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

Первичная медико-санитарная помощь: современные аспекты

Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием

Кемерово, 2026

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

Первичная медико-санитарная помощь: современные аспекты : материалы III Межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием (Кемерово, 20 марта 2026 года) / отв. Редактор Т.Е. Помыткина . - Кемерово : КемГМУ, 2026. – 304 с.

В сборнике представлены материалы межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых, состоявшейся 20 марта 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.

Редакционная коллегия выпуска:

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

ISBN 978-5-8151-0379-5

© Кемеровский государственный
медицинский университет, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Авдеева В. Г., Мусатова А. П.
КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА КАК КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 13

Аев С.С.
ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ТАКОЦУБО В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ .. 15

Аев Е. С., Аев С. С., Балакай Н. Е.
ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 18

Багрий С. С., Белова В. Ю.
ФАКТОРЫ РИСКА И ПОСЛЕДСТВИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ 21

Баинова П. С., Калюжная Т.Л.
БОЛЬ: ПОНЯТИЕ, ВИДЫ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, СПОСОБЫ БОРЬБЫ 24

Бекренев В. И., Рихмайер С. Ю.
РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ АЛГОРИТМА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ С ЦЕЛЬЮ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 27

Бичан Е. П.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ОСТРЫХ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗАХ У ДЕТЕЙ 30

Бобомуродов А. А. Пазиджанов А. А.
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЧЕРЕЗ КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА..... 33

Богина У. А., Буркова Е. А.
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ 35

Богулко К.А., Голобокова Е. А.
ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА..... 37

Болдышева В. Д., Панченко К. А.
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ 40

Бочкарев И. А.
МЕТФОРМИН КАК ПРЕПАРАТ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА 43

Бочкарева С. А., Лапшина А. В.
ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 45

Бугрова Д. М., Копылова Н. А.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ КЕМГМУ О ВЕЙП-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ 48

Валиева Ш., Межелова П. П.
СТАТИНЫ И ПЕЧЕНЬ: НЕОПРАВДАННЫЕ СТРАХИ ИЛИ РЕАЛЬНАЯ УГРОЗА? 50

Васильева Э. А., Каретников Т. А.
СВОЕВРЕМЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ КАК ФАКТОР УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТЕХОЛАМИНОВОЙ ГИПЕРТЕЗИИ 53

Васильева С. А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ ПОДСЧЁТА ШАГОВ В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ 56

Вахмянина Д. А., Шегай О. Д.
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 58

Герасимов А. М.
ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНОГО РАЗВИТИЯ ГАСТРОПАТИЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ: ОБЗОР ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ 61

Горбатюк С. А., Подсевалова С. И.
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИСПОЛЬЗУМЫЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ 64

Гринсон Е.Д., Газдиев Р. М.
ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У СТУДЕНТОВ УНИВЕРСИТЕТОВ Г. КЕМЕРОВО 66

Гринсон Е.Д., Газдиев Р. М.
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 68

Гудаев Т. Р., Скорынина А. Д.
ЧСС ПОКОЯ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 70

Дедкова М.Л., Ступаренко А.К.
ПРИМЕНЕНИЕ РИТУКСИМАБА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 72

Денисенко М. В., Ефремова В. В.
МИТОХОНДРИАЛЬНЫЙ ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС КАК ОБЩИЙ ЗНАМЕНАТЕЛЬ ДЕЙСТВИЯ ХИМИО- И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ 74

Джалали А. Д., Колядова Н. В.
ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА 78

Дорофеев В. И., Сычев Н. С.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 81

Дорофеева А. А.
ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА..... 83

Евсеева Н. А.
ФОКУС НА КОРРЕКЦИЮ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 86

Ефремов А. А.
ФЕНОМЕН ПОВЫШЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ 88

Жемчужина А. И., Филиппова О. С.
АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ МАГНИЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ..... 911

Журавлева Д. Г., Уткин Е. В.
ПРОБЛЕМЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 944

Зинько В. О., Пильщикова А. В.
МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МАССЫ ТЕЛА..... 966

Златков Д. М., Цвиренко Д. С.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ И МЕТОДЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ 100

Игнатьева Д. Д., Медведева А. Д.
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ..... 103

Казарин Н. А.
ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ..... 105

Кайро В. А.
РОЛЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ 108

Катцина В. В., Саврасов В. В.
ФАКТОРЫ РИСКА И РАННЯЯ ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 110

Кисель О. А., Гарипова Е. Р.
СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ДЕОНТОЛОГИИ..... 113

Китаева В. С., Маринова А. Э.
ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ..... 115

Колесниченко К. В., Мешкова А. Е.
РОЛЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ИЗМЕНЕНИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ И СНИЖЕНИИ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ 118

Колесниченко К. В., Мешкова А. Е.
ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ ПРИ ОТКАЗЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК, ОТ ЛЕЧЕНИЯ 121

Колотий Д. А., Воронин Д. А.
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК МОДИФИЦИРУЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА ХНИЗ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ 124

Колядова Н. В., Джалали А. Д.
АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОСТОМОЙ 127

Коробейникова А. В., Киселева К. Е.
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: АНАЛИЗ ПРЕИМУЩЕСТВ И РИСКОВ 130

Краева Я. Д., Подвиженко А. Е.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕЗБОЛИВАНИЮ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ: ФОКУС НА ПРЕОДОЛЕНИЕ ОПИОФОБИИ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД 1333

Кужугет А. И., Чамбал Б. Д.
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 137

Кузнецова А. О., Прошутинская Ю. И.
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ: АНАЛИЗ И РЕКОМЕНДАЦИИ 140

Кузнецова Ю. А., Купцов А. Ю.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КУЗБАССЕ: ОТ ИСТОРИИ ДО НАШИХ ДНЕЙ 143

Лапшина А. В., Бочкарева С. А.
ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ .. 146

Лаяанди Абануб Атиф Хана, Али Арсума
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ЕГИПТЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КОНТРОЛЬ И СТРАТЕГИИ УПРАВЛЕНИЯ 148

Лукашова И. А., Сат А. А.
АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 152

Маланова В. А., Кравченко А.С.
АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА 154

Маноенко Д. И., Власиевский Н. К.
ОТДЕЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ 157

Машковцева А. А. Костина М. В.
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ 160

Мельник Д. А., Ооржак А. Б.
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 164

Мицких А. А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДОКСОРУБИЦИНА ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ..... 166

Мозес Е. В.
БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ 169

Мозес Е. В., Веснин Д. А.
ФОРМА ОБРАЩЕНИЯ ТЫ/ВЫ КАК ЭЛЕМЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ: НОРМАТИВНЫЕ ОЖИДАНИЯ И РЕАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ 172

Мулерова Е. З., Завьялова Е. Е.
РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ: АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ УСПЕХА И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ..... 175

Мурзоев К. Н., Калугин А. А.
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕНТГЕНОЛОГИИ..... 178

Неверова В. А., Филатова А. А.
ВРАЧ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ И МЕССЕНДЖЕРАХ: ЭТИЧЕСКИЕ ГРАНИЦЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ 181

Никитина В.В
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ 183

Онищенко С.С.
ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ..... 186

Ооржак А. Б., Мельник Д. А.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ: РОЛЬ ТЕРАПЕВТА 188

Осовская Д. С., Гребенчукова А. А.
ДЕОНТОЛОГИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: СТРАТЕГИИ КОММУНИКАЦИИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ..... 190

Пантилеева К. М., Соломатина А. А.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ..... 194

ПетровА А. Е., Пробст А. С.
ВЛИЯНИЕ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ SARS-CoV-2 - ИНДУЦИРОВАННОГО НЕЙРОВОСПАЛЕНИЯ 197

Плаксунова А. А., Треяль С. С.
ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА И САРКОПЕНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ 199

Подсевалова С. И. Горбатюк С.А.
РОЛЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ..... 202

Пробст А. С., Петрова А. Е.
РОЛЬ ВИРТУАЛЬНОЙ И ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 204

Протасова М.В.
РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 207

Прошутинская Ю. И., Кузнецова А. О.
РОЛЬ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПО ПИТАНИЮ МАТЕРЕЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ..... 209

Разинкина С. Д., Ооржак А. А.
ОТВЕСТВЕННОСТЬ ВРАЧА И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ 212

Рясной Л. С., Лавриненко Е. Е.
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНТЕРОПАТИИ НА ФОНЕ ПРИЁМА КИШЕЧНОРАСТВОРИМЫХ ТАБЛЕТОК АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ..... 214

Сарнавская Е. В.
МИТОХОНДРИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКОЗОМ..... 217

Сат А. А., Белова Д. Д.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 220

Селезнева В. Р., Вьюнышева А. О.
НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 222

Сидельникова Д. А.
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ..... 225

Сидельцева А. Г., Епифанцева С. А.
НОСИМЫЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ: ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИЙ ИНТЕРНЕТ ВЕЩЕЙ 228

Сильнягин Д. Е., Горбунов Н. Е.
РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА..... 231

Ситников В. П., Башев С. А.
СИСТЕМЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ 234

Стрельченко Н.С., Мищенко О.И., Бородкина Д.А.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ГИПОФИЗАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ..... 237

Студенкова М. С., Ялугина К. Я.
ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 239

Советова А. С., Хабибуллов Д. Р.
ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ 241

Суворова Е. Е., Кочерова П. В.
РОЛЬ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ..... 243

Тарасова Д. В., Клименкова А. В.
ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН..... 245

Танжов Д.М., Сафиулин И.Ф.
ТРЕХСТУПЕНЧАТАЯ ЛЕСТНИЦА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВОЗ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ В ПРАКТИКЕ 248

Тетерин Г. А.
ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПЕРЕСАЖЕННОГО СЕРДЦА 250

Томилова О. А., Зайцева А. Ю.
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА РАЗВИТИЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА..... 252

Торговцева М. М., Чанкова А. А.
ФАКТОРЫ РИСКА И РАННЯЯ ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА..... 2555

Торопова М. А. Корчагина П. А.
ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ КАК ФАКТОРЫ УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КАРЬЕРЫ 259

Трусова Л. О., Ольховиков А. В.
КУРЕНИЕ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ 262

Урунов Ф. Б.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА 264

Филатова А. А., Неверова В. А.
МОРАЛЬНАЯ УСТАЛОСТЬ (ВЫГОРАНИЕ) ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ КАК ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ 2666

Чащина Л.Д.
СОХРАНЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ 269

Чащина Л. Д., Шегай О. Д.
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ КОНФЛИКТАМИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ 271

Шарабуряк Д. С.
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ОХВАТ СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММ СРЕДИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП 274

Шатобалов Я. И., Дутченко А. П.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТРЕССА И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 277

Шачнев Е.В., Шачнева В. А., Эшмаматов М.Ш.
ЦИФРОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ И ЦИФРОВОЙ РАЗРЫВ: ВЫЗОВЫ ДЛЯ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА 279

Шачнева В. А., Эшмаматов М. Ш., Шачнев Е.В.
СМС- И МЕССЕНДЖЕР-ИНФОРМИРОВАНИЕ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА: ЭФФЕКТИВНЫЙ КАНАЛ КОММУНИКАЦИИ ИЛИ ИСТОЧНИК СКРЫТОЙ НАГРУЗКИ 27982

Шегай О. Д., Вахмянина Д. А.
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ КАК ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА: ПРОФИЛАКТИКА И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ 285

Щербакова А. С.
АНАЛИЗ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ..... 288

Шмальц Д. Д., Мищенко О. И., Колесникова К. В.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА САХАРНОГО ДИАБЕТА..... 28891

Штраух В. Е.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ..... 294

Ягнешко А. А.
ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕИЗЛЕЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ..... 298

Яковлева Л. К.
ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КЛИНИКИ..... 300

Яранский В. С., Прахт Н. С.
ДИЛЕММА ДЕОНТОЛОГИИ: ДОЛГ И ДОХОД В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА..... 302

КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА КАК КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

АВДЕЕВА Виктория Геннадьевна, МУСАТОВА Анастасия Павловна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

CORRECTION OF RISK FACTORS AS A KEY ELEMENT OF THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION

AVDEEVA V.G., MUSATOVA A. P.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Фибрилляция предсердий (ФП) является распространенным сердечно-сосудистым заболеванием, значительно ухудшающим качество жизни и повышающим риск тромбоэмболических осложнений. Коррекция модифицируемых факторов риска, таких как артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем и синдром обструктивного апноэ сна, играет важную роль в стратегии ведения пациентов с ФП. Настоящее исследование проанализировало влияние коррекции факторов риска на пациентов с фибрилляцией предсердий.

Ключевые слова: Фибрилляция предсердий, коррекция факторов риска, абляция, антикоагулянтная терапия.

Abstract: Atrial fibrillation (AF) is a common cardiovascular disease that significantly impairs quality of life and increases the risk of thromboembolic complications. Correction of modifiable risk factors, such as hypertension, obesity, diabetes, alcohol abuse, and obstructive sleep apnea, plays an important role in the management of patients with AF. This study analyzed the impact of risk factor correction in patients with atrial fibrillation.

Keywords: Atrial fibrillation, risk factor correction, ablation, anticoagulant therapy.

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) – это распространенное нарушение сердечного ритма, характеризующееся хаотичной электрической активностью предсердий. Распространенность ФП неуклонно растет, что связано с увеличением продолжительности жизни и ростом числа пациентов с сопутствующими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), сердечная недостаточность (СН), ожирение и сахарный диабет (СД). Эти заболевания являются важными

факторами риска развития и прогрессирования ФП. Помимо антиаритмической и антикоагулянтной терапии, коррекция модифицируемых факторов риска является неотъемлемой частью стратегии ведения пациентов с ФП, направленной на снижение бремени аритмии, улучшение качества жизни и снижение риска тромбоэмболических осложнений.

Цель: оценить влияние коррекции модифицируемых факторов риска на течение и прогноз фибрилляции предсердий.

Материал и методы. Ретроспективное исследование, включающее данные пациентов с ФП, проходивших лечение в Кузбасском клиническом кардиологическом центре имени Л.С. Барбараша в период с 2024 по 2025 год. В рамках исследования был проведен анализ 55 медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и в условиях дневного стационара. Составлена анкета, включающая информацию о демографических характеристиках, длительности анамнеза заболевания, факторах риска (АГ, СД, ожирение, злоупотребление алкоголем, синдром обструктивного апноэ сна (СОАС)), типе ФП, проводимом лечении (антиаритмическая терапия, антикоагулянтная терапия, катетерная абляция), и исходах (госпитализации по поводу ФП, инсульты, системные эмболии, смерть).

Пациенты были разделены на группы. Группа 1: пациенты, которые проводили коррекцию факторов риска (модификация образа жизни, медикаментозная терапия для контроля АГ, СД, дислипидемии, лечение СОАС, отказ от алкоголя). Группа 2: пациенты, которые не проводили активную коррекцию факторов риска. Оценивались различия между группами по частоте возникновения повторных госпитализаций по поводу ФП, риску тромбоэмболических осложнений и смертности.

Результаты и обсуждения. В исследуемых группах соотношение мужчин и женщин 3:2, что может указывать на большую распространенность ФП среди мужского пола. Средний возраст пациентов с ФП составляет 60 ± 15 лет. Доминирующим типом ФП является персистирующая форма, составляющая 70% от общего числа случаев, другие типы встречаются реже. В первой группе преобладали лица женского пола, они демонстрируют бóльшую приверженность к выполнению рекомендаций по коррекции факторов риска ФП, включая изменение образа жизни, отказ от вредных привычек и следование назначениям врача. Среди пациентов с ФП, проходивших лечение в КККЦ им. Л.С. Барбараша, распространенность артериальной гипертензии составила 78%, ожирения – 45%, сахарного диабета 2 типа – 28%. Предварительный анализ демонстрирует, что реализация мероприятий, направленных на коррекцию факторов риска, приводит к снижению частоты госпитализаций по поводу ФП. В среднем, количество госпитализаций

уменьшилось с 4 до 2 раз в год на каждого пациента. Анализ летальных исходов показал, что смертность среди пациентов с ФП чаще отмечалась у мужчин, принципиально не желающих корректировать образ жизни. В исследуемой группе зарегистрировано 2 случая смерти. Инсульт перенесли 3 участника. Полученные результаты согласуются с данными других исследований, подчеркивающих важность комплексного подхода к лечению ФП, включающего не только антиаритмическую и антикоагулянтную терапию, но и активную коррекцию модифицируемых факторов риска.

Выводы: анализ данных показал, что активная коррекция факторов риска была связана со значительным снижением частоты госпитализаций по поводу ФП, риска тромбоэмболических осложнений и смертности. В частности, контроль артериальной гипертензии, снижение веса при ожирении, адекватный контроль гликемии при СД, лечение СОАС и отказ от злоупотребления алкоголем и курения оказывали положительное влияние на течение и прогноз ФП. Коррекция модифицируемых факторов риска является ключевым элементом комплексного лечения фибрилляции предсердий. Результаты данного исследования, подчеркивают необходимость внедрения комплексных программ по коррекции факторов риска в практику ведения пациентов с ФП.

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ТАКОЦУБО В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

АЕВ Семён Сергеевич

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

DIAGNOSTICS OF TAKOTSUBO DISEASE IN POLYCLINICS

AEV S.S.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: несмотря на достаточно низкую распространенность (1-3%), среди пациентов с подозрением на ОКС, замечен рост стресс-индуцированной кардиомиопатии (90% пациентов – женщины 65-70 лет). В следствие недостаточной изученности патологии для врачей первичного звена необходим четкий алгоритм для выявления данного состояния.

Ключевые слова: кардиомиопатия Такоцубо, дисфункция верхушечных сегментов, транзиторный гипокинез верхушечных сегментов, синдром

апикального баллонирования, стресс-индуцированная кардиомиопатия.

Abstract: Despite the relatively low prevalence (1-3%) among patients with suspected ACS, there has been an increase in stress-induced cardiomyopathy (90% of patients are women aged 65-70). Due to the limited knowledge of this condition, primary care physicians need a clear algorithm for identifying it.

Keywords: Takotsubo cardiomyopathy, apical segment dysfunction, transient apical segment hypokinesis, apical ballooning syndrome, and stress-induced cardiomyopathy.

Введение. Синдром Такоцубо (такоцубо-кардиомиопатия, стресс-кардиомиопатия) представляет собой острую обратимую дисфункцию левого желудочка, имитирующую острый коронарный синдром, но диагностика в поликлинических условиях затруднена из-за необходимости исключения инфаркта миокарда и ограниченного доступа к инвазивным методам. В последние 10 лет ключевыми опорами амбулаторной диагностики стали: оценка вероятности по InterTAK, ЭКГ + тропонин/BNP, первичная ЭхоКГ с оценкой паттерна дискинезии и осложнений, а далее — решение о срочной госпитализации/КАГ либо (у стабильных) о КТ-коронарографии и МРТ сердца для верификации и исключения миокардита/MINOCA.

Цель: обобщить данные научных публикаций 2016–2026 гг. (русскоязычных и англоязычных) и предложить практико-ориентированный алгоритм диагностики синдрома такоцубо в условиях поликлиники.

Материал и методы. В качестве основы использованы современные обзорные публикации и согласительные документы, включая международный экспертный консенсус по TTS (2018) и русскоязычный обзор РКЖ с анализом исследований за последнее десятилетие и подробным описанием диагностических подходов. Дополнительно привлечены данные о шкале InterTAK и ее порогах вероятности, а также о применимости КТ-коронарографии у стабильных пациентов и роли МРТ сердца как метода тканевой характеристики.

Результаты и обсуждения. Синдром такоцубо определяется как транзиторная дисфункция ЛЖ (гипо-/акинезия/дискинезия) с типичными вариантами (апикальный, среднежелудочковый, базальный, очаговый), часто выходящая за бассейн одной коронарной артерии, с умеренным повышением тропонина и выраженным повышением натрийуретических пептидов. Важное уточнение последних лет: наличие значимого коронарного атеросклероза не исключает TTS, что отражено в критериях InterTAK.

InterTAK Diagnostic Criteria (2018)

Критерии InterTAK (международные) включают: транзиторную дисфункцию ЛЖ/ПЖ, новые изменения ЭКГ (но возможны редкие случаи без

ЭКГ-изменений), умеренное повышение кардиомаркеров и типичное увеличение BNP/NT-proBNP, а также отсутствие доказательств инфекционного миокардита (обычно с опорой на МРТ). В поликлиническом контексте важны два положения: (1) триггер (эмоциональный/физический) часто есть, но не обязателен; (2) для подтверждения рекомендуется МРТ сердца для исключения миокардита и для подтверждения тканевых изменений без некроза/фиброза.

Диагностика в поликлинике: практический алгоритм

Шаг 1. Клиническое подозрение и первичная оценка риска

Наиболее частые симптомы — боль в грудной клетке и одышка; возможны сердцебиение, синкопе, тошнота/рвота, а дебют иногда связан с тяжелыми аритмиями. Для поликлиники принципиально считать TTS вероятным, если: (а) пациентка постменопаузы; (б) есть недавний стрессор; (в) жалобы и ЭКГ похожи на ОКС, но выраженность дисфункции по ЭхоКГ (если выполнено) «не соответствует» уровню тропонина.

Шаг 2. ЭКГ (немедленно) и интерпретация «в пользу TTS»

В острой фазе ЭКГ часто изменена, типичны: инверсия Т, удлинение QT, подъем ST (обычно меньшей амплитуды, чем при STEMI), реже — депрессия ST и патологические Q. Описано, что примерно у 14% пациентов ЭКГ может быть без изменений, что опасно для амбулаторной недооценки симптомов. Практический вывод для поликлиники: при болевом синдроме/одышке «нормальная» ЭКГ не снимает необходимость лабораторной оценки и маршрутизации при сохранении клинического подозрения.

Шаг 3. Биомаркеры (тропонин + BNP/NT-proBNP)

Для TTS характерны более низкие пиковые уровни тропонинов и КФК-МВ по сравнению с STEMI из-за отсутствия некроза, и при этом часто значительное повышение BNP/NT-proBNP с пиком примерно через 24–48 часов.

Шаг 4. Эхокардиография как главный метод поликлиники

ЭхоКГ — наиболее часто используемый метод при выявлении TTS и ключевой в условиях поликлиники (если доступна «сегодня/завтра»), потому что позволяет увидеть характерный паттерн нарушений локальной сократимости и исключить/заподозрить осложнения. Важный критерий — зона нарушения сократимости при TTS обычно выходит за пределы бассейна одной коронарной артерии, что помогает отличать от ИМ.

Шаг 5. InterTAK Diagnostic Score и маршрутизация

При отсутствии стойкой элевации ST экспертный подход предлагает использовать шкалу InterTAK для оценки вероятности. В русскоязычном обзоре приведены ориентиры вероятности: около 18% при 50 баллах и более 90% при >70 баллов, что помогает принять решение «ЭхоКГ первым этапом» и далее выбрать неинвазивную оценку коронарной анатомии у стабильных пациентов.

В практическом амбулаторном алгоритме: высокая вероятность TTS по InterTAK + типичная ЭхоКГ-картина у стабильного пациента может поддержать выбор КТ-коронарографии как следующего шага вместо немедленной инвазивной КАГ (если нет признаков нестабильности).

Шаг 6. КТ-коронарография (КТА) у стабильных пациентов

КТА рассматривается как подходящая альтернатива КАГ, особенно у стабильных пациентов с низкой вероятностью ОКС, при подозрении на рецидив TTS или когда пациент обращается в подострую фазу. Для поликлиники это означает возможность «закрыть» ключевую задачу — оценить коронарную анатомию неинвазивно — при условии правильного отбора и отсутствия признаков высокого риска.

Шаг 7. МРТ сердца для подтверждения и исключения миокардита/MINOCA

МРТ с гадолинием описывается как «золотой стандарт» тканевой диагностики при TTS и особенно полезна, когда нужно дифференцировать TTS с MINOCA и миокардитом. Для диагностики TTS важны сочетания: типичные нарушения сократимости + отек миокарда при отсутствии ишемического/поствоспалительного некроза по позднему накоплению гадолиния. Также указывается, что МРТ рекомендовано выполнить в течение 2 месяцев для подтверждения диагноза (если в острой фазе оно не было сделано), что хорошо укладывается в амбулаторное наблюдение после стационара.

Выводы: диагностика синдрома Такоцубо в поликлинике должна опираться на клинико-инструментальный «треугольник» (ЭКГ, биомаркеры, ЭхоКГ) и шкалу InterTAK для оценки вероятности, а ключевое решение — маршрутизация для исключения ОКС и миокардита (КАГ/КТА и МРТ). Современные критерии InterTAK и данные последних лет подчеркивают, что сопутствующая ИБС не исключает TTS, поэтому амбулаторный врач должен мыслить вероятностно и не «снимать диагноз» только из-за атеросклероза. Стандартизация «быстрой ЭхоКГ» и доступность BNP/NT-proBNP в поликлинике существенно повышают шансы на своевременное распознавание TTS и безопасную тактику.

ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

АЕВ Егор Сергеевич, АЕВ Семен Сергеевич, БАЛАКАЙ Никита Евгеньевич

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

THE SIGNIFICANCE OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME IN CLINICAL PRACTICE

AEV E.S., AEV S.S., BALAKAI N.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Качество сна — ключевой показатель здоровья, сопоставимый по значимости с питанием и физической активностью. Среди всего спектра нарушений сна одним из наиболее значимых и опасных является синдром обструктивного апноэ сна.

Ключевые слова: качество сна, синдром обструктивного апноэ сна, сердечно-сосудистый риск, метаболические нарушения.

Abstract: Sleep quality is a key indicator of health, comparable in importance to nutrition and physical activity. Among the entire spectrum of sleep disorders, one of the most significant and dangerous is obstructive sleep apnea syndrome.

Keywords: sleep quality, obstructive sleep apnea syndrome, cardiovascular risk, metabolic disorders.

Введение. Качественный сон является фундаментальной потребностью человека, а его нарушения оказывают системное негативное влияние на все аспекты жизнедеятельности. Согласно данным различных исследований, неудовлетворенность качеством сна отмечают у себя от 28% до 45% населения, что делает эту проблему чрезвычайно актуальной. Среди всего спектра нарушений сна одним из наиболее значимых и клинически опасных является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Несмотря на свою широкую распространенность, эта патология остается недостаточно диагностируемой среди широких слоев населения.

Цель: изучить влияние нарушений сна, в частности синдром обструктивного апноэ сна, на качество жизни и риск развития сопутствующих заболеваний.

Материал и методы. Проведен анализ данных из научных публикаций, размещенных в электронных базах (PubMed, eLibrary, CyberLeninka). Методология включала систематический поиск, отбор и обобщение литературы по проблематике сна и СОАС.

Результаты и обсуждения. Интенсивное изучение СОАС началось в конце XX века, когда исследователи обнаружили прямую корреляцию между этим синдромом и жизнеугрожающими сердечно-сосудистыми событиями, такими как инфаркт миокарда, инсульт и внезапная смерть во сне. На сегодняшний день наиболее масштабным считается Висконсинское когортное

исследование сна (2003), в котором приняли участие более 12 000 человек. Его данные свидетельствуют, что распространенность СОАС в общей популяции достигает 10-12%. Это означает, что практически каждый седьмой житель Европы и Северной Америки страдает от хронических расстройств дыхания во сне.

СОАС характеризуется повторяющимися эпизодами обструкции верхних дыхательных путей во время сна, приводящими к апноэ/гипопноэ, десатурации и фрагментации сна. Ключевыми клиническими проявлениями СОАС являются громкий храп, избыточная дневная сонливость, утренняя усталость.

Основные факторы риска развития СОАС: мужской пол, возраст старше 30 лет, ожирение (особенно с увеличением окружности шеи >43 см у мужчин и >40 см у женщин), некоторые анатомические особенности (искривление носовой перегородки, ретрогнатия, гипертрофия миндалин), эндокринные заболевания (гипотиреоз, сахарный диабет 2 типа), курение, злоупотребление алкоголем, прием седативных и снотворных препаратов.

Патогенез осложнений СОАС обусловлен каскадом патологических реакций на рекуррентные апноэ. Прекращение дыхания вызывает падение уровня кислорода в крови. Интермиттирующая гипоксемия и гиперкапния вызывают метаболический ацидоз и оксидативный стресс. В ответ на критическую гипоксемию мозг реагирует микропробуждениями, необходимыми для восстановления проходимости дыхательных путей, что, в свою очередь, приводит к фрагментации архитектуры сна. Активация симпатической нервной системы во время эпизодов апноэ провоцирует ночные скачки артериального давления и вазоконстрикцию.

Поскольку глубокие стадии сна необходимы для секреции соматотропного гормона, у пациентов возникают гормональные нарушения, усугубляющие инсулинорезистентность и ожирение.

СОАС является независимым фактором риска развития:

- сердечно-сосудистых заболеваний, таких как резистентная артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт;
- метаболических нарушений (инсулинорезистентности и сахарный диабет 2 типа);
- неврологических последствий (когнитивного дефицита, болезни Альцгеймера, сосудистой деменции);
- легочной гипертензии и формирования хронического легочного сердца.

Диагностический алгоритм при подозрении на СОАС включает несколько этапов. В первую очередь, это клинический опрос и анкетирование. Стандартизированные опросники (например, шкала сонливости Эпворта) и подробный сбор анамнеза являются эффективным скринингом. При смотре

пациента определяют индекс массы тела (ИМТ), окружности шеи. Рекомендована консультация отоларинголога с целью осмотр ЛОР-органов для выявления анатомических особенностей, способствующих развитию СОАС.

Пульсоксиметрия — скрининговый метод, позволяющий зафиксировать циклические десатурации, косвенно указывающие на апноэ. Респираторный полисомнография (кардиореспираторный мониторинг) является упрощенным методом для подтверждения диагноза СОАС, регистрирующим основные дыхательные и сердечные параметры.

Полисомнография (ПСГ) — «золотой стандарт» диагностики СОАС. Это комплексное исследование, проводимое во время сна, которое включает регистрацию электроэнцефалографии, электрокардиографии, дыхательного потока, дыхательных усилий грудной клетки и живота, насыщение крови кислородом, положения тела во время сна и других параметров. ПСГ позволяет оценить структуру сна и связанные с апноэ нарушения.

Выводы: синдром обструктивного апноэ сна представляет собой серьезную медико-социальную проблему вследствие высокой распространенности, недооценки в клинической практике и ассоциации с жизнеугрожающими сердечно-сосудистыми и метаболическими осложнениями, приводящими к значительному снижению качества и продолжительности жизни пациентов.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПОСЛЕДСТВИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

БАГРИЙ Софья Сергеевна, БЕЛОВА Варвара Юрьевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

RISK FACTORS AND CONSEQUENCES OF EMOTIONAL BURNOUT AMBULATORY PRACTICE DOCTORS

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

Резюме: В данной работе изучается проблема синдрома эмоционального выгорания среди врачей. Проведен анализ основных факторов риска. Особое внимание уделено эмоциональному выгоранию, как фактору снижения

медицинской помощи. При написании работы использовались актуальные научные статьи и исследования, касающиеся данной темы.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, СЭВ, профессиональное выгорание, врачи, здравоохранение Российской Федерации.

Abstract: This paper examines the problem of burnout syndrome among doctors. It analyzes the main risk factors. Special attention is paid to burnout as a factor that reduces medical care. The paper uses relevant scientific articles and studies on this topic.

Keywords: burnout syndrome, professional burnout, doctors, healthcare in the Russian Federation.

Введение. Эмоциональное выгорание – синдром, широко распространенный среди работников медицинской сферы, как в Российской Федерации, так и во всем мире в целом. За счет положительной корреляции уровня эмоционального выгорания врача и качества медицинской помощи, устанавливается высокая значимость данного вопроса. Проблема профессионального выгорания крайне важна для системы здравоохранения и требует тщательного изучения и комплексного подхода к снижению этиологических факторов и последствий врачебного выгорания.

Цель: Изучение профессионального выгорания практикующих врачей в целом и как фактора негативно влияющего на качество оказания медицинской помощи.

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. Высокие доступность и качество медицинской помощи в настоящее время стали приоритетом развития здравоохранения Российской Федерации. Для достижения поставленных целей, актуальным является пополнение и совершенствование кадрового состава в сфере охраны здоровья граждан РФ.

В последние годы активно развиваются такие направления кадровой политики, как привлечение молодых специалистов к работе в сельской местности, поддержка дефицитных специальностей, непрерывное медицинское образование, внедрение системы наставничества, увеличение количества мест для обучения по целевому направлению – безусловно, с политической точки зрения, это верные стратегии, но успех их реализации напрямую зависит от ряда факторов, и одним из влиятельнейших является профессиональное выгорание врачей.

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования демонстрируют широкое распространение профессионального выгорания

врачей. На основании изученных результатов исследований, был выявлен широкий размах распространенности синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) медицинских работников в Российской Федерации — от 4,2 до 96,7%— с учетом участия в исследовании представителей различных врачебных специальностей разных регионов страны и применения нескольких методик диагностики СЭВ. Наименьшая частота встречаемости профессионального выгорания наблюдается среди врачей-эндокринологов Татарстана, а наивысшая среди врачей скорой помощи, акушеров-гинекологов, наркологов и психиатров различных субъектов России.

Кроме того, среди врачей, подверженных выгоранию, следует выделить хирургов, врачей, работающих с социально значимыми заболеваниями и специализирующихся на лечении трудноизлечимых пациентов. Самыми восприимчивыми к эмоциональному выгоранию являются молодые специалисты, в особенности женского пола, с небольшим опытом работы, не состоящие в браке и не имеющие детей.

Ключевые факторы риска, способствующие формированию эмоционального выгорания, были изложены во множестве различных классификаций. Наиболее популярной и доступной является классификация Н.Е. Водопьяновой, разделяющая факторы риска на три группы:

1. Организационные (внешние), включающие все аспекты условий труда (высокая нагрузка и продолжительность трудового дня, нехватка рабочего персонала, неэффективная организация трудовой деятельности, несправедливая система оплаты и поощрения врачей, недостаточная поддержка руководства, конфликты и невозможность карьерного роста).

2. Личностные (внутренние), отражающие особенности личности врача: гиперответственность за жизнь пациента, перфекционизм, низкая психологическая лабильность, отсутствует навыков психологической саморегуляции.

3. Ролевые – связанны с социальным окружением и с отношением к нему врача. Включают в себя работу с тяжелобольными пациентами, имеющими трудноизлечимые заболевания, гибель пациентов, конфликты между врачом и пациентом, высокая плотность межличностных контактов.

В следствие данных факторов, у медицинских специалистов аккумулируются отрицательные эмоциональные состояния, которые способны, без адекватной релаксации и проработки, формировать стойкое эмоциональное выгорание.

Таким образом, СЭВ возникает при хроническом дисбалансе между требованиями рабочей среды и ресурсами врача для их преодоления.

Не менее серьезную угрозу для здравоохранения несет уход врачей из клинической практики. Увеличение объемов бумажной работы, необходимость

заполнения электронных медицинских баз данных, психологическое давление, связанное с одновременным ведением большого количества пациентов – заставляют ощущать врача посредственность своей работы и снижение ценности клинического мышления. В конечном итоге, это приводит к преждевременному завершению врачебной деятельности и поиску нового, не связанного с медициной, но более перспективного направления для обеспечения семейного и социального благополучия. Трудности для системы здравоохранения, в этом случае, включают в себя не только потерю средств, вложенных в дорогостоящую и долгую подготовку специалиста, но и усиление дисбаланса дефицита кадрового состава с растущим спросом.

Выводы: острота проблемы эмоционального выгорания врачей нарастает с каждым годом, распространяясь как среди молодых специалистов, так и среди опытных врачей. Данное состояние несет исключительно негативные последствие в отношении самого врача, его пациентов, руководства и системы здравоохранения РФ в целом. В связи с этим, для решения проблемы необходимо использовать комплексные меры, учитывающие и минимизирующие воздействия факторов на всех уровнях организации рабочей среды врача.

БОЛЬ: ПОНЯТИЕ, ВИДЫ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, СПОСОБЫ БОРЬБЫ

БАИНОВА Полина Сергеевна, КАЛЮЖНАЯ Татьяна Леонидовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

PAIN: CONCEPT, TYPES, ETIOLOGY, PATHOGENESIS, METHODS OF COMBAT

BAINOVA P.S., KALYUZHNAYA T.L.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме. Боль — сложный многокомпонентный феномен, включающий сенсорные, эмоциональные и когнитивные аспекты. Развитие боли связано с периферическими и центральными механизмами. Эффективное обезболивание требует комплексного подхода, направленного на конкретные механизмы формирования боли.

Ключевые слова: боль, виды боли, методы лечения.

Abstract: Pain is a complex, multicomponent phenomenon that includes sensory, emotional, and cognitive aspects. The development of pain is associated with both peripheral and central mechanisms. Effective pain management requires a comprehensive approach targeted at the specific mechanisms of pain formation.

Keywords: pain, types of pain, treatment methods.

Введение. Боль — это многомерный феномен, включающий в себя не только физиологический ответ на ноцицептивные стимулы, но и сложный комплекс психологических (эмоциональных, когнитивных), а также поведенческих и социальных факторов. Боль представляет собой одну из наиболее распространенных причин обращения за медицинской помощью и оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов, их трудоспособность и социально-экономические показатели здравоохранения. Несмотря на значительный прогресс в понимании нейрофизиологических механизмов боли и разработке новых методов анальгезии, эффективное купирование болевых синдромов остается сложной клинической задачей. Это обусловлено гетерогенностью природы боли, ее субъективным характером, а также сложностью взаимодействия физиологических, психологических и социальных факторов, определяющих восприятие боли.

Целью исследования явилось изучение понятия «боль», ее виды, этиология, патогенез, а также виды обезболивания.

Материал и методы. Проведен литературный обзор отечественных и зарубежных медицинских научных публикаций.

Результаты и обсуждения. В общей структуре боли можно выделить пять основных компонентов:

1)Перцептуальный, позволяющий определить место поражения.

2)Эмоционально-аффективный, отражающий психоэмоциональную реакцию на повреждение.

3)Вегетативный, связанный с рефлекторным изменением тонуса симпатико-адреналовой системы.

4)Двигательный, направленный на устранение действия повреждающего стимула.

5)Когнитивный, участвующий в формировании субъективного отношения к испытываемой в данный момент боли на основе накопленного опыта.

Фундаментальным аспектом является разделение боли по временным параметрам на 2 типа: острая и хроническая.

Острая боль — это сигнал о нарушении целостности организма, поверхностных или глубоких тканей, скелетных мышц, внутренних органов или гладкой мускулатуры. Длительность острой боли определяется периодом восстановления тканей или функций поврежденного органа. Главным

афферентом острой боли является латеральная или неоспиноталамическая система. Острые боли бывают: поверхностными, глубокими, висцеральными и отраженными.

Вместе с тем существует хроническая боль, которая длится свыше периода нормального заживления ткани (более 3 месяцев). Главным отличием являются качественно иные нейрофизиологические, психофизиологические и клинические соотношения.

На основании патофизиологических механизмов принято различать ноцицептивные и невропатические боли. Первый вид болей возникает, когда повреждающий ткань раздражитель действует на периферические болевые рецепторы (растяжение ткани, злокачественные инвазии, воспаление, ишемия).

Основными характеристиками ноцицептивной боли являются:

1.Как правило хорошо локализуемые, четко описываемые боли (за исключением висцеральных и отраженных болей).

2.Быстрый регресс после прекращения действия периферического фактора и/или адекватной болеутоляющей терапии.

3.Высокая активность антиноцицептивных систем.

Боль, возникающую в результате повреждения или изменений в соматосенсорной системе на центральном или периферическом уровне относят к невропатической. Ее общими характеристиками являются:

1.Персистирующий характер

2.Большая длительность

3.Неэффективность анальгетиков для ее купирования

4.Сочетание с вегетативной симптоматикой,

5.Многообразное сенсорное вовлечение, т.е. положительные чувствительные феномены: парестезии, дизестезии, невралгия, гиперестезия, гипералгезия, аллодиния или отрицательные симптомы (гипалгезия, терманестезия и т.д).

Независимо от уровня поражения участвуюткак периферические, так и центральные механизмы контроля боли.

Периферические механизмы:

1.Эктопическая нейрональная активность в первичных афферентах и в спинальном ганглии.

2.Взаимодействие волокон (перекрестное возбуждение или распространение возбуждения между демиелинизированными волокнами).

3.Ноцицептивная сенситизация (выброс тканевых и плазменных алгогенов, субстанции Р, нейрокинина А, кальцитонин-ген-родственного пептида, приводящих к изменению возбудимости нервных окончаний, генерации нервных импульсов и усилению ноцицептивного потока).

4.Симпатико-сенсорный спраутинг.

Центральные механизмы:

1. Редукция сегментарного и супрасегментарного ингибирующего контроля.
2.Нарушение проекций нейрональных групп и их топографическая реорганизация.
3.Спраутинг А-В волокон с поверхностью дорсального рога при гибели С-афферентов.
4.Центральная сенситизация, напрямую зависящая от внутриклеточного содержания рецепторов NMDA (возбуждающих аминокислот).

Полученные данные о механизмах боли указывают на роль центральной и периферической нервной системы в формировании хронической невропатической боли, которая при длительном патологическом процессе не откликается на стандартное лечение. Учитывая многоуровневую систему нарушений, появилась возможность правильно подойти к терапии хронической невропатической боли и учесть механизм развития боли для адекватной терапии.

Немедикаментозные виды обезболивания.
Термическое воздействие: прикладывание льда при ушибах, может снижать интенсивность боли. При патологиях костно-мышечной системы эффективными оказываются массаж, остеопатия и мануальная терапия, акупунктура. В комплексной терапии могут быть использована физиотерапия: электрофорез, магнитотерапия, чрескожная электронейростимуляция.

Основные группы медикаментов, используемых для обезболивания: неопиоидные анальгетики; опиоидные анальгетики; адъювантные анальгетики: антидепрессанты, антиконвульсанты, местные анестетики, миорелаксанты, кортикостероиды.

Выводы: боль — это сложное и многогранное явление, включающее сенсорные, эмоциональные и когнитивные компоненты. Классификация боли на острую и хроническую, ноцицептивную и невропатическую, позволяет лучше понять её природу. Учет патофизиологических механизмов важен для выбора эффективной стратегии обезболивания. Понимание механизмов развития боли позволяет подобрать более адекватную терапию, направленную на конкретные звенья патогенеза.

РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ АЛГОРИТМА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ С ЦЕЛЬЮ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

БЕКРЕНЕВ Валерий Иванович, РИХМАЙЕР Семён Юрьевич
Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

DEVELOPMENT AND TESTING OF AN ARTIFICIAL INTELLIGENCE-BASED ALGORITHM FOR ANALYZING MEDICAL IMAGES TO SUPPORT MEDICAL DECISIONS IN EARLY DIAGNOSTICS OF CANCEROUS DISEASES

BEKRENEV V.I., RICHMAIER S. Y.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: В работе представлены результаты разработки и клинической апробации программного алгоритма на основе сверточных нейронных сетей (CNN) для автоматизированного анализа компьютерно-томографических (КТ) изображений. Целью исследования была валидация системы как инструмента поддержки принятия решений (CADx) для раннего выявления злокачественных новообразований легких и печени. Алгоритм продемонстрировал высокие показатели диагностической точности, что позволяет рекомендовать его для использования в качестве «второго мнения» в рутинной клинической практике радиологов.

Ключевые слова: искусственный интеллект, машинное обучение, компьютерная томография (КТ), ранняя диагностика, рак легкого, рак печени, система поддержки принятия решений (CADx).

Abstract: This paper presents the results of the development and clinical testing of a software algorithm based on convolutional neural networks (CNN) for the automated analysis of computed tomography (CT) images. The aim of the study was to validate the system as a computer-aided diagnosis (CADx) tool for the early detection of malignant neoplasms of the lungs and liver. The algorithm demonstrated high diagnostic accuracy, making it suitable for use as a "second opinion" in the routine clinical practice of radiologists.

Keywords: artificial intelligence, machine learning, computed tomography (CT), early diagnosis, lung cancer, liver cancer, computer-aided diagnosis (CADx).

Введение. Ранняя и точная диагностика онкологических заболеваний является определяющим фактором для успешности лечения и выживаемости пациентов. Визуализация, в частности КТ, играет ключевую роль в первичном обнаружении опухолей. Однако визуальный анализ больших объемов данных радиологом субъективен, сопряжен с риском пропуска мелких и слабоконтрастных очагов и приводит к значительной нагрузке на специалиста.

Это создает острую потребность в современных, автоматизированных системах, способных повысить эффективность и объективность диагностического процесса.

Цель: разработать алгоритм глубокого обучения для автоматического обнаружения, сегментации и предварительной классификации очаговых образований в легких и печени на КТ-сканах и оценить его диагностическую эффективность в сравнении с заключениями экспертов-рентгенологов.

Материал и методы. Для обучения и валидации алгоритма был сформирован ретроспективный набор данных, включающий 12400 анонимизированных КТ-исследований грудной клетки и брюшной полости с подтвержденным гистологически диагнозом. Золотым стандартом служили разметки, выполненные двумя независимыми экспертами-рентгенологами. Архитектура алгоритма основана на модифицированной сети U-Net с добавлением механизмов внимания для улучшения сегментации мелких объектов. Обучение проводилось на фреймворке PyTorch с использованием Adam-оптимизатора. Диагностическая эффективность оценивалась на независимой тестовой выборке (n=1,560 исследований) по показателям чувствительности, специфичности, точности и площади под ROC-кривой (AUC).

Результаты и обсуждения. На тестовой выборке алгоритм показал следующие результаты: чувствительность – 95.2% (95% ДИ: 93.8–96.4%), специфичность – 97.1% (95% ДИ: 96.0–98.0%), точность – 96.5%, С – 0.98. Среднее время анализа одного исследования составило 45 секунд. Анализ ложноположительных срабатываний показал, что основными причинами были фиброзные изменения и артефакты движения. Ложноотрицательные результаты преимущественно были связаны с образованиями размером менее 4 мм. Полученные данные свидетельствуют о том, что разработанный алгоритм не уступает в точности опытному радиологу в задаче обнаружения опухолей и значимо превосходит его по скорости анализа. Важным преимуществом системы является ее способность унифицировать диагностический процесс и снизить вариабельность между специалистами.

Выводы: 1. Разработанный алгоритм на основе ИИ является высокоэффективным инструментом для автоматического анализа КТ-изображений и демонстрирует конкурентоспособные с экспертом-рентгенологом показатели диагностической точности.

2. Внедрение системы в клиническую практику в качестве инструмента поддержки принятия решений позволит повысить процент раннего выявления онкопатологии, снизить нагрузку на врачей и минимизировать субъективную составляющую при интерпретации снимков.

3. Перспективы дальнейших исследований включают в себя адаптацию

алгоритма для работы с другими модальностями (МРТ, ПЭТ) и расширение нозологического перечня (рак молочной железы, головного мозга). AU

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ОСТРЫХ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗАХ У ДЕТЕЙ

БИЧАН Елена Петровна

Кафедра биологической химии

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Научный руководитель – м.б.н., Екатерина Михайловна Белоус

AGE-RELATED CHARACTERISTICS OF MITOCHONDRIAL METABOLISM IN CHILDREN WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

BICHAN E.P.

Department of Biological Chemistry

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Supervisor: M.D., E.M. Belous

Резюме: Возрастные особенности митохондриального метаболизма при остром лимфобластном лейкозе у детей представляют собой важный патогенетический фактор, определяющий течение заболевания и ответ на терапию. Исследования демонстрируют, что у здоровых детей показатели митохондриального дыхания зависят от возраста, достигая максимальных значений в младших возрастных группах. У детей с впервые диагностированным острым лимфобластным лейкозом выявляется увеличение активности дыхательного комплекса I при одновременном снижении резервной мощности дыхательной цепи, что свидетельствует о метаболической перестройке лейкозных клеток.

Ключевые слова: лейкоз, митохондрии, острый лимфобластный лейкоз.

Abstract: Age-related changes in mitochondrial metabolism in children with acute lymphoblastic leukemia represent an important pathogenetic factor determining the course of the disease and response to therapy. Studies demonstrate that in healthy children, mitochondrial respiration parameters vary with age, reaching peak values in younger age groups. Children with newly diagnosed acute lymphoblastic leukemia exhibit increased respiratory complex I activity with a simultaneous decrease in the reserve capacity of the respiratory chain, indicating metabolic restructuring of leukemia cells.

Keywords: leukemia, mitochondria, acute lymphoblastic leukemia.

Введение. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) - наиболее распространённая форма злокачественных новообразований у детей, составляющая до 80 % всех случаев лейкозов в педиатрической практике. Несмотря на успехи в терапии, включая внедрение риск-адаптированных протоколов, остаются нерешёнными вопросы, связанные с биологическим разнообразием заболевания, устойчивостью к лечению и риском рецидивов.

Митохондриальный метаболизм играет важную роль в регуляции жизненного цикла клеток, включая процессы пролиферации, апоптоза и энергетического обеспечения. При ОЛЛ наблюдаются значительные изменения митохондриальной функции, включая дисбаланс окислительного фосфорилирования, повышение продукции активных форм кислорода и нарушение метаболической пластичности. Эти процессы могут варьировать в зависимости от возраста пациента, что обусловлено физиологическими особенностями митохондриального аппарата в разные возрастные периоды

Цель: провести анализ литературных источников по вопросам возрастных особенностей митохондриального метаболизма у детей с острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы. В данной обзорной статье использовались источники литературы из баз данных PubMed и eLibrary.

Результаты и обсуждения. Старение приводит к ремоделированию Т-клеточного иммунитета и связано с неблагоприятными клиническими исходами при возрастных заболеваниях, таких как рак. Среди основных признаков старения – изменения метаболизма хозяина и клеток, критически влияющие на развитие, поддержание и функцию Т-клеток.

Вопросы, касающиеся фундаментальной биологии лейкозных клеток, такие как их метаболические зависимости, до сих пор не решены. Несмотря на то, что большинство лейкозных клеток погибают во время первичного лечения, персистирующие лейкозные стволовые клетки (ЛСК) и резистентные к терапии клетки до сих пор не устранены современными методами лечения из-за различных механизмов, которые могут способствовать резистентности к терапии, включая клеточные метаболические адаптации. Фактически, недавние исследования показали, что ЛСК и резистентные к терапии клетки зависят от митохондриального метаболизма, что делает их чувствительными к ингибированию митохондриального окислительного фосфорилирования (OXPHOS).

Митохондрии играют центральную роль в физиологии и выживании практически всех эукариотических клеток и являются местом реализации разнообразных метаболических процессов, включая окислительное фосфорилирование, буферизацию активных форм кислорода, синтез/обмен

метаболитов и секвестрацию Ca2+. Митохондрии фенотипически гетерогенны, и эта вариабельность играет ключевую роль в сложности физиологических функций клеток, тканей и систем органов.

Метаболическое перепрограммирование является отличительной чертой злокачественных новообразований. Оно реализует глубокие метаболические изменения для поддержания выживания и пролиферации раковых клеток. Хотя эффект Варбурга является распространенной особенностью метаболического перепрограммирования, недавние исследования показали, что опухолевые клетки также зависят от митохондриального метаболизма. В связи с важной ролью митохондрий в метаболизме и выживании клеток, воздействие на митохондрии в раковых клетках является привлекательной терапевтической стратегией. Однако метаболическая гибкость раковых клеток может способствовать активации компенсаторных путей, таких как гликолиз, для поддержания выживания раковых клеток при подавлении митохондриального метаболизма.

Митохондрии находятся на стыке катаболического и анаболического метаболизма – сути жизни. Всё больше изучается, как их структура и функции динамически настраиваются в ответ на специфические потребности тканей в энергии, росте, восстановлении и обновлении. Митохондрии реагируют на внутренние и внешние стрессы и могут изменять функции клеток и организма, индуцируя метаболические сигналы внутри клеток, а также в дистальных клетках и тканях.

Исследование Lelcu с коллегами, опубликованное в 2021 году в журнале Children, впервые продемонстрировало наличие возрастной зависимости митохондриального дыхания в тромбоцитах у здоровых детей, причем наиболее высокие показатели наблюдались в младшей возрастной группе 10-11 лет. Авторы обнаружили, что у детей с впервые диагностированным острым лимфобластным лейкозом в возрасте 10-11 лет происходит значительное увеличение активного дыхания, поддерживаемого комплексом I, что указывает на метаболическую перестройку лейкозных клеток. Одновременно с этим у пациентов с ОЛЛ наблюдалось снижение максимального не сопряженного дыхания, свидетельствующее об истощении резервной мощности дыхательной цепи. Полученные данные позволяют предположить, что митохондриальная дисфункция при ОЛЛ у детей возникает уже на этапе дебюта заболевания и имеет возраст-зависимый характер. Возрастные особенности метаболизма здоровых детей, выявленные в этом исследовании, создают физиологическую основу для понимания того, как лейкозный процесс модулирует энергетический обмен в разных возрастных группах. Авторы подчеркивают, что выявленные изменения тромбоцитарного дыхания требуют дальнейшего изучения в качестве потенциального биомаркера заболевания у детей. Таким образом, учет

возрастного фактора является обязательным условием при интерпретации митохондриальных нарушений при остром лимфобластном лейкозе в педиатрической практике.

