким уровнем жизни частота достигает 4–6% среди взрослых, при этом во всем мире растет не только доля больных, но и абсолютное их число. Тенденция последних лет такова, что в стационарах ревматологического профиля пациентов с подагрой госпитализируется в 2 раза больше, чем больных с ревматоидным артритом. Несмотря на наличие высокоэффективных уратснижающих препаратов (ингибиторов ксантиноксидазы), целевой уровень мочевой кислоты (МК <360 мкмоль/л) достигается лишь у незначительной части пациентов, а большинство больных прекращают терапию в течение первого года. Это ведет к тяжелым исходам: смертность при РА в последние годы приближается к популяционной благодаря таргетной терапии, а при подагре показатели смертности не снижаются из-за плохого контроля МК и сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия). С точки зрения деонтологии, патерналистская модель «Вам нужно пожизненно пить таблетки и соблюдать диету» является этически несостоятельной и клинически неэффективной. Игнорирование страхов, обвинительный тон и отсутствие партнерства разрушают внутреннюю мотивацию пациента. Между тем, достичь контроля над заболеванием можно в подавляющем большинстве случаев при адекватной коммуникации и правильном подборе лекарств, что выводит проблему ответственного отношения пациента к лечению на первый план.

Цель: на основе анализа литературных данных выявить основные деонтологические ошибки при взаимодействии с пациентами с подагрой и предложить алгоритм коммуникативных стратегий, направленных на формирование устойчивой приверженности терапии в амбулаторной практике.

Материал и методы. Проведён систематический анализ литературы в базах данных PubMed, eLibrary, CyberLeninka за 2015–2025 гг. Проанализированы материалы клинических рекомендаций, научных публикаций и мнения экспертов по проблеме деонтологических аспектов ведения пациентов с подагрой. На основе анализа предложен пошаговый деонтологический алгоритм, интегрирующий элементы мотивационного интервьюирования и совместного принятия решений.

Результаты и обсуждения. Анализ литературных данных выявил высокую медико-социальную нагрузку подагры: среди госпитализированных преобладают лица среднего возраста с тяжелым коморбидным фоном. Значительная часть пациентов имеют гиперхолестеринемию и сахарный диабет, что требует от врача особой грамотности в выборе совместимых препаратов.

Установлены наиболее частые деонтологические ошибки:

1) Стигматизация и обвинение образа жизни. Фразы о «переедании мяса» и «злоупотреблении алкоголем» вызывают психологическое сопротивление. Игнорируется, что генетически детерминированная реабсорбция уратов (нарушение работы транспортеров URAT-1, GLUT-9) играет ведущую роль, а традиционная диета снижает урикемию лишь незначительно, что не отменяет необходимости фармакотерапии;

2) Врачи часто не объясняют, что риск серьезных побочных эффектов при правильно титруемой терапии (фебуксостат, аллопуринол) значительно ниже риска смерти от кардиоваскулярных катастроф или терминальной почечной недостаточности вследствие нелеченой гиперурикемии;

3) Сокрытие системных рисков. Из-за опасения нервировать пациента врач фокусируется только на суставных атаках, умалчивая об отложении кристаллов в почках и

сосудистой стенке. В итоге пациент прекращает прием препаратов после стихания боли, не осознавая риска.

На основе выявленных ошибок предложен алгоритм, включающий 4 блока:

1) Просвещение: объяснение роли генетики («поломка» канальцевых транспортеров) с использованием доступных и понятных слов. Это позволяет снять чувство вины и сформировать восприятие подагры как хронического заболевания, аналогичного гипертонической болезни;

2) Открытое обсуждение профиля безопасности современных ингибиторов ксантиноксидазы (фебуксостат эффективен даже при ХБП 3–5 стадий, замедляя снижение СКФ). Акцент на том, что адекватная уратснижающая терапия ассоциирована со снижением общей смертности;

3) Формулирование не клинической, а личностно значимой цели («вернуться к активному образу жизни», «избавиться от постоянной боли») и привязка её к конкретным лабораторным показателям;

4) Акцент не только на отсутствии приступов, но и на улучшении почечной функции, снижении артериального давления на фоне терапии. Предложенный алгоритм может быть рекомендован для внедрения в амбулаторную практику врачей первичного звена.

Выводы: современные лекарства в большинстве случаев позволяют успешно контролировать болезнь. Главная проблема заключается не в отсутствии эффективных препаратов, а в том, как врач общается с пациентом: обвинения и непонимание страхов больного мешают ему доверять врачу и выполнять рекомендации.

Использование предложенного алгоритма общения (совместная постановка целей, обсуждение страхов и разъяснение пользы лечения) помогает пациенту лучше понимать свою болезнь и ответственно относиться к лечению. Чтобы пациент не бросал лечение, врачу важно не запугивать его, а объяснять, как терапия защищает его организм от серьезных осложнений, и поддерживать доверительные отношения.

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

ТОКАРЬ Анастасия Евгеньевна, ЕГОШИН Данил Евгеньевич

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

STRUCTURE OF CONCOMITANT DISEASES AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY

TOKAR A. E., EGOSHIN D. E.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: Диабетическая нефропатия в клинической практике редко выступает как изолированное заболевание. На момент первичного обращения к нефрологу у пациентов уже имеется 3–4 сопутствующих соматических болезней, которые существенно осложняют выбор безопасной фармакотерапии и оказывают крайне негативное влияние на физическое и психоэмоциональное состояние пациентов, снижая их качество жизни.

Ключевые слова: диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек, сопутствующие заболевания, качество жизни, артериальная гипертония

Abstract: Diabetic nephropathy rarely occurs as an isolated disease in clinical practice. At the time of the initial consultation with a nephrologist, patients already have 1–4 concomitant somatic diseases, which significantly complicate the choice of safe pharmacotherapy and have an extremely negative impact on the physical and psycho-emotional state of patients, reducing their quality of life.

Keywords: diabetic nephropathy, chronic kidney disease, concomitant diseases, quality of life, arterial hypertension.

Введение. Сахарный диабет 2 типа и развивающаяся на его фоне нефропатия крайне редко обходятся без сопутствующих заболеваний, которые не только утяжеляют течение основного процесса, но и заметно ограничивают повседневную активность и эмоциональное благополучие пациентов. При этом структура коморбидности у каждого пациента индивидуальна, а её влияние на самочувствие остаётся недостаточно изученным. Понимание того, какие именно болезни чаще всего соседствуют с диабетической нефропатией и как их сочетание сказывается на качестве жизни, необходимо для выработки эффективной тактики ведения таких больных.

Цель: изучить структуру сопутствующих заболеваний и оценить их влияние на качество жизни у пациентов с диабетической нефропатией.

Материал и методы. Работа выполнена на базе отделения нефрологии Кузбасской областной клинической больницы им. С.В. Беляева методом одномоментного анкетирования, включающего ответы на вопросы: возраст, пол, стаж диабета, список сопутствующих заболеваний, шкалу ВАШ, стадию ХБП (уровень креатинина и СКФ). Анализ проведен у 80 пациентов отделения нефрологии Кузбасской областной клинической больницы им. С.В. Беляева с нефропатией различного генеза. Так, у 45 людей диагностирована диабетическая нефропатия. 35 человек имели нефропатию иного генеза (сосудистого, токсического, воспалительного и идиопатического). Возраст пациентов варьировал от 45 до 80 лет (средний возраст 62,5 ±0, 004 лет). Мужчин было 24 (53,3%), женщин — 21 (46,7%). Для оценки качества жизни использовалась визуальная аналоговая шкала (от 1 до 10), индекс коморбидности рассчитывался как сумма диагностированных нозологий.

Результаты и обсуждения. Было выявлено, что средняя длительность сахарного диабета составляла 12 лет. При оценке стадий у наших пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) по уровню СКФ распределение было следующим: 3а стадия (СКФ 45–59 мл/мин/1,73 м²) выявлена у 12 человек (26,7%), 3б стадия (30–44 мл/мин/1,73 м²) — у 18 человек (40,0%), 4 стадия (15–29) — у 10 человек (22,2%), 5 стадия (менее 15, еще на диализе) — у 5 человек (11,1%).

У всех 45 пациентов была выявлена как минимум одна сопутствующая патология. Наиболее часто встречалась артериальная гипертония 2-3 степени, зарегистрированная у 43 пациентов (95,6%). Дислипидемия выявлена у 31 пациента (68,9%). Контрактуры суставов отмечены у 19 пациентов (42,2%). Заболевания желудочно-кишечного тракта диагностированы у 16 пациентов (35,6%). Ишемическая болезнь сердца в форме стабильной стенокардии зафиксирована у 14 пациентов (31,1%), хроническая сердечная недостаточность I-II функционального класса — у 12 пациентов (26,7%). Ожирение отмечалось у 21 пациента (46,7%). У 28 пациентов (62,2%) отмечалось сочетание трех и более заболеваний одновременно.

Общий средний балл качества жизни составил 4,8 у пациентов с диабетической нефропатией, что достоверно ниже, чем в группе пациентов с нефропатией иного генеза, где этот показатель достигал 6,9 ($p = 0,002$). Установлена четкая обратная зависимость между количеством сопутствующих заболеваний и уровнем качества жизни. У пациентов с 1-2 сопутствующими болезнями средний балл качества жизни составил 6,4 (таких пациентов было 12), при наличии 3-4 болезней (21 пациент) — 4,5 балла, а у пациентов с 5 и более заболеваниями (12 человек) средний балл опускался до критических 3,1. Различия между группами были статистически значимы ($p < 0,001$). Таким образом, наличие сахарного диабета 2 типа ухудшает качество жизни пациента.

Проведенное исследование подтвердило, что диабетическая нефропатия является высококоморбидным состоянием. Установлено, что абсолютное большинство пациентов (95,6%) имеют артериальную гипертонию, что выступает фактором риска развития нефропатии. Высокая частота дислипидемии (68,9%) требует активного назначения статинов, которые скорригируют липидный профиль и замедлят прогрессирование почечной недостаточности.

Контрактуры суставов (42,2%) ограничивают физическую активность и бытовую самостоятельность, что подтверждается более низким качеством жизни у этой категории пациентов (3,9 балла против 5,5; $p = 0,01$). Желудочно-кишечные (ЖКТ) жалобы (35,6%), вероятно, обусловлены приемом препаратов (метформина, гипотензивных, антиагрегантов и препаратов железа), что снижает приверженность терапии, ухудшая контроль основного заболевания.

Пациенты с гипертонией и дислипидемией субъективно чувствовали себя лучше, чем пациенты с контрактурами и ЖКТ-проблемами, так как отклонения пациент не ощущает, тогда как боль в суставах и постоянная изжога создают ежедневный дискомфорт, выходящий на первый план в оценке качества жизни.

Пациенты с инсультом в анамнезе (8,9%) продемонстрировали наиболее низкое качество жизни (2,3 балла), что требует их выделения в отдельную группу риска с обязательным участием невролога и психолога.

Выводы: в ходе исследования установлено, что структура сопутствующих заболеваний у пациентов с диабетической нефропатией представлена преимущественно артериальной гипертонией, дислипидемией, контрактурами суставов и патологией желудочно-кишечного тракта. Выявлено, что увеличение числа сопутствующих болезней ассоциируется со снижением качества жизни пациентов. Наиболее низкие показатели качества жизни зафиксированы у пациентов с цереброваскулярными нарушениями.

Результаты исследования обосновывают необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с диабетической нефропатией, включающего не только нефропротекцию, но и активное выявление и коррекцию сопутствующей патологии.

НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ К ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ.

ТОРГУНАКОВА Анастасия Сергеевна, ШАШКОВА Анастасия Александровна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

LOW ADHERENCE OF ADULT POPULAYION TO MEDICAL EXAMINATION

TORGUNAKOVA A.S., SHASHKOVA A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Диспансеризация является ключевым звеном в системе профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Однако, несмотря на высокую информированность населения (96%), реальный охват профилактическими мероприятиями остается недостаточным, а доля граждан, игнорирующих диспансеризацию, увеличивается.

Ключевые слова: диспансеризация, организационные и коммуникативные барьеры, мотивация пациентов.

Abstract: medical screening is a key element in the prevention of chronic non-communacable diseases. However, despite high public awareness (96%), actual coverage of preventive measures remains insufficient, and the proportion of citizens ignoring screening is increasing.

Keywords: medical examination, organizational and communication barriers, patient motivation.

Введение. В современной системе российского здравоохранения профилактическое направление занимает приоритетное положение. Диспансеризация взрослого населения рассматривается как основной инструмент раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), которые в совокупности определяют структуру смертности и инвалидизации населения.

Несмотря на значительные организационные и финансовые вложения в развитие первичной медико-социальной помощи (ПМСП), целевые показатели охвата населения профилактическими осмотрами достигаются не в полном объеме. При этом, согласно данным социологических опросов, подавляющее большинство граждан осведомлены о возможности прохождения диспансеризации бесплатно.

Эксперты в области общественного здоровья указывают на наличие устойчивого запроса населения не на формальное прохождение медицинских осмотров, а на качественное обследование, завершающееся рекомендациями пациенту.

В условиях сохраняющегося кадрового дефицита в первичном звене и высокой нагрузки на участковых терапевтов проблема низкой приверженности приобретает особую остроту и требует детального изучения причин, лежащих в основе отказа граждан от участия в диспансеризации.

Понимание структуры и природы этих причин необходимо для разработки эффективных организационных и коммуникативных стратегий, направленных на повышение мотивации населения и дальнейшее улучшение ранней диагностики ХНИЗ на амбулаторном этапе.

Цель: проанализировать и выявить основные коммуникативные и организационные барьеры, снижающие приверженность взрослого населения к прохождению диспансеризации и определить пути их преодоления на уровне ПМСП.

Материал и методы. Исследование выполнено в формате вторичного анализа данных.