Выводы: митохондриальный метаболизм при остром лимфобластном лейкозе у детей демонстрирует выраженную возрастную зависимость, что проявляется в различиях активности дыхательных комплексов и резервной мощности митохондрий уже на этапе дебюта заболевания. Учет возрастных и субтип-специфических особенностей митохондриального метаболизма необходим для оптимизации диагностики, прогнозирования течения заболевания и разработки персонализированных терапевтических стратегий у детей с острым лимфобластным лейкозом.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЧЕРЕЗ КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА

БОБОМУРОДОВ Абдунаби Абдувалиевич, Пазиджанов Асадбек Абдувалиевич
Кафедра Фармакологии им д.м.н., проф. М.Н. Мусина
НАО Медицинский университет Семей, Казахстан
Научный руководитель- к.м.н. доцент Альбина Пирмановна Махатова

PRIMARY PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION THROUGH RISK FACTOR CONTROL

BOBMURODOV A.A., PAZILZHANOV A.S.
Department of Phamacology named after MD. Professor M.N. Musin
NAO Semey Medical University, Kazakhstan
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor A.P. Makhatova

Резюме: Артериальная гипертензия — одно из наиболее распространённых хронических заболеваний, значительно повышающее риск сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, профилактика, факторы риска, образ жизни, питание, стресс, физическая активность

Abstract: Arterial hypertension is one of the most prevalent chronic conditions that substantially increases the risk of cardiovascular complications.

Key words: arterial hypertension, prevention, risk factors, lifestyle, nutrition, stress, physical activity

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности во всём мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 1,2 миллиарда человек страдают артериальной

гипертензией, и лишь половина из них осведомлена о своём диагнозе. Артериальная гипертензия (АГ) характеризуется стойким повышением артериального давления выше 140/90 мм рт. ст. и приводит к структурным и функциональным изменениям сердечно-сосудистой системы. Особую значимость приобретает первичная профилактика артериальной гипертензии, направленная на предупреждение её развития путём коррекции факторов риска. К числу основных факторов относятся:

- избыточная масса тела и ожирение;
- низкая физическая активность;
- избыточное потребление соли;
- злоупотребление алкоголем и курение;
- хронический стресс и нарушения сна.

На современном этапе медицина ориентируется на междисциплинарный подход в профилактике АГ, который включает совместную работу врачей, психологов, диетологов и специалистов общественного здравоохранения.

Цель: изучить уровень осведомленности о факторах риска АГ среди студентов-медиков и определить наиболее эффективные методы их контроля в рамках первичной профилактики.

Материал и методы. В работе использовались результаты опроса 100 студентов старших курсов медицинского университета по вопросам образа жизни и знаний о профилактике АГ.

Результаты и обсуждения. 63 студента (63%) продемонстрировали высокий уровень осведомлённости о факторах риска АГ.

- 40 студентов-медиков (40%) отметили низкую физическую активность как один из ключевых факторов риска.
- 78 студентов (78%) признали наличие хронического стресса как значимый фактор, влияющий на артериальное давление. Сравнивая эти результаты с данными других исследований, можно отметить, что уровень осведомлённости среди наших студентов выше среднего, однако физическая активность и стресс остаются актуальными проблемами. Также стоит отметить, что, несмотря на высокий процент осведомлённости, лишь небольшая часть студентов (например, 35 студентов, или 35%) регулярно контролирует своё артериальное давление. Это указывает на необходимость повышения практической направленности профилактических мер.

Выводы: 1. Артериальная гипертензия имеет многофакторную природу, и контроль модифицируемых факторов риска является основой первичной профилактики.

2. Физическая активность, рациональное питание и управление стрессом доказано снижают вероятность развития гипертензии.

3. Необходима активизация профилактической работы среди молодёжи и

формирование устойчивых здоровых привычек.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

БОГИНА Ульяна Андреевна, БУРКОВА Екатерина Анатольевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

BASIC PRINCIPLES OF HEALTHY LIFESTYLE FORMATION

BOGINA U. A., BURKOVA E. A.Ф.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Здоровый образ жизни — регулярные нагрузки, сбалансированное питание, сон, управление стрессом. Важны активность (даже прогулки), качественное питание (меньше обработанного, больше фруктов/овощей) и психическое здоровье (управление стрессом, позитив, социум).

Ключевые слова: здоровый образ жизни, питание, активность, экология.

Abstract: Healthy lifestyle - regular exercise, balanced diet, sleep, stress management. Activity (even walks), quality nutrition (less processed, more fruits/vegetables) and mental health (stress management, positivity, society) are important.

Keywords: healthy lifestyle, nutrition, activity, ecology.

Введение: Актуальность темы здорового образа жизни (ЗОЖ) в современном обществе не вызывает сомнений. На фоне роста заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями и увеличения воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, формирование здорового образа жизни становится ключевым фактором в сохранении и укреплении здоровья населения. ЗОЖ представляет собой комплексную модель поведения, направленную на поддержание и улучшение здоровья, включающую рациональное питание, регулярную физическую активность, отказ от вредных привычек, психогигиену и соблюдение принципов профилактики.

Цель: определить и обосновать основные принципы формирования здорового образа жизни для различных групп населения.

Материал и методы. Проведен литературный обзор отечественных и зарубежных научных публикаций. Определены и сформированы основные принципы формирования здорового образа жизни для различных групп населения.

Результаты и обсуждения. Факторы ЗОЖ классифицируются по группам, отражая их взаимосвязь:

I. Биологические: возраст, пол и генетические особенности создают индивидуальные условия для поддержания здоровья. С годами меняются потребности в физической активности и питании. Исходное состояние здоровья определяет допустимые нагрузки и необходимые ограничения.

II. Психологические: успех в поддержании ЗОЖ напрямую зависит от мотивации, уровня самоконтроля и знаний о здоровье. Эмоциональное состояние и самооценка влияют на способность преодолевать трудности и сохранять полезные привычки.

III. Социальные: ближайшее окружение — семья, друзья, коллеги — формирует повседневные поведенческие модели. Культурные традиции, доступ к достоверной информации и социальная поддержка значительно облегчают ведение здорового образа жизни.

IV. Экономические: финансовые возможности и инфраструктура региона определяют доступность качественных продуктов, спортивных услуг и медицинской помощи. Экономическая стабильность позволяет планировать долгосрочные инвестиции в здоровье.

V. Экологические: качество воздуха, воды, степень озеленения территорий и безопасность района непосредственно влияют на возможности для физической активности и общее самочувствие.

VI. Факторы здравоохранения:доступность профилактических программ, регулярных обследований и консультаций специалистов помогает своевременно корректировать образ жизни и предотвращать развитие заболеваний.

Эффективная стратегия здорового образа жизни требует комплексного подхода, учитывающего все группы факторов. Важно анализировать их взаимодействие и выделять приоритетные направления для работы в конкретной ситуации, придерживаясь следующих принципов:

1. Принцип системности и регулярности

Здоровый образ жизни — это ежедневная система привычек. Регулярность важнее интенсивности.

2. Принцип умеренности и баланса

ЗОЖ не требует крайностей — важно найти «золотую середину». Питание должно быть разнообразным, без ограничений. Физические нагрузки должны соответствовать возможностям организма. Работа и отдых должны

быть сбалансированы.

3. Принцип осознанности

Понимание последствий своих действий — ключ к сохранению здоровья. Осознанный выбор в пользу здоровья в каждой ситуации

4. Принцип постепенности

Резкие изменения редко бывают устойчивыми. Менять привычки нужно поэтапно, а не все сразу.

5. Принцип индивидуальности

Не существует универсальных решений — каждый должен найти свой путь. Учитывать возраст, состояние здоровья, образ жизни. Выбирать те виды активности, которые приносят удовольствие. Создавать собственную систему здоровых привычек

6. Принцип комплексности

Все аспекты здоровья взаимосвязаны — физическая активность влияет на психическое состояние, качество питания сказывается на работоспособности, а сон и отдых определяют общий тонус организма.

7. Принцип устойчивости и долгосрочности

Постоянно адаптировать систему к изменяющимся условиям жизни.

Выводы: основные компоненты здорового образа жизни (ЗОЖ) — это взаимосвязанные элементы, совокупность которых способствует поддержанию и укреплению здоровья, улучшению качества жизни и увеличению ее продолжительности. Эти компоненты формируют целостную систему, где каждый элемент влияет на другие. Формирование ЗОЖ – это индивидуальный процесс, который требует осознанного подхода и усилий, но в результате приносит значительные выгоды для здоровья и качества жизни.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

БОГУЛКО Ксения Александровна, ГОЛОБОКОВА Екатерина Андреевна

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

PREVENTION OF OSTEOPOROSIS DEVELOPMENT BASED ON A COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF RISK FACTORS IN YOUNG ADULTS

BOGULKO K.A., GOLOBOKOVA E.A.

Department of Internal Diseases Propaedeutics
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department M.V. Letaeva

Резюме: методом опроса оценивалась частота встречаемости модифицируемых факторов риска остеопороза у лиц молодого возраста. Полученные данные указывают на высокую распространенность факторов риска остеопороза, что обосновывает актуальность проведения профилактики остеопороза среди молодежи для предупреждения его развития и осложнений.

Ключевые слова: факторы риска, остеопороз, молодой возраст.

Abstract: The study used a survey method to assess the prevalence of modifiable risk factors for osteoporosis in young adults. The findings indicate a high prevalence of risk factors for osteoporosis, highlighting the importance of implementing osteoporosis prevention programs among young individuals to prevent its development and complications.

Keywords: risk factors, osteoporosis, young age.

Введение. Долгое время остеопороз (ОП) считался болезнью «пожилого возраста», связанной с потерей костной массы. В последние годы доказано, что пик развития костной ткани приходится на возраст от 20 до 30 лет. Своевременное выявление факторов риска (ФР) у лиц молодого возраста является важнейшим аспектом в профилактике развития ОП, так как при изменении образа жизни можно улучшить здоровье костей и снизить риск переломов в будущем.

Цель: оценить частоту встречаемости ФР ОП у лиц молодого возраста для определения приоритетных направлений профилактики

Материал и методы. В исследование вошли 527 человек (396 (75,1%) женщин и 131 (24,9%) мужчина). Средний возраст составил 20,4 [19,0; 21,0] года. Было проведено одномоментное сплошное исследование с использованием анкеты. Разработанная анкета включала в себя вопросы по образу жизни, физической нагрузке, питанию, наличию факторов риска переломов. Суточный уровень потребления кальция рассчитывался по формуле: поступление кальция из молочных продуктов (в мг) плюс 350 мг, что эквивалентно среднему количеству кальция в сутки, получаемое за счет других пищевых продуктов.

Результаты и обсуждения. При оценке частоты встречаемости ФР ОП у молодых людей установлено, что 233 (44,2%) чел. имели один ФР, 166 (31,5%) – два, 92 (17,5%) респондента – три, 36 (6,8%) чел. – четыре.

Наиболее распространенным ФР ОП оказалось недостаточное потребление кальция с пищей, которое было выявлено у подавляющего

большинства опрошенных (425 чел. – 80,6%). Среди других ФР ОП значительную распространенность продемонстрировали: употребление алкоголя – 316 (59,9%), низкая физическая активность – 237 (44,9%). Реже встречались курение – 187 (35,5%), низкая масса тела – 48 (9,1%) чел.

Рекомендованную суточную норму кальция потребляли лишь 102 (19,3%) чел., 1/2 суточной нормы – 147 (27,9%), менее 1/2 суточной нормы – 278 (52,8%) опрошенных. Выявлено, что 146 (27,7%) девушек и 132 (25,0%) юноши получают с пищей менее 500 мг кальция в сутки. Среди молочных продуктов наиболее часто респонденты употребляли мягкие и твердые сорта сыра (24,6 и 19,2% опрошенных).

Свой уровень витамина Д известен только 68 (12,9%) респондентам, из них 49 (9,3%) женщин и 19 (3,6%) мужчин ($\chi2$ =3,34, p=0,068). Косвенная оценка уровня витамина Д проводилась с помощью анкеты, в которую были включены вопросы касательно вида, регулярности и продолжительности воздействия солнечных лучей. Выявлено, что большинство респондентов (249 чел. – 47,3%) в летний период ежедневно находились на открытом воздухе 5 ч и более, 203 (38,5%) – от 3 до 4 ч, и лишь 75 (14,2%) менее 3 ч в день. Подавляющее большинство опрошенных – 483 (91,6%) чел. – проводили летние месяцы за пределами города. Статистически значимых различий между группами не получено ($\chi2$ =0,76, p=0,684). Около трети опрошенных (186 чел. – 35,3%) дополнительно принимали витамин Д в качестве биологических активных добавок.

При анализе гендерного аспекта отмечено, что женщины статистически значимо чаще принимали витамин Д, чем мужчины: 132 и 54 чел. соответственно ($\chi2$ =4,16, p=0,041), а также чаще имели низкую массу тела: у 42 и 6 чел. соответственно ($\chi2$ =10,64, p=0,0011).

Около половины опрошенных не имели постоянной физической нагрузки (237 чел. – 44,9%): 124 (23,5%) женщины и 113 (21,4%) мужчин ($\chi2$ =0,73, p=0,468). Кроме того, физические нагрузки 5 ч и более в неделю выполняли в большей степени мужчины, чем женщины: 62 и 4 чел. соответственно ($\chi2$ =17,21, p=0,0002).

При оценке вредных привычек установлено, что 72 (13,7%) опрошенные женщины и 83 (15,7%) мужчины употребляли алкоголь в дозе более 26 мл/сут (в пересчете на чистый этанол) чаще, чем раз в месяц ($\chi2$ =1,43, p=0,231). Зарегистрировано 8 (1,5%) и 12 (2,3%) девушек и юношей соответственно отметили еженедельный прием алкоголя. В настоящее время курение подтвердили 98 (18,6%) девушек и 89 (16,9%) юношей ($\chi2$ =0,03, p=0,862).

Выводы: результаты проведенного исследования указывают на высокую распространенность модифицируемых ФР ОП у лиц молодого возраста, что обуславливает необходимость проведения профилактических мероприятий для

предупреждения развития ОП и его осложнений во взрослом возрасте.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

БОЛДЫШЕВА Вероника Денисовна, ПАНЧЕНКО Ксения Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

DEONTOLOGICAL ASPECTS OF WORKING WITH ELDERLY PATIENTS IN OUTPATIENT PRACTICE

BOLDYSHEVA V.D., PANCHENKO K.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastoschkina

Резюме: Пожилые пациенты составляют основной контингент поликлиник. Без этичного подхода к этой группе качество всей первичной медико-санитарной помощи оказывается под угрозой. Это не узкая специализация, а базовая компетенция современного врача-терапевта. Проведен анализ ключевых деонтологических принципов и дилемм в работе с пожилыми пациентами на амбулаторном этапе. Исследование базируется на систематизации современных научных публикаций, клинических рекомендаций и нормативно-правовых документов.

Ключевые слова: медицинская деонтология, гериатрия, пожилые пациенты, амбулаторная практика, информированное согласие, когнитивные нарушения, эйджизм, полипрагмазия, поддерживаемое принятие решений, биоэтика.

Abstract: Elderly patients make up the main contingent of outpatient clinics. Without an ethical approach to this group, the quality of all primary health care is at risk. This is not a narrow specialization, but a basic competence of a modern general practitioner. The article analyzes key deontological principles and dilemmas in working with elderly patients at the outpatient stage. The study is based on the systematization of modern scientific publications, clinical guidelines, and legal documents.

Keywords: medical deontology, geriatrics, elderly patients, outpatient practice, informed consent, cognitive impairments, ageism, polypragmasia, supported decision-making, and bioethics.

Введение. Демографическое старение населения приводит к увеличению доли пожилых пациентов в амбулаторно-поликлинической практике. Специфика гериатрического контингента (мультиморбидность, полиморфная симптоматика, когнитивные и сенсорные нарушения) создает уникальные деонтологические вызовы. Традиционные модели взаимоотношений «врач-пациент» требуют пересмотра с учетом принципов гериатрической этики. Недостаточная разработанность практических алгоритмов действий в «серых зонах» (например, при умеренных когнитивных нарушениях) приводит к стрессу врачей и потенциальным нарушениям прав пациентов.

Цель исследования – на основе анализа современной литературы и нормативной базы систематизировать основные деонтологические принципы в работе с пожилыми пациентами и разработать практико-ориентированные рекомендации для амбулаторного звена.

Материал и методы. Проведен поиск и обзор в базах данных eLibrary, PubMed, КиберЛенинка по ключевым словам за 2015-2025 гг. Были проанализированы нормативно-правовые документы: Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 19, 20, 22 о правах пациентов, информированном согласии, врачебной тайне), национальные клинические рекомендации «Старческая астения» (2023), учебники и монографии: «Биоэтика» (под ред. А.Я. Иванюшкина, П.Д. Тищенко), «Гериатрия» (под ред. О.Н. Ткачевой).

Результаты и обсуждения.

1. Выявленная система деонтологических принципов:

· Модификация классических принципов:

Принцип автономии трансформируется в «поддерживаемую автономию», принцип «не навреди» (non-maleficence) требует особого внимания к ятрогении и полипрагмазии.

· Дополнительные принципы:

Справедливость, забота (care ethics) как приоритет качества жизни, пропорциональность (соразмерность вмешательств).

2. Карта основных деонтологических дилемм (по данным литературы):

· Информированное согласие при когнитивном снижении:

Проблема оценки дееспособности. Правомерность вовлечения родственников без прямого согласия пациента (конфликт конфиденциальности и благодеяния).

· Эйджизм как этическая проблема:

Стигматизация по возрасту, выраженная в установках «это возрастное, лечить бесполезно». Признана одной из самых распространенных скрытых проблем.

· Дилеммы полипрагмазии: Конфликт между необходимостью лечения

множества заболеваний и риском ятрогенных осложнений. Этичность депрескрибирования (отмены необязательных препаратов).

· Цели лечения: Дилемма выбора между продлением жизни и улучшением ее качества (например, отказ от агрессивной диагностики в пользу паллиативной помощи).

3. Предлагаемые в литературе модели решения:

· Модель поддерживаемого принятия решений (Supported Decision-Making): подразумевает постепенное вовлечение доверенных лиц при сохранении максимально возможного контроля пациента над решениями.

· Инструменты оценки:

Рекомендуется использование кратких шкал для оценки когнитивного статуса (Mini-Cog, MMSE) и функциональной независимости (ADL, IADL) для объективизации решений.

· Необходимость междисциплинарного подхода:

Вовлечение клинических психологов, социальных работников, юристов для комплексного решения проблем.

Анализ показал, что теоретическая база достаточно развита, однако существует разрыв между теорией и практикой. Большинство практикующих врачей не знакомы с концепцией Supported Decision-Making. Отсутствуют простые, утвержденные на уровне Минздрава алгоритмы действий в типичных конфликтных ситуациях (например, отказ от госпитализации пациента с УКН). Требуется адаптация международных этических моделей к реалиям российской системы здравоохранения с ее высокой нагрузкой на врача и дефицитом времени.

Выводы:

1. Деонтология в работе с пожилыми пациентами представляет собой специализированный раздел медицинской этики, требующий модификации классических принципов и учета гериатрической специфики.

2. Ключевыми практическими дилеммами являются вопросы информированного согласия при снижении когнитивных функций, преодоление эйджизма и этичное управление политерапией.

3. Наиболее перспективной моделью для разрешения дилемм, согласно анализу литературы, является модель поддерживаемого принятия решений, которая позволяет найти баланс между уважением автономии пациента и обеспечением его безопасности.

4. Для внедрения этических принципов в повседневную практику необходимы:

· Разработка и утверждение упрощенных клинико-этических алгоритмов (памяток) для врачей первичного звена.

· Включение модулей по гериатрической этике и коммуникации в

программы повышения квалификации терапевтов и врачей общей практики.

· Создание в крупных амбулаторных центрах этических консилиумов или введение должности клинического этика для консультативной поддержки врачей.

МЕТФОРМИН КАК ПРЕПАРАТ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

БОЧКАРЕВ Иван Анатольевич

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

METFORMIN AS A FIRST-LINE DRUG IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS

BOCHKAREV I.A.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: В данной работе рассмотрена ключевая роль метформина в стартовой терапии сахарного диабета 2 типа. Статус метформина как препарата первой линии подтвержден масштабными клиническими исследованиями, которые доказали не только эффективный гликемический контроль, но и уникальную способность снижать сердечно-сосудистую смертность.

Ключевые слова: метформин, сахарный диабет 2 типа, инсулинорезистентность.

Abstract: This paper examines the key role of metformin in initial therapy for type 2 diabetes. Metformin's status as a first-line drug has been confirmed by large-scale clinical trials that have demonstrated not only effective glycemic control but also its unique ability to reduce cardiovascular mortality.

Keywords: metformin, type 2 diabetes mellitus, insulin resistance.

Введение. Метформин — базовое пероральное гипогликемическое средство класса бигуанидов, исходно выделенное из растения французская сирень (Galega officinalis). Его уникальный поливалентный механизм действия, патогенетически ориентированный на ключевые механизмы развития сахарного диабета (СД) 2 типа, закрепляет за ним статус безусловного препарата первой линии в глобальных алгоритмах лечения. Настоящее описание детализирует фармакодинамические и исторические основания, подтверждающие позицию метформина как стартовой терапии выбора при СД 2 типа.

Цель: провести комплексный анализ фундаментальной терапевтической роли метформина в качестве препарата первой линии для лечения сахарного диабета 2 типа, включая оценку его поливалентного механизма действия и позиции в современных клинических протоколах.

Материал и методы. Решение поставленных в работе задач осуществлялось на основе анализа существующих литературных данных из общедоступных источников, таких как PubMed, Cyberleninka, клинические рекомендации Ассоциации эндокринологов России и Государственный реестр лекарственных средств.

Результаты и обсуждения. Метформин является препаратом первой линии терапии для большинства пациентов с впервые выявленным СД 2 типа. Его назначают сразу после установления диагноза, одновременно с рекомендациями по модификации образа жизни. Для усиления эффекта его активно комбинируют с любыми другими классами сахароснижающих препаратов. Эффективность метформина подтверждена масштабными клиническими исследованиями. Так, в исследовании UKPDS, продолжавшемся в течении 30 лет, интенсивная терапия метформином у пациентов с избыточным весом привела к снижению риска любых осложнений диабета на 32% и снижению смертности от всех причин на 36% по сравнению с обычной терапией.

Использование метформина как препарата первой линии при сахарном диабете 2 типа обусловлено его уникальным патогенетическим воздействием на основные механизмы развития заболевания, такие, как инсулинорезистентность и избыточную продукцию глюкозы печенью.

Подавление глюконеогенеза в печени — ключевой и наиболее значимый эффект метформина. Препарат преимущественно накапливается в печени, где активирует фермент АМФ-активируемую протеинкиназу (AMPK). Это приводит к ингибированию ключевых ферментов глюконеогенеза, что резко снижает выработку эндогенной глюкозы, особенно в ночное время и натощак. Снижение базального уровня гликемии является основой его стабилизирующего действия.

Метформин способствует повышению периферической чувствительности к инсулину. Активация AMPK в скелетных мышцах и жировой ткани стимулирует транслокацию переносчиков глюкозы GLUT4 на клеточную мембрану, что значительно увеличивает утилизацию глюкозы периферическими тканями, снижая инсулинорезистентность.

Дополнительный эффект метформина заключается в уменьшении скорости абсорбции глюкозы из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что способствует сглаживанию постпрандиальных пиков гликемии. Помимо гликемического контроля, метформин демонстрирует кардиопротективный

эффект (снижение риска инфаркта миокарда), способствует умеренному снижению массы тела и оказывает благоприятное влияние на липидный профиль.

Нежелательные реакции, связанные с приемом метформина, в подавляющем большинстве случаев носят умеренный характер и связаны с влиянием на ЖКТ. Примерно у 20-30% пациентов развиваются такие явления, как диспепсия, металлический привкус во рту, анорексия, диарея, абдоминальный дискомфорт. Обычно они возникают в начале терапии и проходят при медленном титровании дозы и приеме препарата во время или после еды.

Риск лактатацидоза является самым серьезным, но крайне редким осложнением. Он существенно возрастает при наличии тяжелой почечной недостаточности, гипоксии, шока, острой алкогольной интоксикации или печеночной недостаточности. Эти состояния являются основными противопоказаниями к назначению препарата.

Выводы: метформин остается незаменимым препаратом первой линии в лечении сахарного диабета 2 типа благодаря своему патогенетически обоснованному, поливалентному механизму действия и уникальному профилю, сочетающему эффективность с безопасностью. Его ключевая клиническая дилемма — баланс между доказанными долгосрочными преимуществами (гликемический контроль, кардиопротекция) и необходимостью строгого учета противопоказаний для предотвращения редких, но серьезных рисков. Современная практика, основанная на тщательном контроле функции почек, использовании форм с модифицированным высвобождением, стратегии постепенного титрования дозы и регулярном мониторинге, позволяет максимизировать терапевтическую пользу для подавляющего большинства пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

БОЧКАРЕВА София Анатольевна, ЛАПШИНА Алина Васильевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

OPPORTUNITIES FOR EARLY DIAGNOSTICS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

BOCHKAREVA S.A., LAPSHINA A.V.

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

Резюме: Основное внимание в анализе возможностей ранней диагностики хронической болезни почек (ХБП) у пациентов с сердечно-сосудистой патологией уделяется необходимости комплексного подхода к обследованию пациентов. Обсуждаются преимущества скрининга и применения современных диагностических алгоритмов.

Ключевые слова: ранняя диагностика, хроническая болезнь почек (ХБП), сердечно-сосудистые заболевания, скрининг.

Abstract: The analysis of the possibilities of early diagnosis of chronic kidney disease (CKD) in patients with cardiovascular pathology focuses on the need for a comprehensive approach to patient examination. The advantages of screening and the use of modern diagnostic algorithms are discussed.

Keywords: early diagnosis, chronic kidney disease (CKD), cardiovascular diseases, screening.

Введение. По определению современных клинических рекомендаций, хроническая болезнь почек (ХБП) – это состояние, характеризующееся стойким структурным и функциональным повреждением почек, длящимся более трех месяцев. Согласно данным эпидемиологических исследований, распространенность ХБП в общей популяции достигает 10-15%, а среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) – 30-50% и более. Пациенты с ССЗ составляют группу высокого риска развития и прогрессирования ХБП в связи с общими патогенетическими механизмами («кардиоренальный континуум»). Ранняя, часто малосимптомная стадия ХБП (1-3) нередко остается нераспознанной при кардиологическом наблюдении, что приводит к запоздалой диагностике на терминальных стадиях, ограничению терапевтических возможностей и резкому повышению сердечно-сосудистого риска. Таким образом, ранняя диагностика ХБП может сыграть ключевую роль в своевременном начале нефропротективной терапии и снижении риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности.

Цель: оценить возможности ранней диагностики ХПБ.

Материал и методы. Проведен анализ данных научной литературы и клинических рекомендаций (KDIGO, ESC, РКО) по диагностике и ведению ХБП у пациентов с кардиологической патологией. Также выполнен ретроспективный анализ лабораторных и инструментальных данных 52 пациентов кардиологического отделения с установленными диагнозами: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая

сердечная недостаточность. Критериями оценки служили частота назначения и результаты определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ, формула CKD-EPI), альбуминурии (отношение альбумин/креатинин в моче, UACR) и уровня сывороточного креатинина при первичной госпитализации.

Результаты и обсуждения. Анализ литературных данных подтверждает высокую распространенность сочетанной кардиоренальной патологии. Согласно нашим результатам, лишь у 40% пациентов кардиологического профиля при первичной госпитализации в истории болезни был документирован расчет СКФ. Анализ на альбуминурию был назначен менее чем 15% пациентов. При этом целенаправленное обследование выявило, что распространенность ХБП стадий 3-5 среди пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) составила более 35%. У большинства из этих пациентов диагноз ХБП ранее не верифицировался и не учитывался при планировании терапии.

Анализ практики показывает, что целенаправленный скрининг ХБП у кардиологических в, соответствующий международным рекомендациям, позволяет существенно повысить частоту ее раннего выявления:

1. Оценка скорости клубочковой фильтрации (СКФ): Рутинный расчет СКФ по формулам (CKD-EPI) у всех пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью позволяет выявить бессимптомные стадии ХБП (С1-С3а) более чем у 25% больных. Ограничиваться оценкой только уровня креатинина недопустимо, так как его повышение свидетельствует о значительной (чаще >50%) потере функции почек.

2. Анализ на альбуминурию: Тестирование на отношение альбумина к креатинину в моче (UACR) является ключевым маркером поражения почек и независимым предиктором сердечно-сосудистого риска. Его включение в стандартное обследование кардиологических пациентов повышает выявляемость ХБП на 30-40% по сравнению с использованием только уровня креатинина или СКФ.

3. Внедрение алгоритмов преемственности: Создание четких диагностических алгоритмов взаимодействия между кардиологами и терапевтами/нефрологами обеспечивает своевременное направление пациентов с впервые выявленной ХБП для углубленного обследования и подбора терапии.

4. Использование биомаркеров: Применение новых биомаркеров (таких как NGAL – липокалин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов) в группах высокого риска позволяет заподозрить повреждение почек на самых ранних, потенциально обратимых стадиях.

Опыт внедрения программ скрининга ХБП в кардиологическую практику, в том числе на основе полученных данных, демонстрирует возможность

снижения числа поздних диагностированных случаев и улучшения прогноза пациентов.

Рекомендации по улучшению диагностики:

1) Интеграция скрининга в стандартные протоколы: обследование на ХБП (расчет СКФ и анализ на альбуминурию) должно стать обязательным компонентом первичного и динамического наблюдения для всех пациентов с установленной сердечно-сосудистой патологией.

2) Использование современных технологий: внедрение калькуляторов СКФ в электронные истории болезни и мобильные приложения для врачей способствует автоматизации расчета и привлечению внимания к проблеме.

3) Мультидисциплинарный подход: тесное взаимодействие кардиологов, терапевтов, нефрологов и эндокринологов необходимо для формирования целостного подхода к ведению пациента с кардиоренальными нарушениями.

4) Регулярная оценка эффективности скрининга: важно отслеживать ключевые показатели (долю пациентов, прошедших обследование, частоту впервые выявленной ХБП) для оценки эффективности диагностической программы и ее корректировки.

5) Образовательные программы для врачей: повышение осведомленности кардиологов и терапевтов о важности ранней диагностики ХБП и принципах нефропротекции является залогом долгосрочного успеха.

Выводы: активный скрининг и ранняя диагностика ХБП у пациентов с сердечно-сосудистой патологией являются ключевым инструментом в разрыве порочного круга кардиоренального континуума. Опыт показывает, что системный подход, включающий рутинное применение лабораторных маркеров и налаживание междисциплинарного взаимодействия, может значительно повысить выявляемость ХБП на доклинических стадиях. Разработка и внедрение унифицированных алгоритмов диагностики становятся ключевым шагом на пути к снижению риска осложнений и улучшению прогноза у данной категории больных.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ КЕМГМУ О ВЕЙП-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

БУГРОВА Дарья Михайловна, КОПЫЛОВА Надежда Андреевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель - старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

AWARENESS OF KEMSMU STUDENTS ABOUT VAPE-ASSOCIATED PNEUMONIA

BUGROVA D.M., KOPYLOVA N.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: с каждым годом количество курящих вейп и его аналогов растет. По статистике на 2024 год пользователей электронных курительных устройств среди российского населения старше 15 лет было 4.4% (5,3 млн). Но лишь немногие проинформированы о связи вейпинга с появлением пневмонии. В работе представлена статистика об информированности студентов КемГМУ о вейп-ассоциированный пневмонии.

Ключевые слова: студенты, вейп-ассоциированная пневмония, информированность

Abstract: Every year, the number of smokers of vape and its analogues is growing. According to statistics, in 2024, users of electronic smoking devices among the Russian population over the age of 15 were 4.4% (5.3 million). But only a few are informed about the connection of vaping with the appearance of pneumonia. In our work, we have demonstrated the statistics we have collected on the awareness of KemSMU students about vape-associated pneumonia.

Keywords: students, vape-associated pneumonia, awareness

Введение. Болезнь вейперов, EVALI или же вейп-ассоциированная пневмония — заболевание, напрямую связанное с вейпингом, но несмотря на рост распространенность данного заболевания с каждым годом мало кто знает о существовании данного заболевания.

Цель: оценить информированность студентов о вейп-ассоциированный пневмонии

Материал и методы. Для сбора данных использовали анонимную анкету собственной разработки.

Результаты и обсуждения. Мы провели анкетирование студентов ФГБОУ КемГМУ, в котором учувствовали 42 молодых людей в возрасте от 19 до 30 лет (преимущественно от 21 до 23 лет - 30 человек). Из них женщины - 88,1%, мужчины - 11,9%. В анкетировании приняли участие студенты всех курсов, преимущественно 4 курса (61,9%), 5 курса (19%), и 6 курса (11,9%).

Из опрошенных курят 54,8%, 16,7% курили в прошлом. Среди курящих людей, занимающихся этим более 5 лет - 40%, 1-3 года - 23,3%, 3-5 лет - 20%. В основном предпочитают вейп - 23 человека, сигареты используют 17 человек, стики - 6 человек. 68,3% участников анкетирования, которые курили или продолжают курить, слышали хоть раз такие понятия как вейп-ассоциированная пневмония, болезнь вейперов или EVALI, хотя только

половина из них знакомы со всеми понятиями. Среди студентов-курильщиков 33,3% людей болеют респираторными заболеваниями менее 1 раза в год, 33,3% 1 раз в год, 26,7% 2-3 раза в год, 6,7% более 6 раз. Из них у 77,4% людей нет хронических заболеваний дыхательной системы, у 16,1% установлен диагноз бронхит, у 3,3% бронхиальная астма, и у столько же процентов людей эмфизема легких. У 32,3% анкетируемых курильщиков появляется мокрота по утром, причем у 6,5% она вырабатывается в таком количестве, что появляется необходимость прокашляться. Ежегодными периодами кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году страдают 22,6% студентов-курильщиков. Пневмонией после начала курения болели хотя бы 1 раз 6,7% курильщиков, из них половина болели более 1 раза. В целом лечение от пневмонии большинство проходили амбулаторно, но 20% пришлось госпитализировать в связи с тяжестью течения.

Выводы: среди опрошенных 42 студентов (в возрасте от 19 до 30 лет) КемГМУ вейперов оказалось 23 человека. Знакомы с вейп-ассоциированной пневмонией лишь 68,3% студентов медицинского университета, которые курят. Также у 22,6% уже есть хроническое заболевание дыхательной системы, пневмонией переболели хотя бы 1 раз 6,7%, среди которых 1/5 часть была госпитализирована.

СТАТИНЫ И ПЕЧЕНЬ: НЕОПРАВДАННЫЕ СТРАХИ ИЛИ РЕАЛЬНАЯ УГРОЗА?

ВАЛИЕВА Шабинам, МЕЖЕЛОВА Полина Петровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

STATINS AND THE LIVER: UNJUSTIFIED FIGHTS OR A REAL THREAT?

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

Резюме: Статины являются ключевыми препаратами для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, однако их применение сопровождается опасениями о гепатотоксичности. Несмотря на частое бессимптомное повышение печеночных ферментов, клинически значимое поражение печени

встречается крайне редко. Цель статьи — разграничить необоснованные страхи и реальные риски, связанные с приемом статинов.

Ключевые слова: статиновые препараты, печень, гепатотоксичность, побочные эффекты, гепатиты.

Abstract: Statins are essential drugs for the prevention of cardiovascular diseases, but their use is accompanied by concerns about hepatotoxicity. Although asymptomatic elevation of liver enzymes is common, clinically significant liver damage is extremely rare.

Keywords: statin drugs, liver, hepatotoxicity, side effects, hepatitis.

Введение. Статины — это ключевые препараты для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, которые доказано снижают уровень «плохого» холестерина (ЛПНП) и смертность. Однако с момента их появления вопрос о потенциальном вреде для печени (гепатотоксичности) остается одним из самых дискуссионных.

Повышение печеночных ферментов (АЛТ) — частое явление при приеме статинов, что вызывает у врачей и пациентов обоснованные опасения. Однако современные данные показывают, что реальное повреждение печени встречается крайне редко, а временное повышение трансаминаз не опасно. Более того, статины могут даже благотворно влиять на течение некоторых болезней печени, например, жирового гепатоза.

Таким образом, актуальность данной статьи обусловлена необходимостью объективного анализа и систематизации существующих данных о гепатотоксичности статинов с целью разграничения неоправданных страхов, основанных на мифах и устаревших представлениях, и реальных рисков, требующих внимания клинициста.

Цель: на основе комплексного анализа современной научной литературы оценить частоту, механизмы, клиническую значимость поражений печени, ассоциированных с приемом статинов.

Материал и методы. Для достижения этой цели был проведен анализ современной российской и зарубежной литературы с использованием баз данных Embase и PubMed/PubMed Central. При подготовке данной статьи было проанализировано около 10 литературных источников.

Результаты и обсуждения. Статины — это высокоэффективные и хорошо изученные препараты для снижения холестерина, которые стали основой профилактики ишемической болезни сердца, вытеснив традиционные средства. Первый статин (ловастатин) был выделен из грибка в 1979 году и применяется с 1987. Позже были созданы как полусинтетические (симвастатин, правастатин), так и полностью синтетические (флувастатин, аторвастатин, розувастатин) препараты.

Механизм действия статинов:

1. Снижение холестерина: Статины блокируют в печени ключевой фермент (ГМГ-КоА-редуктазу), необходимый для производства холестерина. Это заставляет клетки печени активнее захватывать "плохой" холестерин (ЛПНП) из крови, что значительно снижает его уровень.

2. Плейотропные эффекты: Подавление того же фермента уменьшает синтез других веществ (изопреноидов), что объясняет дополнительные "полезные" эффекты статинов: противовоспалительный, улучшение состояния сосудов и другие.

3. Длительность лечения: Эффект от статинов развивается в течение 1-2 месяцев и обратим после отмены, поэтому для поддержания результата терапия обычно назначается на длительный срок.

Статины первого поколения (флувастатин и др.) снижают холестерин ЛПНП на 20-35%, что на треть уменьшает сердечно-сосудистые риски. Их назначают при атеросклерозе, высоком холестерине, не корректируемом диетой, и при наличии факторов риска.

Статины первого поколения (флувастатин и др.) снижают холестерин ЛПНП на 20-35%, что на треть уменьшает сердечно-сосудистые риски. Их назначают при атеросклерозе, высоком холестерине, не корректируемом диетой, и при наличии факторов риска.

Для объяснения плейотропных эффектов статинов была предложена гипотеза, связывающая их с подавлением синтеза изопреноидов. К предполагаемым механизмам относятся:

· Улучшение функции эндотелия и активация синтазы оксида азота.

· Снижение системного субклинического воспаления.

· Модуляция компонентов атеросклеротической бляшки.

· Подавление дифференцировки мезенхимальных стволовых клеток в макрофаги, что напрямую снижает воспаление.

Указанные механизмы могут влиять на патофизиологию ХБП и иметь клиническое значение.

Побочные эффекты и дополнительные преимущества статинов

К основным побочным эффектам относятся: мышечные симптомы (часто без повышения КФК), повышение риска развития диабета, рост уровня печеночных ферментов (особенно при лекарственных взаимодействиях).

Для минимизации рисков необходимы исходные анализы (глюкоза, трансаминазы, КФК) и учет фармакокинетики.

Дополнительные положительные эффекты (плейотропные):

- Противовоспалительный эффект: Снижение уровня С-реактивного белка и цитокинов. Наиболее выражен у липофильных статинов (но у них же и выше риск побочек).

- Иммуномодуляция: Снижение риска отторжения трансплантата, потенциальная польза при ревматоидном артрите за счет подавления провоспалительных реакций.
- Влияние на кости: Подавление резорбции и усиление образования костной ткани, что исследуется для лечения остеопороза.
- Влияние на подагру: Снижение уровня мочевой кислоты (важно учитывать взаимодействие с колхицином).

Другие аспекты: исследуется положительная роль статинов в снижении риска деменции и подавлении роста некоторых раковых клеток (например, при колоректальном раке). Многие данные о побочных эффектах и новых преимуществах статинов требуют дальнейшего изучения в рамках масштабных исследований.

Выводы: таким образом, статиновые препараты являются весьма безопасными и эффективными препаратами для ведения пациентов, нуждающихся в гиполипидемической терапии. Первоначально статины действительно считались опасными гепатотоксическими препаратами, однако в современных исследования и мета-анализах, подтверждается тот факт, что эта группа гиполипидемических препаратов безопасна и бесспорно эффективна, и даже может оказывать положительное влияние на патогенез различных хронических заболеваний печени (вирусных гепатитов В и С, цирроза печени, неалкогольной жировой болезни печени) и их осложнений.

СВОЕВРЕМЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ КАК ФАКТОР УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТЕХОЛАМИНОВОЙ ГИПЕРТЕЗИИ

ВАСИЛЬЕВА Эльвира Александровна, КАРЕТНИКОВ Тимофей Анатольевич
Кафедра поликлинической терапии[1]
Кафедра факультетской хирургии и урологии[2]
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научные руководители—д.м.н., профессор Александр Михайлович Путинцев [2] , старший преподаватель Кира Борисовна Мозес [1]

TIMELY OBSERVATION AS A FACTOR OF SUCCESSFUL TREATMENT OF CATECHOLAMINE HYPERTENSION

VASILYEVA E.A., KARETNIKOV T.A.
Department of Polyclinic Therapy[1],
Department of Faculty Surgery and Urology[2]
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Professor A. M. Putintsev [2],

Senior Lecturer K. B. Moses[1]

Резюме: Катехоламиновая гипертензия остаётся актуальной проблемой современной медицины ввиду высокой частоты тяжёлых сердечно-сосудистых осложнений и риска внезапной смерти. Несмотря на относительно низкую распространённость, своевременное выявление феохромоцитом и параганглиом имеет ключевое значение, так как хирургическое удаление опухоли позволяет радикально устранить источник гиперсекреции катехоламинов. Современные методы лабораторной диагностики и визуализации значительно повышают точность выявления, а использование генетического тестирования расширяет возможности скрининга.

Ключевые слова: катехоламиновая гипертензия, адреналэктомия, феохромоцитома.

Abstract: Catecholamine hypertension remains an urgent problem in modern medicine due to the high incidence of severe cardiovascular complications and the risk of sudden death. Despite the relatively low prevalence, timely detection of pheochromocytomas and paragangliomas is of key importance, since surgical removal of the tumor makes it possible to radically eliminate the source of catecholamine hypersecretion. Modern methods of laboratory diagnostics and imaging significantly increase the accuracy of detection, and the use of genetic testing expands the possibilities of screening.

Keywords: catecholamine hypertension, adrenalectomy, pheochromocytoma.

Введение. Катехоламиновая гипертензия (КГ) является одним из наиболее опасных вариантов вторичной артериальной гипертонии, обусловленной гиперпродукцией катехоламинов опухолями хромаффинной ткани. Наиболее часто источником заболевания выступают феохромоцитомы и параганглиомы. Несмотря на относительную редкость патологии (0,2–0,4% среди больных артериальной гипертензией), её клиническое значение чрезвычайно велико, поскольку течение характеризуется кризами с выраженной гипертензией, тахикардией, гипергидрозом, головной болью, тревожными расстройствами и резистентностью к стандартной терапии. Отсутствие своевременной диагностики приводит к высокой частоте тяжёлых сердечно-сосудистых осложнений: инсультов, инфарктов миокарда, нарушений ритма и острой сердечной недостаточности. Современные клинические рекомендации подчёркивают необходимость настороженности в отношении КГ у пациентов с резистентной или пароксизмальной гипертензией, а также у лиц молодого возраста с тяжёлым течением болезни. В этих условиях именно раннее обследование определяет успешность лечения и благоприятный исход.

Цель: оценить клинические результаты лечения катехоламиновой гипертензии и роль своевременного обследования в повышении эффективности терапии и снижении риска осложнений.

Материал и методы. В исследование включены 59 пациентов с первичной катехоламиновой артериальной гипертонией. Возраст пациентов составлял от 15 до 65 лет (средний — 44 ± 11 лет). Среди них преобладали женщины — 40 случаев (67,8%), мужчины составили 19 случаев (32,2%). Длительность заболевания от начала симптомов до постановки диагноза варьировала от 1 года до 10 лет.
Все пациенты были подвергнуты хирургическому лечению. В 56 случаях выполнена адреналэктомия: у 52 больных (92,9%) слева, у 4 (7,1%) — справа. У трёх больных по разработанной методике произведена рентгенэндоваскулярная окклюзия центральной надпочечниковой вены. Отдалённые результаты прослежены у 30 пациентов (50,9%) в срок свыше 10 лет.
Комплекс обследования включал: гормональные исследования (определение ренина, альдостерона, кортизола, метанефринов; радиоиммунные методы), селективную флебографию надпочечниковых вен с забором крови, УЗИ на аппаратах «Aloka-SSD-1700» и «Aloka-SSD-680» (Япония), КТ на томографе «CT MAX», МРТ на «Signa Contur» (General Electric), ангиографию на «Angioskop D 33» (Siemens).

Результаты и обсуждения. При анализе клинических данных установлено, что заболевание чаще диагностировалось у женщин среднего возраста. У большинства больных отмечался длительный анамнез гипертонии до установления правильного диагноза, что свидетельствует о трудностях своевременного выявления КГ.

Выполнение 56 адреналэктомий подтвердило, что радикальное хирургическое вмешательство является основным методом лечения. Преобладание опухолей левой надпочечниковой железы (92,9%) заслуживает внимания и требует дальнейшего изучения с точки зрения анатомо-функциональных особенностей кровоснабжения. Применение рентгенэндоваскулярной окклюзии центральной надпочечниковой вены у трёх пациентов показало удовлетворительные результаты и может рассматриваться как перспективная методика при невозможности радикальной операции. Отдалённые результаты наблюдения более чем у половины больных (30 человек, 50,9%) продемонстрировали стойкую нормализацию или значительное улучшение артериального давления. Большинство пациентов не нуждались в постоянной антигипертензивной терапии. Таким образом, хирургическое лечение после комплексной диагностики обеспечивает высокий процент ремиссии и хорошее качество жизни в течение длительного времени (10 лет и более). Использование широкого спектра диагностических технологий

оказалось решающим для точной топической диагностики и исключения ошибок. Гормональные тесты и селективная флебография позволяли не только подтвердить гиперсекрецию катехоламинов, но и определить сторону поражения. Высокое качество визуализации при КТ и МРТ обеспечивало выявление даже небольших опухолей. Ангиография применялась как уточняющий метод при сложных случаях и способствовала выбору хирургической тактики

Выводы: катехоламиновая гипертензия чаще встречается у женщин среднего возраста и характеризуется длительным скрытым течением. Основным методом лечения остаётся адреналэктомия, преимущественно слева; в отдельных случаях применима эндоваскулярная методика. Комплексное обследование обеспечивает точную диагностику и оптимальный выбор хирургической тактики. Отдалённые результаты наблюдения более 10 лет подтверждают высокую эффективность хирургического лечения. Ранняя диагностика катехоламиновой гипертензии является ключевым фактором снижения осложнений и повышения качества жизни пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ ПОДСЧЁТА ШАГОВ В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

ВАСИЛЬЕВА София Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

HEALTH MONITORING AND WEARABLE GADGETS

VASIL'EVA S. A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Физическая активность является важным модифицируемым фактором риска хронических неинфекционных заболеваний. Использование приложений для подсчёта шагов позволяет контролировать уровень активности и способствует формированию полезных привычек. Проведён опрос среди молодых людей для оценки отношения к приложениям типа «Калькулятор шагов» и частоты их использования.

Ключевые слова: физическая активность, приложения для подсчёта шагов, молодой возраст

Abstract: Physical activity is an important manageable risk factor for chronic noncommunicable diseases. Using step-counting apps helps monitor activity levels and promote healthy habits. A survey of young people was conducted to assess attitudes toward apps like «Step Calculator» and their frequency of use.

Keywords: physical activity, step counting applications, young age

Введение. Физическая активность является одним из основных управляемых факторов риска развития: артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, ишемической болезни сердца, депрессивных расстройств. Согласно рекомендациям ВОЗ (2020г.), здоровому взрослому человеку рекомендуется не менее 150–300 минут умеренной физической активности в неделю или в среднем 7–10 тысяч шагов в сутки. Этот параметр легко контролировать с помощью современных смартфонов. Наиболее распространённые приложения: Google Fit, Samsung Health, Huawei Health, Pedometer — Step Counter, Счётчик шагов — Калькулятор шагов, Шагомер: Счетчик шагов, Apple Health («Здоровье»). Эти программы фиксируют количество шагов, пройденную дистанцию, активные минуты, расход калорий, динамику активности по дням и месяцам, а также формируют отчёты для пользователя.

Цель: оценить отношение и частоту использования приложений типа «Калькулятор шагов» среди лиц молодого возраста.

Материал и методы. Проведён анализ литературы по ключевым словам: «физическая активность», «шаги», «мобильные приложения», «молодой возраст». Составлена анкета, включающая следующие вопросы: 1. Укажите уровень вашей повседневной физической активности: – низкий / умеренный / высокий. 2. Используете ли вы смартфон/айфон для контроля шагов? (да/нет) 3. Ваше среднее количество шагов в сутки. 4. Ваше среднее количество шагов за месяц. 5. Пол.6. Возраст. Было опрошено 52 человека в возрасте 18–25 лет.

Результаты и обсуждения. Характеристика участников -52 респондента, из них 58% женщины, 42% мужчины. Средний возраст: 20 ± 2 года. Приложение «Калькулятор шагов» или аналогичные программы используют 71% участников. Не используют смартфон для контроля активности 29%. Уровень физической активности: низкий уровень — 27%, умеренный — 54%, высокий — 19%. Среднее количество шагов среди пользователей приложения — 7420 шагов/сутки; среди тех, кто не использует приложение — 4960 шагов/сутки. По отношение к использованию: 63% пользователей считают приложение мотивирующим, 21% — удобным инструментом самоконтроля, 16% — используют эпизодически и не считают нужным постоянный контроль. Полученные данные совпадают с мировыми исследованиями, согласно

которым использование шагомеров увеличивает ежедневную активность на 20–30%.

Выводы: большинство молодых людей используют приложение «Калькулятор шагов» или аналогичные программы. Пользователи приложения имеют более высокий уровень физической активности. Большая часть респондентов положительно относится к использованию приложения и отмечает его мотивационное воздействие. Приложения для подсчёта шагов являются удобным инструментом самоконтроля и могут применяться в профилактике ХНИЗ.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ВАХМЯНИНА Дарья Артемовна, ШЕГАЙ Ольга Дмитриевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель –к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

PEPTIC ULCER IN ADULTS. DIAGNOSIS AND TREATMENT.

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

Резюме: Синдром профессионального выгорания (СПВ) у врачей амбулаторно-поликлинического звена представляет собой не только личную проблему медицинского работника, но и серьезную деонтологическую и организационную проблему. Выгорание напрямую коррелирует со снижением качества медицинской помощи, нарушением этических норм общения с пациентами, ростом числа врачебных ошибок и текучестью кадров. В статье анализируются ключевые факторы риска развития СПВ в условиях поликлиники, его влияние на соблюдение принципов медицинской деонтологии, а также рассматриваются комплексные меры профилактики и преодоления на уровнях личности, коллектива и системы здравоохранения. Делается вывод о необходимости признания проблемы выгорания системной и внедрения целевых программ по сохранению психического здоровья медицинских работников как неотъемлемого условия качества и безопасности медицинской деятельности.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, врач поликлиники, медицинская деонтология, эмоциональное истощение, качество медицинской помощи, профилактика выгорания, психическое здоровье медиков.

Abstract: Burnout syndrome among outpatient clinic physicians is not only a personal problem of a healthcare worker but also a significant deontological and organizational issue. Burnout directly correlates with a decrease in the quality of medical care, violations of ethical communication standards with patients, an increase in medical errors, and staff turnover. The article analyzes the key risk factors for burnout in a polyclinic setting, its impact on adherence to the principles of medical deontology, and examines comprehensive measures for prevention and overcoming at the levels of the individual, the team, and the healthcare system. It is concluded that it is necessary to recognize burnout as a systemic problem and to implement targeted programs for preserving the mental health of medical workers as an integral condition for the quality and safety of medical practice.

Keywords: professional burnout, polyclinic physician, medical deontology, emotional exhaustion, quality of medical care, burnout prevention, mental health of medical staff.

Введение. Современная амбулаторно-поликлиническая практика характеризуется высокой интенсивностью труда, многозадачностью, постоянным взаимодействием с большим потоком пациентов и их родственников, а также возрастающей административной нагрузкой. Эти условия являются благоприятной средой для развития синдрома профессионального выгорания (СПВ). СПВ, проявляющийся эмоциональным истощением, деперсонализацией (циничным отношением к пациентам) и редукцией профессиональных достижений, выходит за рамки личных трудностей врача. Он становится деонтологической проблемой, поскольку напрямую подрывает фундаментальные принципы медицинской этики: уважение автономии пациента, милосердие, справедливость. Выгоревший врач теряет способность к эмпатии, что ведет к формализации общения, нарушению врачебной тайны, снижению приверженности к качественной диагностике и лечению. Таким образом, проблема выгорания трансформируется в проблему безопасности пациентов и устойчивости системы здравоохранения.

Цель: проанализировать синдром профессионального выгорания врача поликлиники с позиций медицинской деонтологии, изучить его основные причины и последствия, а также систематизировать современные подходы к профилактике и преодолению данного состояния на индивидуальном и организационном уровнях.

Материал и методы. Проведен анализ современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных проблеме профессионального выгорания в медицине, обзор публикаций в научных базах данных (PubMed, eLIBRARY, КиберЛенинка, Scopus). Изучены клинические рекомендации и методические материалы по охране психического здоровья медицинских

работников. Применялись методы системного и сравнительного анализа.

Результаты и обсуждения. Этиология и деонтологические последствия СПВ. Ключевыми факторами риска в поликлинике являются: хронический дефицит времени на прием (сверхнормативные нагрузки), эмоционально напряженный контакт с больными, противоречивые требования администрации, обилие бюрократической отчетности, конфликты в коллективе, недостаточная социальная поддержка. Деонтологический сбой проявляется в нарушении принципа «не навреди»: Эмоциональное истощение повышает риск диагностических ошибок, невнимательности при сборе анамнеза, неполного обследования. Эрозии эмпатии и милосердия: Деперсонализация ведет к безликому, формальному, а иногда и грубому обращению с пациентами («синдром черствого сердца»). Врач воспринимает пациента как «очередной случай», а не как личность. Нарушении конфиденциальности: Снижение внимания может привести к небрежному обращению с медицинской документацией, обсуждению случаев в неподходящей обстановке. Отказе от collegiality: Выгорание способствует изоляции врача, нежеланию консультироваться с коллегами, что снижает качество междисциплинарного взаимодействия. Стратегии профилактики и преодоления. Борьба с выгоранием должна быть комплексной и многоуровневой. Организационный (системный) уровень:

· Оптимизация нагрузки и нормирование рабочего времени.

· Внедрение систем менеджмента качества, снижающих бюрократическую нагрузку.

· Создание программ психологической поддержки (службы здоровья медработников, супервизионные группы, доступ к психотерапевту).

· Формирование позитивной организационной культуры, поощрение командной работы, система наставничества.

· Проведение регулярных анонимных опросов для мониторинга уровня стресса и выгорания в коллективе.

· Коллективный (межличностный) уровень:

· Развитие навыков конструктивной коммуникации и разрешения конфликтов в коллективе.

· Создание пространства для взаимной поддержки, неформального общения.

· Проведение тренингов по управлению стрессом и эмоциональному интеллекту для всех сотрудников.

· Индивидуальный (личностный) уровень:

· Осознание врачом первых признаков выгорания и обращение за помощью.

· Развитие навыков тайм-менеджмента и установления психологических границ.

· Регулярная забота о физическом и психическом здоровье (хобби, спорт,

релаксация, достаточный сон).

· Поиск смысла и удовлетворения в профессиональной деятельности, фокус на позитивных исходах и благодарности пациентов.

Выводы: профессиональное выгорание врача поликлиники является критической деонтологической проблемой, ставящей под угрозу качество, безопасность и этичность оказываемой медицинской помощи. Его профилактика не может быть личной ответственностью только самого врача. Требуется признание системного характера проблемы руководством медицинских организаций и органами управления здравоохранением. Успешное преодоление выгорания возможно лишь при интеграции мер на трех уровнях: создание здоровой рабочей среды (организационный уровень), формирование поддерживающего профессионального сообщества (коллективный уровень) и развитие личных ресурсов совладания со стрессом (индивидуальный уровень). Инвестиции в психическое здоровье медицинских работников — это прямые инвестиции в качество медицинской помощи и соблюдение этических норм профессии.

ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНОГО РАЗВИТИЯ ГАСТРОПАТИЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ: ОБЗОР ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ГЕРАСИМОВ Александр Максимович

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

APPROACHES TO THE PREVENTION OF RECURRENT NSAID-INDUCED GASTROPATHY: A REVIEW OF CLINICAL EVIDENCE

GERASIMOV A.M.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) занимают лидирующие позиции по частоте назначений в клинической практике. Длительная терапия препаратами данной группы является необходимой для многих пациентов, страдающих ревматическими, неврологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Несмотря на

высокую эффективность в контроле боли и воспаления, применение НПВС сопряжено с существенным риском развития гастродуоденальных поражений. В связи с этим, ключевое значение приобретает выбор профилактических стратегий, основанных на принципах доказательной медицины, для минимизации риска осложнений.

Ключевые слова: гастропатия, клинические рекомендации, НПВС, ИПП, мелоксикам, ацеклофенак, пантопразол.

Abstract: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are among the most widely prescribed medications worldwide. Long-term use of NSAIDs is required for many patients with rheumatic, neurological, and cardiovascular pathologies. While highly effective for pain and inflammation control, NSAID therapy is associated with a significant risk of gastroduodenal complications. Therefore, selecting evidence-based preventive strategies is crucial to minimize the risk of adverse events.

Keywords: gastropathy, clinical guidelines, NSAIDs, PPI, gastropathy, meloxicam, azeclofenac, pantoprazole.

Введение. Несмотря на высокую эффективность в контроле боли и воспаления, применение НПВС сопряжено с существенным риском развития гастродуоденальных поражений. В связи с этим, ключевое значение приобретает выбор профилактических стратегий.

Цель: на основе анализа современных клинических данных определить оптимальные фармакологические подходы к профилактике рецидивов гастропатий, индуцированных приемом НПВС.

Материал и методы. В ходе работы проведен анализ актуальных национальных и международных клинических рекомендаций, а также систематических обзоров и мета-анализов, опубликованных в рецензируемых научных изданиях. Поиск источников осуществлялся в электронных базах данных Cyberleninka и PubMed.

Результаты и обсуждения. Согласно современным рекомендациям, стратегия вторичной профилактики НПВС-индуцированных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки включает два основных компонента: 1) выбор НПВС с максимально благоприятным профилем гастроинтестинальной безопасности; 2) обязательное сопутствующее назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП).

Селективные НПВС: баланс эффективности и рисков.

Мелоксикам. Анализ данных фармаконадзора Великобритании показал схожую общую частоту нежелательных реакций для мелоксикама (7,2%) и рофекоксиба (7,4%). При этом мета-анализ 19 РКИ (Asghar W., Jamali F.) указал на относительно низкий и статистически значимый риск кардиоваскулярных и

почечных осложнений для мелоксикама (ОР=1,14), который был ниже, чем у целекоксиба (ОР=1,27) и диклофенака (ОР=1,47). Это позволяет считать мелоксикам препаратом с умеренной селективностью и более сбалансированным профилем безопасности.

Ацеклофенак. Согласно результатам финского исследования (139 949 жителей Финляндии, не имевших кардиоваскулярных осложнений), ацеклофенак был ассоциирован с более низким риском развития инфаркта миокарда – отношение шансов 1,23 (0,97-1,62), индометацин – 1,56 (1,21 – 2,03), ибупрофен – 1,41 (1,28-1,55) и диклофенак – 1,35(1,18-1,54). В других работах подтверждается низкий риск развития нежелательных реакций со стороны ЖКТ при приеме ацеклофенака, сопоставимый с мелоксикамом.

Эторикоксиб. Мета-анализ рандомизированных клинических исследований (2003 г., n=5441) продемонстрировал, что эторикоксиб (60-120 мг/сут) вызывает значительно меньше серьезных желудочно-кишечных осложнений (язвы, кровотечения, перфорации) по сравнению с диклофенаком, ибупрофеном и напроксеном (1,24% vs 2,48%). Однако дальнейшие исследования выявили серьезный недостаток препарата. Систематический обзор МакГеттигана и Генри показал, что эторикоксиб обладает самым высоким относительным риском сердечно-сосудистых осложнений (ОР=2,05) среди всех изученных НПВС, что существенно превышает показатели диклофенака (1,40), ибупрофена (1,18) и напроксена (1,09). Таким образом, высокая селективность в отношении ЦОГ-2, обеспечивающая защиту ЖКТ, напрямую коррелирует с увеличением кардиоваскулярных рисков.

Роль ингибиторов протонной помпы (ИПП). Убедительной доказательной базой в контексте вторичной профилактики эрозивно-язвенных поражений ИПП превосходят антагонисты H_2-рецепторов и антациды. Длительная поддерживающая терапия низкими дозами ИПП является наиболее оптимальнной стратегией предотвращения обострений у пациентов с рецидивирующим течением гастропатий. Благодаря высокой эффективности и предсказуемому действию, ИПП утверждены в международных рекомендациях как препараты первой линии для вторичной профилактики рецидивирующих эрозивно-язвенных поражений ЖКТ.

Выводы: оптимизация тактики вторичной профилактики НПВС-ассоциированных гастропатий является необходимым условием для снижения частоты тяжелых осложнений, таких как желудочно-кишечные кровотечения, перфорации и стенозы.

Для пациентов, нуждающихся в длительном приеме НПВС, рациональной стратегией является назначение препаратов с умеренной селективностью (мелоксикам, ацеклофенак) в комбинации с ИПП, которые служат препаратами первой линии для вторичной профилактики данных заболеваний.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИСПОЛЬЗУМЫЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГОРБАТЮК Софья Алексеевна, ПОДСЕВАЛОВА Светлана Ивановна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

METHODS OF DIAGNOSIS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES USED IN MEDICAL PRACTICE

GORBATYUK S.A., PODSEVALOVA S.I.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: В работе проведен анализ распространённости факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и распределение обследуемого населения по группам здоровья на основании комплексной диагностики в медицинской практике.

Ключевые слова: факторы риска, диспансеризация, хронические неинфекционные заболевания, группы здоровья.

Abstract: The paper analyzes the prevalence of risk factors for chronic noncommunicable diseases and the distribution of the surveyed population by health groups based on comprehensive diagnostics in medical practice.

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

Введение. ХНИЗ являются ведущими причинами заболеваемости и смертности в мире. Ранняя диагностика и скрининг позволяют выявить, профилактировать, снизить риск осложнений и улучшить прогноз. На сегодняшний день ВОЗ разработала рекомендации по диагностике заболеваний, применение которых помогает эффективно выявлять заболевания на начальном этапе.

Диагностика ХНИЗ включает несколько взаимодополняющих компонентов: скрининг здорового населения и групп повышенного риска; клиническая оценка; лабораторная и инструментальная диагностика; использование стандартов и алгоритмов ВОЗ и национальных руководств.

Система диагностики ХНИЗ должна быть многоуровневой, основанной на доказательном подходе, доступной и согласованной с международными рекомендациями ВОЗ.

Цель: проанализировать данные о применении различных методов

диагностики ХНИЗ на терапевтическом участке ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая поликлиника №5 имени Л.И. Темерхановой». Выявить основные факторы риска ХНИЗ, распределение обследуемого населения по группам здоровья.

Материал и методы. Проведен анализ учебно-методической, научной медицинской литературы, а также медицинской документации, предоставленной ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая поликлиника №5 имени Л.И. Темерхановой». Были исследованы результаты первого этапа диспансеризации взрослого населения на одном терапевтическом участке с июня по сентябрь 2025 года (187 человек). Среди них 65 мужчин и 122 женщины, возраст пациентов, проходящих диспансеризацию составил от 18 до 83 лет (средний возраст – 47,3).

Результаты и обсуждения. В ходе диспансеризации были выявлены следующие категории ХНИЗ: сердечно-сосудистые заболевания 27,4% (51 человек); сахарный диабет 12,1% (23 человека); хронические заболевания дыхательной системы 9,8% (18 человек); хронические болезни почек 4,7% (9 человек); здоровые пациенты 46,0% (86 человек). Из них доля ранее выявленных заболеваний составляет – 70,2% (71 человек), впервые выявленных – 29,7% (30 человек).

Диагностические методы первого этапа диспансеризации, применяемые на практике за исследуемый период: анкетирование – 187 человек (100%); антропометрия – 187 человек (100%); измерение артериального давления – 187 человек (100%); лабораторные тесты (ОАК, определение общего холестерина крови, глюкоза натощак) – 168 человек (89,8%); взятие мазка на цитологическое исследование для женщин от 18 лет – 97 человек (79,5% от числа женщн, проходивших первый этап диспансеризации); ЭКГ – 178 человек (95,1%); флюорография легких – 170 человек (90,9%), измерение внутриглазного давления для граждан от 40 лет – 56 человек (78% от числа граждан в возрасте от 40 лет, проходивших первый этап диспансеризации).

После завершения первого этапа диспансеризации врач-терапевт проводит осмотр пациента, определяет группу здоровья, наличие факторов риска ХНИЗ и показаний для дальнейшего обследования.

Были выявлены следующие группы здоровья среди исследуемого населения: I группа – 68 человек (36,3%); II группа – 18 человек (9,6%); III группа – 81 человек (42,7%); IV – 20 человек (10,6%).

Выяснилось, что наиболее распространенным фактором риска ХНИЗ является нерациональное питание, выявленное у 122 исследуемых (65,2%). Распределение среди других факторов риска составило: курение – 91 человек (48,6%), гиподинамия – 85 человек (45,4%), избыточная масса тела – 68 человек (36,3%), повышенное артериальное давление – 43 человека (22,9%),

неадекватное употребление алкоголя – 6 человек (3,2%).

Выводы: проведённый анализ первого этапа диспансеризации на терапевтическом участке ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая поликлиника №5» показал, что используемые методы диагностики ХНИЗ — анкетирование, антропометрия, измерение АД, базовые лабораторные тесты (ОАК, глюкоза натощак, общий холестерин), ЭКГ, флюорография и скрининговые исследования для определённых групп населения — способствуют своевременному выявлению модифицируемых факторов риска и их коррекции, определению групп здоровья населения и контролю ХНИЗ.

ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У СТУДЕНТОВ УНИВЕРСИТЕТОВ Г. КЕМЕРОВО

ГРИНСОН Екатерина Дмитриевна, ГАЗДИЕВ Рамазан Муссаевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

IODINE DEICIENSY CONDITIONS IN UNIVERSITY KEMEROVO CITY

GRINSON E.D., GAZDIEV R.M.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N. V. Shatrova

Резюме: Данное исследование посвящено выявлению признаков йододефицитных состояний у студентов высших учебных заведений г. Кемерово, поскольку у большинства опрошенных обнаружены признаки недостатка йода, а также отсутствует осведомленность о профилактике.

Ключевые слова: йод, йододефицит, щитовидная железа, заболевания щитовидной железы, йодсодержащие препараты.

Abstract: The study focuses on iodine deficiency states among university students in Kemerovo, as most respondents showed signs of deficiency and lacked awareness about preventive measures.

Keywords: iodine, iodine deficiency, thyroid gland, thyroid diseases, iodine-containing medications.

Введение. Российская Федерация занимает одну из лидирующих позиций среди стран с высоким уровнем йодного дефицита на территории. Эта проблема актуальна и социально значима, в том числе и для региона Кузбасса. Йод —

незаменимый микроэлемент, входящий в состав тиреоидных гормонов щитовидной железы, которые регулируют обмен веществ, работу мозга, нервную систему и репродуктивные функции. Высокая распространенность йододефицита делает необходимым его своевременное выявление и коррекцию.

Цель: выявить признаки йододефицитных состояний у студентов высших учебных заведений.

Материал и методы. Была разработана анкета, включающая вопросы о когнитивных нарушениях, признаках йододефицита и профилактических мерах, а также вопросы о репродуктивной функции у девушек. В добровольном и анонимном опросе приняли участие 120 человек: 70 девушек и 50 юношей, возрастом от 19 до 23 лет.

Результаты и обсуждения. Обстоятельства, подтверждающие наличие йододефицитных условий в Кемеровской области, подтверждаются результатами анкетирования студентов.

Почти половина опрошенных (примерно 48%) жаловались на ухудшение памяти, а у 70% отмечали снижение концентрации внимания и устойчивости внимания. Связь между функциями яичников и щитовидной железой отличается тесной взаимосвязью, осуществляемой через гипоталамо-гипофизарную систему и периферические ткани. Поэтому йододефицит может приводить к нарушениям репродуктивной сферы. Было установлено, что у 40% девушек наблюдаются сбои менструального цикла и у 5% — бесплодие.

Грубые проявления дефицита йода также отражаются на внешности: 65% опрошенных отмечают сухость кожи, 80% – потерю волос, а 12% — ломкость ногтей. Актуальными симптомами остаются подавленное настроение (85%) и постоянная усталость или слабость (65%).

Доля студентов, практикующих профилактическое поведение, включает использование витаминов и коррекцию питания за счет микроэлементов. Вместе с тем, только каждый второй из них (около 52%) регулярно использует йодированную соль. При этом 70% опрошенных считают, что потребление йодированной соли недостаточно для полного удовлетворения потребности в йоде. Лишь 35% принимают препараты, содержащие йод (например, Йодомарин или Йодбаланс). В целом, большинство участников начали профилактику более 9 лет назад.

Несмотря на неполное понимание проблемы йододефицита, 11% ощущают увеличение щитовидной железы, 22% имеют болезненные ощущения в области щитовидной железы, а 45% имеют родственников с диагностированными заболеваниями щитовидной железы.

Причинами йододефицитных состояний у студентов могут быть: низкий уровень йода в окружающей среде, недостаточное потребление продуктов, богатых йодом, инсоляция, возрастная группа (19-23 года), а также женский

пол (заболеваемость у женщин в 4–8 раз выше), стрессовые ситуации (актуально для студентов), курение и инфекционные заболевания.

Выводы: результаты анкетирования указывают на широкое распространение йододефицитных состояний среди студентов вузов города Кемерово, при этом уровень информированности о проблеме и профилактике остается низким. Требуется проведение просветительских и профилактических мероприятий среди студенческой молодежи для снижения риска развития йододефицита.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГРИНСОН Екатерина Дмитриевна, ГАЗДИЕВ Рамазан Муссаевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

HIV INFECTION IN THERAPEUTIC PRACTICE

GRINSON E.D., GAZDIEV R.M.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: В данной статье рассматривается распространенность ВИЧ-инфицированных пациентов в условиях терапевтического отделения ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница имени Беляева». Проанализирована статистика по стадиям заболевания, применению ВААРТ и наличию типичных осложнений, а также частота обращения пациентов за медицинской помощью. В связи с увеличением численности населения и ростом заболеваемости, объем исследования значительно расширен по сравнению с предыдущими регионами.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, стадия, оппортунистические заболевания, ВААРТ.

Abstract: This article examines the prevalence of HIV-infected patients in the internal medicine department of the Kemerovo Regional Clinical Hospital named after Belyaev. Statistics on disease stages, HAART use, and the presence of typical complications, as well as the frequency of patient visits for medical care, are analyzed. Due to population growth and rising incidence, the scope of the study has been significantly expanded compared to previous regions.

Keywords: HIV infection, AIDS, stage, opportunistic infections, VAART.

Введение. В современном мире уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией продолжает расти, особенно в крупных городах. Кемеровская область занимает лидирующие позиции по численности зарегистрированных случаев ВИЧ в РФ. В городе Кемерово население превышает 600 тысяч человек. В регионе зарегистрировано около 120 случаев ВИЧ на 100 тысяч жителей, что значительно выше среднего по стране.

Цель: оценить распространенность ВИЧ среди населения города Кемерово, проанализировать стадии заболевания, применения ВААРТ и наличие оппортунистических инфекций у пациентов, а также выявить особенности обращения за медицинской помощью.

Материал и методы. Для исследования использована статистика из базы данных ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница имени Беляева». Объем выборки увеличен за счет учета более крупной численности населения и расширенного временного диапазона — за последние 3 года.

Результаты и обсуждения. Общая численность населения Кемерово составляет 543 тысяч человек, из них у 9,8 тысячи зарегистрирован диагноз ВИЧ-инфекции, что составляет почти 16% от общего числа заболеваемости по области. Из ВИЧ-инфицированных 3200 человек (33%) находятся на третьей стадии заболевания, 5800 человек (60%) — на четвертой стадии, и 900 человек (7%) - на пятой стадии, что переводит их статус в СПИД.

Постоянного приема терапии в полном объеме придерживаются примерно 55%, то есть около 5400 человек. Остальные пациенты используют ВААРТ нерегулярно, самостоятельно регулируя лечение, либо вовсе отказываются от него.

По осложнениям ВИЧ-инфекции в стационаре выявлены следующие группы:

- туберкулез - у 9% пациентов (около 885 человек);
- энцефалит, связанный с ВИЧ - у 1,5% (около 147 человек);
- пневмоцистная пневмония - у 11% (около 1078 человек);
- остальные - без ярко выраженных осложнений или с недостаточной регистрацией обращений - 78% (примерно 7642 человека).

Обращение пациентов, получающих ВААРТ, обычно происходит по графику: препараты выдаются на срок 3, 4 или 6 месяцев. Пациенты, не получающие лечение, обращаются редко - обычно раз в 2-3 года.

Выводы: Кемерово демонстрирует высокие показатели заболеваемости ВИЧ, что обусловлено рядом социальных и медицинских факторов. Основной причиной роста является низкая информированность населения о заболевании и необходимости постоянного приема ВААРТ. Особенно это актуально для жителей удаленных районов, где затруднен доступ к медицинским центрам. Улучшение информированности, а также расширение сети пунктов выдачи

медикаментов - важнейшие меры для снижения заболеваемости и повышения качества лечения.

ЧСС ПОКОЯ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ГУДАЕВ Тимур Русланович., СКОРЫНИНА Анна Дмитриевна.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Татьяна Вячеславовна Протасова

RESTING HEART RATE IN CARDIOLOGICAL PATIENTS

GUDAEV T.R., SKORYNINA A.D.
Department of propaedeutics of Internal diseases
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor – MD, PhD, Associate Professor T.V. Protasova

Резюме: Обследовано 52 пациента имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы в возрасте от 30 до 92 лет. Было проведено исследование динамики и достижение целевых значений ЧСС. Выявлено, что бисопролол показал наибольшую эффективность в снижении ЧСС у пациентов до 60 лет и снижением эффекта у лиц старше 75 лет (8 уд/мин). Амиодарон продемонстрировал лучшие результаты в контроле ЧСС при фибрилляции предсердий.

Ключевые слова: пациенты, сердечно-сосудистые заболевания, бисопролол, амиодарон

Abstract: 52 patients with cardiovascular diseases aged 30 to 92 years were examined. A study was conducted on the dynamics and achievement of target heart rate values. It was found that bisoprolol showed the greatest effectiveness in reducing heart rate in patients under 60 years of age and a decrease in the effect in people over 75 years of age (8 beats/min). Amiodarone demonstrated the best results in controlling heart rate in atrial fibrillation.

Keywords: patients, cardiovascular diseases, bisoprolol, amiodarone

Введение. Неблагоприятное влияние тахикардии на течение ИБС хорошо известно. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – один из основных параметров, определяющий величину работы сердца и потребность миокарда в кислороде. Тахикардия может приводить к несоответствию между возросшей потребностью миокарда в кислороде и способностью к адекватному увеличению коронарного кровотока. Поскольку кровообращение в миокарде осуществляется главным образом во время диастолы, тахикардия ведет и к

укорочению периода перфузии миокарда, усугубляя ограничивающее влияние на кровоток стенозов коронарных артерий. ЧСС покоя более 70 ударов в минуту у больных с ИБС увеличивает количество приступов стенокардии, а у больных с ХСН увеличивает на 36% риск смерти и на 51% вероятность госпитализаций. У больных с артериальной гипертензией ЧСС покоя более 80 ударов в минуту повышает уровень общей смертности на 47%.

Цель исследования – оценить ЧСС покоя у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. Методом сплошной выборки в исследование включено 52 пациента (19 мужчин и 33 женщины) в возрасте 30-98 лет, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы. Оценивали динамику ЧСС (при поступлении vs в отделении), достижение целевых значений ЧСС.

Математическая обработка проводилась в Microsoft Excel 2016.

Результаты и обсуждения. Среди 52 пациентов гипертоническая болезнь III стадии диагностирована у 31 пациента (59,6%), ИБС, стенокардия/ПИКС - у 22 (42,3%), острое нарушение мозгового кровообращения - у 18 (34,6%), фибрилляция предсердий - у 9 (17,3%), хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации – у 6 человек (11,5%). Анализ исходных показателей ЧСС в зависимости от возраста пациентов выявил следующие закономерности: в группе 30-59 лет (9 пациентов) исходная ЧСС составляла 78,6±6,2 уд/мин, в группе 60-74 года (n=21) - 76,4±5,8 уд/мин, в группе старше 75 лет (n=22) - 78,4±7,1 уд/мин.

Для контроля ЧСС наиболее часто использовались □-блокаторы (24 назначения), которые продемонстрировали среднее снижение ЧСС на 12,3±3,1 уд/мин. При этом была выявлена возрастная зависимость эффективности: у пациентов младше 60 лет отмечалось максимальное снижение ЧСС (на 14,2±3,1 уд/мин), тогда как в группе старше 75 лет эффект был минимальным (снижение всего на 8,5±2,3 уд/мин). Амиодарон (n=8) показал среднее снижение ЧСС на 10,8±2,9 уд/мин, при этом наибольшая эффективность отмечалась у пациентов с фибрилляцией предсердий (снижение на 12,4 уд/мин).

Выводы: у большинства пациентов достигнуты целевые значения ЧСС. Бисопролол показал наибольшую эффективность в снижении ЧСС - в среднем на 12 уд/мин, максимально - у пациентов до 60 лет (14 уд/мин) и снижением эффекта у лиц старше 75 лет (8 уд/мин). Амиодарон продемонстрировал лучшие результаты в контроле ЧСС при фибрилляции предсердий (снижение на 12 уд/мин). Полученные данные подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к выбору медикаментозной терапии, учитывающего возрастные особенности пациентов кардиологического профиля.

ПРИМЕНЕНИЕ РИТУКСИМАБА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ДЕДКОВА Мария Леонидовна, СТУПАРЕНКО Александра Константиновна
Кафедра факультетской терапии и профпатологии имени профессора В. В Сырнева
Кемеровский государственный медицинский университ, Кемерово, Россия
Научный руководитель – ассистент кафедры Людмила Даниловна Чеснокова

TREATMENT OF CHRONIC MEMBRANOUS GLOMERULONEPHRITIS, STEROID-SENSITIVE NEPHRITIC SYNDROME (CLINICAL CASE)

DEDKOVA M.L., STUPARENKO A.K
Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Professor V.V. Syrnev
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: assistant of the department L.D Chesnokova

Резюме: в статье представлен клинический случай хронического гломерулонефрита мембранозного варианта с персистирующим нефротическим синдромом. Обозначены трудности в лечении и достижения стойкой ремиссии. Проанализирована последовательность подбора оптимальной терапии.

Ключевые слова: хронический гломерулонефрит (ХГН), мембранозный вариант, мембранозная нефропатия (МН), нефротический синдром (НС), иммуносупрессивная терапия.

Abstract: This article presents a clinical case of chronic glomerulonephritis with a membranous variant. Difficulties in treatment and achieving sustained remission are outlined. The process of selecting optimal therapy is analyzed.

Keywords: chronic glomerulonephritis, membranous variant, membranous nephropathy, treatment, immunosuppressive therapy.

Введение. Хронический гломерулонефрит, мембранозный вариант — это прогрессирующее заболевание почек, характеризующееся утолщением базальной мембраны клубочков вследствие иммунных комплексов и зачастую развитием нефротического синдрома. В статье рассматриваются клинические проявления НС, диагностические особенности и современные подходы к лечению, включая роль стероидов. Особое внимание уделяется стероидчувствительности нефротического синдрома при мембранозном гломерулонефрите, что позволяет прогнозировать эффективность терапии и определять тактику ведения пациентов.

Цель: поиск оптимальной терапии для пациента с мембранозной

нефропатией, персистирующим НС.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ истории болезни пациентки Б., проходившей обследование и лечение в отделении нефрологии и диализа ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева в период с 2019 года по август 2025 года.

Результаты и обсуждения. У пациентки Б., 25лет в 2х-летнем возрасте выявлен клинически стероидчувствительный рецидивирующий нефротический синдром. На фоне терапии глюкокортикостероидами в раннем возрасте 4 рецедива нефротического синдрома. С 2012г по 2015г в связи с гормонозависимостью назначен Циклоспорин А (4,3мг/кг), на фоне терапии наблюдалась ремиссия. При снижении дозы Циклоспорина, на поддерживающей дозе зарегистрированы рецидивы НС (2017г., 2018г) на фоне попыток снижения веса.

С 2018г повторно увеличена доза Циклоспорина А(4,3мг/кг), в течение года вновь рецидив НС (у пациентки отмечена низкая приверженность к терапии). В августе 2019г проведена нефробиопсия - морфологическая картина соответствует мембранозной нефропатии, тубулоинтерстициальный компонент не выражен. Планировалась инициация Микофенолатом мофетилом (ММФ), постепенная отмена Циклоспорина-А, ввиду отсутствия наличия ММФ на амбулаторном этапе продолжена терапия Циклоспорином_А. В динамике отмечены 3 рецидива НС: (02.2020г., 05.2020г., 08.2020г). В декабре 2020г инициирована терапия ММФ. На фоне проводимой терапии купирования НС не достигнуто и к терапии добавлен Преднизолон в дозе 30мг в сутки. Повторно проведена нефробиопсия (без иммунофлуоресцентного исследования): морфологическая картина МН без выраженного тубулоинтерстициального компонента, окраска на амилоид отрицательной. Исключены системные заболевания. Проведена дважды пульс-терапия Метилпреднизолоном. Подобрана новая комбинация иммуносупрессивной терапии: Преднизолон 30мг в сутки, ММФ 750мг 2 раза в сутки). В течение года регистрировалась ремиссия. Очередное обострение НС в октябре 2024г., стационарное лечение в НГКБ (общий белок 37,7 г/л, общий холестерин 11.2 ммоль/л, альбумин 17 г/л, в мочевой осадке - белок с пирогаллолом 18 г/л, белок в суточной моче 4.6 г/сут.). Доза Преднизолона увеличена до 60 мг в сутки, ММФ отменен. После выписки у нефролога не наблюдалась, принимала Преднизолон 60мг в сутки. В июне 2025г госпитализирована в отделение нефрологии и диализа КОКБ. По результатам дообследования рецидив НС: отеки на ногах, пояснице, общий белок 47,7 г/л, общий холестерин 13.0 ммоль/л, альбумин 18 г/л, белок в суточной моче 4.1 г/сут. Азотовыделительная функция не нарушена (креатинин 53 мкмоль/л, мочевина 4,8 ммоль). Данных за анемию не выявлено. Проведена пульс-терапия Метилпреднизолоном 1000мг в/в капельно №3, Преднизолон

30мг\сут., нефропротективная терапия. На фоне терапии клинически и лабораторно положительная динамика - протеинурия уменьшилась с 4,1 до 0,2 г/сут., периферических отеков нет. Учитывая персистирующий НС, внедрение мультитаргетных схем терапии рекомендовано проведение диаскинтест, осмотр фтизиатра с целью исключения туберкулеза. В конце июля 2025г очередная госпитализация в отделение нефрологии и диализа. Лабораторно и клинически - данных за развернутый НС нет, азотовыделительная функция почек сохранена. С целью определения дальнейшей тактики, объема иммуносупрессивной терапии, проведена ТМК с ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова», даны рекомендации по изменению схемы лечения:

1. Снижение дозы Преднизолона по 1/2 таб. в 3 дня до 30 мг, далее по 1/4 табалетки в 3 дня до 5 мг (1 таб.), сохранить прием 5 мг Преднизолона на длительное время.

2. Инфузия Ритуксимаба 500 мг №2 с интервалом в 7 дней.

По выше указанной схеме в отделение нефрлологии и диализа КОКБ проведено введение препарата Ритуксимаба в дозе 500 мг №2 внутривенно капельно: 03.09.2025; 10.09.2025. Обе инфузии перенесла удовлетворительно. По результатам обследований: анемии нет, азотемии нет (креатинин: 44.85 мкмоль/л., СКФ=147 мл/мин), белково-энергетической недостаточности, гиперфосфатемии, дислипидемии нет, минимальная протеинурия (белок 0.11 г/сут). Выписана на амбулаторный этап с дальнейшим снижением Преднизолона по схеме, указанной выше.

Выводы: пациентке с ХГН мембранозного типа, персистирующим нефротическим синдромом, при неэффективности стандартных схем и низкой приверженности к терапии с целью достижения стойкой ремиссии удалось после комплексного иммуносупрессивного лечения, включить применение Ритуксимаба. Представленное нами наблюдение демонстрирует возможность использования Ритуксимаба в качестве одного из вариантов лечения МН с НС, не уступающего иммуносупрессивной терапии, проводимой по стандартным протоколам. Наблюдение и повторный курс Ритуксимаба (по показаниям) позволит достичь полной ремиссии НС.

МИТОХОНДРИАЛЬНЫЙ ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС КАК ОБЩИЙ ЗНАМЕНАТЕЛЬ ДЕЙСТВИЯ ХИМИО- И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ

ДЕНИСЕНКО Маргарита Витальевна, ЕФРЕМОВА Валерия Викторовна

Кафедра биологической химии

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Научный руководитель – м.б.н., Екатерина Михайловна Белоус

MITOCHONDRIAL OXIDATIVE STRESS AS A COMMON DENOMINATOR OF CHEMO- AND RADIOTHERAPY IN LEUKEMIA

DENISENKO M.V., EFREMOVA V.V.
Department of Biological Chemistry
Gomel State Medical University, Gomel, Belarus
Supervisor: M.D., E.M. Belous

Резюме: В статье проведен сравнительный анализ механизмов действия различных классов химиотерапевтических агентов и ионизирующего излучения при лейкемии. Показано, что, несмотря на различие первичных мишеней, ключевым конечным событием, приводящим к гибели лейкозных клеток, является индукция митохондриального окислительного стресса и генерация активных форм кислорода (АФК). Рассмотрены пути формирования АФК в ответ на повреждение ДНК и дисфункцию митохондрий, а также роль митофагии в контроле клеточного ответа. Обсуждаются современные терапевтические стратегии, включая таргетную терапию, и их потенциальная связь с модуляцией окислительного стресса. Полученные данные подчеркивают митохондриальный окислительный стресс как перспективную точку приложения для повышения эффективности лечения острых лейкозов.

Ключевые слова: острый миелоидный лейкоз, митохондриальный окислительный стресс, химиотерапия, лучевая терапия, активные формы кислорода, митофагия.

Abstract: The article provides a comparative analysis of the mechanisms of action of various classes of chemotherapeutic agents and ionizing radiation in leukemia. It is shown that, despite differences in primary targets, the key final event leading to the death of leukemia cells is the induction of mitochondrial oxidative stress and the generation of reactive oxygen species (ROS). The pathways of ROS formation in response to DNA damage and mitochondrial dysfunction, as well as the role of mitophagy in controlling cellular response, are considered. Modern therapeutic strategies, including targeted therapy, and their potential connection with the modulation of oxidative stress are discussed. The obtained data emphasize mitochondrial oxidative stress as a promising target for improving the effectiveness of acute leukemia treatment.

Keywords: acute myeloid leukemia, mitochondrial oxidative stress, chemotherapy, radiation therapy, reactive oxygen species, mitophagy.

Введение. Острый миелоидный лейкоз (ОМЛ) представляет собой гетерогенное злокачественное заболевание системы кроветворения, характеризующееся неконтролируемой пролиферацией и блокадой

дифференцировки миелоидных предшественников. Несмотря на прогресс в понимании патогенеза и внедрение новых терапевтических подходов, включая таргетную и эпигенетическую терапию, прогноз для многих пациентов, особенно пожилого возраста, остается неблагоприятным. Оснгоными компонентами лечения ОМЛ остаются химиотерапия и, в определенных клинических сценариях, лучевая терапия. Эти методы, обладая разными первичными мишенями (ДНК, ферменты репликации, структура хроматина), приводят к единому конечному результату — гибели лейкозной клетки. Современные данные указывают на то, что конвергентным звеном в механизме действия разнородных цитотоксических воздействий является индукция окислительного стресса с ключевой ролью митохондрий. Изучение митохондриального окислительного стресса как общего патогенетического пути открывает новые возможности для оптимизации существующих и разработки инновационных терапевтических стратегий.

Цель: провести сравнительный анализ механизмов действия химиотерапии и ионизирующего излучения при лейкемии, сфокусировавшись на их способности индуцировать митохондриальный окислительный стресс как общий конечный эффект, ведущий к гибели опухолевых клеток.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели был проведен систематический анализ данных современных научных публикаций, доступных в базах данных PubMed, Scopus и Google Scholar. Критериями отбора служили релевантность теме, дата публикации (преимущественно за последние 10 лет) и уровень цитируемости.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ подтвердил гипотезу о митохондриальном окислительном стрессе как общем знаменателе действия химио- и лучевой терапии. Установлено, что первичное повреждение ядерной ДНК, вызываемое как химиопрепаратами (двухцепочечные разрывы, ингибирование репликации), так и ионизирующим излучением (радиолиз, прямое повреждение), инициирует сложный внутриклеточный ответ. Главным событием является нарушение функции митохондрий.

Происходит индукция митохондриального стресса. Ионизирующее излучение за счет радиолиза воды генерирует свободные радикалы (•OH), которые атакуют компоненты митохондрий (мтДНК, белки ЭТЦ, липиды мембран). Это приводит к дестабилизации электрон-транспортной цепи, увеличению утечки электронов и усиленному образованию первичной АФК – супероксид-аниона ($O_2^{\bullet-}$). Химиотерапевтические агенты (например, антрациклины) также способны непосредственно вмешиваться в работу ЭТЦ или генерировать АФК в ходе редокс-реакций. Другие препараты, повреждая ДНК, активируют стресс-зависимые киназные пути (p38, JNK), негативно влияющие на митохондриальный гомеостаз.

Образовавшийся в митохондриях супероксид дисмутируется в перекись водорода (H_2O_2), которая, обладая большей стабильностью и способностью к диффузии, распространяет окислительный сигнал в цитоплазму. Это создает в клетке состояние выраженного окислительного стресса.

Накопление АФК выполняет двоякую функцию. Во-первых, оно усиливает первоначальное повреждение ДНК через окисление нуклеотидов. Во-вторых, АФК действуют как мощные сигнальные молекулы, окисляя цистеиновые остатки в регуляторных белках. Это приводит к активации проапоптотических белков семейства Bcl-2 (таких как Bax, Bak), повышению проницаемости внешней митохондриальной мембраны, выходу цитохрома с и активации каспазного каскада, завершающегося апоптозом.

В ответ на повреждение митохондрий активируется митофагия – процесс селективной деградации дисфункциональных органелл. Ее роль неоднозначна: эффективная митофагия может выступать как механизм выживания клетки, удаляя источник АФК и способствуя развитию резистентности. Однако при неконтролируемой активации или в условиях массивного повреждения митофагия может привести к критической потере энергообразующего пула и гибели клетки.

Таким образом, митохондрии выступают не только как источник энергии, но и как центральный сенсор и интегратор цитотоксического сигнала, трансформируя различные внешние воздействия в единый окислительный ответ, определяющий судьбу клетки.

Выводы: проведенный анализ позволяет заключить, что митохондриальный окислительный стресс выступает универсальным конвергентным механизмом, через который реализуется цитотоксическое действие разнородных терапевтических воздействий – химиотерапии и ионизирующего излучения – при лейкемии. Независимо от первичной мишени, итоговым событием, детерминирующим гибель лейкозной клетки, является индукция генерации активных форм кислорода в митохондриях с последующей амплификацией окислительного сигнала в цитоплазме и ядре. Этот путь непосредственно связан с активацией основных программ клеточной смерти, в первую очередь митохондриального апоптоза. При этом процессы контроля качества митохондрий, такие как митофагия, играют сложную и двойственную роль в клеточном ответе, что требует тщательного учёта при планировании терапии. Таким образом, направленная модуляция редокс-гомеостаза в опухолевых клетках, нацеленная на контролируемое усиление митохондриального окислительного стресса или подавление компенсаторных антиоксидантных систем, открывает новые перспективы для преодоления лекарственной резистентности и повышения эффективности лечения пациентов с острым миелоидным лейкозом.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

ДЖАЛАЛИ Азиз Джалалуддинович, КОЛЯДОВА Наталья Витальевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

GESTATIONAL DIABETES MELLITUS IN THE PRACTICE OF A DISTRICT DOCTOR

JALALI A.D., KOLYADOVA N.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Гестационный сахарный диабет является одним из распространенных осложнений беременности. В работе рассмотрены факторы риска, основы лечения, а также стратегии профилактики отдаленных последствий гестационного сахарного диабета.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, участковый врач-терапевт, профилактика сахарного диабета.

Abstract: Gestational diabetes is a common pregnancy complication. This paper examines risk factors, treatment principles, and strategies for preventing the long-term consequences of gestational diabetes.

Keywords: gestational diabetes mellitus, district doctor**,** diabetes prevention.

Введение. Гестационный сахарный диабет (ГСД) — заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, причем данная гипергликемия не соответствует критериям «манифестного» сахарного диабета (СД). Распространенность ГСД неуклонно растет в связи с эпидемией ожирения, снижением физической активности и увеличением возраста рожениц. После родов углеводный обмен у большинства женщин нормализуется, однако ГСД в анамнезе служит фактором риска развития СД 2 типа, дислипидемии и артериальной гипертензии.

Цель: оценить роль участкового врача-терапевта в системе оказания медицинской помощи женщинам с гестационным сахарным диабетом и определить алгоритм его действий на разных этапах наблюдения.

Материал и методы. Проанализированы публикации в электронных библиотеках PubMed и eLibrary за последние 10 лет, найденные с помощью ключевых слов «гестационный сахарный диабет», «участковый терапевт», «пероральный глюкозотолерантный тест», «профилактика осложнений».

Изучены клинические рекомендации Минздрава России по ГСД от 2024 года.

Результаты и обсуждения. Факторами риска ГСД являются ожирение, отягощенный семейный анамнез по СД 2 типа, ГСД в анамнезе при предшествующих беременностях, возраст старше 30 лет, синдром поликистозных яичников, бариатрические операции в анамнезе.

Кроме того, беременность является самостоятельным фактором риска развития гипергликемии в связи с физиологическими изменениями в организме женщины, поэтому необходимо активно выявлять нарушения углеводного обмена у всех беременных, независимо от наличия/отсутствия жалоб или факторов риска.

Результаты многоцентрового исследования HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes) продемонстрировали взаимосвязь между уровнем гликемии у матери и неблагоприятными исходами как для беременной женщины, так и для плода. ГСД приводит к таким осложнениям у беременной, как преэклампсия, протеинурия, осложнения на этапе родоразрешения, у плода — к макросомии, диабетической фетопатии, задержке роста плода, нарастающему многоводию, дистрессу плода, родовым травмам. Для детей, рожденных женихой с ГСД, характерны высокий риск ожирения и развитие СД типа 2 в течение жизни.

Специфических признаков ГСД, которые можно было бы выявить при физикальном осмотре, не существует. Клинические проявления ГСД часто могут быть расценены как проявления беременности: например, частое мочеиспускание, слабость, быстрая утомляемость, снижение памяти.

Необходимо соблюдать общие пропедевтические принципы обследования пациенток, контролировать ИМТ до беременности, следить за динамикой веса во время беременности. Беременным исследуют уровень глюкозы в венозной плазме натощак при первом обращении к врачу любой специальности (врачу-акушеру-гинекологу, врачу-терапевту, врачу общей врачебной практики) начиная с 6-7 недель до 24 недель беременности для исключения нарушений углеводного обмена. При уровне глюкозы в венозной плазме натощак ≥5,1, но <7,0 ммоль/л устанавливается диагноз ГСД на любом сроке беременности на основании однократного определения гликемии. Данный критерий постановки диагноза ГСД относится ко всему периоду гестации. Следующий этап диагностики нарушений углеводного обмена – пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) – рекомендуется проводить от 24-28 недель до 32 недели беременности по показаниям. Определение HbA1c для диагностики ГСД не рекомендуется. Консультации профильных врачей-специалистов назначаются при подозрении на развитие осложнений ГСД.

Всем беременным женщинам с ГСД рекомендована модификация образа жизни. Необходимо ведение дневника самоконтроля, в котором фиксируются

показатели уровня глюкозы капиллярной крови, особенности питания, время и тип физической активности, а также еженедельный контроль массы тела. Также необходимо измерять артериальное давление на амбулаторном приеме и самостоятельно в домашних условиях 2-4 раза в сутки с ведением специального дневника для своевременной диагностики и лечения гипертензивных осложнений беременности.

Диетотерапия предполагает исключение углеводов с высоким гликемическим индексом, легкоусвояемых углеводов. Суточное количество углеводов составляет 175 г или не менее 40% от расчетной суточной калорийности питания под контролем гликемии и кетоновых тел в моче всем беременным с ГСД. Каждый прием пищи должен содержать медленно усваиваемые углеводы, белок, моно- и полиненасыщенные жиры, пищевые волокна.

Рекомендуемый объем физической активности равномерно распределяется в течение недели, ежедневная нагрузка составляет не менее 25-35 минут. Допускается аэробная нагрузка - ходьба, плавание в бассейне, беговые лыжи, велотренажер. Допускаются силовые тренировки, направленные на укрепление мышц корпуса и конечностей. Рекомендуются прогулки перед сном для достижения целевой гликемии утром, а также для достижения целевых показателей постпрандиальной гликемии.

При невозможности достижения целевых показателей при соблюдении рекомендаций по диетотерапии и физической активности в течение 1-2 недель самоконтроля беременным с ГСД для достижения компенсации углеводного обмена назначается инсулинотерапия. Пероральные сахароснижающие препараты не применяются с целью предупреждения неблагоприятного воздействия данных препаратов на плод.

Через 4-12 недель после родов необходимо проведение ПГТТ при уровне глюкозы венозной плазмы натощак менее 7,0 ммоль/л для реклассификации степени нарушения углеводного обмена по категориям гликемии.

Выводы: участковому врачу-терапевту отводится важная роль как на этапах прегравидарной подготовки, так и при наблюдении во время беременности, раннего послеродового периода и долгосрочного мониторинга состояния здоровья женщины.

Недооценка значимости ГСД в практике участкового терапевта приводит к упущенным возможностям ранней диагностики нарушений углеводного обмена. Повышение осведомленности и настороженности терапевтов в отношении ГСД, внедрение четких клинических алгоритмов и эффективное междисциплинарное взаимодействие позволят значительно улучшить отдаленные прогнозы здоровья женщин.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ДОРОФЕЕВ Вячеслав Игоревич, СЫЧЕВ Никита Сергеевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MOBILE APPS FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

DOROFEEV V.I., SYCHEV N.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: В статье проводится сравнительный анализ функциональных возможностей и удобства использования мобильных приложений «Диабет», «Glycemic Index» и «Diabetes:M» для пациентов с сахарным диабетом 2 типа. На основе проведенного анализа определяются оптимальные сферы применения каждого приложения.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, мобильные приложения, самоконтроль гликемии.

Abstract: This article provides a comparative analysis of the functionality and usability of the mobile apps «Diabetes», «Glycemic Index», and «Diabetes:M» for patients with type 2 diabetes. Based on this analysis, the optimal applications for each app are determined.

Keywords: type 2 diabetes, mobile applications, self-monitoring of glycemia.

Введение. В современном мире практически не существует сфер жизни человека, которые обходятся без участия смартфона. Здоровье человека и медицина также не являются исключением. Человек все чаще стремится отслеживать функциональные способности своего организма во время занятия спортом, сна, приема пищи. Значительный терапевтический потенциал демонстрируют специализированные мобильные приложения, предназначенные для сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями.

Цель: провести анализ мобильных приложений, используемых для самоконтроля лечения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. В рамках настоящего исследования проведен сравнительный анализ трех мобильных приложений, ориентированных на

контроль пищевого поведения и ведение дневника самоконтроля гликемии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Критериями отбора послужили доступность на операционных системах Android и iOS и наличие русскоязычного интерфейса. Для детального изучения были выбраны приложения: «Диабет», «Glycemic Index» и «Diabetes:M».

Результаты и обсуждения. Согласно данным мета-анализа, опубликованного в журнале «Diabetes Care» (2020), применение смартфон-приложений пациентами с сахарным диабетом ассоциируется со статистически значимым снижением показателя гликированного гемоглобина (HbA1c) – на 0,3-0,5% по сравнению со стандартной медицинской помощью.

Мобильное приложение «Диабет» российского производства представляет собой инструмент с интуитивно понятным интерфейсом для контроля состояния пациентов с сахарным диабетом (СД). Его базовый функционал, доступный бесплатно без подписки, позволяет вести детальный учет уровня глюкозы в крови, рассчитывать хлебные единицы (ХЕ) на основе потребляемых нутриентов и доз инсулина. После авторизации пользователь может составить свой план фармакотерапии и синхронизировать приложение с различными моделями глюкометров, таких как OneTouch, Arkray, «Сателлит» и Accu-Check, для автоматизации сбора данных.

Для расширения возможностей предлагается платная версия, которая позволяет синхронизировать данные между несколькими устройствами. Также возможно создание аккаунта «наблюдателя» для лечащего врача или родственников, а также нахождение информации о пищевом продукте путем сканирования его штрих-кода прямо в магазине.

Для удобства пользования в приложении реализована система напоминаний, которые можно настроить для различных целей: от измерения уровня глюкозы до предварительного расчета ХЕ на планируемый прием пищи. В разделе статистики данные визуализируются в виде разнообразных графиков, отражающих пищевое поведение, динамику уровня глюкозы, индекс массы тела и другие параметры.

Также приложение включает просветительский раздел «Новости», где пользователи могут знакомиться с нововведениями в тактике лечения, изучать материалы школы для больных с диабетом, отслеживать появление новых лекарственных препаратов и диагностического оборудования.

Приложение «Diabetes: M» обладает, в основном, сходным функциональными характеристиками с рассмотренным выше приложением «Диабет». Содержит обширную информационную базу продуктов с возможностью подсчета ХЕ и индивидуальных доз инсулина. Ключевое различие заключается в структуре пользовательского интерфейса, который в «Diabetes: M» характеризуется повышенной сложностью из-за обилия настроек

и функций, что создает определенные трудности для новых пользователей. Также в приложении отсутствует возможность экспортировать информационные данные лечащему врачу.

Оба приложения ориентированы на одну целевую аудиторию — пациентов с сахарным диабетом первого и второго типов. Однако, с точки зрения эргономики и удобства использования, «Diabetes: M» представляет собой менее оптимальное решение, в особенности для пациентов с СД 2 типа, что может быть связано с возрастными особенностями данной группы пользователей.

Модель распространения приложения основана на ограниченном бесплатном периоде использования продолжительностью в одну неделю, по окончании которого для дальнейшей эксплуатации требуется приобретение полной версии.

Приложение «Glycemic Index», в отличие от предыдущих приложений, нацелено в первую очередь на поддержание здорового образа жизни с помощью диеты с гликемическим индексом. Данное приложение содержит большой список продуктов с информационной составляющей относительно их углеводной нагрузки. Однако приложение не подразумевает систематический контроль уровня глюкозы, расчет ХЕ и индивидуальных доз инсулина.

Выводы: проведенный сравнительный анализ свидетельствует о различной направленности представленных приложений. «Диабет» является наиболее сбалансированным решением для пациентов с СД 2 типа, предлагая комплексный контроль показателей в сочетании с доступным интерфейсом и моделью «freemium». «Glycemic Index» служит эффективным дополнительным инструментом для строгого диетического контроля, в то время как «Diabetes: M» представляет собой мощный, но сложный в освоении комплекс для продвинутых пользователей, вовлеченных в процесс управления своим лечением.

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА

ДОРОФЕЕВА Анастасия Алексеевна

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Научный руководитель: д.м.н., доцент Анна Александровна Попова

ONCOLOGICAL VIGILANCE IN THE PRACTICE OF A GENERAL PRACTITIONER A CASE STUDY OF BARRETT'S ESOPHAGUS DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

DOROFEEVA A.A.
Department of Polyclinic Therapy and General Medical Practice
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor, A.A. Popova

Резюме: пищевод Барретта — это патологическое состояние, развивающееся вследствие метапластической трансформации многослойного плоского неороговевающего эпителия слизистой оболочки дистальных отделов пищевода в цилиндрический эпителий кишечного типа. Актуальность совершенствования методов своевременной диагностики и лечения пищевода Барретта, необходимость повышения эффективности наблюдения за такими пациентами обусловлены прежде всего ростом заболеваемости аденокарциномой пищевода в развитых странах и высокими показателями смертности от этой патологии.

Ключевые слова: аденокарцинома пищевода, пищевод Барретта, гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь.

Abstract: Barrett's esophagus is a condition that develops as a result of the stratified squamous epithelium replacement in the distal esophagus by metaplastic columnar epithelium that has intestinal features. Rising incidence and mortality from esophageal adenocarcinoma in developed countries demand urgent development of Barrett's esophagus' diagnostic and treatment methods.

Keywords: esophageal adenocarcinoma, Barrett's esophagus, GERD.