Материалами для анализа послужили:

- Данные всероссийских опросов ВЦИОМ (2023г., n=1708)

- Результаты совместного исследования Народного фронта и Сбера (2025-2026гг.), включавшие анализ 2000 обращений на прямую линию и опрос 26000 пациентов.
- Материалы Всероссийского союза пациентов (2024г.)
- Данные региональных исследований: СибГМУ (2025г., n=3500) и Ивановского ГМУ (2025г., n=100)
- Практический опыт внедрения таргетированных подходов к привлечению населения (Ростов-на-Дону)

Методами для изучения послужили аналитический и статистический анализ, а также синтез и обобщение данных, контент-анализ жалоб и обращений.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ позволил систематизировать барьеры, препятствующие прохождению диспансеризации, в следующие основные группы:

- Организационные барьеры – главным препятствием остается несоответствие между временными затратами и законодательными гарантиями. Хотя Трудовой Кодекс предусматривает оплачиваемый выходной для прохождения диспансеризации, в 14,5% случаев граждане отказываются от обследования, так как понимают, что один день не позволяет пройти всех врачей. К тому же проблема усугубляется тем, что 25% работодателей игнорируют требование об отпуске сотрудника, а еще 35% работников даже не пытаются его взять, будучи уверенными в отказе. Существует и низкая информированность населения о том, что помимо будничных дней, диспансеризация проводится и по выходным. Лишь 3-6% населения уведомлены о такой возможности.
- Содержательные барьеры – наиболее многочисленная группа жалоб (1800 в опросах Народного фронта и 700 на прямую линию) касается формального характера процедуры. 13,6% граждан отказываются от прохождения, так как считают, что программа включает не все необходимые исследования, поэтому не видят смысла в прохождении «формальной» проверки. Это коррелирует с данными ВЦИОМ, где 64% людей считают, что невозможно своевременно выявить серьезную патологию.
- Коммуникативные барьеры – гражданам, после прохождения диспансеризации, не интерпретируют результаты и не дают последующих рекомендаций. СибГМУ подтверждает, что у 77% опрошенных основной мотивацией было узнать состояние здоровья, но только 4% проявили дальнейший интерес к получению рекомендаций самостоятельно, что может быть следствием отсутствия привычки получать эту обратную связь от самого врача.
- Социальные и мотивационные аспекты – исследование ВЦИОМ фиксирует несколько причин отказа: 14% уверены в своем здоровье, 14% из-за нехватки времени и еще 14% из-за недоверия к процедуре и врачам. При этом население старше 65 лет более замотивированы на прохождения. Так 84% из данной категории проходят процедуру, потому что считают важным иметь актуальную информацию о здоровье.

Выявлено, что низкий процент прохождения диспансеризации обусловлен совокупностью вышеперечисленных факторов, среди которых доминируют организационные и коммуникативные. Выявлено несоответствие между ожиданиями населения и существующей моделью диспансеризации. Также руководство не готово соблюдать трудовые гарантии в полном объеме, что требует внимания и контроля со стороны государства. Пациентам не менее важно, чтобы после прохождения результаты озвучивал и объяснял специалист.

Выводы: перспективным направлением для повышения приверженности является внедрение организационных моментов – повысить осведомленность прохождения

диспансеризации по субботам или предоставить возможность пройти диспансеризацию прямо на рабочем месте благодаря выездной бригаде медицинского персонала. Дополнительные коммуникационные продвижения, например, реклама или напоминание в популярных социальных сетях о необходимости прохождения диспансеризации и ее значимости. Увеличение времени приема для врачей позволило бы более тщательно объяснять потребность в прохождении диспансеризации и дальнейшей интерпретации результатов. Оптимизация прохождения диспансеризации за один день повысила бы процент прохождения среди населения, с помощью разграничения потоков, правильного формирования очередей, логического выстраивания цепочки прохождения обследований и врачей. Достижение предложенных условий способны трансформировать восприятие диспансеризации из формальной обязанности в осознанную потребность.

ЗНАЧЕНИЕ АНАЛИЗА КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ (FOBT/FIT) В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

ТУПИКОВА Надежда Алексеевна, НЕВЕРОВА Екатерина Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

THE VALUE OF FECAL OCCULT BLOOD TESTING (FOBT/FIT) IN PREVENTIVE MEDICINE

TUPIKOVA N.A., NEVEROVA E. A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Анализ кала на скрытую кровь (FOBT/FIT) – основной неинвазивный скрининговый метод колоректального рака (КРР), однако его ценность ограничена низкой комплаентностью и диагностическими ошибками. Обоснован переход от разового тестирования к персонализированной стратегии с учётом анамнеза и факторов риска.

Ключевые слова: колоректальный рак, скрининг, анализ кала на скрытую кровь, FOBT, FIT.

Abstract: Fecal occult blood test (FOBT/FIT) remains the primary non-invasive screening method for colorectal cancer (CRC), yet its real preventive value is limited by low population adherence and diagnostic pitfalls. The necessity of shifting from single testing to a personalized strategy incorporating family history and modifiable risk factors is substantiated.

Keywords: colorectal cancer, screening, fecal occult blood test, FOBT, FIT, prevention, adherence.

Введение. Колоректальный рак занимает 2–3 место в структуре онкозаболеваемости, при этом раннее выявление позволяет достичь 5-летней выживаемости >90%. Анализ кала на скрытую кровь – единственный массовый скрининговый метод, одобренный ВОЗ. Масштаб его применения в практике ежегодно растёт. Однако на практике эффективность метода нивелируется биологическими ограничениями (интермиттирующий характер кровотечений) и поведенческими барьерами (низкая приверженность). Врачи первичного звена сталкиваются с парадоксом: при формальном охвате 60–70% целевой популяции,

пациенты высокого риска часто избегают тестирования или получают ложноотрицательные результаты.

Цель: оценить реальную диагностическую и прогностическую значимость анализа кала на скрытую кровь в рамках первичной онкопрофилактики, обозначить критические точки снижения эффективности и возможные организационные подходы к повышению интеграции метода в клиническую практику.

Материал и методы. Проведён обзор мета-анализов и крупных РКИ (PLCO, NORCCAP) за 2010–2025 гг. Оценивались чувствительность, специфичность, PPV/NPV для FOBT и FIT. Проанализированы данные российских скрининговых программ с фокусом на долю отказов и причины несоблюдения кратности. В том числе на примере одной из территориальных поликлиник г. Кемерова.

Результаты и обсуждения. Ключевой проблемой гваякового FOBT является его низкая чувствительность к ранним новообразованиям: чувствительность к продвинутым аденомам не превышает 15–20%, а к КРР I–II стадии — около 40–50%. Иммунохимический FIT демонстрирует более высокие показатели (чувствительность к КРР до 70–80% при пороге 10 мкг/г), однако его специфичность снижается с возрастом и при сопутствующей патологии ЖКТ, что приводит к избыточному числу ложноположительных результатов (до 15–20% у пациентов старше 70 лет) и, как следствие, неоправданным колоноскопиям с сопутствующими рисками. В ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая поликлиника № 5 имени Л.И. Темерхановой» используется иммунохроматографический метод. Охват скрининговыми исследованиями растет: если в 2023 г. было выполнено 10 766 исследований, в 2024 г. – 11 013, то в 2025 г. их число достигло 13 913. Важно отметить, что рост числа выполненных исследований сопровождается увеличением абсолютного количества положительных результатов, требующих дальнейшей маршрутизации. Так, за 2025 год из 13 913 проведённых исследований положительными оказались 1667, что составляет около 12% и формирует значительную нагрузку на службу эндоскопической диагностики. Каждый из этих пациентов нуждается в верификации диагноза, а часть из них — в повторной пробе и углублённом обследовании. Конечным критерием эффективности скрининга является выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях. По данным диспансеризации, за анализируемый период было выявлено злокачественных новообразований кишечника: в 2023 г. — 2 случая, в 2024 г. — 2 случая, в 2025 г. — 5 случаев. Несмотря на скромные цифры, положительная динамика отражает как увеличение охвата скринингом, так и улучшение маршрутизации пациентов с положительными результатами FIT на колоноскопию. Вместе с тем разрыв между числом положительных тестов (1667 в 2025 г.) и верифицированных случаев рака (5) подчёркивает высокую долю ложноположительных результатов и необходимость более точной стратификации риска для снижения неоправданной эндоскопической нагрузки. Второй, не менее значимый барьер — однократность тестирования. Согласно данным российского регистра, более 65% пациентов проходят тест только один раз, хотя международные протоколы требуют ежегодного (для FIT) или двукратного с интервалом в 1–2 года выполнения. При этом вероятность выявления интермиттирующего кровотечения при разовом тесте составляет менее 50%. Третий аспект — игнорирование клинического контекста. Ни FOBT, ни FIT не дифференцируют источник кровотечения (геморрой, дивертикулёз, эрозия на фоне НПВП, неоплазия), а также не учитывают семейный анамнез (риск КРР возрастает в 2–4 раза при наличии родственника первой линии). В клинической практике большая доля пациентов с отрицательным FIT, но с упорной железодефицитной анемией, у которых при колоноскопии выявляются множественные полипы; и наоборот — пациентов с положительным FIT на

фоне обострения геморроя, которые подвергаются избыточному стрессу и инвазивным вмешательствам. Особого внимания заслуживает поведенческий аспект. Культурные и психологические барьеры (стигматизация, страх, неудобство сбора биоматериала) снижают комплаентность до 30–40%. При этом информационные компании, направленные на повышение грамотности, демонстрируют прирост участия не более 12–15%, что недостаточно для достижения популяционного эффекта. С этической позиции важно подчеркнуть, что отрицательный результат не отменяет клинического настороженности при наличии симптомов (изменение ритма дефекации, тенезмы, необъяснимая потеря веса). Положительный результат, напротив, требует индивидуального подхода: у молодых пациентов без факторов риска целесообразна повторная проба с исключением пищевых и лекарственных искажений, у пожилых — взвешенное решение о колоноскопии с учётом коморбидности и ожидаемой продолжительности жизни.

Оптимальной в использовании для повседневной практики может считаться трёхкомпонентная модель принятия решений, включающая: FIT (ежегодно) — как первичный фильтр; калькулятор риска КРР (с учётом семейного анамнеза, ИМТ, курения, характера питания) — для стратификации частоты тестирования; клинический симптом-статус (анемия, изменение стула, боли в животе) — для активации направления на колоноскопию вне зависимости от результата FIT.

Выводы: иммунохимический FIT является предпочтительным методом для скриннинг диагностики колоректального рака благодаря более высокой чувствительности и отсутствию пищевых ограничений. Основным популяционным барьером остаётся низкая приверженность. Только комплексная оценка результатов FIT в совокупности с учетом факторов риска у каждого пациента позволит рационально использовать эндоскопические методы для ранней диагностики колоректального рака.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

УСОВА Дарья Николаевна, НИКИТИНА Елена Вячеславовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

PUBLIC AWARENESS OF TYPE 2 DIABETES

USOVA D.N., NIKITINA E.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Сахарный диабет является одной из самых распространенных патологий в мире, поэтому его нередко называют «болезнью 21-го века», которая оказывает влияние на все системы и органы человеческого организма. В данной статье рассматривается уровень осведомленности среди пациентов по вопросам сахарного диабета 2 типа и его профилактики.

Ключевые слова: осведомленность, сахарный диабет 2 типа, факторы риска, осложнения, профилактика, симптомы.

Abstract: Diabetes is one of the most common pathologies in the world, which is why it is

often referred to as the "disease of the 21st century", which affects all systems and organs of the human body. This article examines the level of awareness among patients about type 2 diabetes and its prevention.

Keyword: awareness, type 2 diabetes, prevention, risk factors, complications, symptoms.

Введение. Сахарный диабет (СД) — это одно из самых распространенных и опасных неинфекционных заболеваний в мире, из-за осложнений которого ежегодно погибают или становятся инвалидами тысячи человек.

Однако несмотря на серьезность данной патологии существует возможность профилактики. Актуальную информацию о способах поддержания уровня углеводного обмена в пределах нормы и методах борьбы с диабетом необходимо распространять среди населения, используя все имеющиеся средства массовой информации, так как это позволит увеличить качество и сроки активной жизни людей и снизить общую смертность в мире.

Цель: оценить и систематизировать осведомленность пациентов о методах профилактики, проявлениях, факторах риска сахарного диабета 2 типа и составить памятку по профилактике данного заболевания.

Материал и методы. В ходе работы были применены такие методы как опрос, анализ и синтез.

Исследование проведено на базе поликлиники №10 ГАУЗ «ККДЦ им. И.А. Колпинского», материалом для которого послужили ответы пациентов в анонимном анкетировании «Ваши представления о сахарном диабете 2 типа». Всего в анонимном анкетировании приняли участие 25 человек в возрасте от 18 до 24 лет. В нее входило 2 раздела: 1 – общие сведения (пол, возраст, наличие диагноза «СД 2 типа»), 2 – оценка осведомленности (вопросы с указанием ответа).

Результаты и обсуждения. В основу исследования положены результаты анонимного опроса 25 респондентов - из них 36% мужчин и 64% женщин. Установленного диагноза ни у кого не было.

Анализ анонимного анкетирования пациентов поликлиники показал достаточно низкую информированность в вопросах сахарного диабета 2 типа, которые включают общие вопросы и профилактику.

В ходе исследования выяснено, что измерение уровня сахара в крови за последний год было у всех респондентов – 100%. Из них помнят свои результаты только 40%. О том какие показатели сахара в крови являются нормой знают 72%, из которых верно указали 68%.

У 44% пациентов данное заболевание имеют близкие родственники (мать, отец), у 24% - бабушки, дедушки, тети, дяди. Оставшиеся 32% - не знают.

Только 12% затрудняются ответить, однако 88% считают ежегодное измерение сахара в крови необходимым скрининговым тестом.

О симптомах, характерных для данной патологии знают 68% анкетируемых. Самыми частыми симптомами оказались: «жажда» - 100%, «потеря веса» - около 88%; реже встречалось: «частые походы в туалет» - 41%, «сильная усталость» - 35%. Остальные респонденты ответили «не знаю» – 32%.

О факторах риска знают 88% респондентов, из которых выделяют: возраст старше 45 лет – 95,5%, избыточную массу тела – 100%, наследственность – 81,8%, низкую (отсутствие) физической активности – 90,9%, плохое питание – 100%, вредные привычки – 95,5%. Оставшаяся часть опрашиваемых затрудняются ответить – 12%.

Об осложнениях на фоне СД 2 типа знают 36%. Чаще всего встречается: развитие

ретинопатии – 55,5%, макроангиопатия (ИМ, ОНМК) – 77,7%, «диабетическая стопа» - 100%. Остальные – затрудняются ответить – 64%.

Преобладающая часть анкетируемых (80%) считают, что основой профилактики является изменение образа жизни: физическая активность, правильное питание, отказ от вредных привычек. Также 68% считают, что профилактировать появление СД 2 типа можно путем ежегодного скрининга сахара в крови.

В качестве просветительской работы была составлена краткая памятка по профилактике СД.

Выводы: повышение осведомленности населения о факторах риска развития СД, его осложнениях и проявлениях, а также мерах профилактики — самая важная цель для сохранения и укрепления здоровья населения. Особенно следует обратить внимание на молодой возраст (18-44 года), чтобы вовремя предотвратить появление и развитие СД 2 типа.