Введение. Онкологические заболевания пищеварительной системы занимают одно из лидирующих мест среди всех злокачественных новообразований, а ранняя диагностика предраковых состояний может увеличить процент успешного лечения онкологии. Одним из таких состояний является пищевод Барретта, наличие которого повышает риск развития аденокарциномы пищевода. Пищевод Барретта (ПБ) – патологическое состояние, при котором часть нормального плоского эпителия слизистой оболочки дистального отдела пищевода замещена метапластическим цилиндрическим эпителием, который достоверно определяется при эндоскопическом исследовании выше пищеводно-желудочного перехода и морфологически верифицирован. Факторами риска ПБ являются возраст старше 50 лет, мужской пол, длительный анамнез симптомов ГЭРБ, диафрагмальная грыжа, абдоминальное ожирение. В основе правильной диагностики лежат эндоскопическое и гистологическое исследование, с

дальнейшим сопоставлением данных для определения степени изменений в слизистой оболочке и риска развития аденокарциномы пищевода и, как следствие, тактики лечения и ведения пациентов.

Цель: на примере клинического случая пациента с пищеводом Барретта продемонстрировать важность онконастороженности в практике участкового врача

Материал и методы. Первичная медицинская документация пациент М., 40 лет, поступил в ГБУЗ НСО ГКБСМП №2

Результаты и обсуждения. Пациент М., 40 лет, поступил в ГБУЗ НСО ГКБСМП №2 с жалобами на острую боль и вздутие живота, задержку стула в течение 3 дней, неоднократную рвоту. Из анамнеза известно, что пациента беспокоит периодическая изжога перед сном. Ранее не обращался в поликлинику, не обследовался. При УЗ-исследовании внутренних органов установлены признаки гепатоспленомегалии, жирового гепатоза, под вопросом признаки острой кишечной непроходимости. При дальнейшем исследовании - исключение острой кишечная непроходимость, подтверждение стеатоза печени 3 ст. При проведении колоноскопии обнаружены дивертикулы толстой кишки. По заключению фиброэластометрии печени - стеатогепатоз F1, S3, фиброз печени 1 ст. В ходе исследования пищевода с помощью ЭГДС определен циркулярный сегмент метаплазии ярко-красного цвета, с длиной самого высокого сегмента 10 см, для исключения/морфологического подтверждения выполнена прицельная биопсия, также выявлено наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Гистологическое исследование биопсийного материала заключило, что морфологическая картина соответствует эрозивному эзофагиту и данные за желудочную метаплазию и пищевод Барретта не выявлены. Пациенту выставлен диагноз – ГПОД. ГЭРБ (степень В), эзофагит. НАЖБП, стеатогепатоз F1, S3, фиброз печени 1 ст. Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса. Сопутствующие заболевания: НТГ. Железодефицитная анемия легкой ст. тяжести. ХБП? МКБ? ПНФ?

Согласно литературным данным и клиническим рекомендациям по ПБ, весомым фактором в развитии метаплазии в пищеводе является рефлюкс-эзофагит. У части пациентов, страдающих ГЭРБ, со временем развивается ПБ, а данное патологическое состояние рассматривается как конечная стадия эволюции ГЭРБ. В условиях продолжающегося повреждающего воздействия на метаплазированный эпителий, в случае отсутствия правильного лечения, повышается вероятность развития аденокарциномы пищевода.

Выводы: наличие в анамнезе у пациента многолетней ГЭРБ увеличивает риск появления метаплазированного эпителия пищевода и требует: тщательной диагностики пищевода Барретта для дальнейшего предотвращения развития онкологических заболеваний, а также выбор тактики лечения и ведения

пациента. При установлении диагноза пищевод Барретта, необходимо проведение ежегодного обследования ЖКТ, для отслеживания динамики заболевания.

ФОКУС НА КОРРЕКЦИЮ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЕВСЕЕВА Наталья Александровна
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

FOCUS ON CORRECTION OF ASYMPTOM HYPERURICEMIA IN THE PREVENTION OF CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES

EVSEEVA N.A.
Department of Propaedeutics of Internal Diseases
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме: Проведено исследование уровня мочевой кислоты у 50 пациентов с диагнозом остеоартрит. Выявлена более высокая частота встречаемости гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2 типа и хронической болезни почек у лиц с бессимптомной гиперурикемией.

Ключевые слова: гиперурикемия, хронические неинфекционные заболевания, профилактика

Abstract: A study of uric acid levels in 50 patients diagnosed with osteoarthritis revealed a higher incidence of hypertension, coronary heart disease, type 2 diabetes, and chronic kidney disease in those with asymptomatic hyperuricemia.

Keywords: hyperuricemia, chronic non-communicable diseases, prevention.

Введение. В течение ряда последних лет научная литература пополняется доказательствами того, что бессимптомная гиперурикемия (БГУ) не является безвредным состоянием, не требующим особого внимания и коррекции. Напротив, БГУ связана с повышением риска развития таких хронических неинфекционных заболеваний, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет, хроническая болезнь почек (ХБП), остеоартрит (ОА). Гиперурикемией (ГУ) в настоящее время признается повышение уровня мочевой кислоты (МК) крови более 360 мкмоль/л (более 6 мг/дл); в отсутствии клинических проявлений подагры и тофусов ГУ считается

бессимптомной. Доказано, что повышение уровня МК в большинстве случаев обусловлено недостаточным ее выведением по причине острой или хронической болезни почек, приема некоторых лекарственных препаратов, саркоидоза, гипотиреоза, гиперпаратиреоза. Активация образования МК (например, в результате диеты, богатой пуринами, генетических факторов, нарушения метаболизма пуринов, повышенного разрушения клеток при болезнях крови, распаде опухоли, псориазе), приводит к ГУ лишь в 10% случаев.

Роль ГУ в развитии сердечно-сосудистой патологии продемонстрирована в экспериментальных исследованиях: за счет своих прооксидантных эффектов на гладкомышечный и эндотелиальный слой сосудов, МК может запускать состояние вазоконстрикции и эндотелиальной дисфункции. Немало внимания уделяется изучению негативной роли гиперурикемии в прогрессировании ХБП – в данном отношении патогенетические механизмы реализуются в виде активации ренин-ангиотензиновой системы, пролиферации гладкомышечной стенки ренальных сосудов, запуска синтеза провоспалительных цитокинов.

Давно замечена ассоциация ГУ с другими метаболическими нарушениями, в частности, с сахарным диабетом. Обнаружено, что МК способна подавлять пролиферацию β-клеток поджелудочной железы, активировать глюконеогенез в печени, снижать чувствительность клеток к инсулину.

Появляется все больше данных о патологических эффектах МК на структуры суставов. Кристаллы МК могут непосредственно приводить к гибели синовиоцитов за счет выделения активных форм кислорода и азота. Кроме того, присутствие МК в синовиальной жидкости приводит к увеличению содержания провоспалительных интерлейкинов, способствующих деградации хряща.

В свете вышесказанного, изучение связи гиперурикемии с хроническими неинфекционными заболеваниями является актуальной задачей.

Цель: изучить частоту встречаемости БГУ среди пациентов с остеоартритом, имеющих некоторые ХНИЗ (гипертоническая болезнь (ГБ), ИБС, сахарный диабет 2 типа и ХБП).

Материал и методы. Проведено исследование уровня МК у 50 пациентов, обратившихся за медицинской помощью к ревматологу поликлиники с диагнозом остеоартрит. При сборе анамнеза уточнялось наличие сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета 2 типа и ХБП. Возрастной диапазон составлял от 43 до 84 лет, в среднем 62 года. В половом соотношении преобладали женщины (47 человек, 94%). Бессимптомная гиперурикемия выявлена у 11 человек (22%). Среди ХНИЗ наиболее часто встречалась ГБ – у 41 пациента (82%), несколько реже встречались хронические формы ИБС: 8 случаев стенокардии напряжения (16%), 2 случая нарушение сердечного ритма

(0,4%), 2 случая постинфарктного кардиосклероза (0,4%). Сахарным диабетом страдали 11 человек (22%). ХБП 3 стадии присутствовала у 11 лиц (22%), имеющих вышеперечисленную коморбидную патологию. Практически у всех лиц с гиперурикемией (у 10 человек из 11) имелась какая-либо сопутствующая патология: у всех зафиксирована ГБ (90%), у 4-х – ИБС (36%), у 5-х – сахарный диабет 2 типа (45%), у 4-х – ХБП (36%). Для сравнения: у пациентов без гиперурикемии выявлено 79% случаев ГБ, 20% - ИБС (χ^2=5,58, p<0,05), 15% сахарного диабета 2 типа (χ^2=20,024, p<0,001), 20% - ХБП (χ^2=5,58, p<0,05).

Результаты и обсуждения. Целевым уровнем МК, к которому необходимо стремиться, установлена концентрация менее 360 мкмоль/л (6 мг/дл), а для пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском – менее 300 мкмоль/л (5 мг/дл). Согласно современным клиническим рекомендациям, тактика ведения пациентов с БГУ прежде всего предусматривает соблюдение диеты: это, во-первых, ограничение в рационе пищи, богатой фруктозой, продуктов животного происхождения с высоким содержанием пуринов, алкоголя; во-вторых, включение в рацион кофе, молочных продуктов, вишни и аскорбиновой кислоты. К немедикаментозным мероприятиям также относятся снижение массы тела и регулярная физическая активность. По возможности следует отменить препараты, приводящие к ГУ. При неэффективности немедикаментозных методов коррекции, рекомендовано назначение уратснижающей терапии ингибиторами ксантиноксидазы, среди которых препаратом первой линии является аллопуринол. При достижении целевых показателей контроль уровня МК достаточно осуществлять 1 раз в 6 месяцев.

Выводы: более высокая частота встречаемости ГБ, ИБС, сахарного диабета 2 типа и ХБП у лиц с БГУ, обусловливает необходимость проведения соответствующих профилактических мероприятий для снижения риска развития данных ХНИЗ среди пациентов с остеоартритом.

ФЕНОМЕН ПОВЫШЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

ЕФРЕМОВ Алексей Александрович

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

THE PHENOMENON OF INCREASING PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN INDIVIDUALS OVER THE AGE OF 50

EFREMOV A.A.

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

Резюме: Настоящая работа анализирует современные эпидемиологические данные (2014-2024 гг.), подтверждающие феномен резкого роста распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в возрастной группе старше 50 лет. Рассматриваются ключевые этиопатогенетические механизмы (кумуляция факторов риска, сосудистое старение), приводятся актуальные статистические показатели заболеваемости и смертности в РФ и мире. Особое внимание уделено современным подходам к профилактике и лечению, основанным на персонализации и активном скрининге в среднем возрасте. Делается вывод о необходимости трансформации системы здравоохранения в сторону предиктивной и превентивной медицины для борьбы с данной эпидемией.

Ключевые слова: Сердечно-сосудистые заболевания, возрастная эпидемиология, лица старше 50 лет, сосудистое старение, инфламэйджинг, кумулятивный риск, статистика заболеваемости, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, гериатрическая кардиология, первичная профилактика, персонализированная медицина.

Abstract: This work analyzes current epidemiological data (2014-2024) confirming the phenomenon of a sharp increase in the prevalence of cardiovascular diseases (CVD) in the age group over 50 years. The key etiopathogenetic mechanisms (accumulation of risk factors, vascular aging) are considered, and current statistical indicators of morbidity and mortality in the Russian Federation and the world are presented. Special attention is paid to modern approaches to prevention and treatment based on personalization and active screening in middle age. The conclusion is made about the need to transform the healthcare system towards predictive and preventive medicine to combat this epidemic.

Keywords: cardiovascular diseases, age-related epidemiology, people over 50 years of age, vascular aging, inflamaging, cumulative risk, morbidity statistics, arterial hypertension, coronary heart disease, geriatric cardiology, primary prevention, personalized medicine.

Введение. ССЗ остаются причиной №1 смертности, ежегодно унося ~17.9 млн жизней. Более 70% случаев смерти и инвалидизации от ССЗ приходится на лиц старше 50 лет.

Цель: изучить распространенность ССЗ у лиц старше 50 лет.

Материал и методы. Анализ проведен на основе данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2023), Глобального бремени болезней

(GBD, 2019-2023), официальной статистики Министерства здравоохранения РФ и Росстата (2015-2023 гг.), а также материалов Национального медицинского исследовательского центра кардиологии. Использованы систематический обзор и мета-анализ современных клинических рекомендаций (ESC, ACC/AHA, Российское кардиологическое общество). Методология включает сравнительный анализ возрастных когорт, оценку временных трендов и факторов риска.

Результаты и обсуждения. Основу феномена составляет неразрывная связь возраст-зависимых изменений и кумуляции факторов риска:

Биологическое старение сосудов («сосудистое старение»): Прогрессирующее снижение эластичности артерий (увеличение скорости пульсовой волны на 8-10% за десятилетие после 50 лет), эндотелиальная дисфункция.

Инфламэйджинг: хроническое системное воспаление низкой степени, активирующее атерогенез и провоспалительные цитокины (IL-6, TNF-α).

Кумулятивный эффект: к возрасту 50 лет воздействие таких факторов, как дислипидемия или гипергликемия, достигает 25-30 лет, что приводит к клинической манифестации субклинического атеросклероза, ИБС и цереброваскулярных болезней.

Статистика заболеваемости и смертности (данные за 2015-2025 гг.)

В Российской Федерации (Росстат, Минздрав, 2022-2023):

Смертность: Доля ССЗ в структуре общей смертности стабилизировалась на высоком уровне — около 46-47% (более 800 тыс. случаев в год). Пик смертности сместился в группу 65-74 года.

Заболеваемость: Распространенность болезней системы кровообращения среди лиц 50-59 лет составляет ~35%, в группе 60-69 лет - ~55%, а среди лиц 70+ - превышает 75%.

Ключевые нозологии: Распространенность артериальной гипертензии в возрасте 50-59 лет - ~48%, после 60 лет - свыше 65%. Частота впервые выявленной ИБС в возрастной группе 50-54 года в 3 раза выше, чем в группе 45-49 лет.

Факторы риска:

Немодифицируемые: Возраст (>50 лет для мужчин, >55 лет для женщин), мужской пол (до менопаузы), отягощенная наследственность.

Модифицируемые:

1. Артериальная гипертензия (контролируется менее чем у 50% пациентов в РФ).
2. Дислипидемия (повышение уровня ЛПНП и апоВ).
3. Метаболический синдром и сахарный диабет 2 типа (распространенность СД2 в группе 60+ достигает 20-25%).

4. Ожирение (абдоминальный тип).

5. Новые/неклассические: Социальное одиночество, хронический стресс, синдром обструктивного апноэ сна, снижение физической активности (саркопения).

Современные подходы к профилактике и лечению

Стратегия «Life Course Approach»: начинать управление рисками в молодом и среднем возрасте (40-50 лет) для предотвращения кумуляции.

Цифровая медицина и телемониторинг: Использование носимых устройств для контроля АД, ЭКГ, что особенно актуально для возрастных пациентов.

Персонализация терапии: Применение комбинированных препаратов (полипилл) для улучшения приверженности лечению. Учет пола (гендерные особенности) и гериатрических синдромов (фрайлти).

Активный скрининг: Регулярная оценка не только липидного профиля и АД, но и маркеров субклинического поражения органов-мишеней (кальций-скоринг коронарных артерий, УЗИ сонных артерий) у пациентов из групп промежуточного риска.

Интеграция с гериатрической помощью: Оценка функционального статуса, когнитивных функций и риска падений при подборе кардиотерапии.

Выводы: феномен повышения распространенности ССЗ у лиц старше 50 лет является следствием глобальных демографических (старение населения) и патофизиологических (кумуляция рисков) трендов. Современные данные статистики и эпидемиологии подтверждают, что возраст 50+ является критическим периодом для клинической манифестации заболеваний. Эффективное противодействие требует:

1. Смещения фокуса на раннюю профилактику и предикцию в возрасте 40+.

2. Внедрения цифровых и персонализированных технологий в рутинную практику.

3. Обязательной интеграции кардиологической и гериатрической помощи.

Только комплексный междисциплинарный подход позволит изменить негативные эпидемиологические тренды и увеличить продолжительность здоровой жизни населения.

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ МАГНИЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

ЖЕМЧУЖИНА Анастасия Игоревна, ФИЛИППОВА Олеся Сергеевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

ANALYSIS OF ADULT POPULATION'S AWARENESS ABOUT THE EFFECT OF MAGNESIUM ON THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

ZHEMCHUZHINA A.I., PHILIPPOVA O.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: В обзоре представлен анализ современных данных о роли магния в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рассматриваются механизмы влияния магния на сердечно-сосудистую систему, а также практические аспекты коррекции дефицита магния. Особое внимание уделяется роли магния в патогенезе артериальной гипертензии, аритмий и атеросклероза.

Ключевые слова: магний, профилактика, сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, аритмии.

Abstract: The review provides an analysis of current data on the role of magnesium in the prevention of cardiovascular diseases. The mechanisms of magnesium's influence on the cardiovascular system, epidemiological data on the relationship between magnesium levels and cardiovascular risk, and practical aspects of magnesium deficiency correction are considered.

Keywords: magnesium, prevention, cardiovascular diseases, arterial hypertension, arrhythmias.

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности во всем мире. Магний является естественным физиологическим антагонистом кальция, регулятором сосудистого тонуса и электролитного баланса. Доказано, что его адекватный уровень способствует поддержанию нормального артериального давления, сердечного ритма, снижению системного воспаления и улучшению эндотелиальной функции. Дефицит магния, напротив, ассоциируется с повышенным риском развития артериальной гипертензии, атеросклероза, аритмий, ишемической болезни сердца и метаболического синдрома.

Осведомленность взрослого населения о влиянии магния на сердечно-сосудистую систему приобретает высокую актуальность. От уровня знаний зависят профилактические поведенческие стратегии: коррекция питания, своевременное обращение к врачу для диагностики возможного дефицита, осознанный подход к приему добавок (при необходимости) и понимание взаимосвязи между образом жизни и статусом питания. Эффективная профилактика требует активного участия пациента, степень которого напрямую зависит от его информированности.

Цель: оценить и систематизировать осведомленность пациентов, обратившихся на прием к участковому-терапевту с целью диспансеризации о влиянии магния на работу сердечно-сосудистой системы

Материал и методы. В ходе работы было применено анкетирование путем опроса взрослых людей (25-65 лет), которые обратились на прием к врачу участковому-терапевту с целью прохождения диспансеризации, а также анализ результатов опроса.

Разработан инструментарий: анонимная анкета для взрослого населения, включающая блоки:

1) социально-демографические данные (пол, возраст, образование)

2) медицинский анамнез (наличия сердечно-сосудистых заболеваний)

3) оценка информированности (вопросы с вариантами ответов):

1. Знаете ли Вы о влиянии магния на сердце и сосуды?

2. Можете ли Вы назвать функции магния для сердца?

3.Знаете ли Вы симптомы дефицита магния?

4. С чем Вы можете связать возникновение сердечных заболеваний?

5. Знаете ли Вы пищевые продукты, богатые магнием?

6. Хотели бы Вы подробнее узнать о важности магния для сердца и сосудов?

Исследование проведено на базе поликлиники №3 ГАУЗ «ККДЦ им. И.А. Колпинского», материалом для которого послужили ответы пациентов в анонимном анкетировании «Роль магния в работе сердечно-сосудистой системы. Всего в анонимном анкетировании приняли участие 30 человек в возрасте от 25 до 65 лет.

Результаты и обсуждения. В основу исследования положены результаты анонимного опроса 30 респондентов - из них 45% мужчин и 55% женщин. Возраст респондентов варьировался от 25 до 65 лет. Заболевания сердечно-сосудистой системы было у 20% опрошенных лиц.

В ходе исследования выяснено, что общая осведомленность низкая. Большинство (73%) слышали о важности магния, но лишь 17% могут назвать его конкретные функции для сердца.

О симптомах, характерных для дефицита магния знают лишь 20% опрошенных лиц, Респонденты чаще связывают сердечные заболевания со стрессом. Только 10% опрошенных смогли назвать пищевые источники, богатые магнием. 87% респондентов хотели бы получить более подробные знания по этому вопросу.

Сравнительный анализ по подгруппам: женщины показали более высокий уровень осведомленности, чем мужчины. Респонденты младшей возрастной группы (25-32 года) были менее информированы, чем группа 40-65 лет. Уровень информированности коррелировал с уровнем образования. Пациенты с

уже ранее диагностированными заболеваниями сердечно-сосудистой системы более осведомлены о важности магния в работе сердца.

В качестве одного из инструментов просветительской работы была разработана краткая памятка о значении магния для сердца. Ее распространение в поликлиниках, будет способствовать формированию у населения ответственного отношения к поддержанию адекватного уровня этого незаменимого микроэлемента.

Выводы: анализ анонимного анкетирования пациентов поликлиники показал достаточно низкую информированность о роли влияния магния на сердечно-сосудистую систему.

Повышение осведомленности населения о физиологической функции магния для сердца и сосудов, симптомах его дефицита и способах коррекции является важнейшей профилактической задачей для укрепления кардиоваскулярного здоровья. Особое внимание необходимо уделить лицам молодого и среднего трудоспособного возраста (25-45 лет), поскольку своевременная профилактика дефицита магния может способствовать предотвращению таких состояний, как артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма.

Для достижения этой цели необходимо:

1. Активно задействовать средства массовой информации и цифровые просветительские платформы для распространения научно обоснованной информации.
2. Ввести оценку магния и консультирование по вопросам питания в программы ежегодной диспансеризации и профилактических осмотров.
3. Активизировать работу врачей первичного звена по проведению целенаправленных профилактических бесед с пациентами, особенно из групп риска (с нерациональным питанием, повышенными физическими и эмоциональными нагрузками, принимающими определенные лекарства).

ПРОБЛЕМЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

ЖУРАВЛЕВА Дарина Григорьевна, УТКИН Евгений Владиславович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

PROBLEMS OF SECONDARY PREVENTION OF COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL

CASEZHURAVLEVA D.G., UTKIN E.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Рассмотрена важность вторичной профилактики осложнений сахарного диабета 1 типа, диспансерного наблюдения, доклинического обследования пациентов с высокими факторами риска на основе клинического случая.

Ключевые слова: сахарный диабет, вторичная профилактика, диспансерное наблюдение, осложнения, факторы риска.

Abstract: The importance of secondary prevention of complications of diabetes mellitus, follow-up, and preclinical examination of patients with high risk factors based on a clinical case is considered.

Keywords: diabetes mellitus, secondary prevention, follow-up, complications, risk factors.

Введение. Сахарный диабет (СД) является острейшей медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира. Опасность заболевания заключается в том, что при отсутствии компенсации заболевания гипергликемия повреждает органы и ткани. Патологические процессы развиваются много лет, часто пациенты не придают должного значения компенсации диабета, т.к. не чувствуют изменения, которые происходят. Когда появляются симптомы, заболевание часто находится уже в развернутой стадии. Клинически выделяют пять основных поздних осложнений СД, которые патогенетически связаны друг с другом: макроангиопатию, нефропатию, ретинопатию, нейропатию и синдром диабетической стопы. Все эти осложнения могут развиваться при обоих типах СД. Основой предупреждения всех этих осложнений является компенсация диабета. Оценка компенсации СД основана на комплексе лабораторных инструментальных методов исследования. Помимо показателей, характеризующих состояние углеводного обмена, наиболее важны уровень артериального давления и липидный спектр крови.

Цель: показать актуальность проблемы вторичной профилактики осложнений сахарного диабета у лиц с высокими факторами риска, изучение методов ранней диагностики и профилактики осложнений для повышения качества жизни больных.

Материал и методы. Изучение данных литературных источников и ресурсов интернета (eLIBRARY, PubMed) за 2019-2024 годы. Найдено и проанализировано несколько научных оригинальных статей на ресурсе PubMed.

Результаты и обсуждения. Самостоятельное определение глюкозы в крови рассматривается в качестве «золотого стандарта» мониторинга углеводного обмена. Существует несколько технологических подходов к определению содержания глюкозы в крови. Проведение самоконтроля возможно с помощью глюкометра, технологии непрерывного определения глюкозы, в том числе Flash-мониторинга. Исследование HbA1c позволяет оценить уровень гликемии у больного сахарным диабетом за 60 – 90 дней предшествующих исследованию. Данное исследование дает возможность проводить мониторинг течения заболевания и контролировать адекватность проводимого лечения. Исследование HbA1c необходимо проводить для оценки риска развития осложнений у больного сахарным диабетом. Вторичная профилактика осложнений сахарного диабета должна проводится совместно с лечащим врачом и пациентом. Изменение образа жизни, обучение в школе диабетиков, правильность самоконтроля гликемии, приобретение навыков подбора доз инсулина, приема таблетированных форм гипогликемических препаратов неотъемлемая часть профилактики, что повышает качество жизни пациента и увеличивает среднюю выживаемость в популяции.

Вывод: раннее выявление и недопущение осложнений сахарного диабета и своевременное обучение больных сахарным диабетом в профильных школах, ведет к увеличению приверженности пациентов к лечению, ведению здорового образа жизни, что улучшает качество жизни пациентов, и, как следствие, повышает выживаемость. Задачей сахароснижающей терапии при сахарном диабете является нормализация уровня глюкозы в крови. Интенсивное лечение предохраняет пациента от развития отдаленных осложнений, таких как ретинопатия, нефропатия и нейропатия или значительно отодвигает срок их клинического проявления. Если пациенты строго придерживаются режима, направленного на нормализацию углеводного обмена, частота возникновения ретинопатии снижается на 75%, нефропатии – на 35–36%, на 60% уменьшается риск полинейропатий. Клинический случай подтверждает важность самоконтроля гликемии, диспансерного наблюдения на доклиническом этапе в предотвращении развития осложнений.

МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МАССЫ ТЕЛА

ЗИНЬКО Виктория Олеговна, ПИЛЬЩИКОВА Анна Владимировна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

MOBILE APPLICATIONS FOR BODY WEIGHT MANAGEMENT

ZINKO V.O., PILSHCHIKOVA A. V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Использование доступного функционала мобильных приложений для коррекции избыточной массы тела в личных целях и под врачебным контролем делает данную проблему разрешимой и профилактирует развитие хронических заболеваний.

Ключевые слова: здоровье, избыточный вес, мобильное приложение, счетчик калорий.

Abstract: using the available functionality of mobile apps to correct excess body weight for personal purposes and under medical supervision makes this problem solvable and prevents the development of chronic diseases.

Keywords: health, excess weight, mobile app, calorie counter.

Введение. Проблема избыточной массы тела уже на протяжении трех десятилетий привлекает внимание научно-медицинского общества. Если ранее эта особенность считалась проблемой богатых стран, то в настоящее время свойственна странам со средним и низким уровнем дохода. По данным исследований ВОЗ за 2022 год, каждый восьмой человек в мире страдает ожирением, а тенденция к увеличению показателя неуклонно сохраняется.

Избыточная масса тела является фактором риска развития хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, репродуктивной, дыхательной, эндокринной и других. В клинических рекомендациях МЗ РФ в разделах «Лечение» и «Профилактика» контроль и снижение массы тела стоят в первых позициях перечней. Причиной развития данной проблемы является несоответствие количества потребляемых калорий расходуемому (Д. С. Карамушко, 2018), то есть возникает профицит потребляемых калорий и, как следствие, синтез жира и его отложение в депо.

В век IT-технологий и гаджетовмобильные приложения по подсчету калорийности пищи могут быть использованы как в личных, так и в лечебных целях. Исследование функционала позволит врачу и пациенту определить аспекты для контроля, а также определить, какое приложение наиболее подойдет для них.

Цель: изучить функционал мобильных приложений для контроля массы тела и составить подборку наиболее удобных для использования в медицинской деятельности.

Материал и методы. Проведен анализ научных работ в информационном портале Elibrary о роли мобильных приложений по подсчету калорий в

организации питания, а также анализ функционала 7 популярных приложений: «Fatsecret», «EatFit», «YAZIO», «CalZen», «Wayout», «Lifesum» и «Калькулятор калорий ХиКи» («КК ХиКи»).

Результаты и обсуждения. В исследовании функциональных характеристик мобильных приложений учитывались следующие: отображение показателей веса, роста, расчет ИМТ, цель контроля, расчет рекомендуемого суточного количества и частоты приема пищи, возможность синхронизации с фитнес-приложениями, отображение БЖУ и макро-, микронутриентов, контроль водного баланса, составление готового плана питания, поиска и\или составления блюд, награды и общение с единомышленниками, составление отчета питания и динамики веса.

Количественные показатели веса, роста пользователя учитываются и отображаются в профиле во всех приложениях. А расчет ИМТ осуществляется автоматически лишь в 3 из 7 приложений («YAZIO», «Lifesum» и «КК ХиКи»). Это значит, что в остальных случаях необходим самостоятельный расчет ИМТ, пользователь не будет осведомлен о соответствии или несоответствии массы своего тела к росту, не сможет предпринять своевременных действий к коррекции. В отличие от других приложений, в «YAZIO» доступно введение значений АД, глюкозы, так же, как и в «Wayout», учитывается соотношение жировой и мышечной масс. В «Lifesum» доступен контроль ОТ, ОГ, ОБ.

Функция цели контроля веса доступна во всех приложениях, а значит пользователь сможет выбрать для себя подходящий: потеря веса, поддержание текущего или увеличение веса.

Рекомендуемое суточное количество калорий для достижения желаемого веса автоматически рассчитывается во всех приложениях, самостоятельная коррекция показателя недоступна лишь в 2 из 7 приложений («YAZIO», «Wayout»). В 4 из 7 приложений предполагается деление пищи на завтрак, обед и ужин. В 3 приложениях «EatFit», «CalZen», «КК ХиКи» - без деления, что является неудобным для определения кратности приемов пищи. А push-уведомления о необходимости приема пищи от «EatFit», «Wayout» и «Lifesum» позволят принимать пищу своевременно, что особенно важно пациентам с сахарным диабетом (СД).

Возможность синхронизации с фитнес-приложениями, например, «Fitbit», «Garmin Connect», «Здоровье», «Samsung Health» или «MiFit» доступна в 4 приложениях. В остальных 3 приложениях («EatFit», «CalZen», «КК ХиКи») такой функции нет, что неудобно при учитывании энергозатрат.

Во всех приложениях отображаются БЖУ пищи и её калорийность, отображение содержания макро- и микронутриентов недоступно лишь в «CalZen», «Wayout». Отличительная функция приложения «КК ХиКи» - отображение хлебных единиц продукта, что особенно удобно для пациентов с

СД.

Контроль водного баланса возможен во всех приложениях, кроме «CalZen». Лишь в приложении «Fatsecret» эта функция доступна по подписке. Учет водного баланса особенно необходим для лиц, занимающихся интенсивными физическими нагрузками, а также соблюдающих определенные диеты.

Составление готового плана питания доступно во всех приложениях, кроме «КК ХиКи», «CalZen», «EatFit». Пользователям «Fatsecret» необходима подписка для этого. Приложения предлагают кетодиеты, интервальное голодание, средиземноморскую, высокобелковую, низкоуглеводную диеты, вегетарианство и другие. Нужно отметить, что подбор готовой необходимой диеты необходим после определения цели и предварительной консультации с лечащим врачом.

Введение пищи в дневник стало еще быстрее с помощью сканирования штрих-кодов, фотографирования упаковки, голосового ввода или поиска по названию во всех приложениях. Добавление собственных блюд недоступно лишь в «CalZen», а поиск готовых рецептов доступен в «Fatsecret», «YAZIO», «Lifesum» и «КК ХиКи» («YAZIO» и «Lifesum» - по подписке).

В 3 приложениях из 7 («Fatsecret», «YAZIO», «Lifesum») имеется трекер серии или награды как поощрение за ведение дневника. Общение с единомышленниками также доступно лишь в «Fatsecret», «YAZIO», «КК ХиКи». Это является существенной недоработкой по отношению к мотивации пользователя и обмена опытом.

Отслеживание динамики своего веса недоступно лишь в «CalZen». По сравнению с другими приложениями, в «CalZen» также нет возможности составления отчета питания. Отчет питания является важным критерием эффективной консультации как с лечащим врачом, так и со смежными специалистами.

Выводы: наиболее информативными и удобными приложениями для контроля массы тела являются «Fatsecret», «EatFit», «YAZIO», «Wayout», «Lifesum» и «КК ХиКи».

Мобильное приложение «CalZen» либо требует доработки разработчиками приложения по введению необходимых функций, либо может быть рекомендовано пожилым людям как приложение с минимальным и интуитивно понятным интерфейсом.

Дополнительные функции, такие как контроль потребляемой воды, готовые рационы питания, рецепты приготовления блюд, содержание микро- и макронутриентов, отчет питания могут быть доступны по платной подписке в зависимости от приложения.

Функционал приложения «YAZIO», в отличие от остальных приложений,

позволяет вносить данные АД и глюкозы, а «КК ХиКи» отображает хлебные единицы пищи, что может влиять на рекомендацию приложения к использованию пациентами отдельных категорий.

Тщательный контроль с помощью мобильных приложений за частотой приемов пищи, потребляемыми продуктами и их калорийностью позволит предупредить развитие хронических заболеваний. Врачу любой специальности при рекомендации того или иного приложения необходимо учитывать цель контроля питания пациента, диагноз и его личные пожелания к функционалу.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ И МЕТОДЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

ЗЛАТКОВ Денис Максимович, ЦВИРЕНКО Денис Сергеевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

PREVALENCE OF OBESITY IN THE KEMEROVO OBLAST AND METHODS OF ITS PREVENTION

ZLATKOV Denis Maksimovich, TSVIRENKO Denis Sergeevich
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: ожирение является глобальной проблемой современного здравоохранения, приводящей к развитию сердечно-сосудистых, метаболических и других заболеваний. Эффективная профилактика требует комплексного подхода, включающего популяционные и индивидуальные стратегии.

Ключевые слова: ожирение, распространенность, профилактика, образ жизни, питание.

Abstract: obesity is a global health problem that leads to the development of cardiovascular, metabolic and other diseases. Effective prevention requires a comprehensive approach, including population-based and individual strategies.

Keywords: obesity, prevalence, prevention, lifestyle, nutrition.

Введение. Ожирение – комплексное хроническое заболевание, при котором избыточное накопление жировых тканей может отрицательно влиять на состояние здоровья. Избыточная масса тела – состояние, характеризующееся

наличием избыточных жировых отложений в организме (по ВОЗ). Ожирение приобрело характер глобальной неинфекционной пандемии и является одним из ключевых вызовов для систем здравоохранения во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, с 1975 года распространенность ожирения в мире практически утроилась. На текущий момент более 650 миллионов взрослых людей страдают от ожирения, а избыточную массу тела имеют около 1.9 миллиарда, что составляет около 39% населения Земли старше 18 лет. Данное состояние является ведущим модифицируемым фактором риска развития тяжелых неинфекционных заболеваний, включая сахарный диабет 2-го типа, артериальную гипертензию, ишемическую болезнь сердца, инфаркты, инсульты, онкологические патологии и синдром обструктивного апноэ сна. Высокая распространенность ожирения обуславливает его значительный социально-экономический ущерб, связанный с прямыми расходами на лечение и косвенными потерями из-за снижения трудоспособности и инвалидизации населения, что подчеркивает критическую важность разработки и внедрения эффективных профилактических стратегий.

Цель: проанализировать современные данные о распространенности ожирения в Кемеровской области и оценить эффективность основных методов его профилактики.

Материал и методы. В ходе написания научной статьи была проведена работа с научными публикациями, клиническими рекомендациями (включая рекомендации ВОЗ и Российского кардиологического общества), мета-анализами и систематическими обзорами, посвященными эпидемиологии ожирения и подходам к его профилактике. Информация взята из открытых электронных библиотек: PubMed, eLibrary, КиберЛенинка.

Методика определения наличия и степени ожирения включала анализ используемых в исследованиях критериев. Основным антропометрическим показателем являлся индекс массы тела, рассчитываемый по формуле: ИМТ = масса тела / рост^2. Классификация проводилась в соответствии с критериями ВОЗ: избыточная масса тела при ИМТ> 25 кг/м^2, ожирение при ИМТ> 30 кг/м^2

Для оценки характера распределения жировой ткани и диагностики абдоминального ожирения, которое является независимым фактором кардиометаболического риска, использовался показатель окружности талии (ОТ). Критерием абдоминального ожирения считались значения ОТ ≥ 94 см для мужчин и ≥ 80 см для женщин.

Результаты и обсуждения. Анализ данных подтвердил высокую и продолжающую расти распространенность ожирения в Кемеровской области. В возрастной группе 25-64 года частота встречаемости избыточной массы тела составила 61,1% у женщин и 48,2%, а абдоминального ожирения достигает 49,9% у женщин и 33,1% у мужчин. При этом отмечается рост

распространенности ожирения у людей старшей возрастной категории. Основными причинами являются гиподинамия, избыточное потребление высококалорийных продуктов с высокой степенью обработки, богатых насыщенными жирами, простыми углеводами и сахарами и дисбаланс энергетического обмена. Большая распространенность избыточной массы тела в женской популяции может быть следствием комплекса факторов, включая гормональные перестройки в различные возрастные периоды (беременность, лактация, менопауза), социокультурные особенности пищевого поведения и различия в распределении жировой ткани.

Методы профилактики можно разделить на два уровня:

Популяционный уровень: включает государственные и общественные мероприятия:

- Фискальные меры: введение налога на сахаросодержащие напитки и продукты с высоким содержанием соли и насыщенных жиров, что доказано снижает их потребление.
- Нормативно-правовое регулирование: ограничение рекламы нездоровых продуктов, особенно направленной на детей, введение обязательной маркировки продуктов для информирования потребителей.
- Градостроительная политика: создание инфраструктуры, располагающей к физической активности (сеть велодорожек, пешеходных зон, парков и спортивных объектов доступных для всех слоев населения).
- Образовательные программы: кампании в СМИ, внедрение уроков здорового питания и образа жизни в школьные программы.

Индивидуальный уровень: направлен на работу с пациентами в первичном звене здравоохранения. Ключевыми элементами являются:

- Диетотерапия посредством формирования режима питания с дефицитом калорий, увеличением доли фруктов, овощей, цельнозерновых продуктов и снижением потребления простых углеводов и насыщенных жиров.
- Физическая активность: регулярные умеренные аэробные нагрузки (ходьба, бег, езда на велосипеде) и силовые тренировки.
- Поведенческая терапия: формирования устойчивых здоровых привычек и мотивации к их соблюдению

Исследования демонстрируют, что комплексное применение индивидуальных методов (диета + физкультура) позволяет добиться снижения массы тела на 5-10% от исходной, что достаточно для значительного улучшения метаболических показателей и снижения рисков осложнений.

Выводы: проведенный анализ позволяет заключить, что проблема ожирения сохраняет свою высокую медико-социальную значимость. Наиболее эффективной стратегией его профилактики является комбинация популяционных мер, направленных на создание здоровой среды, и

индивидуального подхода к пациентам из групп риска, основанного на модификации образа жизни. Основной остается роль врача первичного звена в раннем выявлении, консультировании и динамическом наблюдении за пациентами.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

ИГНАТЬЕВА Дарья Дмитриевна, МЕДВЕДЕВА Анастасия Дмитриевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

THERAPEUTIC PHYSICAL CULTURE AS SECONDARY PREVENTION OF HYPERTENSION

IGNATIEVA D.D., MEDVEDEVA A.D.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: Гипертоническая болезнь (ГБ) остается одной из наиболее распространенных причин сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Вторичная профилактика предотвращает осложнения и прогрессирование заболевания. Она включает в себя и немедикаментозные методы, среди которых ключевую роль играет лечебная физическая культура (ЛФК).

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, лечебная физическая культура, вторичная профилактика, сердечно-сосудистая система.

Abstract: Hypertension remains one of the most common causes of cardiovascular morbidity and mortality. Secondary prevention prevents complications and the progression of the disease. It also includes non-pharmacological methods, among which therapeutic physical culture plays a key role.

Keywords: hypertension, therapeutic physical training, secondary prevention, cardiovascular system.

Введение. Артериальная гипертензия, будучи ведущим фактором риска развития инфаркта миокарда, инсульта и других сосудистых катастроф, представляет собой глобальную медико-социальную проблему. Несмотря на прогресс в фармакотерапии, распространенность ГБ не снижается, что актуализирует поиск и совершенствование немедикаментозных методов коррекции. ЛФК, как активное средство воздействия на систему

кровообращения и организм в целом, занимает центральное место в программах вторичной профилактики. Ее задача – не просто временно снизить цифры артериального давления, а модифицировать течение болезни, укрепить адаптационные резервы сердечно-сосудистой системы и предотвратить инвалидизирующие осложнения.

Цель: изучить роль лечебной физкультуры во вторичной профилактике гипертонической болезни.

Материал и методы. Проведен поиск, обработка и анализ данных из разных источников научной информации по теме вторичной профилактики гипертонической болезни посредством лечебной физкультуры. Использованы системный и научный подходы, методы синтеза, обобщения и сравнения.

Результаты и обсуждения. В статье Аюровой С.С.-Ж. представлен системный анализ роли ЛФК при ГБ. Подчеркивается, что ЛФК показана на различных стадиях ГБ, но особенно эффективна в начальных. Перечислены ключевые механизмы благотворного действия: снижение холестерина, расширение и укрепление сосудов, улучшение кровоснабжения, профилактика головных болей. В качестве рекомендуемых видов активности указаны ходьба, велосипед, плавание, аквааэробика, гимнастика, танцы. Важнейшим принципом названа регулярность занятий на протяжении всей жизни с оптимальным индивидуальным дозированием под контролем специалиста.

Исследование, проведенное среди 68 пациентов обоих полов, подчеркивает важность строго индивидуального подхода к назначению физических нагрузок пациентам с ИБС и гипертонической болезнью в стационаре. Разработанная программа, основанная на комплексной оценке состояния (ЭхоКГ, суточное мониторирование АД, нагрузочные тесты), позволила добиться положительной динамики ключевых гемодинамических показателей. После курса дозированных тренировок у пациентов отмечалось достоверное снижение частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического артериального давления. Расчетные индексы, которые использовались при вычислениях улучшились, что свидетельствует о снижении потребности миокарда в кислороде и лучшей адаптации к нагрузке. Соответственно индивидуальный подбор форм и интенсивности ЛФК с постоянным мониторингом позволяет безопасно повышать функциональные резервы пациента и формировать персонализированные рекомендации для дальнейшей активности.

С помощью рандомизированного контролируемого исследования 45 пациентов с ГБ I–II степени, перенесших криз, был рассмотрен инновационный подход к повышению эффективности и безопасности ЛФК. Авторы использовали предварительное воздействие электромагнитным излучением синего спектра (длина волны 470 нм) перед занятием ЛФК. Результаты

показали, что такая комбинация гармонизирует межсистемные связи, снижает симпатический тонус и предотвращает превышение пороговых значений коэффициента выносливости. Это указывает на то, что светотерапия оптимизирует вегетативную регуляцию, подготавливая сердечно-сосудистую и нервную системы к адекватному восприятию физической нагрузки, тем самым снижая риск патологических реакций.

Выводы: научно обоснованные, индивидуализированные и дозированные физические нагрузки способствуют нормализации артериального давления, улучшению гемодинамических показателей, повышению толерантности к нагрузке и улучшению качества жизни пациентов. Интеграция ЛФК в комплексную реабилитацию на всех этапах лечения гипертонической болезни является патогенетически оправданным и клинически эффективным подходом.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

КАЗАРИН Никита Андреевич
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики (семейной медицины) лечебного факультета
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия
Научный руководитель – д.м.н., доцент Анна Александровна Попова

CHARACTERISTICS OF THE LIPID PROFILE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES IN DIFFERENT AGES GROUPS

KAZARIN N.A.
Department of Polyclinic Therapy and General Medical Practice (Family Medicine) of the Faculty of Medicine
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor, A.A. Popova

Резюме: В исследовании проведен ретроспективный анализ липидного профиля у 152 пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа в разных возрастных группах. Выявлено, что у данных пациентов наблюдаются значительные изменения в липидном профиле.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, липидный профиль, группы различного возраста.

Abstract: The study conducted a retrospective analysis of the lipid profile in 153 patients with arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus in different age groups. It was revealed that these patients have significant changes in the lipid profile.

Keywords: Arterial hypertension, type 2 diabetes, lipid profile, age groups.

Введение. Актуальность. Артериальная гипертензия и сахарный диабет 2 типа являются основными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Сахарный диабет 2 типа сопровождается инсулинорезистентностью, что не только влияет на уровень глюкозы в крови, но и на обмен липидов. Понимание особенностей липидного профиля помогает в выборе целевых значений для лечения и профилактики кардиометаболических рисков.

Цель: проанализировать клинические данные и оценить лабораторные и инструментальные показатели пациентов различного возраста с артериальной гипертензией, коморбидной с сахарным диабетом.

Материал и методы. В одномоментное ретроспективное исследование было включено 152 пациента (81 женщина (53,3%) и 71 мужчина (46,7%) в возрасте 28-87 лет (средний возраст 61,0±12,5 г.) с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа. Все пациенты были разделены на три группы: молодые лица в возрасте 28-44 года, которые составили 11,2% (средний возраст 37,9±4,9 лет), пациенты среднего возраста (45-59 лет), которые составили 28,3% (средний возраст 52±4,1 года), и пациенты пожилого возраста (60 и более лет) - составили 60,5% (средний возраст 69,3±6,4 лет).

Всем пациентам, включенным в исследование, было проведено: общеклиническое обследование, стандартное лабораторное обследование (ОАК, ОАМ, биохимическое обследование с определением ОХС, ЛПНП, ТГ, гликемии натощак, гликированного гемоглобина, креатинина), ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ брахиоцефальных артерий (БЦА). Ретроспективный анализ медицинской документации проводился на базе поликлиник города Новосибирска. Статистический анализ данных проводился с использованием MS Excel.

Результаты и обсуждения. Средний стаж артериальной гипертензии составил 13,5±10,0 лет. Отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы была выявлена в 57,9% случаях (у 88 человек). Курение отметили 41 человек. Ожирение было установлено у 80 пациентов (52,6%), среди которых на долю молодых пришлось 13,8% (11 человек); на долю пациентов среднего возраста – 48,8% (39 человек), на долю пожилых пациентов – 37,5% (30 человек).

В клинической картине у пациентов молодого и среднего возраста преобладали головная боль, головокружение. Пожилые пациенты наиболее

часто отмечали у себя боль в грудной клетке, которая возникала преимущественно при умеренной физической нагрузке.

При проведении биохимического исследования крови были выявлены: гиперхолестеринемия (ОХ > 5,5 ммоль/л) у 87 человек (56,9%): у 3 пациентов молодого возраста (3,4%), 30 пациентов среднего возраста (34,5%) и у 54 пожилых пациентов (62,1%); дислипидемия (ЛПНП > 3,0 ммоль/л) у 89 пациентов (58,5%): молодого возраста - 8 человек (9%), среднего возраста - 29 человек (32,6%), пожилого возраста - 52 человека (58,4%); гипертриглицеридемия (ТГ > 1,7 ммоль/л) у 94 пациентов (61,8%): молодого возраста - 11 человек (11,7%), среднего возраста - 28 человек (29,8%), пожилого возраста - 55 человек (58,5%).

Также было установлено, что целевой уровень HbA1c не был достигнут у пациентов в 51,3% случаев, чаще всего у пожилых пациентов (53,8%). У лиц молодого возраста этот уровень не был достигнут в 16,7% случаях, а у лиц среднего возраста — в 29,5%.

Атеросклеротические изменения БЦА были выявлены у 112 пациентов, что составило 73,7% (больше всего выявлено в группе пожилых пациентов – 83,0%).

В качестве антигипертензивной терапии пациентам были назначены препараты: ингибиторы АПФ – 52,0%, блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) – 36,2%, блокаторы кальциевых каналов (БКК) – 45,4%, диуретики – 45,4%, бета-блокаторы (ББ) – 41,4%. Кроме того, 9 пациентам были назначены препараты центрального действия (Моксонидин, Метилдопа) и 1 пациенту – Гидролазин.

В качестве сахароснижающей терапии пациентам были назначены препараты: бигуаниды (Метформин) – 59,9%, производные сульфонилмочевины – 17.1%, ингибиторы натрий-глюкозного транспортера-2 (иНГЛТ-2) – 19,7%, инсулин – 12,5% (чаще короткого действия – 42,1% среди всех назначенных инсулинов), ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4) – 5,3%, антагонисты рецепторов глюкагонподобного пептида-1 (ГПП-1) – 2,0%. Одному пациенту был назначен комбинированный препарат Субетта®.

Липидснижающая терапия была назначена 81,6% пациентов. Им были назначены статины (Аторвастатин, Розувастатин, Питавастатин, Симвастатин), из них в сочетании с Эзетимибом – 9,7%, в сочетании с Фенофибратом – 8,1%. Одному пациенту была назначена Тиоктовая кислота.

Выводы: у пациентов различных возрастных групп с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа наблюдаются значительные изменения в липидном профиле, включая повышение общего холестерина, уровней липопротеинов низкой плотности и триглицеридов. Важно отметить, что у половины пациентов наблюдается ожирение (больше всего в группе лиц

среднего возраста), в 73,7% случаев - атеросклероз БЦА. В каждой возрастной группе доля пациентов с не достигнутым целевым уровнем HBA1c преобладает. Эти изменения повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний, что подчеркивает необходимость комплексного подхода к обследованию и лечению пациентов в различных возрастных группах.

РОЛЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

КАЙРО Виталина Алексеевна

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики (семейной медицины) лечебного факультета

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент Анна Александровна Попова

THE ROLE OF DETECTION OF SECONDARY ARTERIAL HYPERTENSION IN THE STRUCTURE OF PRIMARY PREVENTION OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES AT THE OUTPATIENT STAGE

KAIRO V. A.

Department of Polyclinic Therapy and General Medical Practice (Family Medicine) of the Faculty of Medicine

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor, A.A. Popova

Резюме: Проведен ретроспективный анализ 200 амбулаторных карт пациентов с АГ. Выявлено, что вторичная артериальная гипертензия (ВтАГ) встречается у 27,5% пациентов, преимущественно нефрогенного генеза (41,8%). Своевременная диагностика ВтАГ является важным компонентом первичной профилактики ХНИЗ и требует настороженности врача.

Ключевые слова: симптоматическая гипертензия; хронические неинфекционные заболевания; амбулаторная практика; структура заболеваемости.

Abstract: A retrospective analysis of 200 outpatient records of patients with hypertension was performed. It was revealed that secondary arterial hypertension (HTH) occurs in 27.5% of patients, mainly of nephrogenic origin (41.8%). Timely diagnosis of VtAG is an important component of the primary prevention of CNID and requires the doctor's vigilance.

Keywords: symptomatic hypertension; chronic non-communicable diseases; outpatient practice; morbidity pattern.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одним из наиболее широко распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и ведущим фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), таких как инфаркт миокарда, инсульт и хроническая болезнь почек. По происхождению АГ может быть эссенциальной (встречается у большинства пациентов) или вторичной (ВтАГ) (симптоматической), встречается у меньшей части больных. Несмотря на то, что ВтАГ встречается реже, ее выявление имеет принципиальное значение для профилактики ХНИЗ: устранение причины ВтАГ позволяет полностью предотвратить развитие сосудистых катастроф - реализовать первичную профилактику. В современных условиях не всегда диагноз ВтАГ ставится быстро и правильно, что связано с особенностями клинической картины, длительностью течения заболевания. Поэтому своевременная диагностика важна как для выбора правильной тактики терапии, так и для профилактики осложнений АГ.

Цель: определить структуру и частоту встречаемости вторичных форм АГ на амбулаторном этапе.

Материал и методы. В одномоментное ретроспективное исследование было включено 200 пациентов (115 женщины (57,5%) и 85 мужчин (42,5%)) в возрасте 18–75 лет (средний возраст 59,4±15,2 лет). Из них у 55 человек была ВтАГ (22 мужчин (40%) и 33 женщин (60%)), средний возраст составил 41,3±14,8 лет. Ретроспективный анализ 200 амбулаторных карт проводился на базе ГБУЗ НСО ГКП № 1, ГБУЗ НСО ГКП № 22, ГБУЗ НСО ГКП № 29, ГБУЗ НСО ГКП № 21. Статистический анализ данных проводился с использованием MS Excel 2021 и jamovi. Нормальность распределения признака оценивалась с помощью критерия Шапиро-Уилка.