Для этого следует активно использовать средства массовой информации, ежегодно проводить диспансеризации. Также врачи, в частности терапевты, должны проводить профилактические беседы с пациентами, особенно теми, которые имеют факторы риска возникновения данной патологии.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН О ЛЕЧЕНИИ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФЕДУНКОВА Полина Алексеевна, УРУНОВ Фаромуз Бадалович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

INFORMEDNESS OF YOUNG WOMEN ABOUT TREATMENT AND SECONDARY PREVENTION OF BREAST CANCER

FEDUNKOVA P.A., URUNOV F.B.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Рак молочной железы – ведущая онкопричина смертности женщин в России. Лечение включает хирургический, лучевой и лекарственный методы. Также важно помнить о значимости вторичной профилактики, но ее успех зависит от осведомленности пациенток. В данной статье приведены данные опроса молодых женщин об их знаниях по скринингу, самообследованию, наблюдению и лечению.

Ключевые слова: рак молочной железы, скрининг, эндокринотерапия, диспансерное наблюдение, вторичная профилактика, осведомлённость.

Abstract: Breast cancer is the leading cause of death among women in Russia. Treatment includes surgical, radiation, and medical methods. It is also important to remember the significance of secondary prevention, but its success depends on the patient's awareness. This article presents the results of a survey conducted among young women to assess their knowledge about screening, self-examination, monitoring, and treatment.

Keywords: breast cancer, screening, endocrine therapy, follow-up, secondary prevention, awareness.

Введение. Рак молочной железы остаётся ведущей онкологической патологией среди женского населения Российской Федерации: ежегодно выявляется более 71 тысячи новых случаев. Прогноз напрямую зависит от стадии. Если при I стадии пятилетняя выживаемость достигает 96%, то при генерализованном процессе (IV стадия) она резко снижается и не превышает 20%. Именно поэтому своевременность выявления и эффективность лечения напрямую зависят от активного участия самой женщины – её знаний о скрининге, самообследовании, диспансерном наблюдении и доступных методах терапии.

Цель: оценить уровень осведомлённости молодых женщин о современных подходах к лечению и вторичной профилактике рака молочной железы.

Материал и методы. Проведён анализ нормативных документов и клинических рекомендаций: Приказ Минздрава РФ №124н от 13.03.2019 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»; Приказ Минздрава РФ №548н от 04.06.2020 «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»; Клинические рекомендации «Рак молочной железы» (Ассоциация онкологов России, 2023); Практические рекомендации RUSSCO по лекарственному лечению рака молочной железы (2023). Кроме того, было проведено анонимное анкетирование молодых женщин (n=30) в возрасте 19–35 лет (в среднем 24,3 года), не имевших в анамнезе рака молочной железы. Из них 73% (22 человека) – студенты медицинского университета, 27% (8 человек) – работающие женщины без медицинского образования. Опрос проводился очно и с использованием онлайн-форм. Анкета включала вопросы о знании сроков и методов скрининга, о диспансерном наблюдении после лечения рака молочной железы, а также об осведомлённости о различных методах лечения. Дополнительно оценивался источник информации о раке молочной железы.

Результаты и обсуждения. Современное лечение рака молочной железы включает локальные методы (органосохраняющие операции, мастэктомия, лучевая терапия) и системные (химиотерапия, эндокринотерапия при гормоноположительных опухолях, таргетная терапия анти-HER2 препаратами). Выбор метода зависит от молекулярно-биологического подтипа (люминальный A, люминальный B, HER2-положительный, трипл-негативный).

Однако не менее важным этапом является вторичная профилактика – как для пациенток, перенёсших рак молочной железы, так и для женщин из групп риска. Она включает четыре направления. Первое – диспансерное наблюдение – регулярные осмотры онколога, маммография, ультразвуковое исследование, контроль онкомаркеров. Второе – профилактическое лечение, представленное адъювантной эндокринотерапией (5–10 лет), таргетной терапией, химиотерапией. Третье – санаторно-курортное лечение, которое показано в фазе ремиссии, но без тепловых и физиопроцедур на область грудной клетки. Четвертое – санитарно-гигиеническое, включающее обучение самообследованию и коррекцию образа жизни (индекс массы тела <25 кг/м², отказ от алкоголя, физическая активность не менее 150 минут в неделю). Однако наличие даже самых совершенных рекомендаций не гарантирует их соблюдения – ключевой фактор здесь информированность и комплаенс женщин.

Чтобы проверить это на практике, мы провели опрос среди молодых женщин. При оценке осведомлённости о скрининге и самообследовании выявлено, что 50% опрошенных не знают, с какого возраста и с какой периодичностью рекомендуется маммография, а 53%

не владеют методикой самообследования молочных желез или никогда его не проводили. Многие даже не знают, на какой день менструального цикла следует выполнять данную процедуру.

Изучение осведомлённости о диспансерном наблюдении после лечения рака молочной железы показало, что большинство опрошенных (70%) не имеют представления, что такое диспансерное наблюдение у онколога, как часто нужно посещать врача и какие обследования проходить после завершения первичного лечения. Это создаёт серьезный риск позднего выявления рецидивов и ухудшения прогноза.

Что касается знаний о методах лечения, то здесь ситуация также крайне неравномерна. Хирургическое лечение известно большинству (отметили 87%), лучевая терапия – 73%, химиотерапия – только 27%, гормонотерапия (эндокринотерапия) – лишь 7% опрошенных знают о её существовании и роли при гормоноположительном раке молочной железы, о таргетной терапия (например, трастузумабом) не осведомлен никто. Таким образом, хирургия и лучевая терапия воспринимаются как «основное» лечение, в то время как современная система лекарственной терапии остаётся за рамками понимания большинства опрошенных.

Анализ источников информации показал, что врач остается наиболее востребованным источником (57%), однако 20% женщин используют социальные сети, 15% – интернет-сайты и форумы и лишь 8% – лекции, образовательные программы. Высокая доля социальных сетей как источника требует контроля качества информации, так как там нередко содержит непроверенные или ложные сведения. Это подчеркивает необходимость активного присутствия профессионального медицинского сообщества в цифровых каналах для предоставления достоверной информации.

Полученные данные показывают, что даже среди молодых женщин (в том числе среди студентов-медиков) существует значительный дефицит знаний о вторичной профилактике рака молочной железы. Особенно тревожным является незнание самообследования и диспансерного наблюдения, а также крайне низкая осведомлённость о гормонотерапии и таргетных препаратах.

Выводы: таким образом, уровень знаний молодых женщин о вторичной профилактике рака молочной железы можно признать низким: 50% не знают сроков и периодичности маммографии, более половины не владеют методикой самообследования. При этом ещё более тревожным выглядит тот факт, что 70% девушек не имеют представления о диспансерном наблюдении.

Что касается методов лечения, здесь осведомлённость крайне неравномерна: хирургия и лучевая терапия известны хорошо (87% и 73% соответственно), химиотерапия – удовлетворительно (27%), гормонотерапия – плохо (7%), таргетная терапия – не известна вовсе (0%).

При этом основным источником информации все же является врач (57%), однако каждая пятая женщина получает сведения из социальных сетей.

Таким образом, необходимо усиление образовательных программ по вторичной профилактике рака молочной железы, внедрение обучения самообследованию, а также активное врачебное консультирование и использование цифровых каналов с проверенной информацией.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ О ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

ФИЛИППОВА Олеся Сергеевна, ЖЕМЧУЖИНА Анастасия Игоревна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

ASSESSMENT OF AWARENESS OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS ABOUT DIABETIC NEPHROPATHY

FILIPPOVA O.S., ZHEMCHUZHINA A.I.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Проведено исследование с целью оценки уровня информированности пациентов с сахарным диабетом о диабетической нефропатии как грозном позднем осложнении. Использован метод анонимного анкетирования. Результаты показали, что лишь 33,3% респондентов осведомлены о ранних диагностических признаках нефропатии. Таким образом, низкий уровень знаний о профилактике и ранней диагностике определяет необходимость усиления образовательных программ в рамках «Школ диабета».

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая нефропатия, профилактика, микроальбуминурия, факторы риска.

Abstract: A study was conducted to assess the level of awareness of patients with diabetes mellitus about diabetic nephropathy as a serious late complication. An anonymous questionnaire was used. The results showed that only 33.3% of respondents were aware of the early diagnostic signs of nephropathy. Therefore, the low level of knowledge about prevention and early diagnosis necessitates the enhancement of educational programs within the framework of "Diabetes Schools".

Keywords: diabetes mellitus, diabetic nephropathy, prevention, microalbuminuria, risk factors.

Введение. Диабетическая нефропатия (ДН) является одним из наиболее прогностически неблагоприятных микрососудистых осложнений сахарного диабета, ведущей причиной терминальной хронической болезни почек в развитых странах. В основе патогенеза лежит комплекс метаболических (хроническая гипергликемия) и гемодинамических (внутриклубочковая гипертензия) нарушений, приводящих к повреждению почечного фильтра. Ключевыми управляемыми факторами риска развития и прогрессирования ДН являются уровень гликемии, артериальная гипертензия и дислипидемия. Ранняя диагностика, основанная на ежегодном скрининге на микроальбуминурию, и своевременная комплексная терапия позволяют существенно замедлить прогрессирование поражения почек. Однако эффективность профилактики напрямую зависит от уровня информированности и вовлеченности пациента в процесс лечения.

Цель: оценить уровень информированности пациентов с сахарным диабетом о факторах риска, ранней диагностике и принципах профилактики диабетической нефропатии.

Материал и методы. Проведено поперечное анкетирование 45 пациентов с СД 1 и

2 типа в условиях эндокринологического отделения. Разработанная анонимная анкета включала блоки: 1) социально-демографические и клинические данные (тип и стаж СД, сопутствующие заболевания); 2) оценка информированности о ДН (осведомленность о понятии, ранних признаках, последствиях); 3) знания о методах профилактики (контроль гликемии, АД, роль ингибиторов АПФ/БРА, необходимость регулярного обследования почек). Для анализа использованы методы описательной статистики.

Результаты и обсуждения. Средний возраст респондентов — 58±9 лет, стаж СД — 8±5 лет. О наличии такого осложнения, как ДН, в целом слышали 71,1% пациентов. При этом только 33,3% корректно идентифицировали микроальбуминурию как ее ранний маркер. О необходимости ежегодного исследования мочи на альбумин знали 42,2%. Знания о ключевых мерах профилактики были фрагментарными: контроль гликемии как меру профилактики ДН указали 82,2%, контроль артериального давления — 64,4%, а о нефропротективной роли препаратов класса ингибиторов АПФ/БРА осведомлены лишь 28,9%.

Результаты исследования выявили существенный дефицит знаний пациентов о диабетической нефропатии.

Выявленная прямая связь уровня знаний с посещением «Школы диабета» подтверждает эффективность структурированного обучения. Однако общий низкий уровень информированности говорит о недостаточном охвате или неадаптированности программ.

Клинические последствия: Незнание приводит к низкой приверженности скринингу и лечению, что повышает риск поздней диагностики ДН в необратимой стадии.

Выводы: установлен недостаточный уровень информированности пациентов с СД о ранней диагностике и патогенетически обоснованной профилактике диабетической нефропатии.

Наибольший дефицит знаний касается специфических методов раннего выявления и фармакологической нефропротекции.

Посещение структурированных образовательных программ достоверно повышает уровень осведомленности пациентов.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В РАБОТЕ ТЕРАПЕВТА: ПОМОЩНИК ИЛИ КОНКУРЕНТ?

ХАЙБЫ Августина Юрьевна, МИХАЙЛОВА Дарья Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN THERAPIST WORK: ASSISTANT OR COMPETITOR?

KHAIBY A.Y., MIKHAILOVA D.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в статье рассматривается проблема использования искусственного интеллекта (ИИ) в работе терапевта: как помощника или конкурента. Актуальность темы

обусловлена способностью ИИ помогать в диагностике, разработке индивидуальных планов лечения, автоматизации процессов и коммуникации с пациентами.

Ключевые слова: искусственный интеллект, терапевт, диагностика, клинические решения.

Abstract: The article discusses the problem of using artificial intelligence (AI) in the work of a therapist: as an assistant or a competitor. The relevance of the topic is due to the ability of AI to help in diagnostics, development of individual treatment plans, automation of processes and communication with patients.

Keywords: artificial intelligence, therapist, diagnostics, clinical solutions.

Введение. Современная медицина сталкивается с такими проблемами, как рост нагрузки на врачей, нехватка специалистов, необходимость быстрой и точной диагностики. Искусственный интеллект предлагает решения для автоматизации рутинных задач, анализа медицинских данных и поддержки принятия решений. Однако внедрение ИИ в клиническую практику требует тщательного анализа его возможностей и ограничений.

Цель: изучить возможности искусственного интеллекта для его применения во врачебной практике.

Материал и методы. Проведен анализ литературы по изучению вопросов искусственного интеллекта в работе терапевта. Проанализированы и использованы источники литературы из библиографических баз данных PubMed и e.Library.

Результаты и обсуждения. Внедрение технологий машинного обучения и генеративных нейросетей в клиническую практику создало повод для пересмотра роли специалиста. Распространение искусственного интеллекта создает ситуацию, при которой врач отходит на второй план, а пациент начинает спрашивать у ИИ свой диагноз. Это приводит к тому, что пациент может получить некорректную рекомендацию, но при этом успокоиться или, наоборот, запаниковать, не имея возможности перепроверить информацию у специалиста.

На первый взгляд это удобно: быстро, бесплатно, без очередей. Но именно в этой кажущейся простоте скрываются серьезные опасности. ИИ устроены так, чтобы давать уверенные и связные ответы. Пациент, получив от ИИ конкретный диагноз, может поверить в него как в истину, хотя на самом деле алгоритм лишь скомбинировал похожие тексты из интернета. Самая большая опасность заключается в том, что при серьезном нарушении здоровья, ИИ может выдать общие успокаивающие фразы.

У искусственного интеллекта в работе терапевта есть как преимущества, так и недостатки.

Преимущества ИИ в работе терапевта:

1) диагностика, которая демонстрирует высокую точность и скорость в распознавании патологий (пневмония, СД, онкологические заболевания) на основе анализа различных медицинских изображений, а также лабораторных и функциональных данных;

2) обработка данных (автоматизация ведения электронных медицинских карт);

3) анализ больших объемов данных для подбора индивидуального лечения;

4) снижение нагрузки на терапевта (это происходит за счет автоматизации рутинных функций; один врач может эффективно вести больше пациентов, частично компенсируя нехватку специалистов в первичном звене);

5) оптимизация диспансеризации (алгоритмы автоматически выявляют пациентов из групп риска, нуждающихся в обследовании или коррекции терапии, формируют приглашения, повышая охват профилактическими мероприятиями).