Результаты и обсуждения. Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: в первую вошли больные с ГБ (145 чел. (72,5%)), во вторую – пациенты с ВтАГ (55 чел. (27,5%)). Отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы (ССС) в первой группе была у 84,3%, во второй – у 58,2%. Средний возраст начала заболевания у пациентов с ВтАГ составил 32,9±12 лет. От момента появления первых симптомов ВтАГ (повышение АД (45,3%), тахикардия (33,7%), отеки нижних конечностей (30,8%), ноющие боли в поясничной области (16,6%)) до постановки окончательного диагноза проходило от 1 года до 10 лет. Среди форм ВтАГ лидирующее место занимала ренопаренхиматозная (РПХ) (23 чел. (41,8%)), эндокринная (Э) была у 17 пациентов (30,9%), на третьем месте

реноваскулярная - 6 пациента (10,9%), у 5-х чел. (9,1%) - гемодинамическая и у 4-х (7,3%) чел. на фоне ПХТ. РПХ форма обусловлена гломерулонефритами (52,2%) и пиелонефритом (39,1%); стеноз почечных артерий был у 10,9% пациентов; в группе ЭВтАГ – встречались в равной степени как заболевания надпочечников, щитовидной железы, так и гипофиза (гиперальдостеронизм - 23,5%, гипертиреоз - 17,6%, феохромоцитома - 17,6%, гипотиреоз - 11,2%, б-нь Иценко-Кушинга - 11,8%, с-м Иценко-Кушинга - 5,9%); гемодинамическая ВтАГ - коарктация аорты была у 3 пациентов (60%).

Выводы: среди всех пациентов с АГ в амбулаторной практике ВтАГ выявляется как минимум четверти пациентов (27,5%). Среди ВтАГ большая часть (52,7%) нефрогенного происхождения, что указывает на необходимость углубленного обследования мочевыделительной системы у пациентов с АГ. Более молодой возраст (41,3±14,8 лет), повышение АД на фоне уже имеющихся нетипичных симптомов, меньшая наследственная отягощенность (58,2%) - позволяют заподозрить симптоматическую артериальную гипертензию. Длительная (до 10 лет) задержка в диагностике ВтАГ напрямую снижает эффективность первичной профилактики ХНИЗ. Повышение настороженности участковых терапевтов в отношении ВтАГ, ранняя диагностика и соответствующая терапия позволит улучшить прогноз у пациентов и их качество жизни.

ФАКТОРЫ РИСКА И РАННЯЯ ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

КАТЦИНА Валерия Васильевна, САВРАСОВ Вадим Вадимович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

RISK FACTORS AND EARLY PRE-CLINICAL DIAGNOSIS OF BREAST CANCER

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

Резюме: Исследование посвящено систематическому анализу факторов риска и методов ранней диагностики рака молочной железы для снижения смертности с использованием актуальных исследований в изучении данного

нозологического вопроса.

Ключевые слова: рак молочной железы, факторы риска, генетическая предрасположенность, доклиническая диагностика, маммографический скрининг.

Abstract: This study is devoted to a systematic analysis of risk factors and methods for early diagnosis of breast cancer in order to reduce mortality based on modern research in the field of studying this nosological problem.

Keywords: breast cancer, risk factors, genetic predisposition, preclinical diagnostics, mammographic screening.

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) остается одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии, занимая лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женщин во всем мире. Несмотря на значительные успехи в лечении, ключевым фактором, определяющим прогноз, является стадия заболевания на момент его выявления. Доклиническая диагностика, направленная на обнаружение опухоли до появления первых симптомов, позволяет выявить РМЖ на ранних (I-II) стадиях, когда возможно применение органосохраняющего лечения и достигаются показатели 5-летней выживаемости, превышающие 90%. В связи с этим, комплексное изучение факторов риска и совершенствование методов ранней доклинической диагностики представляет собой стратегическую задачу для снижения смертности от данного заболевания.

Цель: провести систематический анализ научной литературы с целью:

1. Классификации и оценки значимости основных модифицируемых и немодифицируемых факторов риска развития рака молочной железы.
2. Сравнительной характеристики современных методов ранней доклинической диагностики РМЖ, их диагностической точности, преимуществ и ограничений.
3. Определения практической значимости интеграции данных о факторах риска в стратегии персонализированного скрининга для повышения его эффективности.

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. Факторы риска подразделены на две основные группы:

Немодифицируемые: женский пол, возраст (особенно после 50 лет), отягощенный семейный анамнез (особенно РМЖ и рака яичников у

родственниц 1-й линии), наследственные мутации в генах BRCA1, BRCA2, CHEK2, PALB2 и др., раннее менархе (до 12 лет) и поздняя менопауза (после 55 лет), индивидуальный анамнез предраковых заболеваний молочной железы.

Модифицируемые: отсутствие родов или поздние первые роды (после 30 лет), отказ от грудного вскармливания, длительная ЗГТ в менопаузе (более 5 лет), ожирение в постменопаузе, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем.

Наибольший относительный риск связан с наследственными синдромами (мутации BRCA1/2 повышают риск до 60-80% к 70 годам). Однако популяционный атрибутивный риск выше для модифицируемых факторов, что указывает на значительный потенциал профилактических мероприятий в масштабах популяции.

Методы ранней доклинической диагностики:

Цифровая маммография остается «золотым стандартом» организованного популяционного скрининга для женщин 50-69 лет с эффективностью, доказанной в рандомизированных исследованиях (снижение смертности на 20-30%). Однако ее чувствительность снижается при высокой плотности паренхимы молочной железы (типы ACR C и D), что характерно для молодых женщин.

Томосинтез (3D-маммография) демонстрирует большую, по сравнению с цифровой маммографией, диагностическую точность (на 30-40% выше выявляемость инвазивного рака) и снижает частоту повторных вызовов, особенно у женщин с плотной грудью.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является важным дополняющим методом, особенно для женщин молодого возраста, с высокой плотностью ткани и для дифференциальной диагностики выявленных образований. Как самостоятельный метод скрининга в общей популяции не рекомендован из-за высокого уровня ложноположительных результатов.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) обладает самой высокой чувствительностью (более 90%) для выявления инвазивного РМЖ. Рекомендована в качестве основного метода ежегодного скрининга для женщин с высоким наследственным риском (BRCA-мутации, сильные семейные анамнезы).

Жидкостная цитология из соскового отделяемого и дуктолаваж, а также другие методы молекулярной диагностики (анализ циркулирующей опухолевой ДНК, микроРНК) находятся в стадии активного изучения и пока не имеют доказательной базы для рутинного скрининга.

Практическая значимость:

1. Для врачей-клиницистов (маммологов, онкологов, гинекологов): формирование четких алгоритмов обследования пациенток в

зависимости от индивидуального профиля риска; повышение настороженности в группах высокого риска.

2. Для организаторов здравоохранения: обоснование для внедрения и оптимизации национальных и региональных скрининговых программ с учетом риск-стратифицированного подхода, что повысит их клиническую и экономическую эффективность.

3. Для пациентов: информирование о модифицируемых факторах риска позволяет активно вовлекать женщин в программы первичной профилактики. Понимание значимости регулярного обследования повышает приверженность скринингу.

Выводы: рак молочной железы является многофакторным заболеванием, где сочетание немодифицируемых и модифицируемых факторов определяет индивидуальный риск. Цифровая маммография, включая томосинтез, сохраняет роль основного метода популяционного скрининга. УЗИ является важным вспомогательным методом. МРТ молочных желез – наиболее чувствительный метод скрининга групп высокого наследственного риска.

Наиболее перспективным направлением является интеграция оценки индивидуальных факторов риска (с использованием генетического тестирования и математических моделей) в скрининговые алгоритмы, что позволяет перейти от универсальных программ к персонализированной ранней диагностике. Совершенствование доклинической диагностики на основе риск-стратификации в сочетании с активной профилактикой модифицируемых факторов риска является основой для значимого снижения смертности от рака молочной железы в долгосрочной перспективе.

СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ДЕОНТОЛОГИИ

КИСЕЛЬ Олеся Алексеевна, ГАРИПОВА Елизавета Рафаильевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

OBSERVATION OF THE PRINCIPLES OF DEONTOLOGY

KISEL O. A., GARIPOVA E. R.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Соблюдение принципов деонтологии является фундаментальным условием эффективной и качественной амбулаторной

помощи. В условиях ограниченного времени, высокого потока пациентов и необходимости поддержания длительного терапевтического альянса этические дилеммы приобретают особую остроту. Современный подход базируется на интеграции принципов биоэтики (автономия, милосердие, непричинение вреда, справедливость) в ежедневную клиническую практику, эффективной коммуникации и разрешении конфликтов интересов.

Ключевые слова: медицинская деонтология, амбулаторная помощь, врачебная этика, коммуникация с пациентом, информированное согласие, конфликт интересов.

Abstract: Adherence to deontological principles is a fundamental condition for effective and high-quality outpatient care. In an environment of limited time, high patient flow, and the need to maintain a long-term therapeutic alliance, ethical dilemmas become particularly acute. The modern approach is based on the integration of bioethical principles (autonomy, beneficence, non-maleficence, justice) into daily clinical practice, effective communication, and conflict of interest resolution.

Keywords: medical deontology, outpatient care, medical ethics, patient communication, informed consent, conflict of interest.

Введение. Амбулаторно-поликлиническое звено является основным в системе здравоохранения, где формируется первичный и длительный контакт врача и пациента. Специфика практики (дефицит времени, работа с неверифицированным диагнозом, необходимость соблюдения конфиденциальности в условиях общего регистра) создает уникальные деонтологические вызовы. Актуальность вопроса обусловлена повышением правовой грамотности пациентов, ростом ожиданий от качества медицинской услуги и необходимости построения партнерской модели взаимоотношений.

Цель: проанализировать основные деонтологические проблемы и современные этические подходы в работе врача амбулаторно-поликлинического звена.

Материал и методы: проведен аналитический обзор отечественных и международных этических кодексов, руководств и научных публикаций, посвященных биоэтике в первичном звене здравоохранения. Использованы методы систематизации и сравнительного анализа.

Результаты и обсуждения. В рамках анализа были выделены ключевые деонтологические аспекты:

1. Эффективная коммуникация и информированное согласие. В условиях ограниченного времени особенно важно развивать навыки активного слушания и ясного информирования о плане обследования, рисках и альтернативах. Процедура получения добровольного информированного согласия часто носит

формальный характер, что противоречит принципу уважения автономии пациента.

2. Конфиденциальность и работа с медицинской документацией. Амбулаторная практика сопряжена с рисками непреднамеренного разглашения конфиденциальной информации (в регистратуре, при совместном использовании кабинетов, при телефонных звонках). Требуется повышенная внимательность к хранению историй болезни и обсуждению диагнозов.

3. Этические дилеммы при назначении лечения. К ним относятся баланс между необходимостью назначения лекарств по стандартам и неоправданными ожиданиями пациента («назначение по требованию»), проблема выбора между дорогостоящими и доступными препаратами (принцип справедливости), а также вопросы предоставления нетрудоспособности.

4. Конфликт интересов иотношения с фармацевтическими компаниями. Врач амбулаторного профиля является ключевой фигурой для назначения терапии, что требует особой осознанности в вопросах сотрудничества с фармкомпаниями во избежание предвзятости в назначениях.

5. Деонтология во взаимоотношениях в медицинском коллективе. Горизонтальное (между врачами, медсестрами) и вертикальное (с руководством) взаимодействие должно строиться на взаимном уважении, что непосредственно влияет на качество помощи и психологический климат.

Выводы: современная амбулаторная практика предъявляет высокие требования к этической компетентности врача. Ключевыми направлениями для соблюдения деонтологических норм являются: внедрение в практику навыков эффективной и эмпатической коммуникации, строгое соблюдение правил конфиденциальности, осознанное и прозрачное разрешение конфликтов интересов, а также непрерывное этическое образование. Интеграция биоэтических принципов в повседневную работу не только предотвращает правовые риски, но и способствует построению доверительных отношений с пациентом, что является основой успешного лечения и повышения качества медицинской помощи в целом.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

КИТАЕВА Валерия Сергеевна, МАРИНОВА Анфиса Эдуардовна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

THE USE OF HIGH-DOSE ATORVASTATIN IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE: EFFICACY AND SAFETY

KITAEVA V.S., MARINOVA A.E
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается ведущей причиной смертности в мире. Современная стратегия ведения таких пациентов включает интенсивную модификацию факторов риска, ключевым элементом которой является липидснижающая терапия.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, аторвастатин, высокие дозы статинов, ХС-ЛНП, сердечно-сосудистый риск.

Abstract: Coronary artery disease (CAD) remains the leading cause of mortality worldwide. The modern management strategy for such patients includes intensive modification of risk factors, a key element of which is lipid-lowering therapy.

Keywords: coronary artery disease, atorvastatin, high-intensity statin therapy, LDL-C, cardiovascular risk.

Введение. Аторвастатин является одним из наиболее изученных и широко применяемых статинов в клинической практике. Его способность в высоких дозах (40-80 мг/сут) обеспечивать снижение уровня ХС-ЛНП на 50% и более позволила выделить такую терапию в отдельную категорию – высокоинтенсивную липидснижающую терапию. Данный подход стал краеугольным камнем вторичной профилактики ИБС после публикации результатов исследований TNT и IDEAL, которые продемонстрировали превосходство высоких доз аторвастатина над умеренной терапией в предотвращении сердечно-сосудистых катастроф. Несмотря на очевидную эффективность, назначение высоких доз статинов сопряжено с дилеммой «польза-риск», связанной с потенциальным увеличением частоты побочных эффектов, таких как миопатия и нарушение функции печени. В связи с этим, определение оптимального баланса между агрессивным снижением липидов и индивидуальным профилем безопасности у каждого конкретного пациента является актуальной задачей современной кардиологии.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения высоких доз аторвастатина (40-80 мг/сут) у пациентов с ишемической болезнью сердца для достижения целевых уровней ХС-ЛНП и снижения риска основных сердечно-сосудистых катастроф.

Объектом исследования являются эффективность и безопасность применения высоких доз аторвастатина (40-80 мг/сут) у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Анализ данных крупных рандомизированных клинических исследований (TNT, IDEAL, PROVE-IT), систематических обзоров и мета-анализов, национальных и международных клинических рекомендаций (ESC/EAS, AHA/ACC, Российские рекомендации по диагностике и лечению ИБС). Поиск литературы проводился в базах данных PubMed, CochraneLibrary, ClinicalTrials.gov.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ подтвердил высокую эффективность терапии высокими дозами аторвастатина, но также выявил необходимость строгого контроля за безопасностью.

1. Кардиоваскулярные исходы и достижение целевых уровней ХС-ЛНП. Исследование TNT (TreatingtoNewTargets) продемонстрировало, что прием аторвастатина в дозе 80 мг/сут у пациентов со стабильной ИБС привел к снижению риска возникновения первичной конечной точки (смерть от ИБС, нефатальный инфаркт миокарда, реанимация после остановки сердца, фатальный и нефатальный инсульт) на 22% по сравнению с приемом 10 мг/сут. В исследовании PROVE-IT у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) аторвастатин 80 мг превзошел стандартную терапию правастатином 40 мг по снижению риска сердечно-сосудистых событий. Высокоинтенсивная терапия аторвастатином позволяет большему проценту пациентов достичь строгих современных целевых уровней ХС-ЛНП (<1,4 ммоль/л для пациентов очень высокого риска и <1,0 ммоль/л при рецидивирующих событиях).

2. Плейотропные эффекты. Помимо мощного липидснижающего действия, высокие дозы аторвастатина оказывают выраженные противовоспалительные эффекты (снижение уровня С-реактивного белка), способствуют стабилизации атеросклеротической бляшки за счет уменьшения ее липидного ядра и укрепления фиброзной покрышки, улучшают функцию эндотелия. Эти механизмы вносят значительный вклад в общее снижение cardiovascular риска.

3. Профиль безопасности и мониторинг. Применение высоких доз аторвастатина ассоциировано с дозозависимым повышением риска развития побочных эффектов:

Миопатия и миалгия: Частота повышения уровня креатинфосфокиназы (КФК) и развития миалгий несколько выше, чем при приеме умеренных доз. Рекомендуется опрашивать пациентов о мышечных симптомах и контролировать уровень КФК при их появлении.

Нарушение функции печени: Частота повышения уровня печеночных ферментов (АЛТ, АСТ) в 2-3 раза выше, чем при терапии стандартными

дозами. Контроль трансаминаз рекомендован до начала терапии, через 4-12 недель после начала или увеличения дозы, а затем ежегодно.

Риск развития сахарного диабета 2 типа: Длительная терапия высокими дозами статинов ассоциирована с небольшим, но статистически значимым увеличением риска развития нового СД (около 0,1% в год). Однако кардиоваскулярная польза от терапии существенно перевешивает этот риск.

Вывод: терапия высокими дозами аторвастатина (40-80 мг/сут) является высокоэффективной стратегией вторичной профилактики у пациентов с ИБС, позволяющей значительно снизить риск тяжелых нежелательных сердечно-сосудистых явлений за счет интенсивного снижения ХС-ЛНП и реализации плейотропных эффектов. Назначение такой терапии должно основываться на принципах персонализированной медицины: учитывать индивидуальный cardiovascular риск пациента, его ответ на лечение и толерантность. Необходим тщательный мониторинг мышечных симптомов и показателей функции печени для обеспечения благоприятного баланса пользы и безопасности.

РОЛЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ИЗМЕНЕНИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ И СНИЖЕНИИ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ

КОЛЕСНИЧЕНКО Ксения Вячеславовна, МЕШКОВА Алина Евгеньевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE ROLE OF DIABETES HEALTH SCHOOLS IN LIFESTYLE CHANGES AND REDUCING COMPLICATIONS RISK

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

Резюме: Ключевой проблемой управления сахарным диабетом является дефицит знаний и навыков у пациентов, что ведет к высокому риску инвалидизирующих осложнений. В статье доказывается, что систематическое обучение в «Школе здоровья» является критически важным элементом лечения, сопоставимым по значимости с медикаментозной терапией. Образовательные программы значительно повышают приверженность лечению, улучшают самоконтроль и способствуют снижению риска сердечно-сосудистых и других осложнений.

Ключевые слова: школа диабета, сахарный диабет, осложнение инсулинотерапия, гипергликемия.

Abstract: A key issue in managing type 1 diabetes is the lack of knowledge and skills among patients, which leads to a high risk of debilitating complications. The article argues that systematic education in a "Health School" is a critically important element of treatment, on par with the significance of medication therapy. Educational programs significantly enhance treatment adherence, improve self-management, and reduce the risk of cardiovascular and other complications.

Keywords: Diabetes school, diabetes, complication, Insulin therapy, hyperglycemia.

Введение. Сахарный диабет является острейшей медико-социальной проблемой. Актуальность проблемы заключается в том, что количество больных будет неуклонно расти, и к 2030 году их станет 438,4 миллиона. Только профилактика сахарного диабета поможет пациенту избежать грозных и калечащих осложнений.

Цель: оценить эффективность работы «Школы здоровья для пациентов с сахарным диабетом» в формировании приверженности к лечению, изменении образа жизни пациентов и снижении риска развития специфических осложнений.

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

Результаты и обсуждения. Одной из основных причин, влияющих на компенсацию заболевания и возникновение осложнений диабета, приводящей к ранней инвалидизации пациентов, является неумение больных управлять заболеванием, что обусловлено их недостаточной обученностью.

Теоретическое обучение рассматривается как один из основополагающих элементов для лечения.

«Нехватка обучения так же опасна как нехватка инсулина» - этот основополагающий постулат всех школ диабета. Дефицит знаний и огромное количество мифов о заболевании создают риск не меньший, чем поздняя диагностика.

Одним из грозных осложнений сахарного диабета является кардиальная автономная нейропатия (КАН) представляет собой хроническое микрососудистое осложнение сахарного диабета (СД) в виде повреждения нервных волокон, иннервирующих сердце и кровеносные сосуды, что в итоге, предопределяет формирование патологии сердечно-сосудистой системы (ССС), тяжелых аритмий, безболевой ишемии сердца, осложняющих течение СД и приводящих к смерти.

В основе механизма развития диабетических сосудистых осложнений, в том числе КАН, является хроническая гипергликемиям. Хроническая гипергликемия запускает звенья, приводящие к гипоксии, поражению нервных структур, демиелинизации нервных волокон и дегенерации нервных клеток, к нарушению автономной регуляции сердца.

Также, более половины больных сахарным диабетом не знают о наличии у них офтальмопатологии и не обращаются за консультацией к офтальмологу.

Показатель НВАс1 не способен дать достоверную информацию конкретной ситуации. Показатели глюкометра также недостаточно отражают истинную картину, потому что пациенты отнюдь не всегда придерживаются должного режима самоконтроля, не считая того, что иногда возможно и преднамеренное изменение показателей гликемии.

Недостаточно осведомленные о своем заболевании и не владеющие навыками контроля над ним, больные чаще нуждаются во врачебной помощи, не могут эффективно трудиться, поэтому только обучение в «Школе диабета» может обеспечить им повышение качества жизни.

Следовательно, любая тактика лечения, предпринятая в условиях недостоверных данных, вероятнее всего, окажется неверной. В подобном случае активное участие пациента только ухудшит результат.

Информация, которой владеет среднестатистический пациент с СД, к сожалению, представлена не в полном объеме и порой даже является искаженной, что вполне может вывести эндокринолога на неверный путь в выборе тактики лечения.

В школах для больных сахарным диабетом учат, всем аспектам жизни с данным заболеванием: от нюансов инсулинотерапии, особенностей питания, двигательной активности и заканчивая выбором профессии, контрацепцией, особенностями беременности и деторождения. В школе можно получить полную информацию о новых методах лечения СД.

Выводы: для эффективного снижения риска развития осложнений СД необходимо использовать все возможности, чтобы обеспечить больным СД качественное обучение в ШД.

Повышение информированности пациентов, как результат обучения в ШД стимулирует их к приверженности к лечению и выполнению рекомендации по личной гигиене, правильному питанию и образу жизни.

Обучение в ШД должно быть использовано как обязательное средство в рамках мультидисциплинарного интегрированного подхода к лечению пациентов данного профиля.

ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ ПРИ ОТКАЗЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК, ОТ ЛЕЧЕНИЯ

КОЛЕСНИЧЕНКО Ксения Вячеславовна, МЕШКОВА Алина Евгеньевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

ETHICAL DILEMMAS WHEN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE ONMC REFUSE TREATMENT

KOLESNICHENKO K.V., MESHKOVA A.Y.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Обращаясь к проблеме плохой приверженности к приему ЛП, как правило, имеют в виду нерегулярность их приема, прекращение приёма какого-то конкретного ЛП. Крайне важно, чтобы врач разъяснял больному важность приема ЛП, не только для купирования симптомов, но и для улучшения его прогноза, снижения риска осложнений

Ключевые слова: отказ от лечения, абсолютная неприверженность, острое нарушение мозгового кровообращения, риск.

Abstract: Addressing the problem of poor adherence to LPs, as a rule, they mean the irregularity of their intake, the termination of taking a particular LP. It is extremely important that the doctor explains to the patient the importance of taking LP, not only to relieve symptoms, but also to improve his prognosis, reduce the risk of complications

Keywords: Refusal of treatment, absolute non-obmission, acute cerebral circulation disorder, risk

Введение. Феномен отказа пациента от лечения (treatment refusal) или абсолютная неприверженность наиболее подробно изучен у онкологических больных, хотя встречается и у пациентов с другими заболеваниями. Терминологически данный феномен чаще относят к области психологии и социологии, а аспекты этого явления обсуждаются в зарубежной литературе, главным образом, с этической стороны.

Цель: оценить наиболее частые причины отказа пациентов, перенесших ОНМК от лечения и выявить этические проблемы медицинского персонала, связанные с этим.

Материал и методы. Проведен литературный обзор отечественных и

зарубежных научных публикаций. Проанализированы особенности применения виртуальной реальности в медицинском образовании и практике.

Результаты и обсуждения: В зарубежной литературе этот феномен был впервые упомянут применительно к пациентам с болезнями внутренних органов в 1983 г. и получил название «refusal of care» или «treatment refusal». Эти авторы под отказом от лечения понимали «полный отказ пациента или его или её представителя от медикаментозного лечения, хирургического вмешательства, исследовательских процедур или других компонентов стационарного лечения, рекомендованных или предписанных лечащим врачом».

Определённая часть больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями полностью отказывается от лечения, несмотря на рекомендации. В ряде случаев это может объясняться хорошим самочувствием больных. Также характерную роль, по-видимому, играет и плохая информированность больных об эффективности назначенных ЛП. Вполне возможно, что более частое посещение лечебных учреждений такими больными, в частности их диспансерное наблюдение, поможет лучше выявлять отказавшихся от лечения больных и своевременно проводить мероприятия, направленные на дальнейшее предупреждение отказа пациентов от лечения. Поэтому представляется крайне важным, чтобы при таком наблюдении врач разъяснял больному способность назначенных ЛП не только устранять симптомы заболевания, но и улучшать его прогноз, снижать риск осложнений.

Согласно исследованиям Российского кардиологического сообщества, в котором были проанализированны результаты двух этапов проспективного наблюдения пациентов, перенесших ОНМК. 23 (6%) из 370 человек ответили, что не принимают назначенные лекарственные препараты (ЛП), т.е. абсолютно не привержены к лечению.

Из 23 (6%) человек, указавших в опроснике полный отказ от рекомендованного лечения, было 12 (52,2%) мужчин и 11 (47,8%) женщин; средний возраст пациентов составил 72,9±6,3 года. По результатам оригинального опросника полностью отказавшиеся от приема ЛП пациенты гораздо чаще не наблюдались у врача и реже врачам доверяли. В группе сравнения было больше женщин, пациенты были более коморбидно отягощены, однако эти различия не достигли статистической значимости.

Самой частой причиной абсолютной неприверженности у 12 (52,2%) человек было нежелание принимать ЛП в течение продолжительного времени, второй по частоте причиной было опасение побочных эффектов ЛП и вреда здоровью при длительном лечении (21,7%), 2 (%) пациента отметили, что лечение не приносит улучшения, остальные ответа на данный вопрос не дали.

При выяснении наиболее эффективных способов повысить

приверженность врачебным рекомендациям большинство ,17 (75%), ответили, что в принципе не хотят принимать ЛП.

По данным D. B. Resnik, следует отличать феномены «отказа от лечения» и «неприверженности к лечению»: первый характеризует первоначальное решение пациента не начинать рекомендованную терапию, а второй - прекращение начатого лечения.

Целый ряд специалистов считает, что проблема полного отказа пациента от лечения часто находится в психологической и социальной плоскостях. По мнению психологов, отказ от лечения наиболее часто встречается в тех случаях, когда сама терапия связана с высоким риском развития нежелательных явлений или является недостаточно эффективной, а также при нежелании пациента менять свой образ жизни и привычное поведение, при изменении когнитивных функций, снижении критичности, при наличии депрессии, в рамках антисоциального и суицидального поведения, при развитии общего негативного отношения к лекарственному лечению, в том числе, под воздействием социальных и культурных факторов.

Вероятно, именно с этим связан тот факт, что феномен полного отказа от лечения наиболее часто регистрируется у онкологических, психически больных, пожилых пациентов с хроническими, нередко коморбидными, патологическими состояниями.

Феномен полного отказа от лечения отмечен в 6% (23 пациента из 370) случаев у пациентов, перенесших ОНМК, его ведущей причиной является нежелание больных длительно принимать ЛП. У пациентов, перенесших ОНМК, показано, что при наличии ИБС и при полном отказе от рекомендованной терапии, а также риск неблагоприятных отдаленных исходов возрастает более чем в два раза.

Полученные результаты подтверждают значимость своевременного выявления случаев абсолютной неприверженности при лечении больных с различными хроническими заболеваниями, а также необходимость дальнейшего, более детального исследования этого феномена, в том числе с использованием методов психологического тестирования.

Выводы: на основании всего вышеизложенного четкое оформление согласия и отказа в отношении медицинского вмешательства следует рассматривать как важнейшую этико-деонтологическую и организационно-правовую необходимость при оказании качественной медицинской помощи.

У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями проблема неприверженности чаще рассматривается в целом, т.е. включает в себя как различные нарушения рекомендованного режима приема препаратов, так и временное или полное прекращение печения или изначальный отказ от терапии (абсолютная неприверженность). Даже развитие жизнеугрожающих событий не

всегда предупреждает неприверженность назначенному впоследствии лечению.

Соблюдение медицинскими работниками этических рекомендаций и правовых стандартов позволит значительно нивелировать риски конфликтных ситуаций и избежать их последствий.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК МОДИФИЦИРУЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА ХНИЗ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

КОЛОТИЙ Дарья Андреевна, ВОРОНИН Дмитрий Андреевич

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

PSYCHOEMOTIONAL STRESS AS A MODIFIABLE RISK FACTOR FOR CNCDS: MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND CORRECTION IN THE FRAMEWORK OF PRIMARY PREVENTION

KOLOTIY D.A., VORONIN D.A.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: Психоэмоциональный стресс признается значимым модифицируемым фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Современные данные подтверждают его роль в патогенезе кардиометаболических нарушений через активацию нейроэндокринных и иммуновоспалительных механизмов. Интеграция скрининга дистресса и методов психопрофилактики в программы первичной профилактики представляет собой перспективное направление для снижения популяционного бремени ХНИЗ.

Ключевые слова: психоэмоциональный стресс, хронические неинфекционные заболевания, первичная профилактика, аллостатическая нагрузка, кортизол, психосоматика, когнитивно-поведенческая терапия, дистресс.

Abstract: Psychoemotional stress is recognized as a significant modifiable risk factor for the development of chronic non-communicable diseases (CNCDs). Modern evidence confirms its role in the pathogenesis of cardiometabolic disorders through the activation of neuroendocrine and immune-inflammatory mechanisms.

Integrating distress screening and psychoprophylaxis methods with proven efficacy into primary prevention programs is a promising direction for reducing the population burden of CNCDs.

Keywords: psychoemotional stress, chronic non-communicable diseases (CNCDs), primary prevention, allostatic load, cortisol, psychosomatics, cognitive-behavioral therapy, distress.

Введение. Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), включая сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2-го типа и ряд психических расстройств, остаются ведущей причиной смертности и инвалидизации населения во всем мире. Традиционно управляемыми факторами риска считаются артериальная гипертензия, дислипидемия, курение и низкая физическая активность. Однако накопленные за последние десятилетия данные убедительно демонстрируют, что хронический психоэмоциональный стресс (дистресс) является независимым и мощным патогенетическим звеном в развитии ХНИЗ. Его роль выходит за рамки триггерного воздействия, оказывая пролонгированное влияние через концепцию аллостатической нагрузки – кумулятивного износа организма в результате хронической гиперактивации физиологических систем адаптации. В связи с этим, идентификация и коррекция дистресса на этапе первичной профилактики приобретает характер высокоактуальной междисциплинарной задачи для системы практического здравоохранения.

Цель: провести анализ современных научных данных о роли психоэмоционального стресса как модифицируемого фактора риска ХНИЗ и оценить эффективность современных подходов к его диагностике и коррекции в рамках первичной профилактики.

Материал и методы. Проведен систематический анализ литературы за период 2015-2024 гг. Поиск публикаций осуществлялся в международных реферативных базах данных (PubMed, Scopus, Web of Science) и научных электронных библиотеках (eLibrary, КиберЛенинка) с использованием ключевых слов: «chronic stress», «allostatic load», «primary prevention», «cardiovascular disease», «psychoemotional distress». Критериям включения соответствовали систематические обзоры, мета-анализы, рандомизированные контролируемые исследования и клинические рекомендации.

Результаты и обсуждения.

1. Патогенетические механизмы влияния стресса на риск ХНИЗ. Хронический дистресс запускает каскад патофизиологических реакций:
   - Активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС): Стойкое повышение уровня кортизола способствует развитию

инсулинорезистентности, висцеральному ожирению, дислипидемии и артериальной гипертензии.

- Дисфункция вегетативной нервной системы: Преобладание симпатического тонуса над парасимпатическим приводит к тахикардии, повышению сердечного выброса и периферического сосудистого сопротивления, что создает прямую нагрузку на сердечно-сосудистую систему.
- Активация системного воспаления: Повышение уровней провоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-6, С-реактивного белка) является ключевым звеном в атерогенезе и поддержании эндотелиальной дисфункции. Эти механизмы формируют «аллостатическую нагрузку», которая может быть количественно оценена с помощью интегративных биомаркеров (уровень кортизола в слюне, вариабельность сердечного ритма, уровень СРБ, липидный профиль), что объективизирует влияние стресса на организм.

2. Современные подходы к диагностике дистресса в первичном звене. В условиях рутинного приема в поликлинике эффективны:

- Скрининговые психометрические шкалы: Валидизированные опросники, такие как шкала воспринимаемого стресса PSS-4, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник депрессии PHQ-9, позволяют быстро выявить пациентов группы риска.
- Оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР): Метод предоставляет неинвазивный и объективный маркер состояния вегетативной регуляции, напрямую связанный с уровнем стресса.
- Определение уровня биомаркеров стресса: Анализ кортизола в слюне (в т.ч. суточного профиля) или волосах как индикатора долговременной активности ГГНС.

3. Стратегии коррекции и психопрофилактики. Доказанной эффективностью в рамках первичной профилактики обладают немедикаментозные вмешательства, направленные на повышение стрессоустойчивости:

- Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): Позволяет изменить дезадаптивные когнитивные схемы и модели поведения, связанные с реакцией на стрессоры. Мета-анализы демонстрируют ее эффективность в снижении кардиометаболического риска.
- Техники осознанности (Mindfulness) и снижения стресса на основе осознанности (MBSR): Программы, включающие медитацию, способствуют снижению активности миндалевидного тела, улучшению вегетативного баланса и снижению уровней воспалительных маркеров.
- Дыхательные практики и биологическая обратная связь (БОС): позволяют пациенту осознанно управлять вегетативными функциями, повышая тонус парасимпатической нервной системы.

- Структурированные программы модификации образа жизни: Комплексные программы, включающие физическую активность (аэробные упражнения, йога), рациональное питание и обучение навыкам управления стрессом, оказывают синергетический положительный эффект.

Выводы:

1. Психоэмоциональный стресс является значимым и независимым модифицируемым фактором риска развития ХНИЗ, патогенное влияние которого реализуется через комплекс нейроэндокринных, вегетативных и иммуновоспалительных механизмов.
2. Внедрение в практику первичного звена здравоохранения простых и эффективных инструментов скрининга дистресса (опросники, оценка ВСР) является необходимым условием для своевременного выявления пациентов группы высокого риска.
3. Современные методы психокоррекции с позиций доказательной медицины (КПТ, mindfulness, БОС) обладают подтвержденной эффективностью в снижении как психофизиологических маркеров стресса, так и общего кардиометаболического риска.
4. Оптимальной стратегией первичной профилактики ХНИЗ является интеграция мультимодальных программ управления стрессом в существующие профилактические мероприятия, что требует междисциплинарного взаимодействия терапевтов, кардиологов, клинических психологов и врачей ЛФК.

АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОСТОМОЙ

КОЛЯДОВА Наталья Витальевна, ДЖАЛАЛИ Азиз Джалалуддинович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

OUTPATIENT CARE OF PATIENTS WITH GASTROSTOMY

KOLYADOVA N.V., JALALI A.D.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Эффективное амбулаторное ведение пациента с гастростомой требует мультидисциплинарного подхода. Ключевым элементом является обучение пациента и его родственников алгоритмам ухода, позволяющего минимизировать риски осложнений, обеспечить полноценную нутритивную

поддержку, а также социально-психологическую реабилитацию.

Ключевые слова: гастростома, амбулаторное ведение, нутритивная поддержка, обучение пациентов, профилактика осложнений.

Abstract: Effective outpatient management of a patient with a gastrostomy requires a multidisciplinary approach. A key element is educating the patient and their family on care protocols that minimize the risk of complications, provide comprehensive nutritional support, and facilitate social and psychological rehabilitation.

Keywords: gastrostomy, outpatient management, nutritional support, patient education, prevention of complications.

Введение. Проблемам больных с гастростомой уделяется недостаточно внимания. Статистических данных об этой группе пациентов не существует, так как в информационных системах лечебных учреждений учитывается основное заболевание. Число взрослых пациентов с гастростомами, находящихся на амбулаторном лечении, увеличивается, в связи с ростом их выживаемости после тяжелых цереброваскулярных, онкологических, неврологических и других заболеваний, повлекших за собой нарушение акта глотания или нарушение проходимости пищи по верхнему отделу желудочно-кишечного тракта. С помощью гастростомы таким пациентам должно обеспечиваться длительное адекватное энтеральное питание. Недостаточная информированность пациентов и их родственников о правилах ухода за гастростомой - частая причина развития осложнений, снижающих качество жизни, а также ведущих к повторным госпитализациям. Успешное амбулаторное ведение пациента строится на мультидисциплинарной основе и предполагает участие врача-терапевта или врача общей врачебной практики, участковой медсестры, хирурга/онколога/эндоскописта/невролога, при необходимости – психолога, диетолога.

Цель: провести анализ некоторых аспектов амбулаторного ведения пациентов с гастростомой для рекомендаций по профилактике осложнений, улучшения качества жизни.

Материал и методы. Проанализированы публикации из электронных библиотек PubMed, eLibrary за последние 10 лет, найденные по ключевым словам «гастростома», «нутритивная поддержка», «энтеральное питание», «амбулаторное ведение», «обучение пациентов», «профилактика осложнений», «улучшение качества жизни».

Результаты и обсуждения. Постановка гастростомы – это почти всегда психологическая травма для пациента и его семьи. Важным компонентом ведения является психологическая поддержка и обучение пациентов и ухаживающих лиц теоретическим основам, практическим навыкам, алгоритмам

действий при неотложных состояниях (выпадение трубки, признаки инфекции, нарушение проходимости), предоставление информации о правах и возможностях обеспечения расходными материалами и питательными смесями.

Внедрение структурированной программы обучения для стомированных пациентов и их родственников/ухаживающих лиц снизит риск возможных осложнений. Наиболее частыми осложнениями в домашних условиях являются перистомальный дерматит, гипергрануляция ткани свища, повреждение и засорение гастростомической трубки, несоответствие диаметра гастростомы и гастростомической трубки.

Можно выделить три основных компонента успешного амбулаторного ведения: 1) правильный уход за гастростомой и гастростомической трубкой; 2) адекватный подбор и методика введения питательных смесей; 3) психосоциальная адаптация пациента и обучение ухаживающих лиц.

Уход за гастростомой и гастростомической трубкой должен осуществляться ежедневно. При попадании желудочного содержимого на кожу вокруг стомы, ее следует обработать теплой кипяченой водой с нейтральным мылом и просушить. Для защиты кожи перистомальной области ипользуются специальные пасты, мази, кремы, присыпки. Гастростомическая трубка должна быть фиксирована к коже, в том числе и специальными фиксаторами, для правильного формирования послеоперационного канала, во избежание развития гипергрануляций, перистомальных инфекций. Первую плановую замену трубки рекомендуется проводить не ранее, чем через 3-6 месяцев после операции, далее каждые 6-12 месяцев для профилактики инфекционных осложнений.

При диаметре гастостомической трубки в 1 см возможно кормление пациента протертой пищей, некоторыми видами каш. Современное энтеральное питание позволяет использовать трубки меньшего диаметра - минимальный наружный диаметр фирменных трубок для малоинвазивной гастростомии 4 мм, что позволяет формировать меньший свищ, уменьшает деформацию желудка и риск развития осложнений. В то же время малый диаметр трубки не позволяет применять для питания протертую обычную пищу и принуждает к постоянному питанию специальными питательными смесями. Выбор смеси для нутритивной поддержки осуществляется с учетом основной нозологии, функционального состояния желудочно-кишечного тракта и метаболических потребностей пациента.

Энтеральное питание по консистенции, температуре и скорости поступления в желудок должно соответствовать пище, поступающей в желудок при физиологичном пищеварении. Смесь для энтерального питания/измельченная пища должны иметь температуру около 37°С. Возможно специальное введение охлажденных смесей для коррекции гипертермии и угнетения секреторной активности ферментативных систем при некоторых

состояниях. Скорость введения регулируется, поэтому возможны болюсное (шприцевое) круглосуточное или пролонгированное капельное введение.

Кормление проводится в положении полусидя, которое сохраняется в течение часа после кормления для профилактики аспирации. Гастростомическая трубка обязательно промывается 30-50 мл кипяченой воды до и после введения питания или лекарственных средств.

Выводы: амбулаторное ведение пациента с гастростомой представляет собой сложную, но выполнимую задачу, успех которой зависит от совместных действий медицинских работников, пациента и его семьи. Основными компонентами успешного амбулаторного ведения больных с гастростомами являются правильный уход за гастростомой и гастростомической трубкой, адекватный подбор и методика введения питательных смесей, а также психосоциальная адаптация пациента и обучение ухаживающих лиц.

Для этого необходимы четкое взаимодействие между стационаром, поликлиникой и службами домашнего ухода; использование унифицированных протоколов по уходу, питанию и профилактике осложнений для пациентов с гастростомами; создание и внедрение образовательных программ для пациентов и их родственников, обеспечивающих им уверенность и компетентность в правильности ухода за гастростомой в домашних условиях.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: АНАЛИЗ ПРЕИМУЩЕСТВ И РИСКОВ

КОРОБЕЙНИКОВА Александра Владимировна,
КИСЕЛЕВА Кристина Евгеньевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

TELEMEDICINE CONSULTATIONS IN MODERN HEALTHCARE PRACTICE: AN ANALYSIS OF ADVANTAGES, AND RISKS

KOROBEINIKOVA A.V., KISELEVA K.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastoschkina

Резюме: Телемедицина представляет собой вариант организации медицинской помощи, основанную на использовании телекоммуникаций для дистанционного взаимодействия. Ее сферы применения включают как прямую

коммуникацию «врач-пациент» (для консультаций, наблюдения и диагностики), так и взаимодействие «врач-врач» (для консилиумов и профессиональных консультаций). Телемедицина служит решению ключевых задач: повышению территориальной и организационной доступности медицинской помощи, оптимизации затрат времени и средств, а также улучшению координации между специалистами. В данном докладе анализируются основные преимущества и риски, пути минимизации неудач для использования телемедицинских технологий.

Ключевые слова: телемедицина, прямая коммуникация, дистанционное взаимодействие, доступность.

Abstract: Telemedicine is a form of organizing medical care based on the use of telecommunications for remote interaction. Its areas of application include both direct «doctor-patient» communication (for consultations, monitoring, and diagnosis) and «doctor-doctor» interaction (for consultations and professional case discussions). Telemedicine is an integral part of modern practice and serves to address key objectives: increasing the geographical and organizational accessibility of medical care, optimizing time and cost expenditures, as well as improving coordination among specialists. This report analyzes the main advantages and risks, along with ways to minimize failures in the use of telemedicine technologies.

Keywords: telemedicine, direct communication, remote interaction, accessibility.

Введение. Цифровая трансформация является одним из ключевых трендов современного здравоохранения. В условиях роста бремени хронических заболеваний, старения населения, а также необходимости обеспечения медицинской помощью жителей удаленных и труднодоступных регионов, традиционные формы оказания помощи демонстрируют свою ограниченность. Телемедицинские технологии, под которыми понимается использование информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) для дистанционного предоставления клинических и профилактических медицинских услуг, становятся стратегическим ответом на эти вызовы. Их внедрение было резко ускорено глобальными событиями, такими как пандемия COVID-19, которая наглядно доказала их жизненную необходимость не только для повышения доступности, но и для обеспечения непрерывности и безопасности оказания помощи.

Цель: анализ преимуществ и недостатков внедрения телемедицинских технологий

Результаты и обсуждения: 1. Преимущества телемедицины:

– Повышение доступности и своевременности медицинской помощи:

– Территориальная доступность: Ликвидация географических барьеров для жителей сельской и удаленной местности, а также маломобильных групп населения (пациенты с ограниченными возможностями, пожилые люди)

– Временная доступность: Возможность получения консультации в удобное время, сокращение времени ожидания приема и потери времени на дорогу.

– Доступ к узким специалистам: Пациенты из регионов получают возможность консультации с ведущими специалистами федеральных центров без необходимости выезда.

– Экономическая эффективность и оптимизация ресурсов: Снижение прямых и косвенных затрат: Для пациентов — минимизация транспортных и сопутствующих расходов, для системы здравоохранения — снижение нагрузки на стационары и сокращение количества необоснованных очных визитов.

– Оптимизация работы медицинского персонала: Возможность проведения большего количества консультаций, рациональное распределение рабочего времени, снижение нагрузки на инфраструктуру ЛПУ.

– Улучшение качества и непрерывности медицинского наблюдения: Упрощение динамического наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями (например, контроль артериального давления, уровня глюкозы), что способствует раннему выявлению осложнений.

– Повышение приверженности лечению: более частый и удобный контакт с врачом повышает вовлеченность пациента в процесс лечения.

– Развитие профессионального взаимодействия и образования: Быстрая организация междисциплинарных консультаций и получение экспертного заключения для сложных случаев.

– Дистанционное образование: Проведение онлайн-трансляций операций, обучающих вебинаров и супервизий для врачей, особенно в удаленных районах.

2. Недостатки, риски и ограничения телемедицины

– Технологические и инфраструктурные барьеры: Неравномерный доступ к высокоскоростному интернету и современным гаджетам среди разных социально-демографических групп, особенно пожилых людей

– Надежность и безопасность платформ: Риски сбоев в работе программного обеспечения, проблем со связью, что ставит под угрозу сам процесс консультации.

– Клинические и диагностические ограничения:

– Ограниченность физикального осмотра, что может привести к ошибкам диагностики, особенно при первичном обращении.

– Неготовность части медицинских работников и пациентов адаптироваться к новым цифровым протоколам работы.

– Требуется обучение врачей «цифровой гигиене», правилам онлайн-коммуникации и работе с новым программным обеспечением.

3. Практические рекомендации

Для успешной интеграции телемедицинских технологий необходимы системные меры по преодолению ключевых барьеров.

1. Технологические меры:

- Создание программ доступности (льготные тарифы, планшеты для уязвимых групп)

-Обязательная сертификация ПО по критериям кибербезопасности и интеграции с МИС/ЕГИСЗ.

2. Организационно-клинические меры:

-Утверждение клинических рекомендаций, определяющих допустимые сферы применения телемедицины (например, только диспансерное наблюдение при хронических болезнях).

– Комбинация очных и дистанционных приемов (например, первично — очно, наблюдение — онлайн).

– Обязательное обучение врачей цифровым навыкам и онлайн-коммуникации в рамках НМО.

3. Правовые и мотивационные меры:

– Введение адекватной тарификации телеконсультаций, не уступающей оплате очного приема.

Выводы: таким образом, телемедицина не является панацеей, а представляет собой мощный вспомогательный инструмент, эффективность которого напрямую зависит от учета и нивелирования сопутствующих рисков. Ее успешное внедрение требует комплексного подхода, включающего развитие инфраструктуры, адаптацию нормативной базы, обучение персонала и пациентов, а также проведение дальнейших исследований для оценки долгосрочных клинико-экономических результатов**.**

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕЗБОЛИВАНИЮ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ: ФОКУС НА ПРЕОДОЛЕНИЕ ОПИОФОБИИ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

КРАЕВА Яна Дмитриевна, ПОДВИЖЕНКО Анна Егоровна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

CURRENT APPROACHES TO PAIN MANAGEMENT IN PALLIATIVE CARE: FOCUS ON COPING OPIOPHOBIA AND MULTIDISCIPLINARY APPROACH

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

Резюме: Исследование систематизирует современные подходы к обезболиванию в паллиативной помощи. Показан переход от алгоритмов ВОЗ к персонализированной терапии с адъювантами и немедикаментозными методами. Доказано, что успех зависит от мультидисциплинарной работы и преодоления опиофобии, а не только от лечения на анальгетики.

Ключевые слова: паллиативная помощь, обезболивание, хроническая боль, опиофобия, ВОЗ.

Abstract: The study systematizes current approaches to pain management in palliative care. The transition from WHO algorithms to personalized therapy with adjuvants and non-drug methods is shown. Success has been proven to depend on multidisciplinary work and overcoming opiophobia, not just treatment for analgesics.

Keywords: palliative care, pain management, chronic pain, opiophobia, WHO.

Введение: Боль — один из самых тяжелых и распространенных симптомов у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. По данным ВОЗ, в конце жизни умеренную или острую боль испытывают 80% больных СПИДом или раком и 67% пациентов с сердечно-сосудистыми или хроническими респираторными заболеваниями. Паллиативная помощь определяется как активный, целостный подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, сопутствующими опасным для жизни заболеваниям, через облегчение страданий. Боль в этом контексте является многомерным феноменом, включающим не только физическое, но и эмоциональное, психологическое и социальное страдание.

Цель: проанализировать современные принципы, методы, проблемы и перспективы обезболивания в паллиативной помощи, с особым вниманием к опиофобии и преодолению его, как системного барьера, в практике врача.

Материал и методы. На основе обзора научных публикаций, клинических рекомендаций и официальных документов ВОЗ. Использованы материалы, опубликованные в российских и международных рецензируемых журналах, а также ресурсы медицинских учреждений.

Результаты и обсуждения.

1. Принципы оценки боли в паллиативной практике

- Основополагающим принципом в современной паллиативной практике является доверие к субъективному описанию боли самим пациентом.

- Для структурированной оценки интенсивности боли широко используется Визуально-аналоговая шкала (VAS), где пациент указывает интенсивность боли от 0 (нет боли) до 10 (невыносимая боль).

- Применяются опросники, выясняющие локализацию, характер, временные параметры боли и триггеры, которые ее усиливают или ослабляют.

- Для выбора правильной тактики лечения важно различать типы боли на ноцицептивную боль (вызванную повреждением тканей) и нейропатическую боль (связанную с повреждением нервов), что требуют разного терапевтического подхода, включая применение ко-анальгетиков.

2. Подходы к фармакотерапии на основе «лестницы обезболивания» ВОЗ:

Трехступенчатая «лестница обезболивания» ВОЗ продолжает оставаться фундаментальным принципом фармакотерапии боли в паллиативной практике. Этот подход предполагает выбор препарата и его силы в зависимости от интенсивности боли.

Ступень 1 (легкая боль): применяются неопиоидные анальгетики, такие как парацетамол (ацетаминофен) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Ступень 2 (боль средней интенсивности): добавляются слабые опиоиды, такие как трамадол или кодеин, часто в комбинации с неопиоидными анальгетиками.

Ступень 3 (сильная боль): Переход к сильным опиоидам, таким как морфин, который считается «золотым стандартом». Также могут использоваться фентанил (в том числе в форме трансдермальных пластырей) и оксикодон.

Критически важным принципом является регулярный («по часам») прием анальгетиков, а не «по требованию». Это позволяет поддерживать стабильную концентрацию препарата в крови и предотвращает усиление боли.

3. Преодоление опиофобии как ключевой фактор эффективности

Одной из наиболее значимых проблем в паллиативной помощи является опиофобия — страх перед назначением и применением опиоидных анальгетиков, распространенный как среди пациентов и их семей, так и среди медицинских работников.

Среди основных мифов, циркулирующих среди пациентов и медработников, литература выделяет:

1) Убежденность в неизбежности зависимости. Как подчеркивается в материалах ВОЗ, при правильном назначении с целью купирования боли риск

развития психической зависимости крайне низок. Организм использует опиоиды преимущественно в области болевых рецепторов. Ключевая задача медицинского персонала — разъяснять разницу между физической зависимостью и психологической аддикцией, а также важность контроля боли для сохранения качества жизни

2) Преувеличение рисков побочных эффектов.

Опасения, связанные с побочными эффектами (тошнота, сонливость, запоры). Важно, что многие из этих эффектов (кроме запоров) носят временный характер и успешно поддаются медикаментозной коррекции. Активная профилактика и лечение запоров являются обязательной частью терапии опиоидами

4. Данные об эффективности комплексных подходов

Установлено, что комбинированное применение опиоидных анальгетиков с адъювантными препаратами позволяет достичь адекватного контроля боли у 85-90% пациентов. Для лечения нейропатической боли широко применяются антиконвульсанты (габапентин, прегабалин) и некоторые антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин).

К немедикаментозным методам относятся массаж, акупунктура, техники релаксации и дыхательные упражнения, тепло или холод на болезненную область. Эти методы помогают снизить уровень стресса и тревоги, что, в свою очередь, уменьшает восприятие боли.

Внедрение комплексных программ с участием специалистов различного профиля позволило повысить удовлетворенность пациентов терапией с 48% до 82% в течение 6 месяцев наблюдения.

Переход от строгого следования алгоритму к комплексному персонализированному подходу. Лестница ВОЗ не отменяется, но становится структурным ядром, которое должно быть адаптировано под конкретного пациента с учетом типа боли (ноцицептивная или нейропатическая), что требует применения адъювантных препаратов.

Опиофобия как системная проблема, а не частное заблуждение. Выявленная высокая распространенность опиофобии указывает не на случайные заблуждения, а на глубокий системный кризис в образовании и информировании. Тот факт, что эти страхи распространены и среди медработников, свидетельствует о серьезных пробелах в программах последипломного образования и необходимости разработки целенаправленных просветительских программ для врачей первичного звена, что особенно актуально для поликлинической практики.

Доказанное превосходство мультидисциплинарного подхода. Приведенные данные об эффективности являются прямым доказательством того, что эффективность обезболивания сегодня определяется не столько самим

фактом назначения анальгетиков, сколько качеством мультидисциплинарной поддержки. Рост удовлетворенности с 48% до 82% — это показатель, доказывающий эффективность мультидисциплинарного подхода.

Выводы:

1. Современные подходы к обезболиванию в паллиативной помощи эволюционируют в сторону персонализированной медицины, сочетая классические протоколы ВОЗ с комплексным применением адъювантных препаратов и немедикаментозных методов.
2. Доказана высокая эффективность комбинированной фармакотерапии, позволяющей достичь удовлетворительного контроля боли у пациентов. Безопасность терапии обеспечивается тщательной оценкой боли, индивидуальным подбором доз и режимов применения.
3. Преодоление опиофобии является критически важным условием для обеспечения доступа пациентов к адекватной терапии. Для этого необходима системная просветительская работа, внедрённая в программы последипломного образования врачей и информирование пациентов в ЛПУ.
4. Немедикаментозные методы и мультидисциплинарный подход играют критически важную роль в комплексном управлении болью и улучшении качества жизни пациентов.
5. Перспективным направлением является разработка персонализированных алгоритмов обезболивания с учетом типа боли и индивидуальных особенностей пациента.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

КУЖУГЕТ Аганак Исмаилович, ЧАМБАЛ Буян Дугур-оолович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

ARTERIAL HYPERTENSION IN OUTPATIENT PRACTICE

KUZHUGET A. I., CHAMBAL B. D.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: В статье рассматриваются диагностика и подходы к лечению артериальной гипертензии в амбулаторных условиях. Анализ различных

методов диагностики пациентов с артериальной гипертензией. Изучение степени достижения запланированного результата при лечении гипертонической болезни.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, амбулаторно-поликлиническая практика, диагностика, лечение.

Abstract: This article examines the diagnosis and treatment approaches for arterial hypertension in outpatient settings. It also analyzes various diagnostic methods for patients with arterial hypertension and examines the extent to which the intended outcome is achieved in hypertension treatment.

Keywords: arterial hypertension, outpatient practice, diagnostics, treatment.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) — это хроническое заболевание, характеризующееся устойчивым повышением артериального давления (АД) выше 140/90 мм рт. ст. АГ является одной из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и представляет собой серьезную проблему для здравоохранения во всем мире. В амбулаторно-поликлинической практике управление артериальной гипертензией имеет особое значение, так как именно здесь происходит первичная диагностика и лечение пациентов.

Цель: изучение методов диагностики и эффективности лечения артериальной гипертензии на базе ГБУЗ "Кемеровская городская клиническая больница №11", терапевтическое отделение № 1

Материал и методы.

- Медицинские карты пациентов (50 карт) с установленным диагнозом гипертоническая болезнь (данные анамнеза, лабораторных, инструментальных исследований, заключений специалистов). Расчеты производились с помощью программы Microsoft Office Exel 2007;
- Критерии качества оказания медицинской помощи, представленные в Клинических рекомендациях: Артериальная гипертензия у взрослых 2024-2026, утвержденных Минздравом РФ

Результаты и обсуждения. Среди пациентов амбулаторно-поликлинического звена выявлена группа больных с артериальной гипертензией, возраст которых варьировался от 38 до 78 лет. Средний возраст составил 58±12,5 лет. Среди них 21 (42%) мужчин и 29 (58%) женщин.

Факторы риска развития артериальной гипертензии были выявлены у 100% больных. Генетическая предрасположенность была выявлена у 30 пациентов (60%). Из 50 больных нормальная масса тела у 4 (8%) человек, избыточная масса тела у 12 (24%) человек, ожирение 1 степени у 22 (44%) человек, ожирение 2 степени — 6 (12%) человека, ожирение 3 степени у 6 (12%) человек. Курение выявлено у 36 пациентов (72%).

Некоторые пациенты имели сопутствующие заболевания: СД 2 типа был у 13 пациентов (26%), ИБС (постинфарктный кардиосклероз или стенокардия) у 10 пациентов (20%).

Согласно клиническим рекомендациям пациентам с ГБ были проведены лабораторные и инструментальные исследования. 49 пациентов (98%) были направлены на ОАК, биохимический анализ крови (липидограмму, креатинин, мочевину). Из данной группы пациентов дислипидемия была выявлена у 42 пациентов (86%), ХБП было выявлено у 12 человек (25%).

ЭКГ было проведено 50 пациентам (100%), из них у 32 пациентов (64%) было выявлена гипертрофия ЛЖ. УЗИ почек прошли 35 пациентов (70%), из них патологию выявлена у 2-х пациентов (6%).

Суточный мониторинг АД был проведен всей клинической группе (50 пациентов), у 28 пациентов (56%) АГ было не достигнуто целевых цифр.

Анализ базисной терапии (препараты для постоянного приема) ГБ выявил, что только ¼ всех пациентов в группе получали адекватную базисную терапию.

- 10% — базисная терапия не назначалась.
- 16% — были назначены однокомпонентная терапия (иАПФ/ БРА или диуретик в монотерапии)
- 32% пациентов получали двойную комбинацию препаратов (иАПФ/БРА + β2-адреноблокаторы или иАПФ/БРА+ диуретик или иАПФ/БРА+БКК)
- 40% больных в качестве базисной терапии получали тройную комбинацию препаратов (иАПФ/БРА+ диуретик+ БКК)

Таким образом, среди больных ГБ, включенных в исследование, преобладали пациенты с неадекватными назначениями. Имело место частое использование малоэффективных препаратов (монотерапия иАПФ/БРА/диуретик) и несоответствие назначаемых доз препаратов степени АГ.

Анализ потребления лекарственных препаратов при ГБ показывает, что общий уровень оказания медицинской помощи больным АГ далек от оптимального, а структура медикаментозных назначений часто не отвечает требованиям международных рекомендаций и национальных стандартов по фармакотерапии ГБ.

Выводы:

1. Своевременность оказания медицинской помощи при гипертонической болезни – средняя, что говорит о тщательной диагностике пациентов с подозрением на гипертоническую болезнь.

2. Методы диагностики, лечения и реабилитации выбраны неверно, для улучшения результатов пациентов с артериальной гипертензии следует пересмотреть терапию и назначить адекватное лечение.

3. Запланированный результат по анализу диагностики и лечения больных с ГБ – достигнут.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ: АНАЛИЗ И РЕКОМЕНДАЦИИ

КУЗНЕЦОВА Алена Олеговна, ПРОШУТИНСКАЯ Юлия Ивановна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

DEONTOLOGICAL PRINCIPLES OF COMMUNICATION BETWEEN MEDICAL WORKERS AND PATIENTS' FAMILIES IN CRITICAL CONDITION: ANALYSIS AND RECOMMENDATIONS

KUZNETSOVA A. O., PROSHUTINSKAYA YU.I.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: представлен анализ деонтологических принципов, лежащих в основе общения медицинского работника с родственниками пациентов в критическом состоянии. Для достижения поставленной цели было проведено анкетирование медицинских работников, результаты которого позволили оценить их опыт, знания и потребности в области общения с родственниками пациентов. Полученные данные позволяют сформулировать конкретные предложения по совершенствованию подготовки медицинского персонала, разработке эффективных коммуникативных стратегий и созданию благоприятной атмосферы для общения с родственниками в кризисных ситуациях.

Ключевые слова: деонтологические принципы, пациент, родственники, критическое состояние, общение.

Abstract: This article focuses on the analysis of the deontological principles underlying the communication between medical professionals and the relatives of critically ill patients. To achieve this goal, a questionnaire was conducted among medical professionals, which allowed us to assess their experience, knowledge, and needs in terms of communication with patients' relatives. The findings provide

valuable insights into improving the training of medical staff, developing effective communication strategies, and creating a supportive environment for communicating with relatives in crisis situations.

Keywords: deontological principles, patient, relatives, critical condition, communication

Введение. Общение с родственниками пациентов, находящихся в критическом состоянии, является одной из наиболее сложных и ответственных задач для медицинских работников. Эффективная коммуникация, основанная на принципах уважения, честности и сочувствия, может значительно облегчить переживание кризисной ситуации для семьи, способствовать принятию важных решений и формированию доверительных отношений с медицинским персоналом. Однако, в реальной практике нередко возникают трудности, связанные с недостаточной подготовкой медицинских работников, ограниченностью времени, эмоциональным выгоранием и различиями в культурных и этических нормах. Это может приводить к ухудшению качества коммуникации, увеличению риска конфликтов и снижению удовлетворенности родственников оказываемой медицинской помощью.

Цель: выявление существующих проблем и разработка практических рекомендаций по улучшению коммуникации при общении с родственниками в кризисных ситуациях, разработка памятки.

Материал и методы. Изучены материалы специализированных сайтов (pro-palliativ.ru, psi.mchs.gov.ru, pro.acare.ru), алгоритмы сообщения плохих новостей (SPIKES, NURSE, BREAKS). Проведено анкетирование 20 медицинских сотрудников ГАУЗ Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского (12 врачей и 8 представителей среднего медицинского персонала) различного стажа работы. В работе использована анкета собственной разработки, состоящая из 15 вопросов, касающихся частоты общения с родственниками, уровня подготовленности, эмоциональных затруднений, приоритетов в общении, учета культурных и религиозных особенностей, а также мнения о необходимых темах для обучения и способах улучшения коммуникации.

Результаты и обсуждения. Анализ результатов анкетирования 20 медицинских работников, 60% из которых – средний медицинский персонал (СМП), а 40% – врачи, выявил значительные проблемы в коммуникации с родственниками пациентов в критическом состоянии. Распределение по стажу работы следующее: 25% имеют стаж 5-10 лет, 25% – более 15 лет, 15% – 11-15 лет и 35% – менее 5 лет.

Анализ частоты взаимодействия медицинских работников с родственниками пациентов в критическом состоянии показал, что наиболее

распространенным является эпизодическое общение (45% респондентов), осуществляемое несколько раз в месяц. Подавляющее большинство (55%) признают, что чувствуют себя недостаточно подготовленными. Наибольшие затруднения при общения вызывают гнев и агрессия (40%), отчаяние и плач (25%) у родственников, находящихся в кризисной ситуации. Эти данные подчеркивают, что при нечастом контакте с родственниками в кризисных ситуациях, медицинские работники испытывают значительные трудности, связанные как с недостатком подготовки, так и с эмоциональным напряжением. Еще одним важным наблюдением является то, что большинство (55%) считают, что не всегда необходимо сообщать родственникам полную и правдивую информацию. Эти результаты в совокупности подчеркивают необходимость разработки и внедрения эффективных программ обучения и поддержки медицинских работников, направленных на улучшение их коммуникативных навыков и повышения уверенности в общении с родственниками в критических ситуациях. Дальнейший анализ данных выявил противоречивые приоритеты в подходах к общению. При взаимодействии с родственниками основное внимание уделяется эмоциональной поддержке и сочувствию (30%), а также соблюдению протоколов и инструкций (30%). При возникновении сложных этических дилемм, таких как просьба родственников не сообщать пациенту о тяжести состояния, преобладает стратегия обращения за советом к коллегам/этическому комитету (50%). Меньшая часть респондентов выполняет просьбу (20%). Тенденцию к недооценке влияния культурных и религиозных особенностей семьи на восприятие болезни и принятие решений данного фактора демонстрируют 70% респондентов. Существенные затруднения вызывает вопрос о предоставлении надежды, даже если прогнозы неблагоприятны, так как 40% респондентов затрудняются ответить на этот вопрос. Медицинские работники считают наиболее важными навыками умение слушать и слышать (55%) и навыки управления конфликтами (50%). Эти данные подтверждают, что успешное общение с родственниками в критических ситуациях требует не только медицинских знаний, но и развитых коммуникативных компентенций. Нами разработана «Памятка медицинскому работнику: Общение с родственниками пациентов в критическом состоянии». Памятка содержит четкие рекомендации по предоставлению медицинской информации в доступной форме, учитывая приоритет информированного согласия родственников; включает алгоритмы действий при возникновении сложных этических дилемм, с учетом культурных и религиозных особенностей семьи, способы предоставлению реалистичной, но поддерживающей информации, даже при неблагоприятных прогнозах, а также по оказанию эмоциональной поддержки родственникам.

Выводы: результаты проведенного анкетирования выявили серьезные проблемы в коммуникации между медицинскими работниками и родственниками пациентов, находящихся в критическом состоянии. Отмечается недостаток информации, трудности в понимании медицинских терминов, недостаточная эмоциональная поддержка и ограниченный доступ к консультациям. Эти проблемы негативно сказываются на восприятии качества медицинской помощи и вызывают у родственников пациентов высокий уровень стресса. Для решения этих приоритетных проблем необходимо внедрение комплексного подхода, включающего не только обучение медицинского персонала навыкам общения, но и создание поддерживающей среды, обеспечивающей возможность получения консультаций и помощи в сложных ситуациях. В связи с этим нами была разработана практичная и информативная «Памятка медицинскому работнику: Общение с родственниками пациентов в критическом состоянии». Данная памятка служит инструментом для структурирования информации, предоставления ее в доступной форме, а также оказания поддержки медицинскому персоналу в процессе общения с родственниками пациентов, находящихся в наиболее уязвимом положении. Реализация рекомендаций, изложенных в памятке, позволит значительно повысить качество взаимодействия, снизить уровень тревожности родственников и, как следствие, улучшить общее восприятие медицинской помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КУЗБАССЕ: ОТ ИСТОРИИ ДО НАШИХ ДНЕЙ

КУЗНЕЦОВА Юлия Андреевна, КУПЦОВ Артем Юрьевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

PALLIATIVE CARE ORGANIZATION IN KUZBASS: FROM HISTORY TO THE PRESENT

KUZNETSOVA J.A., KUPTSOV A.Y.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: История организации паллиативной помощи в Кузбассе отражает развитие системы поддержки тяжелобольных пациентов. С каждым годом открываются новые подходы к совершенствованию оказания

комплексной помощи пациентам с неизлечимыми заболеваниями.

Ключевые слова: паллиативная помощь, амбулаторная помощь, онкологические пациенты.

Abstract: The history of palliative care in Kuzbass reflects the development of a system for supporting seriously ill patients. Every year, new approaches are discovered to improve the provision of comprehensive care to patients with incurable diseases.

Keywords: palliative care, outpatient care, cancer patients.

Введение. Организация паллиативной помощи в Кемеровской области - Кузбассе, имеет свою историю, связанную с развитием специализированных медицинских учреждений и служб, главной целью которых является повышение качества жизни пациентов и доступности медицинской помощи для населения региона.

Цель: изучить принципы организации и развития паллиативной помощи в Кузбассе с момента ее появления до настоящего времени.

Материал и методы. В процессе исследования изучены данные литературных источников, интернет-ресурсов, нормативно-правовых актов.

Результаты и обсуждения. Первые попытки организации помощи пациентам с тяжелыми состояниями начались в 2000-х годах, когда стали появляться отдельные службы поддержки, деятельность которых, в то же время, носила скорее экспериментальный характер.

В 2008-2010 гг. в рамках региональных программ модернизации здравоохранения произошло формирование базовых принципов паллиативной помощи. Появились первые стационарные отделения паллиативной помощи при крупных городских больницах. Началось обучение медработников стандартам паллиативного ухода по федеральным программам.

В 2009 году, на основании приказа Управления здравоохранения города Кемерово, был создан городской паллиативный центр на базе МУЗ «ГКБ №4» для оказания помощи пациентам в терминальной стадии заболеваний, как онкологических, так и неонкологических. С момента создания специализированного центра в Кемерово паллиативная помощь в Кузбассе начала развиваться, поскольку появились возможности все большему количеству пациентов.

В 2010-2015 гг. в регионе происходило активное развитие сети паллиативных служб, в том числе выездных бригад. В 2014 году были созданы первые центры паллиативной помощи, интегрированные в структуру здравоохранения.

В 2016-2020 гг. произошло официальное закрепление принципов оказания паллиативной помощи в городской и региональной стратегиях

развития здравоохранения.

Началось развитие амбулаторных и домашних форм ухода за тяжелыми больными. Данному процессу способствовало внедрение современных стандартов, ориентированных на улучшение качества жизни и поддержку родственников пациентов. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи, а также выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи, созданными в медицинских организациях. Оказание амбулаторной паллиативной помощи осуществляется на основе взаимодействия врачей-терапевтов участковых, врачей общей врачебной практики (семейных врачей), врачей по паллиативной медицинской помощи, врачей-специалистов. Терапевт, оказывающий паллиативную помощь, должен следовать установленным порядкам и стандартам, включая облегчение боли и других тяжелых симптомов, улучшение качества жизни пациента. Активное участие в помощи паллиативным пациентами принимают социальные службы и волонтерские организации.

Общее число пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь, в 2023 году составило 20303 человека. Количество пациентов, получивших медицинские изделия от медицинских организаций для использования на дому – 629 человека. За 2023 год было закуплено 749 единиц медицинского оборудования для стационарных отделений и бригад выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, в числе которых автомобили, аппараты ИВЛ, переносные аппараты для ингаляционной терапии, вакуумные электроотсосы, кислородные концентраторы, функциональные кровати.

2024 год стал заключительным для региональной программы «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи на 2019-2024 годы», благодаря которой стали возможными данные результаты. В том числе, существенно расширились возможности амбулаторного направления: с 2022 года число пациентов, получивших медицинские изделия для домашнего использования, выросло с 497 до 629 человек, с 10 до 12 увеличилось число бригад выездной патронажной помощи для взрослого и детского населения Кузбасса.

Выводы: с каждым годом создаются новые подходы к совершенствованию оказания комплексной поддержки населению с неизлечимыми заболеваниями, такие, как выездные бригады, открытие новых стационарных отделений, организация амбулаторной помощи онкологическим больным, открытие центров поддержки и реабилитации. Результаты исследования свидетельствуют, что эффективная организация паллиативной помощи способствуют не только улучшению качества жизни пациентов, но и

оптимизации использования медицинских ресурсов, снижению нагрузки на стационарные отделения и повышению удовлетворенности пациентов и их семей качеством оказанной помощи.

ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ

ЛАПШИНА Алина Васильевна, БОЧКАРЕВА София Анатольевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

PROBLEMS OF ENSURING CONFIDENTIALITY AND MEDICAL SECRECY IN THE CONDITIONS OF DIGITALIZATION OF THE OUTPATIENT SERVICE

LAPSHINA A.V., BOCHKAREVA S.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Основное внимание в анализе современных вызовов в области охраны здоровья уделяется проблемам обеспечения конфиденциальности и врачебной тайны в условиях активной цифровизации амбулаторной службы, обсуждаются риски, связанные с использованием электронных медицинских карт и телемедицинских технологий.

Ключевые слова: конфиденциальность, врачебная тайна, цифровизация, электронная медицинская карта, телемедицина.

Abstract: The analysis of modern challenges in healthcare focuses on the problems of ensuring confidentiality and medical secrecy in the context of the active digitalization of outpatient care, discusses the risks associated with the use of electronic medical records and telemedicine technologies, and highlights recommendations for strengthening the protection of patients' personal data at the institutional and legislative levels.

Keywords: confidentiality, medical secrecy, digitalization, electronic medical record, telemedicine.

Введение. Согласно Федеральному закону РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», врачебная тайна — это неразглашение сведений о факте обращения за медицинской помощью,

состоянии здоровья гражданина, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении. В условиях цифровой трансформации здравоохранения, характеризующейся повсеместным внедрением электронных медицинских карт (ЭМК) и телемедицинских сервисов, традиционные подходы к обеспечению конфиденциальности требуют пересмотра и адаптации к новым киберрискам и организационным вызовам.

Цель: провести комплексный анализ проблем обеспечения конфиденциальности и сохранения врачебной тайны в условиях цифровой трансформации амбулаторной службы и разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию системы защиты персональных данных пациентов при использовании электронных медицинских карт и телемедицинских технологий.

Материал и методы. Проведен анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей вопросы врачебной тайны в РФ; оценка уязвимостей и инцидентов, связанных с защитой данных в медицинских информационных системах (МИС) и телемедицинских платформах; социологический опрос врачей и пациентов амбулаторного звена об их отношении к цифровой безопасности.

Результаты и обсуждения. Внедрение цифровых технологий в амбулаторной практике выявило ряд системных проблем:

1. Доступ третьих лиц: В рамках Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) существует риск несанкционированного или избыточного доступа к ЭМК большого числа медицинских работников, не вовлеченных непосредственно в лечение пациента.

2. Угрозы кибербезопасности: Медицинские организации становятся мишенями для хакерских атак с целью хищения персональных данных. Отсутствие регулярного аудита безопасности и шифрования данных в некоторых МИС повышает эти риски.

3. Технические уязвимости телемедицины: Проведение дистанционных консультаций через незащищенные каналы связи и использование несертифицированных приложений создает угрозу перехвата конфиденциальной информации.

4. Внутренние нарушения: Зафиксированы случаи несанкционированного просмотра ЭМК сотрудниками из личного любопытства, что подчеркивает проблему недостаточного контроля внутреннего доступа и низкой правовой культуры.

5. Проблема информированного согласия: Существующие формы согласия на обработку персональных данных часто носят формальный характер, и пациенты не всегда осознают, как и кем их данные будут

использоваться в цифровой среде.

Опыт цифровизации амбулаторной службы демонстрирует, что без создания надежной системы защиты данных преимущества технологий могут быть нивелированы рисками для конфиденциальности пациентов и утратой их доверия к системе здравоохранения.

Рекомендации по укреплению защиты врачебной тайны:

1. Совершенствование нормативной базы: Необходимо разработать четкие и детализированные регламенты разграничения доступа к ЭМК, определения ответственных за утечки данных и процедуры расследования таких инцидентов.

2. Внедрение технических мер защиты: Обязательное использование систем сквозного шифрования данных, многофакторной аутентификации для доступа в МИС, регулярное обновление программного обеспечения и проведение пентестов (тестов на проникновение).

3. Повышение цифровой грамотности: Регулярное обучение медицинских работников основам кибербезопасности и правилам работы с конфиденциальной информацией в цифровой среде.

4. Прозрачность для пациентов: Внедрение практики информирования пациентов о том, кто и с какой целью имел доступ к их ЭМК, а также использование понятных и подробных форм информированного согласия на обработку данных в цифровом формате.

5. Создание системы аудита: Реализация в МИС функций обязательного протоколирования всех действий с ЭМК (логирование) с последующим регулярным аудитом для выявления подозрительной активности.

Выводы: обеспечение конфиденциальности и врачебной тайны в условиях цифровизации амбулаторной службы является комплексной и многогранной проблемой, требующей системного подхода. Успешное ее решение возможно только при интеграции двух ключевых элементов: внедрения современных технологий защиты информации и формирования высокой культуры конфиденциальности среди медицинских работников. Это позволит не только соблюсти требования закона, но и сохранить фундаментальное доверие между врачом и пациентом в новой цифровой реальности.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ЕГИПТЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КОНТРОЛЬ И СТРАТЕГИИ УПРАВЛЕНИЯ

ЛАЯАНДИ Абануб Атиф Хана, АЛИ Арсума

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет Кемерово, Россия

Научный руководитель — к.м.н. доцент Наталья Викторовна Шатрова

HYPERTENSIONIN EGYPT: EPIDEMIOLOGY, CONTROL, AND MANAGEMENT STRATEGIES

LAJANDIABANUB ATIF HANA, ALI ARSHUMA
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме. Артериальная гипертензия в Египте достигла уровня эпидемии: она выявлена у 36,2% взрослых, но эффективно контролируется лишь у 12,8%. Главные проблемы — низкая эффективность лечения при высоком потреблении соли, ожирении и малой подвижности населения. Решение — внедрение комплексной стратегии: снижение потребления соли, улучшение диагностики, обновление протоколов лечения и внедрение цифрового мониторинга. Это позволит значительно улучшить ситуацию и снизить нагрузку на систему здравоохранения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, Египет, эпидемиология, контроль артериального давления, распространенность, факторы риска, управление здравоохранением.

Abstract. Arterial hypertension in Egypt has reached epidemic levels: it is detected in 36.2% of adults but is effectively controlled in only 12.8%.The main problems are the low effectiveness of treatment combined with high salt intake, obesity, and low population mobility. The solution is the implementation of a comprehensive strategy: reducing salt intake, improving diagnostics, updating treatment protocols, and introducing digital monitoring. This will significantly improve the situation and reduce the burden on the healthcare system.

Keywords: hypertension, Egypt, epidemiology, blood pressure control, prevalence, risk factors, health care management.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является критической проблемой здравоохранения в Египте, где сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности. Артериальная гипертензия приобрела характер национальной эпидемии в стране, представляя серьезную угрозу общественному здоровью. Распространенность заболевания продолжает неуклонно расти, что обусловлено комплексом социально-экономических, культурных и медико-организационных факторов. Сочетание традиционных факторов риска и низкого уровня медицинского контроля создает серьезную угрозу для общественного здоровья.

Цель: комплексный анализ эпидемиологической ситуации, оценка

уровня контроля и разработка стратегических направлений по совершенствованию системы ведения пациентов с артериальной гипертензией в Египте.

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. Артериальная гипертензия приобрела масштабы национальной эпидемии в Египте, демонстрируя одну из самых высоких распространенностей в регионе Ближнего Востока и Северной Африки. Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, заболевание поражает 36,2% взрослого населения, что превышает среднемировые показатели и представляет серьезную угрозу общественному здоровью страны.

Проведенное исследование выявило тревожные разрывы в системе контроля заболевания. Несмотря на то, что осведомленность о диагнозе составляет 52,3%, что свидетельствует о определенном прогрессе в диагностике, лечение получают лишь 44,1% пациентов. Особую озабоченность вызывает крайне низкий показатель эффективного контроля артериального давления - всего 12,8%, что указывает на системные недостатки в организации медицинской помощи и приверженности пациентов лечению.

Сложившаяся ситуация обусловлена комплексом взаимосвязанных факторов. Ключевыми поведенческими детерминантами являются традиционные пищевые привычки, характеризующиеся чрезмерным потреблением натрия, что связано с особенностями национальной кухни. Существенный вклад вносят рост распространенности ожирения, низкая физическая активность городского и сельского населения, а также сохраняющаяся распространенность курения.

Выявлены следующие системные проблемы здравоохранения:

· фрагментированность системы скрининга и раннего выявления заболевания,

· географическая неравномерность распределения медицинских ресурсов,

· дефицит квалифицированных кадров в первичном звене здравоохранения,

· недостаточная оснащенность лечебных учреждений современным диагностическим оборудованием,

· ограниченная доступность эффективных антигипертензивных препаратов в отдаленных регионах.

Для решения этих проблем разработана многоуровневая комплексная стратегия, включающая:

1. национальную программу снижения потребления соли с привлечением

пищевой промышленности,

2. модернизацию системы скрининга с внедрением стандартизированных протоколов,

3. оптимизацию лекарственной терапии на основе клинических рекомендаций,

4. цифровизацию мониторинга пациентов с использованием телемедицинских технологий,

5. совершенствование нормативно-правовой базы и межведомственного взаимодействия.

Реализация стратегии предусматривает поэтапное внедрение с первоначальным фокусом на усиление профилактической направленности здравоохранения и улучшение доступности медицинской помощи в наиболее пораженных регионах. Особое внимание уделяется созданию системы мониторинга эффективности вмешательств и оценке их долгосрочного влияния на показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Разработанный подход представляет собой научно обоснованную модель контроля артериальной гипертензии, которая может быть адаптирована для других стран региона с учетом их специфики. Успешная реализация предложенных мер позволит не только улучшить контроль над артериальной гипертензией, но и снизить экономическое бремя сердечно-сосудистых заболеваний для системы здравоохранения Египта в долгосрочной перспективе.

Ожидается, что комплексное внедрение стратегии позволит в течение 5 лет увеличить показатель эффективного контроля артериального давления до 25-30%, а также снизить частоту осложнений гипертензии на 15-20%. Дальнейшее развитие программы предусматривает расширение профилактических мероприятий и укрепление интеграции между первичным и специализированным звеньями медицинской помощи.

Выводы: артериальная гипертензия в Египте достигла масштабов национальной эпидемии. Исследование выявило критически низкий уровень контроля заболевания при высокой распространенности. Основными проблемами являются:

· значительные разрывы между диагностикой и эффективным лечением,

· преобладание поведенческих факторов риска,

· системные недостатки медицинской помощи.

Разработан комплекс стратегических мер: многоуровневая программа снижения потребления соли; оптимизация системы скрининга и диагностики; модернизация протоколов лечения; внедрение цифрового мониторинга.

Реализация предложенных мер позволит существенно улучшить контроль артериальной гипертензии и снизить бремя сердечно-сосудистых заболеваний в Египте. Для достижения максимальной эффективности необходима

консолидация усилий на национальном уровне с привлечением всех заинтересованных сторон.

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

ЛУКАШОВА Ирина Артемовна, САТ Алдын-Ай Андреевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

ANALYSIS OF ADULT POPULATION'S INFORMEDNESS ABOUT THE EFFECT OF CHRONIC STRESS ON THE DEVELOPMENT OF HYPERTENSION

LUKASHOVA I.A., CAT A.A.
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 взрослого населения (n=30) о роли хронического стресса в развитии гипертонической болезни. Использован метод анонимного анкетирования. Результаты показали, что лишь 40% респондентов уверены в прямом риске развития артериальной гипертензии при продолжительном стрессе. Таким образом, низкая осведомленность направляет на необходимость проведения целенаправленных просветительских программ.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, хронический стресс, ранняя диагностика, факторы риска.

Abstract: A study was conducted to assess the level of awareness of the adult population (n=30) about the role of chronic stress in the development of hypertension. An anonymous questionnaire was used. The results showed that only 40% of the respondents were aware of the direct risk of developing hypertension due to prolonged stress. Therefore, there is a need for targeted educational programs to raise awareness.

Keywords: hypertensive disease, chronic stress, early diagnosis, risk factors.

Введение. Гипертоническая болезнь представляет собой одно из наиболее распространенных и значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы, являясь ведущим фактором риска развития таких грозных

осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт, сердечная и почечная недостаточность. В генезе гипертонической болезни важная роль отводится многочисленным факторам риска, среди которых особое место занимает хронический психоэмоциональный стресс. Современный ритм жизни, характеризующийся высокой интенсивностью, информационной перегрузкой и социальной нестабильностью, способствует устойчивой активации физиологических систем организма. Многочисленными исследованиями доказано, что хроническая активация симпато-адреналовой системы и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси приводит к ряду патофизиологических изменений: вазоконстрикции, увеличению сердечного выброса, эндотелиальной дисфункции и задержке натрия и воды, что в конечном итоге формирует стабильную артериальную гипертензию.

Однако, несмотря на убедительную доказательную базу, роль хронического стресса часто недооценивается населением. Низкий уровень информированности об этой причинно-следственной связи приводит к ряду серьезных проблем: недооценке риска развития АГ, пренебрежению мерами профилактики, поздней обращаемости за медицинской помощью и низкой приверженности к лечению. Таким образом, формирование адекватных знаний о влиянии стресса на здоровье сердечно-сосудистой системы является важнейшим элементом первичной и вторичной профилактики гипертонической болезни.

Цель: проанализировать и систематизировать информированность населения о влиянии стресса на развитие гипертонической болезни.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 респондентов в возрасте от 18 до 65 лет, обращавшихся в поликлиническое учреждение. Проведен систематический анализ научной литературы за последние 10 лет по ключевым словам «гипертоническая болезнь», «хронический стресс», «ранняя диагностика», «факторы риска». Разработан инструментарий: анонимная анкета для взрослого населения, включающая блоки: 1) социально-демографические данные (пол, возраст, образование). 2) медицинский анамнез (наличия установленного диагноза «гипертоническая болезнь», стаж заболевания и постоянная терапия). 3) оценка информированности (вопросы с вариантами ответов): 1. Знаете ли Вы о влиянии стресса на давление? 2. Можете ли Вы назвать механизмы влияния стресса на давление? 3. Какие, по Вашему мнению, методы борьбы со стрессом наиболее эффективны для профилактики гипертонической болезни? 4. Оцените по шкале от 1 до 5 свой уровень знаний о связи стресса и гипертонии.

Результаты и обсуждения. Общая характеристика выборки: всего 30 респондентов, 60 % из которых женщин, 40 % мужчин. Средний возраст – 52 года. Высшее образование имели 53% респондентов. Диагноз ГБ был

установлен у 46%.

Уровень общей информированности: только 40% респондентов уверенно указали на прямую связь хронического стресса и развитие артериальной гипертензии, 34% ответили сомнительно, а 26% отрицали эту связь.

Анализ знаний о механизмах влиянии стресса: наиболее известным механизмом оказалось «учащенное сердцебиение», о «сужении сосудов» знали лишь 23%, а о влиянии на почки – менее 10%. Около 13% респондентов не ответили ничего.

Сравнительный анализ по подгруппам: Женщины показали более высокий уровень осведомленности, чем мужчины. Респонденты младшей возрастной группы (18-44 года) были менее информированы, чем группа 45-65 лет. Уровень информированности коррелировал с уровнем образования. Пациенты с уже ранее диагностированной гипертонией были значимо осведомлены о роли стресса, чем условно здоровые респонденты.

Выводы: 1. Установлено, что общий уровень информированности взрослого населения о влиянии хронического стресса на развитие гипертонической болезни является недостаточным.

2. Наиболее низкие уровни знаний выявлены в подгруппах мужчин, лиц молодого возраста и с низким уровнем образования.

3. Наибольшие пробелы в знаниях касаются патофизиологических механизмов влияния стресса (роль почек, эндотелия), а не самой констатации факта связи.

4. Наличие диагностированного заболевания (АГ) является стимулом для получения информации, что указывает на недостатки именно первичной профилактики.

5. Практические рекомендации: разработать целевые образовательные программы для населения (буклеты, лекции.) Активно использовать СМИ и социальные сети для распространения информации о роли управления стрессом в профилактике АГ. Внести в программы диспансеризации и школ здоровья для пациентов обязательный модуль, посвященный обучению управления стрессом.

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

МАЛАНОВА Вероника Алексеевна, КРАВЧЕНКО Александра Сергеевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

ANALYSIS OF ADULT POPULATION'S INFORMEDNESS ABOUT REGARDING RISK FACTORSFOR TYPE 2 DIABETES MELLITUS

MALANOVA V.A., KRAVCHENKO A.S.
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 взрослого населения (возрастной диапазон от 40 до 70 лет) (n=20) о факторах риска возникновения сахарного диабета 2 типа. Использован метод анонимного анкетирования. Результаты показали, что небольшая часть опрошенных знают о факторах риска и ведут относительно здоровый образ жизни, в то время как оставшаяся, большая часть, зная о факторах риска появления данного заболевания, продолжают вести образ жизни, непосредственно угрожающий их здоровью. Таким образом, низкая осведомленность о состоянии своего здоровья и факторах, предшествующих возникновению сахарного диабета 2 типа, является зоной для просветительской деятельности.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, факторы риска, профилактика.

Abstract: A study was conducted to assess the level of awareness of the adult population (aged 40 to 70 years) (n=20) about the risk factors for Type 2 Diabetes. An anonymous questionnaire was used. The results showed that a small portion of the respondents were aware of the risk factors and led a relatively healthy lifestyle, while the majority of respondents, despite being aware of the risk factors, continued to engage in behaviors that posed a significant health risk. Therefore, low awareness of one's health status and the factors that contribute to the development of Type 2 Diabetes is an area for educational activities.

Keywords: type 2 diabetes, risk factors, prevention.

Введение. Сахарный диабет 2 типа (СД2) — это нарушение углеводного обмена, которое вызвано преимущественной резистентностью к инсулину и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее.

Сахарный диабет 2 типа (СД2) является одним из наиболее распространенных заболеваний эндокринной системы, представляющим серьезную проблему для здравоохранения во всем мире, на его долю приходится более 90% всех случаев диабета в мире. Высокая распространенность заболевания, сопряженная с риском развития тяжелых инвалидизирующих осложнений (сердечно-сосудистых заболеваний,

нефропатий, ретинопатий, нейропатий), обусловливает колоссальную нагрузку на систему здравоохранения и экономику. Основные причины распространения: ожирение, малоподвижный образ жизни, старение населения, нерациональное питание, стресс, наследственность.

Цель: проанализировать осведомленность взрослого населения о факторах риска возникновения сахарного диабета 2 типа и возможной профилактике.

Материал и методы. Проведен систематический анализ научной литературы за последние несколько лет, по ключевым словам: «Сахарный диабет 2 типа», «факторы риска», «профилактика». Применен метод анонимного анкетирования для взрослого населения, включающий в себя вопросы, касаемо пола, возраста, наследственности, питания, физической активности, знаний о результатах своих анализов (уровень холестерина, глюкозы), знаний о факторах риска возникновения СД 2. В исследовании приняли участие 20 респондентов в возрасте от 40 до 70 лет, обращавшихся в амбулаторно-поликлиническое учреждение «ККДЦ имени И.А. Колпинского, поликлиника №3» к врачу-терапевту по разным причинам.

Результаты и обсуждения. Общая характеристика выборки: 20 респондентов, из которых женщины составили 65% (n=13), мужчины 35% (n=7). Уровень общей информированности: 60% (n=12) респондентов заявили, что знают основные факторы риска развитияСД2, в то время как остальные 40% (n=8) оценили свою осведомленность как низкую или затруднились с ответом.

Анализ знаний о конкретных факторах риска возникновения СД2 показал следующее: наиболее известным фактором среди опрошенных оказалась наследственность - ее отметили 85% респондентов (n=17). Далее следовали такие факторы, как нерациональное питание - 65% (n=13), ожирение - 60% (n=12) и низкая физическая активность - 55% (n=11). Менее известными факторами риска были артериальная гипертензия- 30% (n=6), нарушение толерантности к глюкозе - 25% (n=5) и возраст старше 45 лет- 25% (n=5).

Анализ данных анкетирования показал, что лишь 25% (n=5) опрошенных, указавших на свою осведомленность, предпринимают меры по профилактике (контроль уровня глюкозы, рациональное питание, достаточный уровень физической активности). Большая же часть респондентов-75%(n=15), включая тех, кто также продемонстрировал осведомленность, ведут образ жизни, сопряженный с высоким риском развития СД2. Так, 70% (n=14) отметили недостаточную физическую активность, 65% (n=13) – наличие избыточной массы тела, 50% (n=10) – регулярное употребление пищи с высоким содержанием простых углеводов. При этом только 40% (n=8) проходили обследование на уровень гликемии в течение последнего года, а 60% (n=12) не знали результатов своих последних анализов на холестерин и глюкозу.

Также тревожным результатом является то, что осведомленность не приводит к действию. Это может быть обусловлено несколькими причинами: низкой восприимчивостью к риску, отсутствием мотивации или навыков для изменения глубоко укоренившихся привычек, а также недостаточной и/или неэффективной просветительской работой со стороны медицинских учреждений, которая часто сводится к информированию, а не к формированию устойчивой мотивации.

Ограничением исследования является малый размер выборки (n=20) и ее специфичность (пациенты, обратившиеся в поликлинику), что не позволяет распространять данные выводы на все взрослое население. Тем не менее, результаты четко указывают на наличие проблемы.

Выводы:

1. На основании данных проведенного опроса, выявлено, что уровень осведомленности взрослого населения о факторах риска СД2 (ожирение, малоподвижный образ жизни, старение населения, нездоровое питание, стресс, наследственность) и профилактике его возникновения (правильное питание, физическая активность, регулярное прохождение обследований и др.) является недостаточным для предотвращения его появления.

2. Опираясь на данные, полученные в ходе опроса, можно сделать вывод, что большинство опрошенных, зная о факторах риска, продолжают вести образ жизни, который ведет к возможному возникновению данного заболевания.

3. Несмотря на относительно высокий процент осведомленности о базовых факторах (наследственность, питание), глубина знаний является недостаточной. Участники исследования плохо информированы о роли предиабета, возрастных рисках и сопутствующих состояниях (например АГ).

ОТДЕЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

МАНОЕНКО Дмитрий Иванович, ВЛАСИЕВСКИЙ Никита Кириллович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

SPECIFIC DIRECTIONS OF PRIMARY HEALTH CARE

MANOENKO D.I., VLASIEVSKY N.K.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: В работе рассмотрены современные направления развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), включая профилактическое, диспансерное, консультативное и патронажное направления. Особое внимание уделено внедрению цифровых технологий, расширению роли врача общей практики и развитию межведомственного взаимодействия. Представлены ключевые проблемы и пути совершенствования системы.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, профилактика, диспансеризация, телемедицина, организация

Abstract: The paper discusses modern trends in the development of primary health care, including preventive, dispensary, consultative, and home care directions. Special attention is given to digitalization, the role of general practitioners, and interdepartmental collaboration. Main challenges and development prospects are outlined.

Keywords: primary health care, prevention, dispensary, telemedicine, organization

Введение. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) — это основа системы здравоохранения, от эффективности которой зависит состояние здоровья населения, качество и продолжительность жизни граждан. В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ПМСП является наиболее доступным уровнем медицинской помощи и обеспечивает профилактику, раннюю диагностику, лечение и реабилитацию пациентов.

Современные социально-экономические вызовы, демографическое старение населения, рост хронических неинфекционных заболеваний требуют совершенствования подходов к организации ПМСП. В настоящее время ключевое внимание уделяется укреплению профилактического направления, развитию института врача общей практики, внедрению цифровых решений и повышению доступности помощи на всех уровнях.

Цель: изучить отдельные направления ПМСП, определить их значение в повышении эффективности медицинской помощи, выявить актуальные проблемы и возможные пути их решения.

Материал и методы: В исследовании использованы нормативные документы Министерства здравоохранения РФ, включая федеральные проекты «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» и «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Проанализированы статистические данные за 2020–2025 гг., отчёты региональных министерств здравоохранения, а также научные публикации отечественных и зарубежных авторов по вопросам организации ПМСП.

Методы исследования: аналитический, сравнительный, описательный.

Результаты и обсуждения:

1. Профилактика заболеваний — базовый компонент ПМСП. Своевременные профилактические осмотры и диспансеризация позволяют выявить хронические неинфекционные заболевания (артериальную гипертензию, сахарный диабет, ИБС) на ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно. С 2019 года в России реализуется программа углублённых профилактических осмотров, включающая оценку сердечно-сосудистого риска, онкоскрининг, лабораторные и инструментальные исследования. Важным аспектом профилактической работы является санитарно-просветительная деятельность, направленная на формирование здорового образа жизни, снижение потребления алкоголя и табака, увеличение физической активности населения.

2. Диспансеризация и ведение хронических пациентов — ещё одно ключевое направление. Создание единого электронного регистра больных, внедрение автоматизированных напоминаний о приёме, контроль комплаентности значительно повысили эффективность наблюдения. Новые формы организации диспансерного наблюдения включают дистанционное консультирование, использование мобильных приложений для контроля давления, уровня сахара и массы тела. Регулярное взаимодействие врача и пациента способствует предупреждению осложнений и улучшению прогноза при хронических заболеваниях.

3. Консультативная и патронажная помощь: особое значение имеет развитие патронажной службы, ориентированной на лиц пожилого возраста и пациентов с ограниченной мобильностью. Работа медицинских сестёр и врачей на дому позволяет своевременно корректировать лечение, контролировать состояние и предупреждать обострения. Телемедицинские технологии обеспечивают консультации врачей-специалистов без необходимости посещения поликлиники, что особенно актуально для сельских районов и труднодоступных территорий.

4. Межведомственное и междисциплинарное взаимодействие: современная ПМСП невозможна без тесного сотрудничества врачей общей практики, социальных служб, психологов и специалистов реабилитации. Межведомственное взаимодействие позволяет решать не только медицинские, но и социальные проблемы пациентов, повышая их качество жизни. На уровне муниципалитетов успешно внедряются программы «Социальный патронаж» и «Здоровое село», предусматривающие совместную работу медиков и социальных работников.

5. Цифровизация ПМСП: внедрение электронных медицинских карт, систем дистанционного мониторинга и телемедицины формирует новый

формат взаимодействия врача и пациента. Платформа «Госуслуги. Здоровье» обеспечивает запись на приём, получение электронных рецептов и просмотр результатов обследований. Это снижает нагрузку на регистратуры и повышает удобство для граждан.

6. Проблемы и пути совершенствования: несмотря на положительные изменения, в деятельности ПМСП сохраняются трудности:

- кадровый дефицит, особенно в сельских районах;
- высокая нагрузка на врача (приём до 30–40 пациентов в день);
- недостаток времени для профилактической работы;
- разрыв между медицинскими и социальными службами.

Для повышения эффективности ПМСП необходимы:

- развитие института врача общей практики, расширение его компетенций;
- совершенствование системы мотивации медицинского персонала;
- повышение уровня цифровой грамотности врачей и пациентов;
- развитие общественно-государственного партнёрства в сфере здоровья.

Таким образом, отдельные направления ПМСП формируют комплексную модель медицинской помощи, ориентированную на пациента. Главным приоритетом остаётся сохранение здоровья населения, а не только лечение заболеваний.

Выводы:

1)ПМСП является ключевым уровнем здравоохранения, обеспечивающим профилактику, диагностику и лечение большинства заболеваний.

2)Наиболее значимыми направлениями являются профилактическая деятельность, диспансеризация, телемедицина и межведомственное взаимодействие.

3)Современное развитие ПМСП требует комплексного подхода — организационного, кадрового и цифрового.

4)Повышение качества и доступности первичной помощи напрямую влияет на снижение смертности, увеличение продолжительности жизни и устойчивое развитие системы здравоохранения в целом.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

МАШКОВЦЕВА Алина Александровна, КОСТИНА Мария Владимировна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

PRIMARY MEDICAL AND SANITARY ASSISTANCE

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

Резюме: Настоящее исследование посвящено комплексному анализу ключевых направлений трансформации первичной медико-санитарной помощи в современных условиях. В работе доказывается, что ПМСП перестает быть лишь звеном оказания базовой медицинской помощи и превращается в центральный координирующий элемент всей системы здравоохранения, ориентированный на долгосрочное партнерство с пациентом.

Ключевые слова: ПМСП, санитария, медицинское обслуживание, здравоохранение, трансформация

Abstract: This study focuses on a comprehensive analysis of the key areas of transformation of primary health care in modern conditions. The study demonstrates that PHC is no longer just a link in the provision of basic medical care, but has become a central coordinating element of the entire healthcare system, focused on long-term partnerships with patients.

Keywords: PMSC, sanitation, medical care, healthcare, transformation

Введение: Современная ПМСП должна эволюционировать в сторону проактивной, интегрированной, пациентоориентированной и технологически оснащенной системы, являющейся центральным звеном и координатором всего маршрута пациента в системе здравоохранения.

Цель исследования: провести комплексный анализ современных аспектов организации, управления и оказания первичной медико-санитарной помощи, систематизировать ключевые тенденции и на их основе определить стратегические направления для ее дальнейшего развития и повышения эффективности.

Задачи исследования:

1. Выявить и охарактеризовать ключевые глобальные вызовы, определяющие необходимость трансформации ПМСП.
2. Проанализировать современные организационные модели и принципы оказания ПМСП, включая мультидисциплинарный подход и управление здоровьем популяции.
3. Исследовать влияние цифровых технологий и телемедицины на перестройку процессов в ПМСП.

4. Оценить новые подходы к финансированию и оценке качества ПМСП, основанные на ценности для пациента.
5. Сформулировать практические рекомендации по внедрению современных аспектов ПМСП.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели был применен комплекс общенаучных методов:

- ❖ Системный анализ
- ❖ Сравнительный анализ
- ❖ Аналитико-синтетический метод
- ❖ Нормативно-правовой анализ

Результаты и обсуждения.

1. Смена парадигмы: от эпизодического лечения к комплексному управлению здоровьем. Этот подход предполагает:

- Проактивность
- Фокус на ХНИЗ
- Непрерывность помощи

2. Мультидисциплинарная команда как основа новой модели. Врач общей практики перестает быть единственным поставщиком помощи. Современная модель строится вокруг мультидисциплинарной команды (МДТ), в которую входят:

- Врач-терапевт/ВОП (координатор и лидер команды).
- Средний медицинский персонал (медсестры/братья), чьи функции значительно расширяются.
- Узкие специалисты (кардиолог, эндокринолог) в роли консультантов.
- Клинический фармацевт (для контроля лекарственной терапии).
- Специалист по социальной работе и клинический психолог.

3. Цифровая трансформация: телемедицина, EHR и удаленный мониторинг. Цифровые технологии становятся «нервной системой» современной ПМСП.

- Электронные медицинские карты (EHR):
- Телемедицина: из инструмента для чрезвычайных ситуаций (как было во время пандемии) превращается в стандартный канал коммуникации для повторных консультаций, контроля терапии, консилиумов.
- Удаленный мониторинг
- Новая философия взаимодействия: пациентоориентированность и совместное принятие решений (Shared Decision Making – SDM). Патерналистская модель уступает место партнерской. Пациент из пассивного

объекта помощи превращается в активного субъекта, ответственного за свое здоровье.

- SDM – это процесс, при котором врач и пациент совместно, на основе научных доказательств и личных предпочтений пациента, выбирают оптимальную тактику лечения.
- Развитие медицинской грамотности (Health Literacy) населения через доступные информационные материалы, школы здоровья и онлайн-ресурсы становится неотъемлемой частью работы ПМСП.
- Ориентация на ценность: новые модели финансирования и оценки качества. Критика устаревшей модели финансирования «плата за услугу» (free-for-service), которая поощряет объем, а не результат, привела к появлению моделей, основанных на ценности (Value-Based Healthcare).

4. Вызовы и барьеры на пути трансформации. Несмотря на очевидные преимущества, внедрение современных аспектов ПМСП сталкивается с серьезными препятствиями:

- Кадровый дефицит
- Информационное сопротивление
- Юридические и нормативные барьеры
- Финансовые ограничения
- Цифровое неравенство

Выводы: современная первичная медико-санитарная помощь представляет собой динамично развивающуюся систему, которая трансформируется из службы по лечению острых состояний в проактивную, интегрированную и координационную модель, нацеленную на управление здоровьем населения на протяжении всей жизни.

Ключевыми современными аспектами ПМСП являются: управление здоровьем популяции, мультидисциплинарный командный подход, глубокая цифровизация всех процессов, переход к философии пациентоориентированности и совместного принятия решений, а также реформа финансирования в сторону оплаты за ценность.

Успешная реализация этой трансформации требует скоординированных усилий на государственном уровне. Необходимы: инвестиции в цифровую инфраструктуру, пересмотр образовательных программ для подготовки кадров нового типа, адаптация нормативно-правовой базы и проведение разъяснительной работы как среди медиков, так и среди населения.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

МЕЛЬНИК Диана Андреевна, ООРЖАК Айрана Борисовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

BASIC PRINCIPLES OF MODERN PHARMACOTHERAPY FOR ARTERIAL HYPERTENSION

MELNIK D.A., OORZHAK A.B.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: в данной работе обсуждаются преимущества и ограничения основных классов лекарственных средств, выделяются рекомендации для оптимизации терапии на основе клинических сценариев.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, клинические рекомендации.

Abstract: This paper discusses the advantages and limitations of the main classes of drugs and provides recommendations for optimizing therapy based on clinical scenarios.

Keywords: arterial hypertension, antihypertensive therapy, clinical recommendations

Введение. В соответствии с современными клиническими рекомендациями, артериальная гипертензия (АГ) определяется как стабильное повышение систолического артериального давления (АД) до уровня ≥140 мм рт. ст. и/или диастолического АД ≥90 мм рт. ст., требующее подтверждения в ходе повторных измерений. АГ является ведущим модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, инвалидности и смертности во всем мире. В связи с этим, стратегически важной задачей современной медицины является разработка и оптимизация подходов к фармакотерапии, основанных на применении наиболее эффективных и безопасных классов препаратов для достижения целевых значений АД.

Цель: провести систематический анализ наиболее часто назначаемых классов антигипертензивных препаратов с оценкой их эффективности, безопасности и места в современных стратегиях лечения артериальной гипертензии согласно принципам доказательной медицины.

Материал и методы. Проведен анализ актуальных национальных и

международных клинических рекомендаций по лечению АГ (ESC/ESH, РКО/ВНОК); систематизация данных о частоте назначения и терапевтической эффективности основных классов антигипертензивных препаратов.

Результаты и обсуждения. Наиболее часто назначаемыми препаратами первой линии при лечении АГ являются антигипертензивные средства из основных классов рекомендованных препаратов:

1. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА). Рассматриваются как препараты выбора у пациентов с сопутствующей сердечной недостаточностью, хронической болезнью почек, сахарным диабетом.

2. Антагонисты кальция (АК), преимущественно дигидропиридинового ряда (амлодипин). Широко используются благодаря высокой эффективности, особенно у пациентов пожилого возраста, а также при изолированной систолической АГ.

3. Тиазидные и тиазидоподобные диуретики (гидрохлоротиазид, индапамид). Часто применяются в составе комбинированной терапии, усиливая эффект других препаратов.

4. Бета-адреноблокаторы (БАБ). Несмотря на то, что их значение как средств первой линии пересматривается, они остаются ключевыми средствами для лечения пациентов при наличии сопутствующей ишемической болезни сердца, тахиаритмий, перенесенного инфаркта миокарда.

Результаты проведенного анализа подтверждают, что современная стратегия фармакотерапии АГ отклоняется от универсальных протоколов в сторону персонализированного подхода, где выбор «наиболее часто назначаемого» препарата напрямую зависит от конкретной клинической ситуации. Рассмотренные классы препаратов (иАПФ, БРА, АК, диуретики, БАБ) образуют терапевтический арсенал первой линии, эффективность которого доказана в масштабных рандомизированных клинических исследованиях (РКИ).