6) снижение административной нагрузки (ИИ автоматизирует заполнение электронных карт, выписку рецептов, направлений и справок, высвобождает рабочее время врача для непосредственной работы с пациентом).

Недостатки ИИ в работе терапевта:

1) отсутствие клинического мышления;

2) ответственность за ошибки ИИ остается за врачом и медицинской организацией;

3) качество работ ИИ зависит от правильности полученных данных.

4) риск того, что врач начнет работать по шаблону ИИ, не используя физикальное обследование, которое играет ключевую роль в диагностике;

5) самодиагностика пациента с помощью ИИ может спровоцировать конфликт между ним и врачом (врач в данной ситуации тратит время не на сбор анамнеза, а на опровержение выводов алгоритма, созданного ИИ).

6) потеря контакта (эмпатия, умение выслушать, объяснить и успокоить - критически важны для пациентов разных возрастов).

Стремительное развитие ИИ в медицине обгоняет формирование нормативной базы. Искусственный интеллект значительно повышает точность диагностики различных заболеваний и способствует более персонализированному подходу к лечению пациентов, но не исключает ошибки алгоритмов. Врач, применяя рекомендации алгоритма, несет полную юридическую ответственность за результат. Самым главным должно является то, что человек и ИИ должны дополняют друг друга, а безопасность и качество помощи оставаться на первом месте.

Выводы: искусственный интеллект является мощным инструментом, способным значительно улучшить работу терапевта за счет автоматизации рутинных задач и повышения точности диагностики. Однако ИИ не может заменить врача из-за необходимости клинического суждения, эмпатии и решения сложных этических вопросов. Оптимальным решением является соблюдение баланса между технологиями и человеческим фактором: ИИ должен быть дополнением, а окончательное решение всегда остается за врачом.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПАЛЛИАТИВНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ: АРТ-ТЕРАПИЯ ПРОТИВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ

ХАУСТОВА Валерия Алексеевна, ТЕРЕБИНА Кристина Денисовна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR MEDICAL STAFF IN PALLIATIVE CARE DEPARTMENTS: ART THERAPY AGAINST PROFESSIONAL DEFORMATION

KHAUSTOVA V.A., TEREBINA K.D.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме. Работа среднего медицинского персонала в паллиативных отделениях отличается экстремальной психоэмоциональной нагрузкой. Постоянное взаимодействие с

тяжелобольными пациентами, проживание их страданий и неизбежность летальных исходов создают благоприятную почву для формирования синдрома эмоционального выгорания. Как следствие, у специалистов наблюдается снижение эмпатии, профессиональная деформация и утрата личностных смыслов, что напрямую сказывается на эффективности и качестве оказываемой помощи.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, паллиативные отделения, синдром эмоционального выгорания, снижение эмпатии, профессиональная деформация.

Abstract. The work of nursing staff in palliative care units is characterized by extreme psychoemotional stress. Constant interaction with seriously ill patients, experiencing their suffering, and the inevitability of fatal outcomes create a favorable environment for the development of burnout syndrome. As a result, professionals experience a decrease in empathy, professional deformation, and loss of personal meaning, which directly affects the effectiveness and quality of care provided.

Keywords: nursing staff, palliative care units, burnout syndrome, decreased empathy, professional deformation.

Введение. Профессия медицинской сестры в паллиативном отделении — это уникальный феномен в системе здравоохранения. Ежедневно эти специалисты балансируют на тонкой грани между высоким профессионализмом и глубоким личным сопереживанием, оказывая помощь пациентам на финальном этапе жизненного пути. В отличие от реанимационных или хирургических отделений, где успех измеряется спасением жизни, здесь главными критериями качества работы становятся облегчение страданий и сохранение человеческого достоинства. Однако именно эта, казалось бы, гуманистическая миссия несет в себе колоссальный риск для самого медика.

Постоянный контакт с болью, смертью, горем родственников и эмоциональным истощением пациентов неизбежно приводит к формированию так называемой профессиональной деформации личности. Это состояние проявляется не только в хронической усталости или синдроме эмоционального выгорания, но и в более глубоких изменениях: снижении эмпатии, формализации общения, ощущении бессмысленности усилий и, как следствие, потере интереса к жизни вне работы. Традиционные методы психологической разгрузки (беседы с психологом, тренинги) часто оказываются недостаточно эффективными для этого контингента, так как требуют высокой степени вербализации переживаний, на которую у выгоревшего сотрудника уже нет внутренних ресурсов.

В этом контексте особый интерес приобретают методы арт-терапии. Метафорический язык искусства позволяет обойти психологические защиты, актуализировать подавленные чувства и безопасно трансформировать травматический опыт через творчество. Рисование, лепка, коллаж или работа с мандалами становятся не просто «хобби», а инструментом восстановления целостности «Я», возвращая медицинскому персоналу способность чувствовать без разрушительных последствий для психики.

Цель: обосновать целесообразность внедрения арт-терапевтических практик в систему психологической поддержки среднего медицинского персонала паллиативных отделений как эффективного средства профилактики и коррекции профессиональной деформации.

Материал и методы. Теоретической базой данного исследования послужили работы отечественных и зарубежных авторов. В области психологии труда и профессионального стресса — это труды К. Маслач, В.В. Бойко, Н.Е. Водопьяновой, Г. Фрейденбергера.

Вопросы паллиативной медицины рассматривались на основе исследований И.В. Кузнецовой, Э.Ф. Когана, Б.И. Лурье. Теория и практика арт-терапии изучена по работам А.И. Копытина, Л.Д. Лебедевой, М. Наумбург, Э. Крамер. Кроме того, привлечены нормативные документы, определяющие организацию психологического сопровождения персонала в системе паллиативной помощи.

Методы работы включают: анализ и синтез источников; сопоставление различных подходов к профилактике профессиональной деформации; обобщение практических наработок по внедрению арт-терапии; разработку модели психологической поддержки медицинских сестёр паллиативных отделений.

Результаты и обсуждения. Результаты теоретического исследования подтверждают, что работа в паллиативной среде систематически истощает эмоциональные ресурсы медицинских сестёр, провоцируя выгорание и личностную деформацию, при этом стандартные формы психологической поддержки часто оказываются малодоступными или неэффективными из-за их вербальной природы. Арт-терапия, напротив, предлагает обходной путь через творчество: образный язык искусства минует психологические защиты, высвобождает подавленные чувства и трансформирует травматический опыт в безопасном формате, что подтверждено работами как отечественных (Копытин, Лебедева), так и зарубежных авторов (Наумбург, Крамер). На этой теоретической базе построена авторская программа, включающая три модуля (оценка состояния, коррекционная работа, формирование навыков саморегуляции) и конкретные техники (мандалы, коллаж, лепка, рисунок состояния). Важно, что данная модель не противопоставляется традиционным методам, а интегрируется с ними, создавая многоуровневую систему поддержки, особенно эффективную в групповых форматах, где дополнительно восстанавливается чувство профессиональной общности. Дальнейшая работа потребует апробации программы на реальной выборке для подтверждения её результативности, однако уже на теоретическом уровне очевиден потенциал арт-терапии как инструмента сохранения психического здоровья паллиативных медсестёр.

Выводы:

1. Работа среднего медицинского персонала в паллиативных отделениях характеризуется высоким уровнем психоэмоционального напряжения, обусловленного постоянным контактом со страданием и смертью, что закономерно ведёт к профессиональной деформации личности в виде синдрома эмоционального выгорания.
2. Традиционные вербальные методы психологической поддержки недостаточно эффективны для данной категории специалистов в состоянии выгорания, поскольку требуют значительных ресурсов рефлексии.
3. Арт-терапия, опирающаяся на механизмы сублимации, символизации и контейнирования, предоставляет невербальный, щадящий способ переработки травматического опыта и восстановления эмоционального равновесия.
4. Предложенная трёхмодульная программа арт-терапевтической поддержки (диагностика, коррекция, ресурсы) с использованием мандал, коллажа, лепки и спонтанного рисунка может служить эффективным инструментом профилактики профессиональной деформации, особенно в групповом формате, дополнительно укрепляющем командную сплочённость.
5. Перспективой дальнейших исследований является эмпирическая апробация разработанной модели и оценка её долгосрочной эффективности.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ, ОТКАЗЫВАЮЩИМИСЯ ОТ ВАКЦИНАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ, В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА

ЦУЛАЯ Алина Мелориевна, ГАМАЗИНА Алина Валерьевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

DEONTOLOGICAL ASPECTS OF INTERACTION WITH PATIENTS REFUSING VACCINATION AND TREATMENT IN THE PRACTICE OF OUTPATIENT DOCTOR

TSULAYA A.M., GAMAZINA A.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: в статье рассматриваются этико-деонтологические трудности, возникающие в работе врача первичного звена при взаимодействии с пациентами, отказывающимися от вакцинации и назначенной терапии.

Ключевые слова: медицинская деонтология, отказ пациента, вакцинация, приверженность терапии, первичная медико-санитарная помощь.

Abstract: the article discusses the ethical and deontological challenges faced by a primary care physician when encountering patients who refuse vaccination and prescribed therapy.

Keywords: medical deontology, patient refusal, vaccination, adherence to therapy, primary health care.

Введение: современная амбулаторная практика характеризуется ростом числа случаев отказа пациентов от профилактических мероприятий, таких как вакцинация, и лечебных, таких как медикаментозная терапия. Данный феномен создает серьезную проблему не только для эффективности первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, но и для построения доверительных отношений в системе «врач-пациент». В рамках деонтологии поликлинической терапии особую актуальность приобретает поиск баланса между принципом информированного добровольного согласия и профессиональной обязанностью врача сохранить здоровье пациента.

Цель: анализ деонтологических аспектов взаимодействия врача-терапевта с пациентами-отказниками и разработка рекомендаций по построению эффективной коммуникации.

Материал и методы. В ходе данной работы проведен анализ научной литературы и обобщен клинический опыт взаимодействия врачей-терапевтов с пациентами, отказывающимися от вакцинации и медикаментозной терапии. Проанализированы причины отказов и предложены эффективные коммуникативные стратегии, основанные на принципах уважения, доверия и пациентоориентированности.

Результаты и обсуждения. Анализ литературы и клинический опыт показывают, что отказ пациента от лечения и вакцинации основан на ряде заблуждений и предубеждений: неосведомленность о предстоящих манипуляциях и их значении для здоровья; подверженность влиянию «антипрививочных» сообществ; страх перед побочными эффектами прививок и лекарственных средств; недоверие к системе

здравоохранения; предшествующий негативный опыт коммуникации с медицинскими работниками.

С деонтологической точки зрения недопустимыми являются ответные реакции врача в виде давления на пациента, игнорирования его опасений и категоричного прерывания контакта. Такая тактика не поможет больному изменить свое первоначальное решение, только укрепит его негативное отношение к медицине.

Альтернативой является стратегия, базирующаяся на принципах биомедицинской этики. Это уважение автономии больного и признание права пациента на отказ; стремление действовать в интересах здоровья пациента; недопущение вреда и избегание конфликта. Ключевыми инструментами становится «эмпатическое выслушивание» и техника «мотивационного консультирования». Вместо монолога о необходимости лечения врач должен перейти к диалогу, направленному на выявление истинных мотивов отказа и сомнений.

Практические рекомендации для врача-терапевта включают:

1. Создание безопасной атмосферы и начало разговора с признания права пациента на сомнение.
2. Выявление конкретных страхов. Необходимо уточнить, чего именно опасается пациент (например, «развитие аутизма» после вакцинации или «вред для печени» при приеме статинов).
3. Персонализированное информирование, заключающееся в предоставлении информации малыми блоками, акцентах на соотношении риска и пользы именно для данного пациента с учетом его сопутствующих заболеваний.
4. Предложение «маленьких шагов». В случае отказа от полного объема терапии — предложение компромиссного варианта (например, начало с минимальной дозы, использование комбинированных вакцин), что позволяет сохранить терапевтический альянс.
5. Фиксация отказа. Обязательное деонтологически корректное оформление отказа в медицинской документации с указанием разъясненных рисков, что защищает права как пациента, так и врача.

Выводы: таким образом, деонтологически грамотное взаимодействие с пациентами-отказниками является важнейшим компонентом работы врача поликлинической службы. Переход от патерналистской модели к партнерской, основанной на уважении личности пациента и открытом диалоге, позволит минимизировать конфликтные ситуации, повысить приверженность лечению, сохранить доверие к медицинскому сообществу.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЧАНКОВА Алина Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

PALLIATIVE CARE FOR PANCREATIC CANCER

CHANKOVA A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: Паллиативная помощь направлена на улучшение качества жизни пациентов, купирование симптомов и предотвращение осложнений, обусловленных прогрессированием опухолевого процесса. В исследовании проводится систематический анализ методов паллиативной помощи при поздней стадии рака поджелудочной железы.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, паллиативная помощь, обезболивание, психологическая поддержка.

Abstract: Palliative care aims to improve the quality of life for patients, manage symptoms, and prevent complications caused by the progression of the tumor process. The study provides a systematic analysis of palliative care methods for advanced pancreatic cancer.

Keywords: pancreatic cancer, palliative care, pain relief, psychological support.

Введение. Рак поджелудочной железы – злокачественная опухоль, исходящая из эпителия поджелудочной железы. Вследствие неспецифичности симптомов и их появлении только в поздний период заболевания, на момент первичной диагностики большая часть пациентов имеют III-IV стадии рака. Заболевание часто характеризуется быстрым прогрессированием, ограниченной реакцией на стандартные методы терапии и глубоким влиянием на качество жизни пациентов. Паллиативная помощь включает облегчение страданий, оптимизацию функций и сохранение достоинства, соответственно правильное управление симптомами может значительно повлиять на способность пациента переносить протоколы лечения и повысить его общий уровень жизни.

Цель: анализ возможности повышения эффективности паллиативной помощи при поздних стадиях рака поджелудочной железы через научное обоснование и систематизацию данных о применяемых видах паллиативной помощи.

Материал и методы. Был проведён поиск и систематический обзор научных статей с ключевыми словами «рак поджелудочной железы», «паллиативная помощь» и «методы лечения рака поджелудочной железы» в международных библиографических базах PubMed, Web of Science и российских научных электронных библиотеках eLIBRARY.ru.

Результаты и обсуждения. Учитывая значительную степень выраженности симптомов и плохой прогноз, с которыми сталкиваются пациенты с раком поджелудочной железы, ранняя консультация по паллиативной помощи крайне важна для управления симптомами, психосоциальным дискомфортом, а также для принятия медицинских решений. Раннее и одновременное вмешательство паллиативной помощи может помочь справиться с симптомами заболевания, повысить устойчивость к лечению, направленной на рак, а также повысить качество жизни этих пациентов.