Важным моментом при лечении АГ, отмеченным в последних рекомендациях, является приоритет комбинированной терапии уже на старте лечения для большинства пациентов. Фиксированные комбинации (например, «иАПФ + АК» или «БРА + диуретик») не только обеспечивают более быстрое достижение целевого АД за счет синергичного механизма действия, но и демонстрируют лучшую приверженность к лечению по сравнению со свободными комбинациями. Это особенно актуально в условиях российской клинической практики, где низкая приверженность пациентов к лечению остается одной из главных причин неконтролируемой АГ.

Важным аспектом для обсуждения является дифференциация внутри классов антигипертензивных препаратов. Например, среди антагонистов

кальция предпочтение в лечении АГ без осложнений отдается дигидропиридиновым производным (амлодипин), в то время как недигидропиридиновые (верапамил, дилтиазем) находят свою нишу при сопутствующих нарушениях ритма. Аналогично, тиазидоподобный диуретик индапамид имеет преимущества в метаболической безопасности перед гидрохлоротиазидом.

Комбинированная терапия, особенно фиксированные комбинации двух препаратов (например, иАПФ+АК, БРА+диуретик), является рекомендуемым стартом лечения для большинства пациентов, так как позволяет быстрее достичь целевого АД.

Выводы: современная фармакотерапия артериальной гипертензии основывается на использовании эффективных и безопасных классов препаратов. Наиболее часто назначаемые лекарственные средства применяются в рамках персонализированной стратегии, как правило, в виде комбинированной терапии

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДОКСОРУБИЦИНА ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

МИЦКИХ Алексей Андреевич

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF DOXORUBICIN IN CANCER CHEMOTHERAPY

MITSKIH A.A.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: В данной работе рассмотрен противоопухолевый препарат доксорубицин - антрациклиновый цитостатический антибиотик, остающийся более полувека одним из краеугольных камней химиотерапии злокачественных новообразований. Проанализирована информация о его эффективности и побочных действиях на организм человека.

Ключевые слова: доксорубицин, антибиотик, фармакотерапия, химиотерапия.

Abstract: This paper examines the anticancer drug doxorubicin, an anthracycline cytostatic antibiotic that has remained one of the cornerstones of

chemotherapy for malignant neoplasms for more than half a century. Information on its efficacy and side effects on the human body is analysed.

Keywords: doxorubicin, antibiotic, pharmacotherapy, chemotherapy.

Введение. Доксорубицин (адриамицин) - цитотоксический антрациклиновый антибиотик, выделенный из культуры Streptomyces peucetius. Его уникальный поливалентный механизм действия обеспечивает высокую эффективность против широкого спектра злокачественных новообразований, однако его применение лимитировано спектром потенциально тяжелых побочных эффектов, главным из которых является дозозависимая кардиотоксичность. Настоящий обзор детализирует фармакодинамические основы эффективности доксорубицина, его место в современных терапевтических протоколах, структуру и патогенез побочных реакций, а также стратегии по их контролю и минимизации.

Цель: провести комплексный анализ терапевтической эффективности доксорубицина при лечении злокачественных новообразований и систематизация спектра его побочных эффектов для определения оптимальных подходов к балансу пользы и риска в клинической практике.

Материал и методы. Для решения поставленных в работе задач осуществлялся анализ существующих литературных данных из общедоступных источников, таких как PubMed, Cyberleninka, клинические рекомендации Ассоциации онкологов России и Государственный реестр лекарственных средств.

Результаты и обсуждения. Эффективность доксорубицина обусловлена не одним, а несколькими взаимодополняющими механизмами воздействия на опухолевую клетку, что снижает вероятность развития первичной резистентности. Таким образом, при реализации действия доксорубицина задействованы разные механизмы:

1. Интеркаляция ДНК и ингибирование топоизомеразы II. Молекула доксорубицина способна встраиваться между парами нуклеотидов в спирали ДНК. Это не только нарушает пространственную структуру генетического материала и блокирует синтез ДНК и РНК опухолевых клеток, но и стабилизирует комплекс фермента топоизомеразы II с ДНК. В результате образуются двухцепочечные разрывы ДНК, которые клетка не может восстановить, что запускает программу апоптоза

2. Генерация активных форм кислорода (АФК). Доксорубицин подвергается восстановлению в клетке с образованием семихиноновых радикалов, которые, вступая в реакции с кислородом, генерируют супероксид-анион-радикал и другие АФК. Это вызывает мощный окислительный стресс, приводящий к повреждению клеточных мембран, белков и самих нуклеиновых

кислот. Именно генерация свободных радикалов в кардиомиоцитах, которые имеют низкий уровень антиоксидантных ферментов, считается ключевым механизмом развития кардиотоксичности.

3. Нарушение целостности клеточных мембран. Препарат способен встраиваться в липидные мембраны, изменяя их барьерные функции, что также вносит вклад в цитотоксический эффект.

Доксорубицин является препаратом первого выбора или ключевым компонентом химиотерапии при множестве онкологических заболеваний. Его редко применяют в монотерапии; максимальная эффективность достигается в комбинации с другими цитостатиками.

Эффективность данного препарата варьируется в зависимости от типа опухоли и стадии. При раке молочной железы добавление доксорубицина к схеме на основе циклофосфамида повышает 10-летнюю общую выживаемость на 3-4%. При метастатической саркоме мягких тканей монотерапия доксорубицином дает объективный ответ у 20-30% пациентов. При лимфоме Ходжкина схема ABVD (адриамицин + блеомицин + винбластин + дакарбазин) позволяет достичь излечения у 70-80% пациентов даже на поздних стадиях.

Токсичность доксорубицина является дозозависимой и может быть условно разделена на немедленную, отсроченную и позднюю. Кардиотоксичность может проявляться как:

- Острая/подострая: возникает в течение нескольких дней или недель после введения в виде преходящих аритмий, перикардита, обратимой дисфункции миокарда. Встречается у 1-10% пациентов.

- Хроническая кумулятивная: наиболее опасное осложнение. Развивается спустя месяцы или годы после завершения лечения. Проявляется дилатационной кардиомиопатией и застойной сердечной недостаточностью, которые часто носят необратимый характер.

- Предельная кумулятивная доза: риск сердечной недостаточности резко возрастает при превышении порога 450-550 мг/м² (при внутривенном введении). Доза снижается при наличии факторов риска (пожилой возраст, гипертензия, облучение средостения, предшествующая сердечная патология).

К другим побочным эффектам относят миелосупрессию (лейкопению), диспепсию (тошнота и рвота), обратимую алопецию (в 99,9% случаев), воспаление слизистых оболочек (стоматиты, мукозиты), экстравазацию (при попадании препарата под кожу возникает некроз тканей), «синдромом красной ладони и стопы» (болезненная эритема и шелушение кожи).

Для борьбы с побочными действия на организм больного существуют современные подходы к оптимизации терапии:

1. Липосомальные формы (пегилированный липосомальный доксорубицин): инкапсуляция препарата в липосомы изменяет его

распределение в организме. Липосомы накапливаются преимущественно в опухолевой ткани (за счет повышенной проницаемости ее сосудов) и медленно высвобождают активное вещество. Это снижает пиковую концентрацию в сердце, уменьшая кардиотоксичность и риск алопеции, но может увеличить частоту кожного синдрома.

2. Стратегии кардиопротекции. Планирование терапии с учетом кумулятивной дозы, обязательный кардиомониторинг и применение дексразоксана у пациентов из групп риска стали стандартом лечения.

3. Персонализированный подход. Изучается роль генетических полиморфизмов (например, в генах, кодирующих ферменты метаболизма препарата или антиоксидантной защиты) в предрасположенности к кардиотоксичности, что в будущем позволит более точно прогнозировать риски.

Выводы: доксорубицин остается незаменимым препаратом в онкологии благодаря мощному механизму действия и широкому спектру активности. Его ключевая клиническая дилемма — баланс между высокой эффективностью и серьезной, потенциально необратимой токсичностью (особенно кардиальной). Современная практика, основанная на строгом контроле кумулятивной дозы, мониторинге работы сердца, использовании липосомальных форм и кардиопротекторов, позволяет смещать этот баланс в пользу безопасности пациента. Будущее за дальнейшей персонализацией терапии на основе фармакогеномики и развитием систем таргетной доставки.

БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

МОЗЕС Елизавета Вадимовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

BIOIMPEDANCEMETRY IN THE ASSESSMENT OF WOMEN'S HEALTH

MOZES E.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastoschkina

Резюме: Оценка общего состояния здоровья женщины складывается из мониторинга физиологических процессов, которые тесно связаны с составом тела и показателями основного обмена. Биоимпедансный анализ (БИА),

позволяет определить процентное содержание жировой, мышечной и костной массы, а также уровень гидратации организма. В отличие от традиционных индексов, таких как индекс массы тела (ИМТ), биоимпедансометрия дает более детализированное представление о физиологических изменениях, происходящих с возрастом.

Ключевые слова: Биоимпедансометрия, состав тела, доклиническая диагностика, гармоничное развитие

Abstract: Assessing a woman's overall health is based on monitoring physiological processes that are closely related to body composition and basal metabolic rate. Bioimpedance analysis (BIA) allows you to determine the percentage of fat, muscle and bone mass, as well as the body's hydration level. Unlike traditional indices such as body mass index (BMI), bioimpedancemetry provides a more detailed picture of physiological changes that occur with age.

Keywords: Bioimpedancemetry, body composition, preclinical diagnostics, harmonious development

Введение. Формирование женского организма в среднем начинается с 11 лет, гормональный статус женщины стабилизируется к 22-25 годам. На него влияют физическая активность, качество питания, организация режима сна и бодрствования, отсутствие зависимостей. Это важно, так как определяет репродуктивные возможности человека.

Самый простой маркер общего состояния здоровья – это индекс массы тела, для расчёта которого достаточно провести антропометрию. Для мониторинга других показателей возможно использовать биоимпедансометрию.

Биоимпедансный анализ — это метод оценки состава тела, который измеряет сопротивление тканей электрическому току. Он позволяет определить процентное содержание жировой и мышечной массы, а также уровень гидратации организма. Существуют разные виды биоимпедансометрии их различают: по количеству измеряемых частот, по количеству измеряемых сегментов, по типу измерительных приборов, а также по сфере применения.

В Кемерово существуют два центра здоровья, функционирующих в программе нац. Проекта «Здоровье» для детей и подростков на Черняховского 8А и взрослых на базе ГАУЗ "Клинический консультативно - диагностический центр имени И.А. Колпинского" Поликлиника №10.

Цель: оценить динамику показателей состава тела у пациентки в период с 12 до 22 лет по данным биоимпедансометрии, определить характер возрастных изменений основных параметров (индекса массы тела, жировой массы, активной клеточной массы, скелетно-мышечной массы), а также их взаимосвязь с этапами формирования женского организма и завершением периода полового

созревания.

Материал и методы. Проведен сравнительный ретроспективный анализ результатов биоимпедансометрии за десятилетний период. Исследование проводилось на аппарате «Медасс» 2014 году (12 лет) и в 2025 году (22 года).

При обработке результатов оценивались следующие шкалы: Индекс массы тела, жировая масса тела, доля активной клеточной массы, доля скелетно-мышечной массы.

Результаты и обсуждение.

Базовые данные в 12 лет: Рост: 149; Вес: 46.1; ИМТ: 20,8; Основной обмен 1180; Жировая масса: 12.0; Активная клеточная масса: 17.9; Скелетно-мышечная масса: 16,9; Доля скелетно-мышечной массы: 52,4.

Базовые данные в 22 года: Рост: 162,5 Вес: 58; ИМТ: 22,0; Основной обмен 1392; Жировая масса: 16,8; Активная клеточная масса: 24,6; Скелетно-мышечная масса: 20,1; Доля скелетно-мышечной массы: 48,7.

За 10 лет у пациентки увеличился основной обмен на 212 ккал/сут, процент жировой ткани увеличился на 5%, а показатели доли скелетно-мышечной массы уменьшились на 1% ИМТ изменился с 20, 8 до 22,0, показатели в пределах нормы. Показатель доли активной клеточной массы увеличился с 52,4 до 59,6 .

Анализ данных биоимпедансометрии пациентки за 10-летний период позволяет сделать вывод о гармоничности её физического развития, поскольку все ключевые показатели находятся в пределах нормы и отражают естественные возрастные изменения. Изменения показателей происходит в результате окончания периода полового созревания, снижения концентрации тестостерона и повышается содержание эстрогенов, перераспределения жировой ткани в организме, а также повышение основного обмена и активной клеточной массы говорит о том, что организм адаптируется к новым условиям и сохраняет высокую метаболическую активность.

Данному пациенту следует увеличить количество физических нагрузок, чтобы контролировать процентное отношение жира и увеличить долю скелетно-мышечной мускулатуры.

Выводы: биоимпедансометрия — это простой, безопасный и информативный метод, регулярное прохождение которого помогает грамотно управлять своим здоровьем, предупреждать потенциальные риски и корректировать многие изменения на начальной стадии с помощью модификации образа жизни.

ФОРМА ОБРАЩЕНИЯ ТЫ/ВЫ КАК ЭЛЕМЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ: НОРМАТИВНЫЕ ОЖИДАНИЯ И РЕАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ

МОЗЕС Елизавета Вадимовна, ВЕСНИН Даниил Александрович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лилия АлексеевнаЛасточкина

FORMAL VS. INFORMAL FORMS OF ADDRESS AS AN ELEMENT OF MEDICAL DEONTOLOGY: NORMATIVE EXPECTATIONS AND ACTUAL PRACTICES

MOZES E.V. VESNIN D.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastochkina

Резюме: В исследовании изучена роль формы обращения «ты/вы» в клиническом общении как элемента медицинской деонтологии. По результатам опроса молодых медицинских специалистов и студентов установлено, что формальное обращение «вы» доминирует во всех профессиональных ситуациях и связано с уважением и сохранением границ. Неофициальное обращение «ты» используется редко и чаще исходит от пациентов, а не от медицинского персонала. Полученные данные указывают на высокую значимость профессиональной дистанции и нормативных ожиданий даже среди представителей младшего поколения медицинских работников**.**

Ключевые слова: Медицинская деонтология, форма обращения, клиническое общение, профессиональные границы, профессиональная дистанция, пациент-врач взаимодействие, этика медицинского общения.

Abstract: The study examines the role of formal and informal forms of address («you» in the formal and informal sense) in clinical communication as an element of medical deontology. Based on a survey of young healthcare professionals and medical students, it was found that the formal form of address predominates in all professional situations and is associated with respect and the preservation of boundaries. Informal address is used rarely and more often originates from patients rather than medical personnel. The obtained data indicate the high importance of professional distance and normative expectations even among the younger generation of healthcare workers.

Keywords: Medical deontology, forms of address, clinical communication, professional boundaries, professional distance, doctor–patient interaction, ethics of medical communication.

Введение. Форма обращения между медицинским персоналом и пациентами является важным элементом клинической коммуникации и отражает этические нормы профессии. В современной медицинской практике соблюдение профессиональных границ и дистанции рассматривается как часть деонтологии, обеспечивающей уважение к личности пациента и доверительные взаимоотношения. Несмотря на это, молодые специалисты и студенты медицинских вузов сталкиваются с различными коммуникативными ситуациями, где требования этики и реальные практики могут расходиться, особенно в отношении использования формального («вы») и неформального («ты») обращения.

Исследование формы обращения позволяет оценить, насколько нормативные ожидания совпадают с реальным поведением медицинских работников и пациентов, а также выявить влияние обращения на доверие, уважение и поддержание профессиональной дистанции. Актуальность темы связана с необходимостью формирования профессиональной идентичности и навыков этичного общения уже на ранних этапах карьеры.

Цель: изучить использование форм обращения «ты/вы» в клиническом общении как элемент медицинской деонтологии, сопоставляя нормативные ожидания и реальные практики среди молодых медицинских специалистов и студентов.

Материал и методы. Для исследования использовалось анонимное анкетирование. Участниками стали 26 молодых специалистов и студентов медицинских вузов (85% женщины, 15% мужчины), представляющие различные стадии профессионального становления — от старших курсов до первых лет работы.

Опрос проводился в анонимной и «слепой» форме. Анкета включала несколько блоков:

1. Привычкам использования форм обращения в различных ситуациях (первый визит, повторный визит, экстренные случаи, общение с пожилыми и молодыми пациентами, взаимодействие в присутствии родственников);
2. Реакциям на неформальное обращение со стороны пациентов;
3. Восприятию влияния формы обращения на доверие, уважение и профессиональные границы.

Для анализа данных использовались описательные статистические методы: подсчитаны частоты, процентное распределение ответов и средние значения по шкале. Такой подход позволил сопоставить нормативные ожидания и реальные практики, а также оценить восприятие влияния формы обращения на доверие и соблюдение профессиональной дистанции

Результаты и обсуждения. Анализ данных показал, что формальное обращение «вы» является доминирующей практикой среди молодых медицинских специалистов и студентов медицинских вузов во всех ключевых клинических ситуациях. Средние оценки использования «ты» по пятибалльной шкале были крайне низкими, что отражает крайне ограниченное применение неформальной формы обращения даже при повторных визитах или взаимодействии с молодыми пациентами. Эти результаты указывают на стабильное соблюдение профессиональных границ и нормативов медицинской деонтологии, несмотря на возрастную близость с пациентами.

В то же время наблюдается разрыв между практикой медицинских работников и поведением пациентов: неформальное обращение «ты» чаще инициируется пациентами, особенно молодыми, что демонстрирует естественное стремление к снижению социальной дистанции. Респонденты в большинстве случаев поддерживают формальную коммуникацию, либо возвращают её на «вы», что свидетельствует о сознательном контроле за соблюдением профессиональной дистанции и этических норм.

Оценка восприятия форм обращения показала, что формальное «вы» ассоциируется с уважением, доверием и безопасной профессиональной дистанцией. Неформальное «ты» воспринимается как потенциальное нарушение границ, способное снизить доверие пациента и поставить под сомнение соблюдение этических стандартов. Это согласуется с современными концепциями деонтологии, которые рассматривают форма обращения как важный маркер профессиональной идентичности и этической компетенции медицинского работника.

Следует отметить, что полученные данные отражают высокий уровень этической сознательности даже у молодых специалистов, что подтверждает необходимость включения обучения профессиональной коммуникации и норм деонтологии на ранних этапах подготовки медицинских кадров. При этом выявленные различия между нормативными ожиданиями и поведением пациентов подчеркивают практическую сложность поддержания этической дистанции, требующую гибкости и коммуникативной компетентности.

В целом, результаты исследования демонстрируют, что форма обращения «ты/вы» не является лишь языковым выбором, а функционирует как инструмент поддержания профессиональной этики, доверия и безопасной коммуникации в клинической практике. Разрыв между нормами и поведением пациентов подчеркивает необходимость системного обучения медицинских работников, направленного на развитие навыков этичной и адаптивной коммуникации.

Выводы: формальное обращение «вы» является преобладающей практикой среди молодых медицинских специалистов и студентов, независимо

от клинической ситуации, что отражает соблюдение профессиональных границ и деонтологических норм. Неформальное обращение «ты» используется крайне редко медицинскими работниками и чаще инициируется пациентами, особенно молодыми, демонстрируя естественное стремление к снижению социальной дистанции. Сохранение формального обращения в ответ на неформальное обращение пациента свидетельствует о высокой этической сознательности и осознанной поддержке профессиональной дистанции. Форма обращения выступает важным маркером профессиональной идентичности, влияя на доверие, уважение и соблюдение этических стандартов в клиническом общении. Полученные данные подчеркивают необходимость системного обучения и формирования коммуникативных навыков у медицинских работников, направленных на соблюдение профессиональной этики и эффективное взаимодействие с пациентами.

РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ: АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ УСПЕХА И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ

МУЛЕРОВА Екатерина Захаровна, ЗАВЬЯЛОВА Екатерина Евгеньевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

THE ROLE OF PRIMARY CARE PHYSICIANS IN SELECTING PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION FOR CATHETER ABLATION: ANALYSIS OF SUCCESS PREDICTORS AND RECURRENCE PREVENTION

MULEROVA E.Z., ZAVYALOVA E.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior lecturer K.B. Mozes

Резюме: несмотря на развитие катетерной абляции и разработку новых способов лечения фибрилляции предсердий, риски рецидива все еще остаются высокими и достигают 35–40 %. В статье предложены критерии отбора пациентов для КА с учётом предикторов успеха и стратегия профилактики рецидивов в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: Фибрилляция предсердий, катетерная абляция, риск рецидива, факторы риска.

Abstract: Despite the development of catheter ablation and the development of new methods for treating atrial fibrillation, the risk of recurrence remains high,

reaching 35-40%. The article proposes criteria for selecting patients for CA, taking into account predictors of success, and a strategy for preventing recurrences in primary healthcare settings.

Keywords: Atrial fibrillation, catheter ablation, risk of recurrence, and risk factors.

Введение. Фибрилляция предсердий – наиболее частая форма наджелудочковой тахиаритмии с хаотической электрической активностью предсердий с частотой 350-700 в минуту. Это нарушает координированное сокращение предсердий и приводит, как правило, к нерегулярному ритму желудочков (Клинические рекомендации РФ, 2025 г.). Развитие ФП сопряжено с повышенным риском развития тяжелых, инвалидизирующих и фатальных осложнений, включая ишемический инсульт, ХСН, ТЭ, когнитивные нарушения. По данным эпидемиологического исследования ЭПОХА-ХСН распространённость ФП в европейской части РФ среди населения составляет 2,04%, или 2040 пациентов на 100 000 населения.

Цель: на основании научных баз данных определить алгоритм действий врача терапевта по отбору пациентов с фибрилляцией предсердий для катетерной абляции (КА), включающий предикторы успеха процедуры и комплекс профилактических мероприятий в постинтервенционном периоде (12 месяцев).

Материал и методы. В ходе написания работы были использованы системный и научный подходы, методы синтеза, обобщения и сравнения. Поиск осуществлялся в базах данных PubMed, КиберЛенинка, Cochrane по ключевым словам «фибрилляция предсердий», «катетерная абляция», «риск рецидива», «факторы риска» на русском и английском языках. Глубина поиска составила 11 лет. Для последующего анализа отобраны 12 публикаций.

Результаты и обсуждения. В алгоритме ведения пациентов с ФП врач первичного звена выполняет ряд задач. Ранняя диагностика включает оценку симптомов и тяжести пароксизмов (по шкале EHRA), проведение скрининга с определением показаний для инструментальных методов обследований (ХМ-ЭКГ, Эхо-КГ). Стратификация риска предполагает расчёт вероятности тромбоэмболий по шкале CHA_2DS_2VASc и кровотечений по шкале HAS BLED, с последующей интерпретацией и подбором антикоагулянтной терапии. Кроме того, крайне важно выявление коморбидных состояний (СД, ГБ, ИБС), а также оценка эффективности антиаритмической терапии и своевременное направление к кардиологу-аритмологу для интервенционного лечения.

Основными показаниями для КА по рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC, 2024) и Всероссийского научного общества аритмологов (ВНОА, 2 Newton 2023) являются пароксизмальная или

персистирующая ФП с выраженными симптомами (EHRA ≥ IIb); рефрактерность или непереносимость ≥ 1 антиаритмического препарата (ААП) I или III класса; желание пациента отказаться от длительной медикаментозной терапии; ФП, индуцирующая дисфункцию левого желудочка (тахикардиомиопатия). Однако данная методика имеет и ряд противопоказаний: тромб в предсердии (по данным ЧП-ЭхоКГ); выраженная дилатация ЛП (> 5 см); тяжёлая клапанная патология; неконтролируемый тиреотоксикоз; активная системная инфекция.

Несмотря на высокую эффективность КА, у 30–35 % пациентов возникают рецидивы ФП. Предикторами благоприятного исхода аблации, согласно современным исследованиям SMURF, СЕЛЕКТ ФП и Метаанализу C.X. Wong является: клинико-демографические факторы: возраст<65 лет, длительность ФП<3 лет, ИМТ<30 кг/м²; кардиологические параметры: размер ЛП<4,5 см, ФВ ЛЖ>50 %; отсутствие структурного поражения сердца. Биомаркеры: MR-proANP<120 пмоль/л; NT-proBNP<250 нг/мл; hsCRP<3 мг/л.

Важно понимать, что широко доступными для врача первичного звена в современной практике являются: возраст, длительность аритмии, ИМТ, размер ЛП и ФВ ЛЖ по данным Эхо-КГ. Частично доступными являются биомаркеры NT proBNP и hsCRP, поскольку их определение возможно только в специализированных лабораториях и центрах. Наименее доступными в широкой практике остаются MR proANP и некоторые генетические маркеры, что ограничивает их использование на этапе первичного звена.

Исследование LEAF показало, что у пациентов с ожирением и ФП потеря веса является важным фактором результатов абляции. Снижение веса до процедуры может привести к улучшению результатов, особенно у пациентов с персистирующей ФП.

В метаанализе, проведенном S. Congrete и соавторами, была показана взаимосвязь между СОАС и рицидивом ФП после аблации. Использование СИПАП-терапии у пациентов с СОАС снизило риск рецидива.

В своем ретроспективном исследовании E. Donnellan и соавторы продемонстрировали связь между контролем гликемии и риском рецидива ФП. Более чем две трети (68,75%) пациентов с HbA1c >9% на момент абляции имели рецидив ФП, по сравнению с 32,4% пациентов, у которых уровень HbA1c составлял <7%. То есть контроль гликемии крайне важен для пациентов с СД и ФП для снижения частоты рецидивов после абляции. Ретроспективный анализ (Moh'd Rasheed Abu-Qaoud и соавторы) показал, что использование иНГЛТ-2 связано со значительным снижением риска рецидива аритмии после абляции.

Исследование ERADINATE-AF, в котором основное внимание уделялось пациентам с пароксизмальной формой ФП и неоптимально контролируемой

артериальной гипертензией, показало, что добавление почечной денервации к катетерной абляции, приводило к значительному снижению частоты рецидивов ФП и тяжести ФП по сравнению только с катетерной абляцией. Эти данные свидетельствуют о том, что почечная денервация, выполняемая в сочетании с катетерной абляцией, может обеспечить улучшенный контроль ритма и клинические результаты у пациентов с артериальной гипертензией и ФП, вероятно, за счет модуляции активности симпатической нервной системы.

На основе анализа предикторов успеха КА и условий, влияющих на рецидив ФП, можно выделить две группы факторов. Факторы, доступные в настоящее время в первичной медико-санитарной помощи в РФ: модифицируемые факторы риска (коррекция ожирения; достижение целевых уровней АД; коррекция гликемии и обучение пациента в школе СД; скрининг на СОАС); кардиологические параметры (оценка размеров ЛП; оценка ФВ ЛЖ по данным Эхо-КГ); лабораторная диагностика (определение уровня NT-proBNP, hsCRP — доступно в большинстве региональных кардиоцентров); клинико-анамнестические данные (возраст пациента, длительность ФП). Перспективные направления для улучшения отбора и прогноза в ближайшее время: внедрение определения уровня MR-proANP в рутинную клиническую практику; применение почечной денервации у пациентов с пароксизмальной ФП и неконтролируемой АГ; использование иНГЛТ-2 у пациентов с СД и ФП; широкое внедрение СИПАП-терапии у пациентов с СОАС и ФП.

Выводы: для улучшения долгосрочных клинических исходов у пациентов с ФП врачу первичного звена в настоящее время необходимо собирать клинико-анамнестические данные, выявлять и корректировать модифицируемые факторы риска, направлять пациента на проведение Эхо-КГ. Реализация указанных мер позволит оптимизировать отбор пациентов для КА, персонифицировать профилактические мероприятия в постинтервенционном периоде, снизить риск рецидива ФП после КА на 20–30% в течение года (по данным исследований SMURF и СЕЛЕКТ ФП).

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕНТГЕНОЛОГИИ

МУРЗОЕВ Комилджон Назирович, КАЛУГИН Александр Андреевич

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

THE RELEVANCE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN RADIOLOGY

MURZOEV K.N., KALUGIN A.A
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Данное исследование посвящено анализу текущего состояния и тенденций развития систем искусственного интеллекта, а также оценке перспектив этой области. Особое внимание уделено рискам, которые возникают при бесконтрольном применении технологий ИИ

Ключевые слова: искусственный интеллект, рентгенография, перспективы развития

Abstract: This study focuses on analyzing the current state and development trends of artificial intelligence systems, as well as assessing the prospects for this field. Special attention is given to the risks associated with the uncontrolled use of AI technologies

Keywords: artificial intelligence, radiography, development prospects.

Введение. Активно интегрируясь в повседневную жизнь человека, технологии искусственного интеллекта находят применение для решения широкого круга задач, включая информационный поиск и создание реалистичных видеоматериалов. Значительный потенциал ИИ раскрывается в медицинской сфере, в частности, в области автоматизированной диагностики патологий по рентгеновским снимкам различных органов

Цель: привлечение внимания медицинского сообщества к возможностям применения ИИ в нашей сфере деятельности, в частности в практике рентгенолога.

Результаты и обсуждения. Самой первой системой искусственного интеллекта для анализа рентгеновских снимков грудной клетки стала система ChestLink – продукт компании Oxipit. Запущена в апреле 2022 года.

Перед ее сертификацией данная система работала в режиме контролируемой отчетности в нескольких пилотных центрах, обработав более 500000 реальных рентгенограмм грудной клетки. Перед началом автономной работы системы ChestLimk ее внедрение начиналось с ретроспективного аудита визуализации. Ретроспективный анализ помог определить, какую часть исследований в медицинских учреждениях можно было успешно автоматизировать. Затем работа перешла в контролируемую среду, где отчеты системы проверялись медицинским персоналом Oxipit м рентгенологами медицинских учреждений.

Преимущества использования ChestLink в медицине:

- Снижение нагрузки на рентгенологов. Сервис автоматически анализирует рентгенограммы грудной клетки здоровых пациентов, экономя время специалиста на их описание и анализ, что позволяет специалистам сосредоточиться на более сложных случаях.

- Улучшение доступности диагностических услуг. Особенно важно в регионах с нехваткой рентгенологов.

- Ускорение сроков получения результатов. Сервис ускоряет обработку изображений, что важно, например, при экстренной диагностике жизнеугрожающих состояний.

Несмотря на точность данной системы, ChestLink не заменяет медицинских специалистов, а лишь сокращает время, которое они тратят на определенные рентгенограммы.

Помимо системы ChestLink, существуют и другие системы искусственного интеллекта, как российские, так и зарубежные.

Российские:

- SberMed AI - алгоритм анализирует снимки органов грудной клетки и автоматически оценивает риск 11 патологий- от пневмоторакса до диссеминированного поражения легких. Система получила регистрационное удостоверение Минздрава России и уже внедрена в ряде медицинских учреждений.

- Botkin.AI - это программная платформа для анализа медицинских изображений с использованием технологий искусственного интеллекта. Платформа решает проблему точности определения злокачественных новообразований по изображениям КТ, цифрового рентгена и маммографических исследований на ранних стадиях. Уточняет прогнозы, уменьшает вероятность человеческой ошибки.

- «Цельс» - система поддержки принятия врачебных решений на базе технологий нейронных сетей (Deep Learning) для анализа цифровых медицинских изображений — рентгенограмм, компьютерной томограмм, магнитно-резонансной томограмм и других. Зарегистрирована Росздравнадзором как медицинское изделие по третьему классу риска в 2020 году. В 19 регионах уже внедрили данную систему в качестве ИИ-системы на местном уровне.

Зарубежные:

- Oxytech – предлагает ИИ для комплексного анализа рентгенограмм, например: Lung XR (анализ снимков грудной клетки), Spine XR (анализ снимков позвоночника), Sinuses XR (анализ снимков черепе), Knees XR (анализ рентгена коленного сустава), Pelvis XR (анализ тазобедренного сустава)

- MedRAX - платформа на основе искусственного интеллекта для анализа

рентгенограмм грудной клетки, которая поддерживает сложную медицинскую диагностику.

Выводы: применение систем ИИ для анализа рентгеновских снимков позволят добиться большого прогресса в области обработки рентгенограмм, что принесет ощутимую выгоду как пациентам, так и медицинскому сообществу в целом.

Однако полностью автоматизировать данные системы небезопасно. Лучшим решением будет не заменить врача, а дать ему в руки мощный инструмент, который повысит скорость и точность диагностики, но окончательное решение и ответственность всегда должны оставаться за специалистом-человеком.

ВРАЧ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ И МЕССЕНДЖЕРАХ: ЭТИЧЕСКИЕ ГРАНИЦЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ

НЕВЕРОВА Валерия Алексеевна, ФИЛАТОВА Анастасия Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель — к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

DOCTOR ON SOCIAL NETWORKS AND MESSENGERS: ETHICAL BOUNDARIES OF PROFESSIONAL COMMUNICATION WITH PATIENTS IN THE DIGITAL AGE

NEVEROVA V.A., FILATOVA A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Активное использование социальных сетей и мессенджеров врачами создает новые возможности для коммуникации и повышения медицинской грамотности, но одновременно порождает серьезные этические дилеммы. Данная работа анализирует основные риски, связанные со стиранием границ между личным и профессиональным, угрозой конфиденциальности, распространением недостоверной информации и формированием непрофессиональных зависимостей «врач-пациент». Определение четких этических границ является необходимым условием для безопасного и эффективного использования цифровых инструментов в медицинской практике.

Ключевые слова: цифровая этика, врачебная тайна, профессиональные

границы, медицинский контент, телемедицина, ответственность врача.

Abstract: The active use of social networks and messengers by doctors creates new opportunities for communication and improving health literacy, but simultaneously raises serious ethical dilemmas. This work analyzes the main risks associated with the blurring of boundaries between personal and professional, threats to confidentiality, the spread of unreliable information, and the formation of unprofessional doctor-patient dependencies. Defining clear ethical boundaries is a necessary condition for the safe and effective use of digital tools in medical practice.

Keywords: digital ethics, medical confidentiality, professional boundaries, medical content, telemedicine, physician responsibility.

Введение. Цифровизация общества необратимо изменила формы коммуникации, включая взаимодействие между врачом и пациентом. Социальные сети и мессенджеры становятся каналами для просвещения, самопрезентации и даже консультаций. Однако отсутствие унифицированных этических норм для этой сферы приводит к конфликтам интересов, нарушениям врачебной тайны и девальвации профессионального авторитета. Вопрос определения допустимых границ такого общения является актуальной проблемой современной медицинской деонтологии.

Цель: проанализировать основные этические риски профессиональной деятельности врача в социальных сетях и мессенджерах и сформулировать принципы установления безопасных границ коммуникации.

Материал и методы. Проведен анализ современных отечественных и зарубежных этических кодексов, руководств профессиональных медицинских ассоциаций, систематизированы данные из научных публикаций и кейсы из публичного поля. Использованы методы сравнительного и проблемно-ориентированного анализа.

Результаты и обсуждения. Были выделены и проанализированы три основные модели поведения врача в цифровой среде и связанные с ними риски:

1. Врач как публичный эксперт и просветитель. Риски: непреднамеренное распространение недостоверной или упрощенной информации, не учитывающей индивидуальный контекст; создание ложных ожиданий у аудитории; коммерциализация и скрытая реклама.

2. Врач как консультант в личных мессенджерах и чатах. Риски: грубое нарушение конфиденциальности (скриншоты, пересылка сообщений); отсутствие документации консультации; оказание помощи вне компетенции или без полного анамнеза; эмоциональное выгорание из-за круглосуточной доступности.

3. Врач как частное лицо с публичным профилем.

Риски: стирание профессионального авторитета вследствие публикации

непрофессионального контента; нежелательное «дружба» с пациентами; предвзятое отношение коллег и пациентов на основе личных взглядов.

Наиболее опасным с этической точки зрения является смешение всех трех моделей в одном цифровом пространстве без установленных внутренних правил. В качестве основы для установления границ могут служить принципы: разделение личного и профессионального аккаунтов, запрет на обсуждение конкретных случаев и назначение терапии в открытых чатах, обязательное информирование о пределах онлайн-коммуникации, приоритет очного приема для решения сложных вопросов.

Выводы: использование социальных сетей и мессенджеров врачом требует не технологических, а в первую очередь этических компетенций. Наиболее эффективной стратегией является не отказ от цифровых инструментов, а сознательное построение и соблюдение профессиональных границ. Разработка и внедрение внутренних клинических протоколов, регламентирующих дистанционное общение, а также обучение врачей цифровой гигиене и этике являются необходимыми шагами для минимизации рисков и защиты как пациента, так и медицинского работника в цифровую эпоху.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

НИКИТИНА Валерия Вадимовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN DISEASE DIAGNOSIS

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

Резюме: Внедрение технологий искусственного интеллекта в клиническую практику знаменует собой новую эру в диагностике заболеваний. Ключевыми преимуществами являются ускорение процесса диагностики, снижение ошибки и возможность выявления сложных, неочевидных для человеческого восприятия паттернов.

Ключевые слова: Искусственный интеллект, диагностика заболеваний, автоматизация.

Abstract: The introduction of artificial intelligence technologies into clinical practice marks a new era in disease diagnosis. Key advantages include accelerated diagnostics, reduced error, and the ability to identify complex patterns that are not readily apparent to human perception.

Keywords: Artificial intelligence, disease diagnostics, automation.

Введение. С увеличением объема медицинской информации и сложностью заболеваний традиционные методы диагностики становятся недостаточно эффективными. Искусственный интеллект предлагает новые решения для анализа данных и улучшения точности диагностики, что может значительно повысить качество медицинского обслуживания. Современная медицина характеризуется ростом объема и сложности данных. Визуализация и электронные медицинские карты создают информационную среду, анализ которой превосходит возможности традиционных методов и человеческого восприятия. Это приводит к задержкам в постановке диагноза, субъективным ошибкам интерпретации и, как следствие, к снижению эффективности лечения.
Искусственный интеллект, и особенно такое его направление, как глубокое обучение, предлагает революционные инструменты для автоматизированного анализа сложных, многомерных данных. Алгоритмы искусственного интеллекта способны выявлять скрытые закономерности неочевидные для врача, что открывает новые горизонты для ранней, точной диагностики.

Цель: проанализировать применение искусственного интеллекта в диагностике заболеваний, выявить ключевые направления для дальнейших исследований и развития технологий.

Материал и методы. В исследовании использовались данные из научных публикаций, клинических испытаний, касающихся применения искусственного интеллекта в различных областях медицины. А также применение в диагностике наиболее распространенных заболеваний: рака, сердечно-сосудистых заболеваний, инфекционных болезней.

Критерии включения:

· Клинические исследования, демонстрирующие применение искусственного интеллекта для диагностики конкретных заболеваний: онкология, неврология, кардиология

Методы анализа:

1. Анализ медицинских изображений: Рассмотрены архитектуры нейронных сетей CNN, U-Net, используемые для классификации, сегментации и обнаружения патологий на снимках.

2. Сравнительный анализ: Проведено сравнение метрик производительности систем: точность, чувствительность, специфичность, AUC-ROC с результатами работы врачей.

Результаты и обсуждения.

1. Эффективность искусственного интеллекта в диагностике:

– Алгоритмы обучения продемонстрировали высокую точность в анализе медицинских изображений: рентгеновские снимки, МРТ, что позволяет выявлять заболевания на ранних стадиях.

– Системы искусственного интеллекта показывают сопоставимые результаты по сравнению с опытными специалистами в ряде случаев.

2. Автоматизация процессов:

– Искусственный интеллект позволяет автоматизировать рутинные задачи, такие как анализ лабораторных данных, обработка медицинских изображений, что освобождает время врачей.

3. Интеграция в клиническую практику:

– Успешная интеграция искусственного интеллекта требует адаптации существующих клинических протоколов и обучения медицинского персонала.

4. Этические и правовые аспекты:

– Внедрение искусственного интеллекта в диагностику поднимает важные вопросы о конфиденциальности данных пациентов, ответственности за ошибки и необходимости соблюдения этических норм.

1. Достижения в диагностике на основе медицинской визуализации:

· Онкология: Алгоритмы искусственного интеллекта демонстрируют высочайшую точность >95% в обнаружении рака молочной железы по маммограммам, меланомы по дерматоскопическим изображениям. Например, система Google Health показала снижение уровня ложноотрицательных результатов при скрининге рака молочной железы на 9,4%.

· Пульмонология: В период пандемии COVID-19 алгоритмы искусственного интеллекта научились с высокой точностью выявлять характерные признаки вирусной пневмонии на КТ легких.

2. Прогнозирование заболеваний на основе многомерных данных:

· Интеграция данных ЭМК, генетических тестов и данных носимых устройств позволяет создавать модели для оценки риска развития сердечно-сосудистых катастроф, сепсиса или диабетических осложнений.

3. Сравнительная эффективность «Искусственный интеллект vs Врач»:

· Многочисленные исследования показывают, что в узких диагностических задачах искусственный интеллект часто не уступает, а иногда и превосходит врачей-экспертов по точности. Искусственный интеллект может выступать как «второе мнение», снижая нагрузку на врача и минимизируя ошибки, связанные с усталостью.

· Нормативно-правовые и этические барьеры: Вопросы ответственности за ошибку, конфиденциальность данных пациентов и процедура сертификации систем как медицинских изделий требуют разработки четких правовых рамок.

Для массового внедрения искусственного интеллекта в клиническую практику необходимы усилия разработчиков, регуляторов по преодолению ключевых вызовов: обеспечение объяснимости решений, повышение качества и репрезентативности данных для обучения и создание адаптивной нормативно-правовой базы.

4. Преимущества внедрения искусственного интеллекта в диагностику включают: ускорение процесса постановки диагноза, повышение его точности и объективности, а также возможность раннего выявления заболеваний за счет анализа сложных паттернов.

Выводы: технологии искусственного интеллекта доказали свою высокую эффективность в задачах автоматизированной диагностики заболеваний, особенно в области анализа медицинских изображений, показывая результаты на уровне врачей-экспертов. Перспективы дальнейших исследований связаны с созданием мультимодальных систем искусственного интеллекта, интегрирующих данные различных типов, развитием федеративного обучения для работы с распределенными данными без нарушения их конфиденциальности и углублением методов для полного доверия и понимания со стороны медицинского сообщества**.**

ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ОНИЩЕНКО Светлана Сергеевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

PECULIARITIES OF DISPENSARY OBSERVATION OF PATIENTS WITH GASTROESOPFAGEAL REFLUX DISEASE

ONISHCHENKO S.S.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: В данной работе обсуждаются особенности диспансерного наблюдения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью,

находящихся под наблюдением участкового терапевта территориальной поликлиники.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диспансерное наблюдение, профилактика.

Abstract: This publication discusses the peculiarities of outpatient observation of patients with gastroesophageal reflux disease who are under the observation of the district therapist at the territorial polyclinic.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, dispensary observation, prevention.

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое заболевание, характеризующееся первичным нарушением моторноэвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта, функции пищеводножелудочного перехода и наличием патологического гастроэзофагеального рефлюкса.

Эрозивный рефлюкс-эзофагит и неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ), которая включает эндоскопически негативную форму ГЭРБ и катаральный рефлюкс-эзофагит, следует считать двумя формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

В России, как и во всем мире, отмечается рост заболеваемости. Изжога наблюдается у 20-40% населения развитых стран. В России распространенность ГЭРБ составляет 18-46%, причем у 45–80% больных с ГЭРБ обнаруживают эзофагит. У мужчин ГЭРБ встречается чаще. Распространённость среди молодых растет, особенно в группах 25–35 лет, хотя раньше считалось, что они в меньшей группе риска, и составляет 14-20%.

Диспансерное наблюдение чрезвычайно важно для оказания помощи пациентам с ГЭРБ. Задачами являются: оценка эффективности лечения, мониторинг состояния пациента, формирование навыков самоконтроля, профилактика таких осложнений как пищевод Барретта и стриктуры пищевода и улучшение качества жизни пациентов.

Цель: изучение практической реализации диспансерного наблюдения за пациентами с ГЭРБ в территориальной поликлинике, включая анализ деятельности участкового терапевта по выявлению, мониторингу и лечению пациентов.

Материал и методы. Анализ амбулаторных карт пациентов с ГЭРБ, проведение обзора медицинской литературы и интернет-источников.

Результаты и обсуждения. На исследуемом территориальном участке, численностью 1874 человек, под диспансерным наблюдением участкового терапевта находилось 9 пациентов (0,5%), средний возраст которых составил 27 лет, из них 6 мужчин (66,7%) и 3 женщины (33,3%). Преобладал эрозивный

эзофагит. Избыточная масса тела у 6 пациентов, из них с ожирением 4 человека (44,4%). Курение: 9 человек (100%). Обострение за последний год у 8 человек (88,9%). Осмотр больных гастроэнтерологом проводится раз в год, осмотр терапевтом раз в полгода в течение 5 лет после последнего обострения (пациентам давались рекомендации по поводу диеты, коррекции режима питания, изменения образа жизни, проводилась ЭГДС, анализ кала на скрытую кровь). Пациенты в ремиссии наблюдаются у терапевта раз в полгода. При диспансерном наблюдении в поликлинике выполнялось: ЭГДС, флюорография, анализ кала на скрытую кровь, общий анализ крови

Для успешного управления ГЭРБ, особенно после начала лечения, крайне важно регулярное диспансерное наблюдение. Терапевты должны проводить его не реже одного раза в полгода, чтобы активно контролировать состояние пациентов, своевременно выявлять возможные обострения и корректировать терапию для предотвращения развития осложнений.

Выводы: диспансерное наблюдение пациентов с ГЭРБ на анализируемом терапевтическом участке территориальной поликлиники проводится в соответствии с рекомендациями, что способствует своевременной коррекции лечения и предупреждению осложнений в виде стриктур пищевода, формирование пищевода Баррета, язвенные поражения пищевода, кровотечения из эрозий и язв, а также улучшению качества жизни пациентов.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ: РОЛЬ ТЕРАПЕВТА

ООРЖАК Айрана Борисовна, МЕЛЬНИК Диана Андреевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

ORGANIZING PALLIATIVE CARE AT HOME: THE ROLE OF THE THERAPIST

OORZHAK A. B., MELNIK D. A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Основное внимание при анализе роли терапевта в организации паллиативной помощи на дому уделяется необходимости его интеграции в мультидисциплинарную модель как ключевого координатора.

Ключевые слова: паллиативная помощь, участковый терапевт,

мультидисциплинарный подход.

Abstract: The analysis of the therapist's role in organizing home-based palliative care focuses on the need for their integration into a multidisciplinary model as a main coordinator.

Keywords: palliative care, general practitioner, multidisciplinary approach.

Введение. В соответствии с современными концепциями (ВОЗ, 2020), паллиативная помощь должна быть доступна на всех уровнях медицинской системы, включая первичное звено. Обсуждаются преимущества раннего выявления паллиативных пациентов, эффективной коммуникации и управления симптомами в амбулаторных условиях, а также выделяются рекомендации по расширению компетенций и функций терапевта для улучшения качества жизни пациентов на локальном уровне.

Участковый терапевт, в силу своей доступности и длительного контакта с пациентом и семьей, занимает стратегически важную позицию для своевременного выявления потребности в паллиативной помощи, инициирования ее оказания и координации дальнейшего сопровождения на дому.

Цель: теоретически обосновать и определить ключевые функции, подходы и роль участкового терапевта в организации эффективной системы паллиативной помощи на дому с учетом принципов мультидисциплинарности, раннего выявления и пациентоориентированности.

Материал и методы. Проведен анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность терапевта в сфере паллиативной помощи; обзор отечественных и зарубежных публикаций и клинических рекомендаций; оценка данных по удовлетворенности пациентов и эффективности моделей взаимодействия при ведущей роли терапевта.

Результаты и обсуждения. Роль терапевта в организации паллиативной помощи на дому выходит за рамки традиционного наблюдения и включает несколько ключевых аспектов:

1. Терапевт первым идентифицирует пациента, нуждающегося в паллиативной помощи (на поздних стадиях хронических неинфекционных заболеваний, онкологии и др.), оформляет направление и формирует совместно со специализированной службой предварительный план.

2. Терапевт выступает связующим звеном между пациентом/семьей, выездной паллиативной бригадой, узкими специалистами и социальными службами, обеспечивая преемственность и целостность подхода.

3. Терапевт осуществляет коррекцию боли, тошноты, одышки по согласованным протоколам, проводит простые медицинские манипуляции, оценивает эффективность назначений.

4. Терапевт является экспертом по коммуникации и ведет доверительный диалог с пациентом и семьей, обсуждает цели и прогнозы, оказывает первичную психологическую поддержку, помогает в принятии сложных решений.

5. Участковый терапевт знаком с местными возможностями (соцзащита, благотворительные организации, аренда оборудования), что позволяет оперативно решать возникающие немедицинские проблемы.

Опыт внедрения моделей с активной ролью терапевта демонстрирует снижение числа необоснованных госпитализаций, повышение информированности семей, улучшение контроля над основными симптомами и, как следствие, повышение вероятности реализации предпочтения пациента уйти из жизни дома.

Рекомендации по оптимизации роли терапевта:

1. Целевое повышение квалификации. Обязательное обучение терапевтов основам паллиативной медицины, коммуникативным навыкам (ведение трудных разговоров) и правовым аспектам.

2. Четкое нормативное закрепление функций и ответственности терапевта в паллиативной помощи, включая упрощенные схемы выписки рецептов на обезболивающие препараты.

3. Развитие эффективных каналов связи (телемедицина, единые электронные записи) между терапевтом и специализированной паллиативной службой для оперативных консультаций.

4. Внедрение инструментов скрининга в рутинную практику терапевта для раннего выявления паллиативных пациентов (опросники, шкалы).

5. Организационная и психологическая поддержка самих терапевтов (супервизии, разборы сложных случаев) для профилактики эмоционального выгорания в этой сложной сфере.

Выводы: участковый терапевт является центральной фигурой в построении эффективной системы паллиативной помощи на дому. Его трансформация из наблюдателя в активного координатора и исполнителя базовой паллиативной помощи наряду со специализированными службами является необходимым условием для обеспечения доступности, непрерывности и высокого качества помощи, соответствующей потребностям и выбору.

ДЕОНТОЛОГИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: СТРАТЕГИИ КОММУНИКАЦИИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

ОСОВСКАЯ Дарья Сергеевна, ГРЕБЕНЧУКОВА Анна Александровна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

DEONTOLOGY OF MEDICAL ERRORS IN OUTPATIENT PRACTICE: COMMUNICATION AND PREVENTION STRATEGIES

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

Резюме. Врачебные ошибки в амбулаторной практике являются сложной деонтологической проблемой, требующей комплексного подхода. Ключевыми аспектами снижения частоты их встречаемости являются эффективные стратегии коммуникации с пациентом, создание культуры безопасности врача и пациента и внедрение системных методов их предотвращения.

Ключевые слова: врачебная ошибка, деонтология, амбулаторная практика, коммуникация, пациентоориентированность.

Abstract. Medical errors in outpatient practice represent a complex ethical challenge that requires a comprehensive approach. Key aspects for reducing their frequency include effective patient communication strategies, fostering a culture of safety for both physicians and patients, and implementing systemic methods for their prevention.

Keywords: medical error, medical ethics, outpatient practice, communication, patient-centered care.

Введение. Амбулаторно-поликлиническое звено является фундаментом системы здравоохранения, обеспечивая первичный контакт с пациентом, диагностику, лечение и динамическое наблюдение за больными с хроническими заболеваниями. Именно в этих условиях формируется ключевой элемент медицинской помощи – доверительные взаимоотношения между врачом и пациентом. Однако высокая нагрузка, лимит времени на прием и работа в условиях неполной диагностической информации создают благоприятную почву для возникновения врачебных ошибок.

Понятие «врачебная ошибка» в современной медицинской и юридической практике продолжает оставаться дискуссионным, что подчеркивает его комплексный характер, находящийся на стыке клинической медицины, деонтологии и права. В отличие от халатности или небрежности, врачебная ошибка часто совершается добросовестно, при выполнении врачебных обязанностей и без умысла нанести вред. Тем не менее, ее последствия могут быть крайне серьезными: от отсрочки правильной

диагностики и неэффективного лечения до стойкой утраты здоровья и летального исхода.

Деонтологический подход к проблеме врачебных ошибок выходит за рамки простого осуждения или поиска виновного. Он предполагает создание такой профессиональной среды и таких алгоритмов работы, которые минимизируют саму возможность ошибки, а в случае ее возникновения – диктуют этически безупречную модель поведения, направленную на сохранение доверия пациента и исправление последствий. Таким образом, актуальность данной работы обусловлена необходимостью интеграции современных принципов безопасности пациентов и этичных коммуникативных стратегий в повседневную практику амбулаторного врача.

Цель: проанализировать деонтологические аспекты врачебных ошибок в амбулаторной практике и разработать стратегии по их предотвращению.

Материал и методы. В ходе работы был проведен анализ научных публикаций и клинических рекомендаций, посвященных проблеме врачебных ошибок, медицинской деонтологии и безопасности пациентов в первичном звене здравоохранения. Использованы базы данных PubMed, eLibrary, КиберЛенинка. Особое внимание уделялось исследованиям в области коммуникативных техник (например, протокол SPIKES) и системным подходам к профилактике ошибок (чек-листы, аутидиты).