Почти все пациенты с раком поджелудочной железы испытывают боль в течение болезни, которая является одним из наиболее изнуряющих симптомов, значительно снижающих качество жизни. Ее классическая характеристика: опоясывающая боль в эпигастрии, возникающая в результате двух основных механизмов: портальной гипертензии и невропатической боли из-за инфильтрации нервных сплетений. Лечение боли начинается с корректировки доз обезболивающих, обычно с нестероидных противовоспалительных препаратов на опиоиды. Дополнительные препараты для лечения невропатической боли включают трициклические антидепрессанты (нортриптилин или амитриптилин), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (дулоксетин и венлафаксин), а также противосудорожные препараты (габапентин и прегабалин). Для снижения потребности в опиоидах могут применять нейролиз чревного сплетения – это

инвазивная процедура, заключающаяся в применении химических веществ или физического повреждения для постоянной или временной дегенерации целевых нервных волокон с целью прерывания передачи нейронов. Нейролитические процедуры обычно проводятся у пациентов с запоздалой формой рака, которые недостаточно отреагировали на фармакологические методы.

Желтуха, вызванная обструкцией желчных путей, развивается примерно у 80% пациентов с опухолями головы поджелудочной железы и может вызывать боль в животе и холангит. ЭРХПГ продолжает оставаться основной процедурой для дренирования желчевыводящих путей.

Тошнота и рвота возникают как из-за болезни, так и из-за побочных эффектов лечения. Тошнота, вызванная химиотерапией, реагирует на противорвотные препараты, направленные на 5HT3 и D2-рецепторы, включая ондансетрон, прохлорперазин, оланзапин и галоперидол. При гастропарезе могут использовать метоклопрамид, если нет полной кишечной непроходимости. В тяжёлых случаях может потребоваться декомпрессия с помощью назогастральной или паллиативной вентиляционной трубки PEG.

Асцит часто встречается у пациентов с запущенным раком поджелудочной железы, он может быть злокачественным из-за метастазов брюшины или незлокачественным при сдавлении воротной вены. Фармакологическое лечение транссудативного асцита включает диуретики, такие как фуросемид или спиронолактон. Парацентез может временно облегчить боль в животе.

Значительная потеря веса может быть связана с недоеданием из-за экзокринной недостаточности поджелудочной железы и синдрома кахексии, с изменениями метаболизма питательных веществ. Пациенты получают заместительную ферментативную терапию, нутритивную поддержку.

Общий плохой прогноз аденокарцином поджелудочной железы влияет на пациентов и их опекунов в социальном, финансовом и психологическом аспектах. Паллиативная помощь использует междисциплинарный подход, в котором работают социальные работники, психологи, психиатры для широкой поддержки пациента и его семьи. Стимулирующие препараты, такие как метилфенидат, могут лечить как усталость, связанную с раком, так и депрессию, служа мостом, позволяющим антидепрессантам подействовать. Нефармакологические методы, включая осознанность, духовный уход, медитацию, йогу, ароматерапию, массаж, терапию домашних животных и диетические добавки, могут быть ценны для многих пациентов. Эти дополнительные терапии могут работать в сочетании с традиционными методами, помогая снизить стресс, усталость, тревогу, тошноту и боль.

Практическая значимость:

1. Для пациентов: знание о видах паллиативной помощи повышает информированность пациентов о возможных методах контроля симптомов заболевания, направленных на сохранение качества жизни.
2. Для врачей-клиницистов: описанные виды паллиативной помощи включают в себя основные методы контроля симптомов рака поджелудочной железы, что позволяет стандартизировать подходы к симптоматической терапии, обосновывать целесообразность раннего направления пациентов к паллиативной службе.

Выводы: рак поджелудочной железы сопровождается тяжёлой симптоматикой — болью, желтухой, истощением, психоэмоциональным стрессом, которая требует не эпизодических, а непрерывных паллиативных вмешательств, начинающихся с момента постановки диагноза.

Эффективность помощи определяется разносторонним подходом: сочетанием фармакотерапии (опиоиды, адъювантные средства, ферментные препараты), хирургических методов (стентирование, нейролизис), нутритивной и психологической поддержки.

Ключевым условием успеха является мультидисциплинарное взаимодействие с ранним вовлечением паллиативной службы, что позволяет не только купировать симптомы, но и повысить переносимость противоопухолевого лечения, сохранить функциональный статус и улучшить качество жизни пациента и его семьи.

МИТОХОНДРИАЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ В ЛЕЙКОЗНЫХ КЛЕТКАХ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ БИОМАРКЕР И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ

ЧАТУРА Анурадха
Кафедра биологической химии
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь
Научный руководитель – м.б.н., Екатерина Михайловна Белоус

MITOCHONDRIAL OXIDATION IN LEUKEMIC CELLS AS A DIAGNOSTIC BIOMARKER AND THERAPEUTIC TARGET

CHATHURA A.
Department of Biological Chemistry
Gomel State Medical University, Gomel, Belarus
Supervisor: M.D., E.M. Belous

Резюме: В работе проведен анализ роли митохондриального окисления в клетках крови у пациентов с лейкозом. Показано, что лейкозные клетки, включая лейкозные стволовые клетки, характеризуются переключением энергетического метаболизма с гликолиза на окислительное фосфорилирование в митохондриях. Это обеспечивает их выживание, устойчивость к химиотерапии и сопровождается повышенным уровнем активных форм кислорода. Рассмотрены источники топлива для окислительного фосфорилирования, роль митохондриальной дисфункции и значение митохондриального окисления как диагностического биомаркера и терапевтической мишени.

Ключевые слова: лейкоз, митохондрии, окислительное фосфорилирование, активные формы кислорода, лейкозные стволовые клетки.

Abstract: The article analyzes the role of mitochondrial oxidation in blood cells of patients with leukemia. It is shown that leukemic cells, including leukemic stem cells, are characterized by a shift in energy metabolism from glycolysis to mitochondrial oxidative phosphorylation. This supports their survival, chemoresistance, and is accompanied by elevated reactive oxygen species levels. The fuel sources for oxidative phosphorylation, the role of mitochondrial dysfunction, and the significance of mitochondrial oxidation as a diagnostic biomarker and therapeutic target are considered.

Keywords: leukemia, mitochondria, oxidative phosphorylation, reactive oxygen species, leukemic stem cells.

Введение. Лейкоз – злокачественное заболевание кроветворной системы, поражающее костный мозг и лимфатическую систему. Оно затрагивает главным образом лейкоциты, которые необходимы для борьбы с инфекцией. При лейкозе костный мозг продуцирует аномальные лейкоциты, не выполняющие свои функции: они растут быстрее

и живут дольше нормальных клеток, постепенно вытесняя здоровые лейкоциты, эритроциты (что вызывает анемию и утомляемость) и тромбоциты (что приводит к кровоточивости и образованию гематом). Несмотря на прогресс в понимании патогенеза и внедрение новых терапевтических подходов, прогноз для многих пациентов остается неблагоприятным. Современные данные указывают на то, что важную роль в патогенезе и лекарственной устойчивости лейкоза играет метаболическое перепрограммирование опухолевых клеток, в частности усиление митохондриального окисления. Изучение митохондриального окисления как патогенетического звена открывает новые возможности для оптимизации существующих и разработки инновационных терапевтических стратегий.

Цель: систематизировать данные о роли митохондриального окисления в клетках крови у пациентов с лейкозом и оценить его значение как диагностического биомаркера и терапевтической мишени.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели был проведен систематический анализ данных современных научных публикаций, доступных в базах данных PubMed, Scopus и Google Scholar.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ подтвердил ключевую роль митохондриального окисления в метаболизме лейкозных клеток. В отличие от нормальных клеток крови, лейкозные клетки, особенно лейкозные стволовые клетки, зависят преимущественно от окислительного фосфорилирования, а не от гликолиза. Эта зависимость является фактором их выживания и устойчивости к лечению. В 2020 г. Raffel выполнил количественный протеомный анализ лейкозных стволовых клеток и гемопоэтических стволовых и прогениторных клеток и установил, что преобладающее использование окислительного фосфорилирования может быть общей чертой лейкозных стволовых клеток. Другие исследования подтвердили метаболическую гетерогенность опухолей и парадоксальную зависимость лейкозных стволовых клеток от окислительного фосфорилирования для поддержания выживания.

Окислительное фосфорилирование осуществляется электрон-транспортной цепью и связано с циклом трикарбоновых кислот. Лейкозные стволовые клетки метаболически негибкие: глюкоза не может эффективно поступать в цикл Кребса, поэтому источниками топлива становятся аминокислоты (входят в цикл через оксалоацетат и α-кетоглутарат) и жирные кислоты (превращаются в ацетил-КоА посредством β-окисления). Если здоровые стволовые клетки поддерживают низкую митохондриальную активность для сохранения «стволовости», то при лейкозе, особенно в лейкозных стволовых клетках при остром миелоидном лейкозе, активность окислительного фосфорилирования резко повышена и обеспечивает неконтролируемый рост.

Лейкозные клетки демонстрируют повышенный уровень активных форм кислорода — одна из определяющих характеристик опухолевых клеток. Эта особенность подтверждена на клеточных линиях и в образцах пациентов с хроническим миелоидным лейкозом, острым миелоидным лейкозом, Т-клеточным острым лимфобластным лейкозом и острым лимфоцитарным лейкозом. Лейкозные клетки обладают уникальным метаболическим состоянием, зависящим от окислительного фосфорилирования, что отличает их как от нормальных клеток крови, так и от многих солидных опухолей.

Высокое содержание митохондриальной ДНК в лейкозных образцах коррелирует с усиленным окислительным фосфорилированием, увеличенной митохондриальной массой, мембранным потенциалом и функциональным дыханием (скоростью потребления кислорода), а также с фенотипом, подобным гранулоцитарно-моноцитарным предшественникам. Напротив, низкое содержание мтДНК связано с более незрелым

фенотипом клеток-предшественников и повышенной зависимостью от гликолиза.

Высокая активность окислительного фосфорилирования объясняет устойчивость лейкозных стволовых клеток к химиотерапии и риск рецидива; пациенты с высокой митохондриальной активностью лейкозных клеток имеют худшие исходы. Поскольку здоровые стволовые клетки не полагаются на этот процесс, разрабатываются препараты, избирательно блокирующие его в опухолевых клетках. Среди ингибиторов комплекса I наиболее известны метформин и IACS-010759; метформин стимулирует метаболическое перепрограммирование, но малоэффективен как самостоятельный агент. Мубритиниб, канонически ингибитор ERBB2, блокирует перенос электронов через комплекс I на уровне убихинона и показал сильное действие in vivo при остром миелоидном лейкозе. Перспективным направлением является также блокирование передачи здоровых митохондрий из костномозговой «ниши» в опухолевые клетки.

Таким образом, митохондрии выступают не только источником энергии, но и центральным сенсором и интегратором метаболического сигнала, трансформируя различные внешние воздействия в единый окислительный ответ, определяющий судьбу лейкозной клетки.

Выводы: проведенный анализ позволяет заключить, что митохондриальное окисление значительно перепрограммировано в циркулирующих лейкозных клетках крови и представляет собой как диагностический биомаркер, так и терапевтическую уязвимость. Независимо от типа лейкоза, ключевым событием, определяющим выживание опухолевых клеток и их устойчивость к терапии, является усиление окислительного фосфорилирования в митохондриях с последующим повышением уровня активных форм кислорода. Этот путь непосредственно связан с активацией основных программ клеточного выживания и пролиферации. При этом процессы контроля качества митохондрий играют сложную и двойственную роль в клеточном ответе, что требует тщательного учёта при планировании терапии. Таким образом, направленная модуляция митохондриального метаболизма в опухолевых клетках, нацеленная на контролируемое подавление окислительного фосфорилирования или нарушение передачи митохондрий из костномозгового микроокружения, открывает новые перспективы для преодоления лекарственной резистентности и повышения эффективности лечения пациентов с лейкозом.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАЗНАЧЕНИЯ «OFF-LABEL» В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

ШАНДРАМАЙЛО Александра Михайловна, ПРАХТ Наталья Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

ETHICAL ASPECTS OF "OFF-LABEL" PRESCRIPTION IN POLYCLINIC THERAPIST PRACTICE

SHANDRAMAYLO A. M., PRAKT N. S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Назначение лекарственных препаратов вне инструкции (off-label) -

распространенная клиническая практика, с которой участковый терапевт сталкивается при лечении хронических заболеваний, ведении коморбидных пациентов и в ситуациях отсутствия зарегистрированных альтернатив. В статье анализируются этические и правовые аспекты off-label назначений в первичном звене здравоохранения. Рассматриваются критерии допустимости такого подхода, требования к информированию пациента.

Ключевые слова: off-label, участковый терапевт, информированное согласие, этика.

Abstract: Prescribing medications off-label is a common clinical practice that a district therapist encounters in the treatment of chronic diseases, management of comorbid patients, and in situations where there are no registered alternatives. The article analyzes the ethical and legal aspects of off-label prescriptions in primary healthcare. The criteria for the acceptability of such an approach and the requirements for informing the patient are considered.

Keywords: off-label, district therapist, informed consent, ethics.

Введение. Термин off-label (от англ. «вне инструкции») означает применение зарегистрированного лекарственного препарата по показаниям, в дозировках, возрастных группах или способах введения, не указанных в официальной инструкции.

Актуальность проблемы для участковой службы обусловлена несколькими факторами. Во-первых, пациенты поликлиники — это преимущественно люди с хроническими заболеваниями, при лечении которых нередко используются схемы, опережающие регистрацию новых показаний. Во-вторых, коморбидность требует индивидуального подхода, когда стандартные режимы дозирования могут оказаться неоптимальными. В-третьих, участковый терапевт работает в условиях ограниченного времени и необходимости быстрого принятия решений, что создает риски как для пациента, так и для врача с юридической точки зрения.

Цель: определить этически приемлемые границы off-label назначений в практике участкового терапевта, проанализировать российские подходы к информированию пациента и изучить алгоритм действий врача в клинически неоднозначных ситуациях.

Материал и методы. Анализ научных статей и нормативно-правовых актов Российской Федерации**:** Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 08.04.2022 № 482-ФЗ), Распоряжение Правительства РФ от 30.04.2025 № 1101-р, Постановление Правительства РФ от 01.09.2024, а также комментарии к Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 43).

Поиск публикаций проводился в базах данных eLibrary.ru, КиберЛенинка, PubMed за период 2023–2026 гг.

Результаты и обсуждения. Долгое время правовой статус off-label препаратов в России оставался неопределенным, что создавало для врачей ситуацию правовой незащищенности. Ситуация начала меняться с принятием Федерального закона № 482-ФЗ от 8 апреля 2022 года, который внес изменения в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Закон впервые на законодательном уровне легитимизировал возможность применения препаратов не по инструкции при соблюдении строго определенных условий.

Ключевым документом, регламентирующим применение off-label, является Распоряжение Правительства РФ от 30.04.2025 № 1101-р, которым утвержден перечень заболеваний, допускающих терапию препаратами вне инструкции.

В настоящее время этот перечень включает:

- онкологические заболевания;
- ВИЧ-инфекцию и туберкулез;

- сахарный диабет;
- ревматологические заболевания;
- COVID-19;
- заболевания кожи, включая андрогенную алопецию;
- инфекции, передающиеся половым путем (A50-A64);
- состояния, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом.

Согласно Постановлению Правительства РФ, вступившему в силу с 1 сентября 2024 года, препараты off-label могут быть включены в клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи детям, если их эффективность подтверждена исследованиями или рекомендациями международных профессиональных организаций. Для взрослых пациентов такие назначения также допустимы, но требуют более строгого обоснования.

Принципиальное значение имеет требование о коллегиальном принятии решения. «В случае, если препараты были применены вне инструкции без получения информированного добровольного согласия пациента, без крайней необходимости, единолично, а не по решению врачебной комиссии, врач может быть привлечен к ответственности». Это означает, что участковый терапевт, столкнувшись с необходимостью off-label назначения, обязан инициировать созыв врачебной комиссии для коллегиального обсуждения и утверждения решения.

Статья 43 Федерального закона РФ «Об охране здоровья граждан» устанавливает, что не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении методы лечения могут использоваться только с добровольного письменного согласия пациента. При этом под «находящимися на рассмотрении» понимаются показания, которые проходят процедуру регистрации, что создает практическую сложность: участковый терапевт не всегда может достоверно установить, подавалось ли данное показание на регистрацию.

Для ситуаций, не связанных с жизненными показаниями, требуется разъяснение пациенту следующих аспектов:

1. Факт назначения вне инструкции — прямая констатация того, что данное показание/дозировка отсутствует в официальной инструкции.
2. Клиническое обоснование — почему выбрана именно такая схема и какие альтернативы существуют (или отсутствуют).
3. Ожидаемая польза и возможные риски — информация о предполагаемой эффективности и неизвестных или менее изученных побочных эффектах.
4. Источники доказательств — ссылки на клинические рекомендации, международный опыт, данные исследований (если доступны).

Особого внимания требует ситуация с уязвимыми группами пациентов. При назначении off-label препаратов детям до 15 лет (или до 16 лет при наркомании) требуется не только письменное согласие законных представителей (вероятно, обоих, как указывает анализ нормативной базы), но и наличие непосредственной угрозы жизни

Выводы: российское законодательство в последние годы сделало важные шаги к легализации и упорядочиванию такой практики, установив четкие требования: коллегиальность решения, информированное согласие, наличие утвержденного перечня заболеваний или ссылок на клинические рекомендации.

Этически оправданное off-label назначение базируется на трех принципах: обоснованность (наличие доказательной базы), прозрачность (полное информирование пациента) и безопасность (тщательный мониторинг). Участковый терапевт должен избегать двух крайностей: необоснованного отказа от потенциально эффективной терапии из страха юридической ответственности и легкомысленного назначения без должного обоснования и

документального оформления.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЯ И ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ ПРИМЕНЯТЬ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ШАШКОВА Анастасия Александровна, ТОРГУНАКОВА Анастасия Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

STUDENTS' KNOWLEDGE AND READINESS TO APPLY THE PRINCIPLES OF MEDICAL DEO.NTOLOGY IN PRACTICAL ACTIVITY

SHASHKOVA A.A, TORGUNAKOVA A.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Медицинская деонтология является важной составляющей профессиональной подготовки будущего врача. Оценивались самооценка знаний, понимание основных принципов деонтологии, знание правил конфиденциальности и готовность действовать в конфликтных и этически сложных ситуациях.

Ключевые слова: медицинская деонтология, медицинская этика, медицинская тайна, конфликт, профессиональное общение.

Abstract: Medical deontology is an important component of the professional training of future doctors. The assessment included self-assessment of knowledge, understanding of the basic principles of deontology, knowledge of confidentiality rules, and readiness to act in conflictual and ethically challenging situations.

Keywords: medical deontology, medical ethics, medical confidentiality, conflict, professional communication.

Введение. Медицинская деонтология определяет профессиональные и нравственные требования к поведению медицинского работника при взаимодействии с пациентом, его родственниками и коллегами. Особенно важное значение деонтологические принципы имеют в амбулаторной практике, где качество коммуникации непосредственно влияет на доверие пациента и его отношение к медицинской помощи.

Проблема формирования деонтологической компетентности будущих врачей сохраняет актуальность. Современные исследования рассматривают ее как значимую составляющую профессиональной подготовки студента-медика и подчеркивают необходимость не только теоретического обучения, но и формирования практических навыков поведения в сложных профессиональных ситуациях.

Цель: оценить уровень знаний и готовность студентов медицинского университета применять принципы медицинской деонтологии в типичных ситуациях практической деятельности и определить наиболее сложные для них ситуации профессионального общения.

Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование студентов с первого по шестой курсы медицинского университета. Анкета включала 15 вопросов, направленных на оценку самооценки знаний, понимания основных принципов деонтологии, соблюдения

конфиденциальности и выбора поведения в ситуационных задачах. В исследовании приняли участие 60 студентов. Анализ проводился с использованием описательной статистики: рассчитывались абсолютные значения и процентные доли ответов. Вопросы с множественным выбором оценивались по частоте выбора каждого варианта.

Результаты и обсуждения. В опросе приняли участие 40 студентов шестого курса, 10 студентов пятого курса, 4 студента первого курса, по 2 студента со второго по четвертый курс.

Большинство участников имели практический опыт в медицинской организации – 56 человек (93,3%). Из них 34 студента (56,7%) сталкивались с конфликтными ситуациями между медицинским работником и пациентом несколько раз, 8 человек (13,3%) – часто и 18 опрошенных (30,0%) такого опыта не имели.

Собственные знания принципов медицинской деонтологии 36 студентов (60,0%) оценили как хорошие, еще 22 (36,7%) – как средние и 2 (3,3%) – как недостаточные.

При определении основного принципа медицинской деонтологии 56 участников (93,3%) выбрали уважительное и гуманное отношение к пациенту. При этом отдельные ответы указывали на недостаточное понимание отдельных аспектов профессиональной коммуникации: 4 студента (6,7%) допустили передачу информации о пациенте родственникам по их просьбе, еще 4 (6,7%) затруднились ответить.

Высокая доля правильных ответов была получена при оценке конкретных действий медицинского работника: уважительное отношение к пациенту отметили 58 учащихся (96,7%), соблюдение конфиденциальности – 56 (93,3%), внимательное выслушивание пациента и корректное поведение при конфликте – по 46 (76,7%).

Субъективно правила сохранения конфиденциальности хорошо знали 54 студента (90,0%), частично – 6 (10,0%).

Наиболее показательными оказались ситуационные вопросы. В ситуации, где родственник спрашивает диагноз и прогноз пациента, корректный ответ с точки зрения деонтологии дали 54 студента (90,0%), в ситуации с конфликтным пациентом правильно выбрали решение 52 студента (86,7%), в ситуации, где врач заметил ошибку своего коллеги и должен принять правильное решение, верно ответили 56 студентов (93,3%)

Таким образом, большинство студентов выбрали профессионально корректную тактику поведения.

При этом 80,0% участников назвали общение с конфликтным пациентом наиболее сложной ситуацией для будущего медицинского работника. Далее следовали сообщение пациенту неприятной информации – 76,7%, и общение с родственниками пациента – 66,7%. Соблюдение конфиденциальности как наиболее сложную ситуацию отметили только 10,0%.

Результаты показывают, что теоретическое понимание принципов деонтологии не всегда совпадает с субъективной готовностью к их применению в эмоционально сложных ситуациях. Несмотря на то, что 86,7% участников выбрали конструктивную модель поведения при раздражении пациента, именно конфликтное взаимодействие оказалось наиболее сложной ситуацией.

Особого внимания заслуживает вопрос медицинской тайны. Хотя 90,0% студентов выбрали правильную тактику при обращении родственника пациента за информацией, 10,0% допустили самостоятельное сообщение сведений. Это подчеркивает необходимость регулярного закрепления правил конфиденциальности на практических занятиях.

Выводы: проведенное исследование подтверждает высокий уровень теоретической осведомлённости студентов КемГМУ в вопросах медицинской деонтологии, однако

выявляет существенный разрыв между знанием норм и субъективной готовностью применять их в эмоционально напряжённых ситуациях – особенно при общении с конфликтными пациентами, сообщении неприятных новостей и взаимодействии с родственниками, а также указывает на необходимость усиления практико-ориентированного обучения (тренинги, ролевые игры, разбор клинических случаев) для систематического закрепления навыков соблюдения конфиденциальности и конструктивного поведения в этически сложных условиях.

МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СЛУХА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СМАРТФОНА И НАУШНИКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ И СРАВНЕНИЕ С ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ

ШВАРЦ Александр Павлович, ПЕТУХОВ Игорь Александрович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

MOBILE APPLICATIONS FOR HEARING CORRECTION USING SMARTPHONE AND HEADPHONES: OPPORTUNITIES AND COMPARISON WITH TRADITIONAL METHODS

Schwartz A.P. Petukhov I.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в статье рассматриваются мобильные приложения, использующие смартфон и наушники для коррекции слуха при лёгкой и средней степени тугоухости. Проведён сравнительный анализ эффективности приложений, персональных звукоусиливающих продуктов (PSAP), традиционных слуховых аппаратов и хирургических методов. Показано, что смартфонные приложения уступают высококлассным слуховым аппаратам и PSAP в разборчивости речи в шуме, но превосходят их по доступности и стоимости.

Ключевые слова: коррекция слуха, смартфон, наушники, мобильные приложения, слуховые аппараты, PSAP.

Abstract: The article examines mobile applications using a smartphone and headphones for hearing correction in mild to moderate hearing loss. A comparative analysis of the effectiveness of apps, personal sound amplification products (PSAPs), traditional hearing aids, and surgical methods is conducted. It is shown that smartphone apps are inferior to premium hearing aids and PSAPs in speech intelligibility in noise but surpass them in accessibility and cost.

Keywords: hearing correction, smartphone, headphones, mobile applications, hearing aids, PSAP.

Введение. По данным ВОЗ, около 1,5 млрд человек во всём мире живут с той или иной степенью потери слуха. Несмотря на доказанную эффективность слуховых аппаратов, их используют только 20–30% взрослых с потерей слуха. Одной из главных причин является высокая стоимость: около 73% респондентов указывают на высокие цены как основную причину отказа от слуховых аппаратов. В этом контексте мобильные приложения, превращающие смартфон и наушники в усилитель звука, рассматриваются как потенциально доступная

альтернатива для пациентов с лёгкой и средней степенью тугоухости.

Цель: систематизировать данные о клинической эффективности мобильных приложений для коррекции слуха и провести их сравнительный анализ с традиционными методами (слуховыми аппаратами, PSAP, хирургическими вмешательствами).

Материал и методы. Проведён анализ публикаций в базе данных PubMed, по ключевым словам, «smartphone hearing aid app», «hearing amplifier app», «OTC hearing aids», «PSAP». Отобраны систематические обзоры, мета-анализы и рандомизированные контролируемые исследования, оценивающие поведенческую и электроакустическую эффективность приложений в сравнении с традиционными устройствами.

Результаты и обсуждения. Мета-анализ 10 исследований PSAP и 4 исследований смартфонных приложений (Maidment et al., 2025) показал, что высококлассные PSAP (≥16 каналов компрессии) улучшают разборчивость речи в шуме по сравнению с неиспользованием усиления, тогда как базовые PSAP (<16 каналов) и смартфонные приложения - нет. Рейтинг эффективности: высококлассные слуховые аппараты> высококлассные PSAP> базовые слуховые аппараты> базовые PSAP и смартфонные приложения. Электроакустическая оценка смартфонных приложений (Nguyen et al., 2022) выявила, что многие приложения превышают рекомендуемый уровень задержки обработки звука, а их электроакустические характеристики значительно уступают слуховым аппаратам. Лишь несколько приложений смогли улучшить соотношение сигнал/шум в симуляторе «голова-торс».

Сравнительная оценка приложений EarMachine, Sound Amplifier и Petralex у пациентов с лёгкой тугоухостью (Koo et al., 2022) показала, что традиционный слуховой аппарат обеспечивал большее усиление на частотах 1 и 3 кГц, критически важных для разборчивости речи. При использовании Petralex разборчивость слов улучшилась на 6%, что сопоставимо с улучшением при использовании слухового аппарата (13%). Однако ни одно из приложений не улучшило соотношение сигнал/шум в тестах hearing-in-noise («исследование слуха в шуме»).

При кондуктивной тугоухости и глубокой сенсоневральной потере слуха хирургическое лечение - единственный способ восстановления слуха, смартфонные приложения неэффективны.

Сравнительная характеристика методов коррекции слуха.

Высококлассный слуховой аппарат применим при лёгкой, средней и тяжёлой тугоухости всех типов. В тихой среде обеспечивает полную компенсацию потерь и естественное звучание, в шумной среде также показывает отличный результат благодаря направленным микрофонам, подавлению шума и значимому улучшению соотношения сигнал/шум. Ориентировочная стоимость 85-200 тыс. руб., при этом, высока пожизненная стоимость владения (замена устройств каждые 4–6 лет, батарейки, аксессуары) и техническая сложность (многоканальная компрессия, Bluetooth, AI-алгоритмы), требуется обязательная профессиональная настройка аудиологом с многократными сессиями и real-ear измерениями. Задержка обработки сигнала минимальная (менее 10 мс). При правильном подборе приверженность высокая, однако 70–80% пациентов не используют устройства из-за стоимости. Основное преимущество - наиболее эффективное и универсальное решение для всех типов и степеней тугоухости, основное ограничение - высокая стоимость и необходимость профессионального сопровождения.

Высококлассный PSAP применим при лёгкой и средней тугоухости. Даёт хороший эффект: в тихой среде - достаточный для общения, в шумной среде - значимое улучшение разборчивости речи. Стоимость средняя, ниже слуховых аппаратов, пожизненная стоимость владения средняя, замена реже, чем у слуховых аппаратов. Профессиональная настройка рекомендуется, но возможна самостоятельная с проверкой. Техническая сложность средняя: 16 и более каналов компрессии, базовые шумоподавляющие функции. Задержка обработки сигнала низкая. Приверженность высокая при самостоятельной настройке - выше удовлетворённость и

больше времени использования. Преимущество - близкая к слуховым аппаратам эффективность при меньшей стоимости, ограничение - ограниченная эффективность в сложных шумовых условиях.

Базовый PSAP или смартфонное приложение применимы при лёгкой (приложение) и лёгкой–средней (базовый PSAP) тугоухости. В тихой среде эффект умеренный: улучшение разборчивости на 6% (Petralex), в шумной среде – ограниченный, улучшение не достигает статистической значимости, приложения не улучшают соотношение сигнал/шум. Стоимость низкая (приложения бесплатны или до $200 за пожизненный доступ), как и пожизненная стоимость владения (обновление приложения, замена наушников). Профессиональная настройка минимальная (самостоятельная загрузка и настройка), техническая сложность низкая (1–4 канала, ограниченная обработка сигнала). Задержка обработки сигнала высокая, многие приложения превышают рекомендуемый уровень. Приверженность умеренная, зависит от мотивации. Преимущества - низкая стоимость, доступность, отсутствие барьеров, ограничения - слабая эффективность в шуме, зависимость от аппаратных возможностей смартфона, не являются медицинскими устройствами.

Хирургическое восстановление (тимпанопластика) применимо при кондуктивной и смешанной тугоухости при сохранной функции улитки. В тихой среде обеспечивает физиологическое восстановление звукопроведения, в шумной среде - зависит от восстановления анатомии. Стоимость операции ориентировочно ~3 700 €. Пожизненная стоимость владения однократная, возможны ревизии, но без постоянных затрат, требуется хирургическая оценка и послеоперационное наблюдение. Техническая сложность высокая - микрохирургия среднего уха. Приверженность высокая при успешном результате. Преимущество - восстановление естественной анатомии, «лечение причины», ограничение - неприменимо при сенсоневральной тугоухости, риск ревизии.

Кохлеарный имплант применим при тяжёлой–глубокой сенсоневральной тугоухости. В тихой среде даёт значительное улучшение восприятия речи, в шумной среде эффект умеренный - улучшение, но не полное восстановление. Прямые затраты ~ 19 тыс. €, пожизненная стоимость владения: однократная операция плюс пожизненное обслуживание процессора. Требуется обязательная профессиональная настройка (программирование процессора, реабилитация), техническая сложность очень высокая - имплантируемое устройство, стимуляция слухового нерва. Приверженность высокая при правильной реабилитации. Преимущество - единственный метод при глубокой сенсоневральной тугоухости. Ограничения - высокая стоимость, пожизненное обслуживание, не восстанавливает естественный слух.

Костно-проводящий имплант (BAHA/Osia) применим при кондуктивной, смешанной тугоухости и односторонней глухоте. В тихой среде даёт хороший эффект - обходной путь звука через кость, в шумной среде эффект умеренный, зависит от сохранности улитки. Стоимость ~ € 21-24,5 тыс., пожизненная стоимость владения - однократная операция плюс замена внешнего процессора, требуется хирургическая оценка и программирование. Техническая сложность высокая - остеоинтеграция или трансдермальная передача. Приверженность высокая при правильных показаниях. Преимущество - эффективен при кондуктивной тугоухости, когда слуховой аппарат невозможен, ограничение - низкая эффективность при сенсоневральной тугоухости.

Выводы: смартфонные приложения для коррекции слуха представляют собой недорогой вводный инструмент, подходящий для пациентов с лёгкой потерей слуха и невысокими требованиями к шумной среде. Однако их эффективность ограничена: они уступают высококлассным слуховым аппаратам и PSAP в разборчивости речи в шуме и не могут заменить профессиональные устройства для пациентов с более выраженной потерей слуха.

Для тяжёлой сенсоневральной тугоухости остаются незаменимыми традиционные хирургические методы. Врач должен помочь пациенту сформировать реалистичные ожидания: приложение может улучшить общение в тихой обстановке, но не заменяет основные функции профессиональных слуховых устройств.

РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ШЕВЦОВА Алина Александровна, ЯКУШЕВА Елизавета Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

THE ROLE OF CLINICAL EXAMINATION IN EARLY DETECTION OF CANCER

YAKUSHEVA E.A., SHEVTCOVA A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в работе рассматривается роль диспансеризации в раннем выявлении злокачественных новообразований. Проанализированы семь скрининговых исследований, включённых в программу диспансеризации взрослого населения в Российской Федерации. На основе данных официальной статистики и опубликованных результатов показана высокая эффективность онкоскрининга: до 70% выявленных случаев приходятся на ранние стадии, а общая выявляемость за 2025 год выросла вдвое.

Ключевые слова: диспансеризация, онкологический скрининг, раннее выявление, злокачественные новообразования, профилактика.

Abstract: The paper examines the role of clinical examination in the early detection of malignant neoplasms. Seven screening tests included in the adult clinical examination program in the Russian Federation are analyzed. Based on official statistics and published results, the high effectiveness of cancer screening is shown: up to 70% of detected cases are in early stages, and the overall detection rate doubled in 2025.

Keywords: clinical examination, cancer screening, early detection, malignant neoplasms, prevention.

Введение. Злокачественные новообразования остаются одной из ведущих причин смертности и инвалидизации населения во всём мире. В Российской Федерации ежегодно выявляется свыше 600 000 новых случаев рака. Ключевым фактором, определяющим успех лечения и прогноз для пациента, является стадия заболевания на момент диагностики: при раннем выявлении (I–II стадии) рак поддаётся лечению, а продолжительность и качество жизни пациентов значительно возрастают. Диспансеризация определённых групп взрослого населения, проводимая в рамках системы обязательного медицинского страхования, представляет собой основной инструмент массового скрининга на наиболее распространённые локализации злокачественных новообразований.

Цель: проанализировать роль диспансеризации в раннем выявлении онкологических заболеваний на основе данных о скрининговых программах и их результатах в Российской

Федерации.

Материал и методы. Проведён анализ нормативных документов, регламентирующих порядок проведения диспансеризации и онкологического скрининга, а также данных официальной статистики и опубликованных результатов профилактических осмотров за 2024–2025 гг. в Российской Федерации.

Результаты и обсуждения. В программу диспансеризации взрослого населения в Российской Федерации включено семь скрининговых исследований, прицельно направленных на выявление самых распространённых видов рака. К ним относятся: скрининг рака шейки матки (цитологическое исследование мазка для женщин 18–64 лет 1 раз в 3 года); скрининг рака молочной железы (маммография для женщин 40–75 лет 1 раз в 2 года); скрининг рака предстательной железы (определение ПСА для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет); скрининг колоректального рака (исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом для лиц 40–64 лет 1 раз в 2 года, 65–75 лет – ежегодно); скрининг рака пищевода и желудка (ЭГДС в 45 лет); осмотр на выявление визуальных локализаций рака (кожи, слизистых губ, ротовой полости, пальпация щитовидной железы и лимфоузлов на приеме у терапевта), а также флюорография для скрининга рака лёгких. Все эти обследования проводятся бесплатно в районных поликлиниках по полису ОМС. Периодичность диспансеризации зависит от возраста: с 18 до 39 лет – 1 раз в 3 года, с 40 лет – ежегодно.

Эффективность проводимого скрининга подтверждается статистическими данными. По итогам 2024 года у прошедших диспансеризацию свердловчан впервые диагностировано 2,8 тысячи случаев ЗНО, при этом 67,9% опухолей выявлены на ранних стадиях. В Кировской области в 2024 году из 423 случаев ЗНО, выявленных в рамках диспансеризации, 64% обнаружены на ранних стадиях. В Удмуртии по итогам диспансеризации 2024 года впервые выявлено 797 случаев ЗНО, из которых 520 – на ранней стадии.

В 2025 году отмечен значительный рост выявляемости: во время диспансеризаций и профилактических медосмотров у россиян впервые выявили 49 618 случаев онкологических заболеваний, до этого, годом ранее было выявлено в 2 раза больше. Это свидетельствует как о повышении охвата населения скрининговыми программами, так и о совершенствовании методов диагностики. При этом большинство находок приходится на локализации, где онкологические заболевания могут длительное время протекать бессимптомно, что подчёркивает особую важность активного скрининга.

Выводы:

1. Диспансеризация является эффективным инструментом массового онкологического скрининга, позволяющим выявлять до 70% злокачественных новообразований на ранних (I–II) стадиях.
2. В Российской Федерации реализуется одна из самых масштабных программ онкоскрининга, включающая семь бесплатных исследований для выявления наиболее распространённых локализаций рака.
3. За 2025 год выявляемость онкологических заболеваний в рамках диспансеризации выросла вдвое, что подтверждает рост эффективности скрининговых программ и повышение доступности обследований для населения.
4. Регулярное прохождение диспансеризации, особенно лицами старше 40 лет, является ключевым фактором ранней диагностики ЗНО и улучшения прогноза для пациентов.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХНИЗ: ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ

ЯКУШЕВА Елизавета Александровна ШЕВЦОВА Алина Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN PRIMARY DIAGNOSTICS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES: OPPORTUNITIES AND RISKS

YAKUSHEVA E.A. SHEVTCOVA A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: в работе рассматриваются возможности и риски применения искусственного интеллекта (ИИ) в первичной диагностике хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Проанализированы современные ИИ-решения для прогнозирования рисков, скрининга и диагностики ХНИЗ, а также ключевые ограничения их внедрения: качество данных, алгоритмическая предвзятость, снижение профессиональных навыков врачей и правовая неопределённость.

Ключевые слова: искусственный интеллект, хронические неинфекционные заболевания, первичная диагностика, скрининг, риски.

Abstract: The paper examines the opportunities and risks of using artificial intelligence (AI) in the primary diagnosis of chronic non-communicable diseases (NCDs). Modern AI solutions for risk prediction, screening and diagnosis of NCDs are analyzed, as well as key limitations of their implementation: data quality, algorithmic bias, decline in physicians' professional skills and legal uncertainty.

Keywords: artificial intelligence, chronic non-communicable diseases, primary diagnosis, screening, risks.

Введение. Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), включая сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет, хроническую обструктивную болезнь лёгких и злокачественные новообразования, остаются ведущей причиной смертности и инвалидизации населения во всём мире. Ежегодно от ХНИЗ умирает 41 млн человек, причём 77% смертей приходится на страны с низким и средним уровнем дохода. Ключевым фактором, определяющим прогноз, является ранняя диагностика, однако доступ к качественному скринингу остаётся ограниченным, особенно в первичном звене здравоохранения. Искусственный интеллект (ИИ) и машинное обучение стремительно трансформируют сферу здравоохранения, открывая новые возможности для диагностики, лечения и профилактики заболеваний. В 32 странах (64%) ИИ уже используется для диагностики, особенно в сфере медицинской визуализации. Однако наряду с впечатляющими успехами сохраняются серьёзные проблемы безопасности, этики и профессиональных рисков.

Цель: проанализировать современные возможности и ключевые риски применения искусственного интеллекта в первичной диагностике хронических неинфекционных заболеваний на основе данных научных публикаций и клинического опыта.

Материал и методы. Проведён анализ научных публикаций, посвящённых

применению ИИ в диагностике ХНИЗ, включая данные ВОЗ, клинические исследования и обзоры за 2024–2025 гг.

Результаты и обсуждения. Возможности ИИ в первичной диагностике ХНИЗ многогранны. Во-первых, ИИ демонстрирует высокую точность прогнозирования рисков. Так, AI-модель «Риски», разработанная Индустрией здоровья Сбера и НМИЦ им. В.А. Алмазова, показывает точность прогноза рисков на уровне 89%, анализируя историю болезни пациента в режиме реального времени и предоставляя прогнозы вероятности сердечно-сосудистых осложнений, нарушений ритма, пневмонии и сепсиса. Во-вторых, системы ИИ успешно применяются для дистанционного анкетного скрининга факторов риска. В исследовании с участием 3155 человек использование дистанционного анкетного скрининга позволило выявить высокую степень риска ХНИЗ у 11,7%, среднюю – у 30,9% обследуемых; удовлетворённость использования ДАС среди пациентов составила 96,6%, среди медицинских работников – 91,7%. В-третьих, ИИ расширяет диагностические возможности за счёт анализа неструктурированных данных: в одном из исследований модель BioClinicalBERT с расширенными табличными данными и заметками триажа достигла AUROC 0,96 при прогнозировании клинического ухудшения пациентов, тогда как традиционная шкала NEWS показала лишь 0,66. В России разработан модуль глубокой оценки здоровья на основе ИИ, включающий базовый опросник на 15 ранних симптомов и расширенный – на 75 симптомов и свыше 150 факторов образа жизни и окружающей среды.

Однако риски применения ИИ в первичной диагностике не менее значимы. Исследование Йельского университета показало, что китайский AI-чат ERNIE Bot достиг диагностической точности 77,3% и точности назначения препаратов 94,3%, значительно превзойдя врачей первичного звена (25% и 10% соответственно). Однако тот же чат-бот назначал ненужные лабораторные тесты в 91,9% случаев и потенциально небезопасные препараты – 57,8% пациентов. При этом он следовал лишь 14,5% стандартных диагностических чек-листов. Более того, исследование, опубликованное в The Lancet, показало, что регулярное использование ИИ врачами приводит к снижению результативности самостоятельной диагностики на 6% и потере навыков, концентрации и ответственности.

Учёные обеспокоены тем, что с расширением цифровых технологий процесс потери навыков может ускориться. К числу ключевых ограничений также относятся: качество и полнота данных для обучения моделей, ограниченный клинический контекст, проблемы алгоритмической предвзятости, вопросы конфиденциальности и распределения ответственности, а также недостаточная правовая регуляция. В Европейском регионе ВОЗ национальные стратегии в отношении ИИ в здравоохранении имеют лишь 8% стран.

Выводы:

1. Искусственный интеллект обладает значительным потенциалом для повышения эффективности первичной диагностики ХНИЗ: точность прогнозирования рисков достигает 89%, а дистанционный скрининг позволяет выявлять факторы риска у значительной части населения.
2. Внедрение ИИ сопряжено с серьёзными рисками: избыточное и небезопасное назначение диагностических и лечебных мероприятий, снижение профессиональных навыков врачей и потеря клинического мышления.
3. Требуется совершенствование нормативно-правовой базы, разработка стандартов клинической валидации ИИ-систем, а также обучение медицинских работников безопасному и эффективному использованию ИИ-инструментов.

4. ИИ должен оставаться вспомогательным инструментом в руках врача, а не заменять его клиническое суждение, при обязательном сохранении человеческого контроля на всех этапах диагностического процесса.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ: ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ

ЯРАНСКИЙ Владислав Сергеевич, КУНЦ Ксения Михайловна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

MYOCARDIAL REMODELING IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE COMBINED WITH COUGH: ASSESSMENT OF DOCTOR'S AWARENESS

IARANSKII V.S., KUNTS K.M.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в статье представлены результаты анкетирования 30 врачей поликлиник г. Кемерово, показавшего их недостаточную осведомленность о типах ремоделирования миокарда при сочетании гипертонической болезни и ХОБЛ, редкое назначение эхокардиографии, особенно с оценкой правых отделов сердца, и трудности в выборе терапии. Полученные данные свидетельствуют о необходимости образовательных программ для практикующих врачей по вопросам ведения пациентов с сочетанной кардиореспираторной патологией.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, ХОБЛ, ремоделирование миокарда, анкетирование

Abstract: The article presents the results of a questionnaire survey of 30 doctors from Kemerovo polyclinics, which showed their insufficient awareness of the types of myocardial remodeling in combination with hypertension and COPD, the rare use of echocardiography, especially with assessment of the right heart, and difficulties in choosing therapy. The data obtained indicate the need for educational programs for practicing doctors on the management of patients with combined cardiorespiratory pathology.

Keywords: hypertension, COPD, myocardial remodeling, and questionnaires.

Введение. Сочетание гипертонической болезни (ГБ) и хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) является одной из наиболее частых коморбидных моделей в практике терапевта и кардиолога. Распространённость артериальной гипертензии среди пациентов с ХОБЛ достигает 50–70%, при этом наличие обоих заболеваний взаимно отягощает их течение и ухудшает прогноз. Ведущим патоморфологическим субстратом сердечно-сосудистых осложнений при этом служит ремоделирование миокарда — процесс структурно-функциональной перестройки сердца в ответ на повреждающие факторы. При изолированной ГБ формируется преимущественно концентрическая гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), тогда как при ХОБЛ развивается лёгочное сердце с гипертрофией и дилатацией правого желудочка (ПЖ). Их сочетание создаёт уникальный фенотип ремоделирования, который требует своевременной диагностики и учёта при выборе

терапии. Однако в реальной клинической практике осведомлённость врачей об этих особенностях остаётся недостаточно изученной.

Цель: изучить мнение и практические подходы врачей поликлиник к оценке структурно-функционального состояния сердца у пациентов с сочетанием ГБ и ХОБЛ, а также выявить основные трудности в диагностике и терапии.

Материал и методы. Проведено анкетирование 30 врачей поликлиник г. Кемерово. Средний возраст респондентов составил 32,5±4,2 лет (от 26 до 39 лет), средний стаж работы – 6,8±3,1 лет. Анкета была разработана авторами и включала вопросы, касающиеся частоты назначения врачами эхокардиографии (ЭхоКГ) пациентам с сочетанием ГБ и ХОБЛ, оценки значимости различных типов ремоделирования миокарда, предпочтений в выборе гипотензивной и бронхолитической терапии, осведомлённости о состоянии правых отделов сердца, а также трудностей, возникающих при ведении данной категории пациентов. Вопросы предполагали как варианты с выбором ответов, так и возможность свободного комментирования. Статистическая обработка выполнена при помощи Microsoft Excel 2021 с использованием методов описательной статистики. Данные представлены в виде абсолютных чисел и процентов.

Результаты и обсуждения. На вопрос о том, считают ли врачи, что ремоделирование миокарда при сочетании ГБ и ХОБЛ имеет особенности по сравнению с изолированным влиянием каждого из заболеваний, утвердительно ответили 17 респондентов (56,7%). Семь врачей (23,3%) дали отрицательный ответ, а шесть (20,0%) затруднились с ответом. Это свидетельствует о том, что значительная часть молодых врачей не осознаёт специфику ремоделирования миокарда при коморбидности.

Анализ частоты назначения ЭхоКГ показал, что лишь 8 врачей (26,7%) проводят данное исследование регулярно. Большинство опрошенных (16 человек, 53,3%) назначают ЭхоКГ только при появлении симптомов, а 6 врачей (20,0%) признались, что назначают его крайне редко или не назначают вовсе. Такая тактика противоречит необходимости раннего выявления ремоделирования для предотвращения прогрессирования сердечной недостаточности.

При оценке представлений о типах ремоделирования левого желудочка 12 респондентов (40,0%) считают наиболее частой концентрическую гипертрофию, 5 (16,7%) – эксцентрическую гипертрофию, 8 (26,6%) – концентрическое ремоделирование, а 5 врачей (16,7%) затруднились ответить, что указывает на значительные пробелы в знаниях.

Оценку правых отделов сердца всегда проводят лишь 7 респондентов (23,3%), половина опрошенных (50,0%) делают это иногда, при подозрении на лёгочную гипертензию, а 8 врачей (26,7%) вообще не оценивают состояние правых отделов, что может приводить к поздней диагностике лёгочного сердца.

Трудности при выборе гипотензивной терапии часто испытывают 19 врачей (63,3%), ещё 9 (30,0%) сталкиваются с ними иногда, и лишь 2 респондента (6,7%) не видят проблем. Это отражает сложность ведения коморбидных пациентов. При выборе препаратов 80% отдают предпочтение иАПФ/сартанам, 13,3% – бета-блокаторам, 6,7% – антагонистам кальция. Диуретики не выбрал никто.

Влияние бронхолитической терапии на сердечно-сосудистую систему всегда учитывают лишь 10 врачей (33,3%), иногда – 50,0%, а 16,7% не учитывают вовсе, что создаётся риск тахикардии и ишемии.

Необходимость более частого ЭхоКГ-контроля при сочетанной патологии видят 18 респондентов (60,0%), не видят – 16,7%, затруднились – 23,3%. С клиническими

рекомендациями хорошо знакомы только 30% врачей, 46,7% имеют общее представление, а 23,3% вовсе не знакомы. В дополнительном образовании нуждаются 25 врачей (83,3%).

Выводы: таким образом, выявлены существенные пробелы в знаниях врачей о ремоделировании миокарда при коморбидности ГБ и ХОБЛ, низкая частота назначения ЭхоКГ, недостаточное внимание к правым отделам сердца и влиянию бронхолитиков, что диктует необходимость разработки и внедрения образовательных программ для врачей первичного звена по вопросам диагностики и лечения пациентов с сочетанием ГБ и ХОБЛ.

МЕДИЦИНА КАК МУЗА РУССКОГО ИСКУССТВА

ЯРАНСКИЙ Владислав Сергеевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

MEDICINE AS A MUSE OF RUSSIAN ART

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

Резюме: в работе исследуется феномен становления медицины настоящей музой для многих русских художников, скульпторов и других деятелей искусства на протяжении многих веков. На примере иконописных образов святых-целителей, портретов XVIII века, произведений Н. А. Ярошенко, А. И. Лактионова, И. Е. Репина, М. В. Нестерова, В. И. Сурикова, Н. А. Пластова, В. П. Денисова, скульптурных памятников и работ современных художников-медиков показано, как врачебная профессия становилась источником художественных образов, формировала этические идеалы и обогащала изобразительное искусство глубоким гуманистическим содержанием.

Ключевые слова: муза в искусстве, образ врача, вдохновение, русская живопись, этика.

Abstract: The paper examines the phenomenon of medicine becoming a true muse for many Russian artists, sculptors, and other art figures over the course of many centuries. Using examples such as iconographic images of healing saints, portraits from the 18th century, and works by N. A. Yaroshenko, A. I. Laktionov, I. E. Repin, M. V. Nesterov, V. I. Surikov, N. A. Plastov, V. P. Denisov, as well as sculptural monuments and works by contemporary medical artists, the article demonstrates how the medical profession became a source of artistic imagery, shaped ethical ideals, and enriched the visual arts with profound humanistic content.

Keywords: the muse in art, the image of a doctor, inspiration, Russian painting, ethics.

Введение. Тема медицины занимает особое место в русском искусстве. Художники и скульпторы разных эпох обращались к ставшему для них музой образу врача, стремясь передать не только внешнюю атрибутику профессии, но и её духовную сущность. Актуальность исследования обусловлена необходимостью изучения культурного наследия для формирования профессиональной идентичности будущих врачей.

Цель: проанализировать произведения русских деятелей искусства XI–XXI веков, посвящённые образу врача и медицинской деятельности, и определить их значение для

формирования этического идеала врачебной профессии.

Материал и методы. Материалом исследования послужили произведения древнерусской иконописи, живописные, графические и скульптурные произведения, представленные в фондах Государственной Третьяковской галереи, Русского музея, Курской картинной галереи им. А. А. Дейнеки, а также в открытых музейных каталогах и выставочных проектах. Использованы методы историко-культурного и сравнительного анализа.

Результаты и обсуждения. Истоки медицинской темы в русском искусстве восходят к эпохе Древней Руси. В иконописи XI–XVI веков сложился образ святых-целителей – бессребреников Космы и Дамиана, великомученика Пантелеимона, преподобного Агапита Печерского. Иконы, украшенные драгоценными окладами, несли не только сакральный смысл, но и формировали представление о врачевании как о богоугодном деле, основанном на милосердии и вере.

В XVIII веке, в эпоху Просвещения, медицина и искусство сближаются на почве научного знания. В Академии художеств начинают преподавать анатомию для скульпторов и живописцев, считая это знание основой мастерства. Появляются первые светские портреты деятелей медицины. Среди них – парадный портрет барона А. И. Васильева, главного директора Медицинской коллегии, работы В. Л. Боровиковского, свидетельствующий о высоком статусе врачей в обществе того времени.

XIX век стал временем расцвета медицинской темы в живописи, когда земская медицина стала важным социальным институтом, а профессия врача приобрела высокий общественный статус. Одним из первых к этой теме обратился Николай Александрович Ярошенко (1846–1898), создавший галерею портретов выдающихся медиков – академика Н. П. Симановского, терапевта Я. А. Сердечного, учеников С. П. Боткина. В картине «Сестра милосердия» (1886) он воплотил образ женщины, чья усталость не способна погасить внутренней силы и готовности к подвигу. Полотно «На приеме у доктора» (1890) передаёт драматизм земского приёма, где врач становится последней надеждой пациента.

Илья Ефимович Репин (1844–1930) продолжил эту традицию, создав произведение «Хирург Е. В. Павлов в операционном зале» (1888), поражающее документальной точностью: каждая деталь операционной XIX века воссоздана с невероятной достоверностью, а сама сцена вмешательства передаёт атмосферу напряжения и сосредоточенности. Репину также принадлежит портрет Н. И. Пирогова.

Михаил Васильевич Нестеров (1862–1942) создал портрет академика И. П. Павлова, изобразив учёного как человека деятельного и глубокого душевного мира. Кисти Нестерова принадлежит и портрет хирурга С. С. Юдина.

Василий Иванович Суриков (1848–1916), известный мастер исторической живописи, в «Портрете доктора А. Д. Езерского» (1910) придал образу врача монументальную пластику и историческую значимость, возвысив его до символа служения.

Советский период открыл новые грани медицинской темы. Александр Иванович Лактионов (1910–1972) создал эпическое полотно «После операции» (1965) – групповой портрет академика С. С. Юдина в кругу учеников. Художник работал над картиной несколько лет, используя фотографии, посмертную маску и портреты работы других мастеров.

Николай Аркадьевич Пластов в картине «Доктор» (1966) обратился к образу сельского врача – наследника земской традиции, сохранившего верность профессии в любых условиях. Семья Пластовых была связана с медициной: дед художника служил сельским врачом в Симбирской губернии.

Виктор Петрович Денисов в калининградском цикле «Медицинские работники» (1965–1969) создал портрет «Военврач», изображающий хирурга, вышедшего после операции. Лаконизм и точность деталей – сброшенная маска, усталый, но глубокий взгляд, скрещённые руки – делают этот образ одним из самых пронзительных в военной теме.

Василий Егорович Панкратов в «Портрете хирурга профессора Б. Ф. Черкунова» запечатлел врача, только что покинувшего операционную, но продолжающего мысленно анализировать ход вмешательства – состояние профессиональной собранности, не отпускающее даже в минуты отдыха.

Портретная галерея русских медиков включает также работы П. Ф. Бореля, Ю. М. Непринцева, А. М. Шилова, запечатлевших образы Н. И. Пирогова, С. П. Боткина, И. П. Виноградова, М. И. Кузина и многих других.

Скульптурные памятники дополнили эту галерею. В Санкт-Петербурге у Военно-медицинской академии установлен памятник Я. В. Виллие (скульптор Д. И. Иенсен, 1859) – двухметровая бронзовая фигура на шестиметровом постаменте с барельефами, изображающими академические собрания и сцены оказания помощи раненым. В Магнитогорске в сквере Металлургов воздвигнут памятник земскому врачу (скульптор Геннадий Плахов) – образ пожилого доктора, спешащего на помощь.

Особый феномен представляют врачи, ставшие художниками. Борис Фёдорович Черкунов создавал учебные таблицы и иллюстрации к медицинским изданиям. Татьяна Николаевна Котосина, врач с 45-летним стажем, написала цикл «Жизнь врача» – портреты и сюжетные композиции, представляющие историю медицины и размышления о её благородстве.

В 2025 году Государственный Русский музей открыл выставку «Врачуя тела и души. Медицина в изобразительном искусстве», приуроченную к 215-летию Н. И. Пирогова, на которой были представлены 23 произведения XIX–XX веков, в том числе работы Афанасьева, Козловского, Эвенбах, Верейского, Конашевича и Кондратьева.

Выводы: таким образом, в русском искусстве от древнерусской иконописи до современных полотен сложилась обширная галерея образов целителей и медиков, отражающая эволюцию врачебной профессии – от святого бессребреника до академика-хирурга. Медицина на протяжении столетий служила для деятелей искусства источником вдохновения, рождая произведения высокого гуманистического содержания, запечатлевающие этические идеалы профессии.

Научное издание

16+

Первичная медико-санитарная помощь: современные аспекты : материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной 70-летию лечебного факультета Кемеровского государственного медицинского университета (Кемерово, 30 октября 2026 года) / отв. редактор Т.Е. Помыткина. – Кемерово : КемГМУ, 2026. – 272 с. – ISBN 978-5-8151-0396-2. - Текст : электронный.

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**, старший преподаватель **А. С. Яковлев**.

Подписано в печать 20.10.2026.
Формат 148х210 мм. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Тираж 500 экз.
Заказ № 201 от 20.10.2026
Кемеровский государственный медицинский университет
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а.
Сайт: www. kemsmu.ru