Результаты и обсуждения. Анализ факторов риска: выявлены ключевые факторы, способствующие ошибкам в амбулаторных условиях: сверхнормативная загруженность врача (более 25 пациентов в смену), приводящая к синдрому эмоционального выгорания; недостаточное оснащение диагностической аппаратурой; несовершенство систем ведения электронной медицинской документации; коммуникационные разрывы между врачами-специалистами и терапевтами.

Эффективные коммуникативные стратегии: установлено, что стандартизированные протоколы информирования пациента об ошибке (такие как SPIKES) статистически значимо снижают уровень последующих судебных разбирательств и способствуют сохранению терапевтических отношений. Ключевыми элементами являются: подготовка к беседе, выяснение понимания пациентом ситуации, ясное изложение фактов без использования профессионального жаргона, выражение сочувствия и извинений, совместная разработка плана дальнейших действий.

Данные по профилактическим мерам: обзор литературы показал, что внедрение простых чек-листов для ведения наиболее распространенных заболеваний (артериальная гипертензия, диабет II типа) позволяет снизить количество диагностических и тактических ошибок на 15-20%. Клинические аудиты случаев повторной госпитализации или ухудшения состояния

позволяют выявить системные сбои в работе первичного звена.

Коммуникация как основа деонтологии при ошибке. В случае возникновения ошибки лучшим решением является открытое информирование пациента. Стратегия коммуникации должна включать: ясное изложение фактов, искренние извинения, объяснение плана действий по устранению последствий и предотвращению повторения подобных ситуаций. Такой подход, в отличие от сокрытия, способствует сохранению доверия и снижает риск юридических разбирательств.

Стратегии профилактики ошибок. Ключевыми мерами предотвращения в амбулаторной практике являются:

- Внедрение чек-листов для стандартизации диагностических лечебных процессов
- Развитие клинического мышления и регулярное повышение квалификации медицинского персонала для снижения числа диагностических ошибок.
- Увеличение времени общения врача с пациентом для более точного сбора анамнестических данных и проведения полного объективного обследования.
- Улучшение условий труда врача амбулаторной практики, что позволит предотвратить синдром эмоционального выгорания и повысит качество выполнения профессиональных обязанностей.
- Совершенствование медицинской документации: четкое и полное ведение медицинской карты (амбулаторной карты) является не только юридической защитой, но и инструментом предотвращения тактических ошибок.
- Использование IT-технологий: системы поддержки принятия врачебных решений и электронные назначения минимизируют ошибки, связанные с назначением лекарственных препаратов и их дозировок

Создание культуры безопасности. Необходимо формирование в коллективе взаимоотношений, при которых медицинские работники не боятся сообщать об ошибках. Анализ таких случаев позволяет улучшать рабочие процессы на системном уровне, обмениваться опытом и за счет этого предотвращать повторения подобных ситуаций.

Выводы: проблема врачебных ошибок в амбулаторной практике требует интеграции деонтологических принципов в повседневную работу врача. Эффективная и этичная коммуникация с пациентом при совершении ошибки является обязательным условием для сохранения доверительных отношений и предотвращению конфликтов с пациентами. Наиболее действенным подходом к минимизации врачебных ошибок является внедрение системных стратегий предотвращения, включающих стандартизацию процессов, использование

современных технологий, улучшение условий труда и создание открытой культуры безопасности в медицинской организации.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ПАНТИЛЕЕВА Ксения Максимовна, СОЛОМАТИНА Алина Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель: к. м. н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

MODERN PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HYPERTENSION IN OUTPATIENT SETTINGS

PANTILEEVA K.M., SOLOMATINA A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Проведено исследование с целью изучения в динамике структуры медикаментозной терапии пациентов с АГ, находящихся под диспансерным наблюдением, в условиях поликлиники №4 ГАУЗ «ККДЦ имени И.А. Колпинского». В ходе исследования, было проведено изучение 20 историй болезни и данных текущих осмотров пациентов, страдающих гипертонической болезнью (ГБ).

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ранняя диагностика, уровень АД, амбулаторно-поликлинический этап.

Abstract: A study was conducted to examine the dynamics of medication therapy in patients with hypertension undergoing follow-up at Outpatient Clinic No. 4 of the I.A. Kolpinsky Regional Clinical and Diagnostic Center. The study included an examination of 20 case histories and routine examination data for patients with hypertension.

Keywords: arterial hypertension, early diagnosis, blood pressure level, ambulatory-polyclinic stage

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания – главная причина инвалидизации и смертности в России на сегодняшний день. Среди них особое место занимает артериальная гипертензия. Эта проблема носит глобальный характер: по данным ВОЗ, от повышенного давления страдает свыше миллиарда человек. В России же гипертония затрагивает не менее 40% граждан.

Артериальная гипертензия имеет большое социальное значение, поскольку часто развивается в комплексе с другими заболеваниями, такими как

сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца. Эти сочетанные патологии усугубляют симптомы и повышают риск возникновения жизнеугрожающих осложнений, включая инсульт и инфаркт миокарда. В амбулаторных условиях ключевыми задачами являются, раннее выявление гипертонии и проведение комплексной терапии. Своевременное начало лечения позволяет не только стабилизировать артериальное давление, но и снизить вероятность развития сопутствующих заболеваний.

Цель: изучить особенностей подхода к лечению артериальной гипертензии у взрослых пациентов, а также оценка степени соответствия назначенной терапии современным стандартам оказания амбулаторной терапевтической помощи в условиях поликлиники №4 ГАУЗ «ККДЦ имени И.А. Колпинского».

Материал и методы. Работа выполнена с применением общенаучных методов исследования, с использованием клинических рекомендаций Минздрава России и ВОЗ, а также данных из 20 историй болезней и текущих осмотров пациентов с гипертонической болезнью, наблюдающихся в Поликлинике № 4 ГАУЗ «ККДЦ имени И.А. Колпинского», в период прохождения производственной практики 01.09.2025-18.09.2025гг.

Результаты и обсуждения. В ходе нашего исследования было изучено 20 клинических случаев гипертонической болезни у взрослых за время прохождения практики, проходивших лечение на базе Поликлиники №4 ГАУЗ «ККДЦ имени И.А. Колпинского».

Исследование включало стандартный мониторинг артериального давления (АД) в условиях клиники с помощью автоматических устройств и 24-часовое мониторирование (СМАД) для оценки динамики АД и выявления ночной артериальной гипертензии. Результаты оказались показательными: у 40% пациентов, чьи измерения в медицинском учреждении не выявили отклонений, в течение суток были зафиксированы повышенные значения АД. Это подчеркивает, что СМАД является незаменимым инструментом для обнаружения скрытой артериальной гипертензии.

По результатам статистической и качественной оценки проанализированных случаев были получены следующие данные: среди обследованных пациентов с ГБ, доля мужчин составила 25% (5 человек), а доля женщин 75% (15 человек).

Распределение пациентов по возрастным категориям страдающих ГБ выглядит следующим образом: 10%(2 человека) – представители молодого возраста (25-44 года), 25% (5 человек) – среднего возраста (45-59 лет), 45% (9 человек) – пожилого возраста (60-74 года), и 20% (4 человека) – старческого возраста (75-89 лет).

Анализ анамнеза и собранных данных показал, что у 10% пациентов (2

человека) имеется наследственная предрасположенность к гипертонической болезни (ГБ). У 40% (8 человек) анамнез не отягощен, а в 50% случаев (10 человек) информация о наследственности отсутствует.

В рамках лечения, проводимого в соответствии с установленными клиническими рекомендациями, было выявлено, что у большинства пациентов с АГ 1-2 степени 2 стадия с высоким риском (70%, что составило 14 человек) применялась комплексная терапия, включающая несколько лекарственных средств. Лишь у 10% больных (2 человека) с АГ 1 степени 1 стадии с низким или средним риском было назначено лечение одним препаратом (монотерапия).

Кроме того, в рамках исследования была реализована программа обучения пациентов, направленная на формирование навыков здорового образа жизни. Программа включала в себя диетические рекомендации, направленные на уменьшение потребления натрия, увеличение потребления калия и сокращение потребления насыщенных жиров, а также рекомендации по физической активности, и методики снижения уровня стресса, такие как йога и медитация.

Анализ результатов участия в образовательных семинарах показал, что 80% (16) пациентов адаптировали свои привычки в соответствии с рекомендациями и сознательно изменили свой образ жизни.

В ходе проведенного исследования, были получены следующие данные по динамике артериального давления. У испытуемых, которые принимали монотерапию с использованием таких препаратов, как диуретики и бета-блокаторы средний уровень АД зафиксирован на отметке 150/95 мм рт.ст., что соответствует редукции на 10 % от исходных показателей. В то время как остальные 70%, которые получали комбинированную терапию, в состав которой входили препараты из двух или более классов антигипертензивных средств, включая (АПФ), блокаторы кальциевых каналов и диуретики, среднее значение АД составило 130/85 мм рт. ст.

Выводы: монотерапия лишь у немногих пациентов с артериальной гипертензией демонстрирует достаточную эффективность. Для большинства же требуется комбинация как минимум двух антигипертензивных препаратов. Более 20 исследований подтверждают, что одновременное применение двух препаратов из разных классов значительно сильнее снижает артериальное давление, чем увеличение дозировки одного препарата. Так, комбинированная терапия способствовала более выраженному снижению уровня артериального давления, в среднем на 20%, в то время как при монотерапии снижение составляло 10%. Данные результаты, подчеркивают значимость индивидуализированного подхода к терапии и возможность применения более интенсивных лечебных стратегий, у больных с артериальной гипертензией.

Модификация образа жизни, охватывающая нутритивную коррекцию и

увеличение уровня физической активности, ассоциируется не только с редукцией систолического и диастолического артериального давления, но и с повышением качества жизни пациентов. Мультидисциплинарный подход, интегрирующий как медицинские, так и образовательные аспекты, показал свою высокую эффективность в контексте управления состоянием, характеризующимся артериальной гипертензией.

Подводя итог, исследование подчеркивает важность внедрения современных диагностических и терапевтических подходов, а также развития образовательных инициатив в амбулаторной практике.

ВЛИЯНИЕ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ SARS-CoV-2 - ИНДУЦИРОВАННОГО НЕЙРОВОСПАЛЕНИЯ

ПЕТРОВА Арина Евгеньевна, ПРОБСТ Анастасия Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

IMPACT OF SARS-COV-2-INDUCED NEUROINFLAMMATION ON COGNITIVE FUNCTION

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

Резюме: В работе рассматривается проблема нейротропного потенциала вируса SARS-CoV-2 и его влияние на когнитивные функции у лиц молодого возраста 18–23 лет. Результаты подтверждают, что перенесенная инфекция COVID-19 достоверно повышает риск развития когнитивных нарушений и нейровоспаления даже у молодых пациентов.

Ключевые слова: COVID-19, нейровоспаление, когнитивные нарушения, SARS-CoV-2, MMSE.

Abstract: The paper considers the problem of the neurotropic potential of the SARS-CoV-2 virus and its impact on cognitive functions in young people 18–23 years old. The results confirm that past COVID-19 infection significantly increases the risk of cognitive impairment and neuroinflammation even inyoung patients.

Keywords: COVID-19, neuroinflammation, cognitive impairment, SARS-CoV-2, MMSE.

Введение. В настоящий момент существует немало исследований,

свидетельствующих о нейротропном потенциале вируса SARS-CoV-2. Новая коронавирусная инфекция нередко влечет за собой стойкие неврологические осложнения, к числу самых распространенных из которых относятся когнитивные и астенические синдромы. Нейровоспаление представляет собой многоуровневый молекулярно-клеточный механизм, связанный с активацией провоспалительных цитокинов в ответ на контакт с патогенными факторами. Попадание вируса в центральную нервную систему (ЦНС) может вызывать хроническое воспаление микроглии, дисфункцию гематоэнцефалического барьера и, как следствие, приводить к изменению сознания и возникновению когнитивных нарушений.

Цель: проанализировать влияние COVID-19 на когнитивные функции у лиц 18–23-летнего возраста.

Материал и методы. Исследование проведено на основании квотной выборки, в которой приняло участие 255 условно здоровых людей в возрасте 18–23 лет (96 мужчин и 159 женщин), не имеющих ранее установленных неврологических и психических заболеваний.

Участники были разделены на две группы: 1-я группа – лица, перенесшие COVID-19 4–6 месяцев назад (153 человека, 60%); 2-я группа – лица, не болевшие COVID-19 (102 человека, 40%). Для оценки когнитивных функций использовались: краткая шкала оценки психического статуса Mini-Mental State Examination (MMSE), субтесты Векслера (зрительная память) и таблицы Шульте (исследование внимания). Статистическая обработка данных проводилась в Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Анализ данных по шкале MMSE показал наличие когнитивных нарушений у 53% от общего числа обследуемых. При этом среди лиц, перенесших COVID-19, нарушения выявлены у 77 человек (57% от группы переболевших), тогда как в группе не болевших коронавирусной инфекцией этот показатель составил 43% (58 человек). В структуре нарушений у переболевших преобладают умеренные когнитивные расстройства.

По результатам теста Векслера когнитивные нарушения зафиксированы у 23% всей выборки. Однако их распределение неравномерно: среди всех лиц с выявленными нарушениями 62% составили те, кто перенес COVID-19, и лишь 38% – не болевшие. Внутри группы переболевших частота нарушений также выше, чем в контрольной группе.

Аналогичная тенденция прослеживается при анализе таблиц Шульте: нарушения внимания выявлены у 23% респондентов. Из этого числа 61% составили участники, перенесшие инфекцию. Исследование неврологического статуса выявило мелкоочаговую церебральную симптоматику у 74,9% всех участников, при этом более половины из них (56%) – реконвалесценты COVID-

19.

Отдельного внимания заслуживает наблюдение, касающееся медикаментозной поддержки. Среди опрошенных, принимавших биологически активные добавки и лекарственные средства, отмечена меньшая выраженность когнитивных расстройств, что может свидетельствовать о протективном эффекте своевременной терапии.

Выводы: в результате использования трех методов диагностики подтвердилось, что распространенность когнитивных нарушений различной степени тяжести достоверно выше у лиц молодого возраста, перенесших коронавирусную инфекцию, по сравнению с не заболевшими. Полученные данные позволяют считать, что вирус активирует процессы нейровоспаления с последующей манифестацией когнитивной дисфункции, что требует настороженности врачей даже в отношении молодых пациентов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА И САРКОПЕНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

ПЛАКСУНОВА Анастасия Александровна, ТРЕЯЛЬ Сергей Сергеевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

PREVENTION OF OSTEOPOROSIS AND SARCOPENIA IN WOMEN IN PERI- AND POSTMENOPAUSE: COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF COMBINED PHYSICAL ACTIVITY PROGRAMS

PLAKSUNOVA A.A., TREYAL S.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: у женщин в пери- и постменопаузе значительно возрастает риск развития остеопороза и саркопении из-за дефицита эстрогенов. Комбинированные программы физической активности, включающие силовые и ударные/вибрационные нагрузки, демонстрируют более высокую эффективность по сравнению с монотонными тренировками.

Ключевые слова: остеопороз, саркопения, постменопауза, комбинированные тренировки, минеральная плотность костной ткани.

Abstract: Women in perimenopause and postmenopause face a significantly increased risk of osteoporosis and sarcopenia due to estrogen deficiency. Combined physical activity programs, incorporating resistance and impact/vibration training, demonstrate superior effectiveness compared to monotherapies.

Keywords: osteoporosis, sarcopenia, postmenopause, combined training, bone mineral density.

Введение. Пери- и постменопаузальный период у женщин характеризуется прогрессирующей потерей костной массы (остеопения, остеопороз) и снижением мышечной массы, силы и функции (саркопения). Эти состояния, патогенетически связанные и объединенные в понятие «остеосаркопения», значительно повышают риск низкоэнергетических переломов, инвалидизации, снижения качества жизни и увеличения смертности. Эстрогенный дефицит является ключевым драйвером этих процессов, нарушая остеогенез и усугубляя резистентность к анаболическим стимулам в мышцах. Патогенез остеосаркопении носит мультифакторный характер и включает не только гормональный дисбаланс, но и хроническое воспаление, окислительный стресс, нарушения в эндокринной и паракринной регуляции (снижение уровня инсулиноподобного фактора роста 1, витамина D), а также возрастные изменения в образе жизни, такие как малоподвижность и недостаточное потребление белка. Немедикаментозные методы, в частности, дозированная физическая активность, являются краеугольным камнем профилактики и первой линией вмешательства. Однако до сих пор остается открытым вопрос о наиболее эффективных видах и комбинациях физических нагрузок для одновременного воздействия на костную и мышечную ткань. Дискуссионными являются оптимальные параметры тренировок (интенсивность, объем, частота), а также эффективность и безопасность комбинированных программ. Поиск и научное обоснование таких комплексных протоколов, способных синергично воздействовать на оба компонента остеосаркопении, представляются крайне актуальной задачей современной профилактической медицины и геронтологии.

Цель: оценить сравнительную эффективность различных комбинированных программ физической активности для профилактики остеопороза и саркопении у женщин в пери-и постменопаузе.

Материал и методы: проведен анализ научной литературы (систематические обзоры, мета-анализы, рандомизированные контролируемые исследования) за последние 10 лет. Критерии включения: исследования с участием женщин в пери- и постменопаузе, оценивающие влияние комбинированных программ тренировок (не менее двух типов нагрузок) на маркеры костного и мышечного здоровья.

Результаты и обсуждения:

1.Преимущество комбинированных программ для минеральной плотности костной ткани (МПК). Комбинированные программы (силовые тренировки + упражнения с ударной нагрузкой/прыжки) показали статистически значимое увеличение МПК в шейке бедра (на 1.0-2.5%) и поясничном отделе позвоночника (на 1.5-3.2%) по сравнению с контрольными группами и группами, выполнявшими только аэробные нагрузки. Механизм связан с синергизмом остеогенных стимулов: силовые упражнения создают механическое напряжение, стимулирующее формирование кости, а ударные нагрузки генерируют деформации скелета, активирующие остеобласты.

2.Эффективность для мышечной системы. Силовые тренировки подтвердили статус "золотого стандарта" для увеличения мышечной массы (прирост на 1-1.5 кг) и силы (прирост на 20-30% от одноповторного максимума), что напрямую влияет на профилактику и замедление саркопении. Комбинация их с высокоинтенсивными интервальными тренировками (ВИИТ) дополнительно улучшает физическую функцию (скорость ходьбы, время вставания со стула) и кардиометаболическое здоровье.

3.Сравнение с моно-тренировками. Программы, включающие только ходьбу или плавание, оказывают незначительное влияние на МПК (прирост 0-0.5%), хотя и полезны для сердечно-сосудистой системы и общего тонуса. Комбинированные же программы оказывают комплексное воздействие, одновременно укрепляя кости, наращивая мышцы и улучшая нейромышечную координацию.

4.Роль тренировок баланса и гибкости**.** Было выявлено, что добавление в программу упражнений на равновесие (например, стойка на одной ноге, использование балансировочных платформ) и гибкость (стретчинг) на 15-20% снижает риск падений – ключевого фактора переломов у пациентов с остеопорозом. Этот компонент является неотъемлемой частью эффективной профилактической стратегии.

5.Оптимальные компоненты и режимы тренировок**.** Наибольшую эффективность показывают программы, включающие:

- Силовой компонент**:** Упражнения с отягощениями на основные группы мышц 2-3 раза в неделю.
- Ударный/высокоинтенсивный компонент**:** Прыжки, бег трусцой, подъем по лестнице, плиометрика 2-3 раза в неделю.
- Компонент баланса**:** Упражнения на равновесие 2-3 раза в неделю.
- Рекомендуемая продолжительность: Не менее 6-12 месяцев для достижения клинически значимых результатов.

6.Фактор приверженности и персонализации**.** Важным аспектом является долгосрочная приверженность женщин программам тренировок.

Эффективность повышается при индивидуальном подборе нагрузки с учетом исходного уровня физической подготовки, наличия осложнений остеопороза и личных предпочтений. Групповые занятия под руководством инструктора демонстрируют более высокую приверженность по сравнению с самостоятельными тренировками.

Выводы:

1.Для эффективной профилактики остеопороза и саркопении у женщин в пери- и постменопаузе необходимы структурированные комбинированные программы физической активности, оказывающие многофакторное воздействие на костно-мышечную систему.

2.Программы, сочетающие силовые (резисстные) тренировки для стимуляции синтеза мышечного белка, ударные/высокоинтенсивные нагрузки для улучшения костного метаболизма и тренировки баланса, статистически значимо превосходят по эффективности изолированные аэробные тренировки в отношении увеличения минеральной плотности костной ткани, мышечной массы и силы, а также снижения риска падений и переломов.

3.Ключевыми элементами успеха являются продолжительность (не менее 6 месяцев), прогрессирующая нагрузка и высокая приверженность, что требует мотивационной поддержки и индивидуального подхода.

4.Внедрение многокомпонентных тренировок должно стать стандартной и обязательной рекомендацией в рамках комплексных программ сохранения здоровья женщин в менопаузе, наряду с коррекцией питания (адекватное потребление белка, витамина D, кальция) и медикаментозной терапией по показаниям.

5.Перспективным направлением дальнейших исследований является разработка и валидация персонализированных протоколов тренировок с использованием современных технологий (телемедицина, носимые устройства) для повышения доступности и эффективности профилактики.

РОЛЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ПОДСЕВАЛОВА Светлана Ивановна, ГОРБАТЮК Софья Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

THE ROLE OF MODIFIABLE RISK FACTORS FOR CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES

PODSEVALOVA S.I., GORBATYUK S.A.

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

Резюме: Своевременное выявление и коррекция модифицируемых факторов риска у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, снижает вероятность прогрессирования патологии, инвалидизации и смертности.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, факторы риска.

Abstract: Timely identification and correction of modifiable risk factors in patients with chronic non-communicable diseases reduces the likelihood of progression of pathology, disability and mortality.

Keywords: chronic non-communicable diseases, risk factors.

Введение. В настоящее время ХНИЗ обозначены Всемирной организацией здравоохранения, как приоритетная проблема современности. Несмотря на многочисленные исследования в области влияния модифицируемых факторов риска на возникновение и развитие ХНИЗ, до сих пор отмечается негативный рост вредных привычек.

Модифицируемые факторы риска – это факторы, на которые может повлиять непосредственно пациент, например, отказавшись от вредных привычек, тем самым снижая риск прогрессирования заболевания.

Самыми распространенными модифицируемыми факторами риска в России являются: курение, нерациональное питание, низкая физическая активность, употребление алкоголя, повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина и ожирение.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ определение в каждой стране наиболее существенных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, их целенаправленная коррекция, а также контроль их динамики являются основой системы факторной профилактики самих ХНИЗ.

Цель: проанализировать современные данные о влиянии модифицируемых факторов риска на заболевание и развитие ХНИЗ, выявить их распространённость на терапевтическом участке ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая поликлиника №5 имени Л.И.Темерхановой».

Материал и методы: был проведен анализ учебно-методической, научной медицинской литературы с использованием электронных баз данных e.LIBRARY.RU, PubMed, CyberLenika. Также были исследованы результаты первого этапа диспансеризации взрослого населения (скринига) на одном терапевтическом участке.

Результаты и обсуждения. С июня по сентябрь 2025 года количество прикрепленных на терапевтическом участке лиц, прошедших первый этап диспансеризации, составило 187 человек. Среди них 65 мужчин и 122 женщины, возраст пациентов, проходящих диспансеризацию, составил от 18 до 83 лет (средний возраст – 47,3). Наиболее распространенным фактором риска ХНИЗ является нерациональное питание, выявленное у 122 исследуемых (65,2%). Кроме того были выявлены и другие факторы риска ХНИЗ: курение – 91 человек (48,6%), гиподинамия – 85 человек (45,4%), избыточная масса тела – 68 человек (36,3%), повышенное артериальное давление – 43 человека (22,9%), неадекватное употребление алкоголя – 6 человек (3,2%).

С пациентами, у которых выявили модифицируемые факторы риска ХНИЗ, была проведена профилактическая беседа участковым врачом-терапевтом и даны рекомендации по их корректировке.

По результатам анализа литературы выявлено, что среди больных с нескорректированными модифицируемыми факторами риска (МФР) отмечаются более высокие показатели смертности, повышенный риск госпитализации и осложнений, ухудшение прогноза заболеваемости. Также, из-за роста количества людей с МФР, значительно влияющими на течение и исход ХНИЗ, увеличивается и необходимость контроля наличия факторов риска у населения и их устранение.

Модифицируемые факторы риска приводят к развитию хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии и сахарному диабету. Воздействие этих факторов, включая неправильное питание, курение, гиподинамию и избыточную массу тела, увеличивает нагрузку на организм, повреждает сосуды, нарушает обмен веществ и в конечном итоге приводит к временной и стойкой утрате трудоспособности, а также преждевременной смерти. Также, в исследовании Российских липидных клиник было получено подтверждениетнегативного влияния курения на смертность от сердечно-сосудистых патологий.

Выводы. Таким образом, модифицируемые факторы риска напрямую связаны с вероятностью возникновения и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний, что в конечном итоге может привести к преждевременной инвалидности и даже летальному исходу.

РОЛЬ ВИРТУАЛЬНОЙ И ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ПРОБСТ Анастасия Сергеевна, ПЕТРОВА Арина Евгеньевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

THE ROLE OF VIRTUAL AND AUGMENTED REALITY IN MEDICAL EDUCATION AND CLINICAL PRACTICE

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

Резюме: В работе проведен анализ современного состояния и перспектив применения виртуальной и дополненной реальности в медицине, включая симуляционное обучение, хирургические вмешательства, реабилитацию пациентов и телемедицину. Определены ключевые преимущества и барьеры внедрения технологий в российскую систему здравоохранения.

Ключевые слова: виртуальная реальность, дополненная реальность, симуляционное обучение, цифровая медицина.

Abstract: This paper analyzes the current state and prospects for the application of virtual and augmented reality in medicine, including simulation training, surgical interventions, patient rehabilitation, and telemedicine. Key advantages and barriers to implementing these technologies in the Russian healthcare system are identified.

Keywords: virtual reality, augmented reality, simulation-based training, digital medicine.

Введение. Цифровизация здравоохранения определяет развитие современной медицины XXI века. Среди инновационных IT-технологий виртуальная и дополненная реальность занимают особое место, открывая новые возможности для подготовки медицинских кадров и оказания качественной помощи пациентам.

Виртуальная (VR) и дополненная реальность (AR) представляют собой перспективные IT-технологии, активно трансформирующие медицинское образование и клиническую практику. По данным мировых аналитических центров, объем глобального рынка VR/AR в здравоохранении в 2022 году составил около 4 миллиардов долларов и продолжает расти. Актуальность применения этих технологий обусловлена необходимостью повышения эффективности обучения врачей, сокращения медицинских ошибок и расширения доступа к специализированной медицинской помощи.

Цель: провести анализ современного состояния и перспектив применения IT-технологий виртуальной и дополненной реальности в медицинском образовании и клинической практике.

Материал и методы. Проведен комплексный анализ научной и профессиональной литературы, инструкций производителей, отчетов о внедрении VR/AR-технологий в ведущих медицинских учреждениях России и мира. Проанализированы данные о применении симуляционных технологий в подготовке специалистов, использовании VR/AR при оперативных вмешательствах, реабилитации пациентов и дистанционном консультировании.

Результаты и обсуждения. Виртуальные симуляции позволяют студентам и молодым специалистам многократно отрабатывать сложные манипуляции без риска для пациентов. Трехмерная визуализация анатомических структур существенно облегчает освоение топографических взаимосвязей органов и тканей. Согласно результатам исследований, использование симулятора FundamentalVR снижает количество ошибок при выполнении хирургических процедур на 23%. В России VR/AR-технологии внедрены в Сеченовском университете (бесплатный курс для студентов и врачей с 2024 года) и в Самарском государственном медицинском университете (разработано собственное программное обеспечение для планирования операций).

AR-навигация обеспечивает визуализацию анатомического расположения органов в реальном времени во время операций, повышая их точность и безопасность. Приложение AccuVein проецирует сосуды на кожу, увеличивая точность венепункции на 45%. В челюстно-лицевой и нейрохирургии AR-технологии позволяют точно позиционировать имплантаты и избегать повреждения жизненно важных структур, снижая количество ошибок на 60%. Десятки операций успешно проведены в клинике высоких медицинских технологий СПбГУ и на базе СамГМУ с использованием AR-очков и 3D-моделирования.

Виртуальная реальность используется для реабилитации пациентов после инсульта, травм и неврологических заболеваний. VR-терапия демонстрирует высокую эффективность в снижении боли и тревожности: система SnowWorld VR снижает болевые ощущения на 50%. В психиатрии VR применяется для лечения фобий и посттравматического стрессового расстройства; до 75% пациентов с социофобией отмечают улучшение состояния после курса VR-терапии. В России реабилитационные системы внедряются в пилотных проектах в пяти.

VR/AR расширяют возможности телемедицины, обеспечивая дистанционные консультации и участие специалистов в операциях в режиме реального времени. Внедрение VR-платформ увеличило доступность консультаций специалистов на 80%, что особенно значимо для удаленных регионов. Проекты реализованы в Москве, Санкт-Петербурге, Самаре и Казани.

Основными препятствиями внедрения данных технологий являются

высокая стоимость оборудования, необходимость обучения медицинского персонала, вопросы конфиденциальности данных и возможные побочные эффекты (укачивание, зрительное переутомление). Требуется стандартизация программного обеспечения и интеграция с существующими медицинскими информационными системами.

Выводы: виртуальная и дополненная реальность являются мощными IT-инструментами, трансформирующими медицинское образование и клиническую практику. Доказанная эффективность этих технологий в повышении качества обучения врачей, снижении количества медицинских ошибок и улучшении результатов лечения пациентов обосновывает необходимость их дальнейшего развития и внедрения. Важную роль играют междисциплинарное сотрудничество между IT и медициной, развитие нормативной базы и стандартизация решений. В перспективе VR/AR станут стандартом медицинской практики и образования, способствуя персонализированному подходу к лечению и повышению доступности высокотехнологичной помощи в регионах.

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

ПРОТАСОВА Марина Владимировна

Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научные руководители – д.м.н., профессор Алексей Алексеевич Марцияш, к.м.н., доцент Татьяна Вячеславовна Протасова

THE ROLE OF CERTAIN RISK FACTORS IN THE OCCURRENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG STUDENTS

PROTASOVA M.V.

Department of neurology, neurosurgery, medical genetics and medical rehabilitation, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisors: MD, PhD, Associate Professor A.A. Marciyash, MD, PhD, Associate Professor T.V. Protasova

Резюме: целью данного исследования было изучение связи между недостатком сна, нарушениями в работе вегетативной нервной системы и развитием повышенного артериального давления (гипертонии) у студентов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хронотипы, факторы риска

Abstract: The purpose of this study was to study the relationship between lack

of sleep, disorders in the autonomic nervous system and the development of high blood pressure (hypertension) in students.

Keywords: arterial hypertension, chronotypes, risk factors

Введение. Высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ) в популяции убедительно свидетельствует о ее формировании в детско-подростковом периоде. Этиологические факторы АГ подразделяются на эндогенные и экзогенные. К эндогенным относятся генетические детерминанты, личностные особенности и состояние вегетативной нервной системы. Экзогенные факторы включают в себя диетические предпочтения, гиподинамию, психоэмоциональное напряжение, курение. Генетическая предрасположенность к АГ не является абсолютным фактором. Влияние генов на уровень артериального давления (АД) в значительной мере усиливается экзогенными факторами. В последние годы наблюдается повышенный интерес к таким факторам риска, как недостаток сна и снижение адаптивных резервов сердечно-сосудистой системы.

Цель: изучить данные литературы о влиянии депривации сна и вегетативного дисбаланса на сердечно-сосудистую систему; проанализировать организацию сна и ее связь с хронобиологическими типами, тонусом вегетативной нервной системы и адаптивными возможностями сердечно-сосудистой системы у студентов.

Материал и методы. В исследование включены 104 студента в возрасте 20-23 лет. Количество и организацию сна оценивали с помощью разработанной нами анкеты. Хронотип определяли с помощью опросника Остберга. Оценку вегетативного тонуса проводили с помощью вегетативного индекса Кердо, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы – с помощью Гарвардского степ-теста с подсчетом индекса Гарвардского степ-теста (ИГСТ).

Результаты и обсуждения. Исследования, проведенные в Чикагском университете, показали, что недостаток сна – всего на один час меньше нормы в течение пяти лет – повышает вероятность развития гипертонии на 37%. Японские ученые из Киотского университета выявили, что "жаворонки" подвержены большему риску гипертонии и сердечных приступов, чем люди с другими хронотипами. Согласно литературным данным, нормальная продолжительность ночного сна у студентов должна составлять 8-9 часов, что способствует полноценному отдыху и обработке информации мозгом. Недостаток сна приводит к хроническому стрессу, который перегружает симпатическую нервную систему и повышает АД. Кроме того, на фоне недосыпания повышается уровень кортизола, который, в свою очередь, вызывает повышение уровня глюкозы крови, что стимулирует выработку инсулина β-клетками поджелудочной железы, а повышенный уровень инсулина

способствует повышению аппетита и увеличению жироотложения. Повышенный в течение суток уровень кортизола также способствует задержке ионов натрия в канальцах почек, что приводит к его накоплению в тканях, в том числе – и в стенке артерий. Это, в свою очередь, приводит как к сужению просвета сосудов за счет отека их стенки, так и к повышению чувствительности сосудов к прессорному воздействию катехоламинов (адреналина, норадреналина), что еще больше способствует сужению сосудов и повышению АД.

По суточной организации биоритмов сформированы группы «жаворонки» (10 чел., 9,6%), «совы» (25 чел., 24%), «голуби» (69 чел., 66,4%). Общая длительность сна в течение суток составила в среднем 7-7,5 часов (5-9 ч.), различия между группами недостоверны. Позже 23 часов ложатся спать 70% респондентов (60% юношей и 77% девушек). Среди причин этого 50% респондентов указали выполнение учебных домашних заданий и 45% - общение в социальных сетях и просмотр фильмов. У 50% «жаворонков», 46% «голубей» и 80% «сов» наблюдается субъективное ощущение дефицита сна. После учебной нагрузки регулярный дневной сон наблюдается у 50% «жаворонков», 44% «голубей» и 60% «сов». Средняя продолжительность дневного сна составляет 1,5-2 часа, различия между группами незначительны. Повышение тонуса симпатической нервной системы по индексу Кердо выявлено у 5 «жаворонков», 34 «голубей» и 10 «сов». ИГСТ ниже среднего у 25% (26 чел.) обследованных, в том числе у 14 (20%) «голубей» и 12 (48%) «сов», что свидетельствует о низких адаптивных возможностях сердечно-сосудистой системы.

Выводы: у студентов наблюдается дефицит общей продолжительности сна относительно возрастной нормы, а также неудовлетворительная организация сна у 70% исследуемых. Особую группу риска составляют исследованные с вечерним хронотипом: у них чаще отмечаются субъективное ощущение дефицита сна, симпатикотония и снижение функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Данные проявления представляют собой один из факторов риска развития артериальной гипертензии и требуют раннего выявления для эффективной профилактики заболевания.

РОЛЬ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПО ПИТАНИЮ МАТЕРЕЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

ПРОШУТИНСКАЯ Юлия Ивановна, КУЗНЕЦОВА Алена Олеговна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

THE ROLE OF A GENERAL PRACTITIONER IN MATERNAL NUTRITION COUNSELING IN THE POSTPARTUM PERIOD

PROSHUTINSKAYA YU.I., KUZNETSOVA A.O.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Послеродовой период – это критическое время для здоровья матери и ребенка. Правильное питание играет ключевую роль в восстановлении организма матери, обеспечении достаточной лактации и формировании здоровья малыша. В данной статье рассматриваются вопросы о том, что врач-терапевт должен знать физиологические потребности, принципы рационального питания и распространенные проблемы, чтобы оказывать эффективную консультативную помощь матерям после родовом.

Ключевые слова: послеродовый период, врач-терапевт, рациональное питание, мать.

Abstract: The postpartum period is a critical time for the health of mother and child. Proper nutrition plays a key role in restoring the mother's body, ensuring adequate lactation and shaping the baby's health. This article discusses the issues that a general practitioner should know the physiological needs, principles of rational nutrition and common problems in order to provide effective advice to postpartum mothers.

Key words: postpartum period, general practitioner, rational nutrition, mother.

Введение. Послеродовой период, длящийся обычно 6-8 недель, является важным этапом восстановления организма женщины после беременности и родов. В это время происходят значительные физиологические изменения, включая гормональную перестройку, инволюцию матки и восстановление общего состояния. Эффективное консультирование по питанию способствует восстановлению здоровья матери, поддержанию лактации и формированию здоровых пищевых привычек. Важно, чтобы женщины имели доступ к информации из различных источников, в том числе и к общим рекомендациям по питанию, которые можно найти, например, в школе мам на сайте Родильного дома КОДКБ города Кемерово. Однако оптимальным является партнерство между женщиной, врачом-терапевтом и другими специалистами (например, диетологом). Врач-терапевт может оценить состояние здоровья, пищевой статус и предоставить индивидуальные рекомендации, учитывающие особенности конкретной женщины.

Цель: определить и систематизировать ключевые аспекты консультирования по питанию матерей в послеродовом периоде врачом-терапевтом, необходимые для разработки краткой и информативной памятки для молодых мам.

Материал и методы. Проведен поиск, с последующим анализом, научной литературы в базах данных (Ceberleninka.ru, PubMed) по ключевым словам, относящимся к питанию в послеродовом периоде, грудному вскармливанию, диете кормящих матерей, здоровью матери и ребенка, дефициту питательных веществ и т.д.

Результаты и обсуждения. Анализ литературных данных показал, что в таких странах как США, Великобритании, Германии и Франции основные рекомендации подчеркивают важность сбалансированного питания, богатого фруктами, овощами, цельнозерновыми продуктами, нежирными источниками белка и молочными продуктами (или их альтернативами). Так же рекомендовано продолжать прием поливитаминов для беременных в послеродовом периоде, особенно если кормит грудью.

С целью облегчения консультирования и повышения информированности молодых мам, на основе проведенного анализа литературы разработана памятка. Наиболее важными аспектами для включения в памятку являются рекомендации по адекватному потреблению белка, воды и ограничению простых сахаров, так как эти факторы оказывают существенное влияние на лактацию, восстановление сил и предотвращение запоров. Ключевые рекомендации по питанию. Калорийность: Некормящие: 1800-2000 ккал/день. Кормящие: 2300-2500 ккал/день (увеличение на 500 ккал/день). Белок: 70-80 г/день. Источники: нежирное мясо (курица, индейка, говядина), рыба, яйца, бобовые, тофу. Жиры: 20-30% от общего количества калорий. Предпочтение полезным жирам (Омега-3 жирные кислоты): жирная рыба (лосось, сардины), растительные масла (оливковое, льняное), орехи, семена. Углеводы: 45-65% от общего количества калорий. Предпочтение сложным углеводам: цельнозерновые продукты (хлеб, макароны, крупы), овощи, фрукты. Ограничение простых сахаров (сладкие напитки, выпечка). Витамины и минералы: Кальций: 1000 мг/день. Источники: молочные продукты, зеленые листовые овощи, брокколи, миндаль. Железо: 15-18 мг/день. Источники: красное мясо, печень, шпинат, бобовые, сухофрукты. Витамин D: 600 МЕ/день. Источники: жирная рыба, яйца, молочные продукты, обогащенные витамином D. Рассмотреть прием добавок с витамином D, особенно в зимнее время.

Рекомендовать продолжение приема поливитаминов для беременных и кормящих, если это рекомендовано. Вода: 2-3 литра/день. Рекомендовать пить воду регулярно, особенно во время и после кормления. Клетчатка: 25-30 г/день. Источники: овощи, фрукты, цельнозерновые продукты. Продукты, которых

следует избегать или ограничивать: Алкоголь: полностью исключить или ограничить до минимума. Кофеин: ограничить до 200 мг/день (1-2 чашки кофе).

Продукты, вызывающие газообразование: Капуста, бобовые, лук, чеснок (при наличии колик у ребенка). Аллергены: Коровье молоко, яйца, орехи, соя, пшеница, морепродукты (при наличии аллергии у ребенка). Вводить новые продукты постепенно и наблюдать за реакцией ребенка. Обработанная пища, фастфуд, полуфабрикаты: ограничить потребление из-за высокого содержания сахара, жиров и соли.

Выводы: врач-терапевт играет немаловажную роль в консультировании матерей по вопросам питания в послеродовом периоде. Он должен обладать знаниями о физиологических потребностях послеродовой матери, принципах рационального питания и распространенных проблемах, связанных с питанием в этот период. Эффективное консультирование требует установления доверительных отношений, предоставления информации в доступной форме, разработки индивидуальных рекомендаций и сотрудничества с другими специалистами. Своевременное и качественное консультирование по питанию может существенно улучшить здоровье матери и ребенка в послеродовом периоде.

ОТВЕСТВЕННОСТЬ ВРАЧА И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

РАЗИНКИНА Софья Дмитриевна, ООРЖАК Алдын-Сай Аян-Хереловна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

PHYSICIAN'S RESPONSIBILITY AND LEGAL ASPECTS IN OUTPATIENT PRACTICE

RAZINKINA S.D., OORZHAK A.A
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: основные аспекты ответственности врача в рамках амбулаторной практики, правовые основы, регулирующие его деятельность, а также проблемы и современные подходы к обеспечению правовых гарантий для врача и пациента. Анализируются судебная практика, нормативные акты и международные стандарты, выявляются актуальные вызовы и предложения по их решению. Особое внимание уделяется вопросам медицинской

ответственности и этики. Результаты исследования позволяют сделать выводы о необходимости совершенствования правового регулирования и повышения юридической грамотности медицинских специалистов.

Ключевые слова: ответственность врача, амбулаторная практика, правовые аспекты, медицинское право, юридическая ответственность, этика, стандарт безопасности, гражданско-правовая ответственность, правовые гарантии.

Abstract: The key aspects of physician liability in outpatient practice, the legal framework governing their activities, as well as challenges and current approaches to ensuring legal guarantees for physicians and patients, are explored. Judicial practice, regulations, and international standards are analyzed, identifying current challenges and proposals for addressing them. Particular attention is paid to issues of medical liability and ethics. The study's findings suggest the need to improve legal regulation and enhance the legal literacy of medical professionals.

Key words: physician liability, outpatient practice, legal aspects, medical law, legal liability, ethics, safety standard, civil liability, legal guarantees.

Введение. Современная медицина требует высокого профессионализма и четкого соблюдения правовых норм со стороны медицинских работников, особенно в условиях амбулаторной практики, где специалист работает по инициативе пациента и в условиях меньшей юридической защиты. Актуальность исследования связана с необходимостью определения границ ответственности врача, регулирования правовых отношений и повышения качества медицинской помощи. В работе рассматриваются ключевые правовые нормативы, судебная практика и этические стандарты, влияющие на ответственность медиков, а также выявляются проблемные моменты и перспективы их решения.

Цель: проанализировать правовые аспекты ответственности врача в амбулаторной практике, выявить основные правовые риски, а также определить меры и рекомендации по их минимизации и повышению правовой грамотности медицинских специалистов.

Материал и методы: нормативные акты российского законодательства в области здравоохранения и медицинского права, судебные решения, научные статьи, монографии и нормативные документы международных организаций

Результаты и обсуждения. Анализ показал, что ответственность врача включает гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность, которая наступает за нарушение стандартов оказания медицинской помощи, причинение вреда здоровью пациента, неисполнение или неправильное исполнение профессиональных обязанностей. При этом существует определенная правовая неопределенность, связанная с

определением границ ответственности и стандартов качества. Важную роль играет этическая ответственность и информированное согласие пациента. Обсуждены меры по повышению правовой культуры медиков, а также предложения по совершенствованию законодательства для снижения правовых рисков.

Выводы: ответственность врача в амбулаторной практике является мультиаспектной и регулируется гражданским, административным и уголовным правом. Усиление правовой грамотности медиков и внедрение стандартов качества позволяют снизить риск правовых конфликтов. Необходимы дальнейшие законодательные инициативы для ясного определения границ ответственности и улучшения механизмов защиты прав обеих сторон. Этические нормы и информированное согласие являются важными элементами снижения юридических рисков и повышения доверия пациента.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНТЕРОПАТИИ НА ФОНЕ ПРИЁМА КИШЕЧНОРАСТВОРИМЫХ ТАБЛЕТОК АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

РЯСНОЙ Леонид Станиславович, ЛАВРИНЕНКО Елизавета Евгеньевна
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Александр Михайлович Вавилов

CLINICAL SYMPTOMS OF ENTEROPATHY DURING THERAPY WITH ENTERIC COATED TABLETS OF ACETYLSALICYLIC ACID

RISNOY L.S, LAVRINENKO E.E.
Department of propaedutics of internal diseases
Kemerovo state medical university, Kemerovo
Supervisor: MD, PhD, Professor A. M. Vavilov

Резюме: Целью настоящего исследования явилось сравнение частоты и характера симптомов энтеропатии на фоне приёма кишечнорастворимыми таблетками ацетилсалициловой кислоты и у пациентов, не пронимающих этот препарат. Клинические симптомы поражения тонкой кишки выявлены у 52,63% пациентов принимающих кишечнорастворимые таблетки ацетилсалициловой кислоты и у 20,59% больных, которым названная терапия не проводилась.

Ключевые слова: ацетилсалициловая кислота, энтеропатия, клинические симптомы, диарея, осложнения лечения.

Abstract: The aim of this study was to compare the frequency and nature of

symptoms of enteropathy on the background of therapy with intestinal soluble tablets of acetylsalicylic acid and in patients who do not take this drug. Clinical symptoms of lesions of the small intestine revealed at 52.63 per cent of the patients receiving enteric-coated tablets of acetylsalicylic acid and 20,59% of patients which named therapy was conducted.

Keywords: acetylsalicylic acid, enteropathy, ciches symptoms, diarrhea, treatment complications.

Введение. Приём кишечнорастворимых таблеток (КРТ) ацетилсалициловой кислоты (АСК), согласно оценкам многих авторов - распространённый способ первичной и вторичной профилактики, а так же лечения заболеваний кардиоваскулярной системы (Новиков Н. С., 2015, Colon N., 2012, Mylon D., 2015). Современные знания о побочных эффектах названной терапии фрагментарны. (Robur M., 2012, Northon G.,2014). В настоящее время общепризнана опасность ассоциированной с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов энтеропатии (НПВП – энтеропатии), довольно часто осложняющей длительную терапию КРТ ацетилсалициловой кислоты (Robur M., 2012, Norton G., 2014). Неполнота знаний о этом осложнении затрудняет его предупреждение, своевременную диагностику и адекватную терапию.

Цель: сравнение частоты и характера симптомов поражения тонкой кишки у пациентов разного пола и возраста на фоне терапии кишечнорастворимыми таблетками ацетилсалициловой кислоты и у больных не принимающих названный препарат в связи с другими факторами влияющими на состояние тонкой кишки для оценки частоты осложнения названной терапии энтеропатией.

Материал и методы. В 2024 – 2025 годах проведено клиническое обследование 72 (35 мужчин, 37 женщин) пациентов ООО «КСМТ», лечившихся амбулаторно. Возраст пациентов 60 – 72 года, 38 из них принимали КРТ ацетилсалициловой кислоты (I группа), 34 длительное лечение препаратами АСК не проводилась (II группа). Длительность терапии КРТ ацетилсалициловой кислоты от 1 года до 5лет, средняя продолжительность – 2,51+/- 0,57лет. Протозойных и паразитарных инвазий на момент обследования не выявлено. При обследовании 7 (18,4%) пациентов I группы и 5 (14,7%) II группы получены анамнестические данные о перенесённом хроническим лямблиозе по поводу которого проведена успешная этиотропная терапия.

Результаты и обсуждения. Жалобы на периодическую боль в околопупочной области предъявили 17 (44,7 %) больных I группы и у 4(11,8%) пациентов II группы. Ощущение урчания в околопупочной области на фоне длительной терапии КРТ ацетилсалициловой кислоты констатировали 15

(39,5%) пациентов, и у 4 (11,76%) больных II группы (p=0,0077). Рецидивирующая диарея (водянистый обильный стул 1 – 4 раза в день) отмечена у 8 (21,1%) пациентами I группы и у 2 (5,9%) больных II группы (p=0,0631) Хроническая диарея на фоне пролонгированной терапии КРТ ацетилсалициловой кислоты отмечена 5 (13,1%) пациентами. Во II группе хроническая диарея отмечена только одним больным (p=0,1173). При глубокой пальпации болезненность в околопупочной области отмечена у 19 (50%) пациентов I группы. Во II группе этот симптом имел место у 7 (20,6 %) больных сравниваемой группы (p=0,0094). Урчание при глубокой пальпации в околопупочной области отмечена у 11 (23,68%) пациентов принимавших КРТ ацетилсалициловой кислоты. Этот симптом выявлен у 2(5,88%) больных II группы. Клинические симптомы поражения тонкой кишки отмечены у 20 (52,63%) пациентов I группы и у 7 (20,59%) больных II группы. Все различия данных обследования больных I и II группы статистически значимы (p=0,0110; 0,0050). Гендерных различий в настоящем исследование не установлено. Корреляции частота симптомов энтеропатии с продолжительности приёма КРТ ацетилсалициловой кислоты не выявлено. Зависимости характера симптомов поражения тонкой кишки от длительности использования КРТ ацетилсалициловой кислоты не установлено. Статистически значимых различий при сравнении результатов обследования пациентов перенёсших лямблиоз и больных с неотягощённым в отношении протозойных инвазий анамнезом не отмечено. Клиническая картина энтеропатии на фоне приёма КРТ ацетилсалициловой кислоты развивается в разные сроки. У 16 (80% случаев клинической симптоматики энтеропатии) пациентов клинические симптомы поражения тонкой кишки развились через 1,0 – 1,5 года после начала терапии КРТ ацетилсалициловой кислоты, 3 (15% случаев клинической симптоматики энтеропатии) обследованных клинические симптомы поражения тонкой кишки отмечены через 2-3 года после начала приёма КРТ ацетилсалициловой кислоты. Только один пациент отметил периодическую боль в околопупочной области до начала терапии АСК. На фоне двухлетнего приёма КРТ ацетилсалициловой (до нашего обследования) динамики клинической симптоматики поражения тонкой кишки не отмечено. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте НПВП – энтеропатии на фоне терапии КРТ ацетилсалициловой кислоты и заставляют осторожно подходить к назначению этих препаратов. Целесообразно внимательное клиническое обследование больных перед назначением КРТ названного препарата. Оправдано динамическое наблюдение на фоне приёма препаратов этой группы. При предварительном обследовании и при динамическом наблюдении важно целенаправленно выявлять симптомы поражения тонкой кишки.

Выводы:

1. Ассоциированная с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов энтеропатия – частое осложнение длительной терапии кишечнорастворимыми таблетками ацетилсалициловой кислоты.
2. Наиболее частые симптомы энтеропатии осложнившей терапию кишечнорастворимыми таблетками ацетилсалициловой кислоты периодическая боль в околопупочной области, ощущение урчания и пальпаторная болезненность в названной области. Реже отмечаются периодическая или хроническая диарея и урчание при глубокой пальпации в околопупочной области.

МИТОХОНДРИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКОЗОМ

САРНАВСКАЯ Екатерина Васильевна

Кафедра биологической химии

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Научный руководитель – м.б.н., Екатерина Михайловна Белоус

MITOCHONDRIAL DYSFUNCTION AS A LATE COMPLICATION OF CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH LEUKEMIA

SARNAVSKAYA E.V.

Department of Biological Chemistry, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Supervisor: M.D., E.M. Belous

Резюме: В статье проведен анализ митохондриальной дисфункции, что представляет собой одно из основных поздних осложнений химиотерапии у детей с лейкозом, обусловленное преимущественно повреждением митохондриальной ДНК и нарушением работы дыхательной цепи антрациклинами и алкилирующими агентами. Основным патогенетическим механизмом является чрезмерная генерация активных форм кислорода, ведущая к перекисному окислению липидов, открытию митохондриальной поры и запуску апоптоза в здоровых клетках.

Ключевые слова: лейкоз, митохондриальная дисфункция, химиотерапия.

Abstract: This article analyzes mitochondrial dysfunction, one of the main late complications of chemotherapy in children with leukemia. It is primarily caused by mitochondrial DNA damage and respiratory chain disruption caused by anthracyclines and alkylating agents. The primary pathogenic mechanism is excessive generation of reactive oxygen species, leading to lipid peroxidation, opening of the mitochondrial pore, and triggering apoptosis in healthy cells.

Keywords: leukemia, mitochondrial dysfunction, chemotherapy.

Введение. Онкогематологические заболевания, в частности острые лейкозы, занимают ведущее место в структуре злокачественных новообразований детского возраста. Благодаря внедрению современных протоколов химиотерапии, уровень выживаемости детей с острым лимфобластным и миелоидным лейкозом значительно повысился. Однако наряду с успехами в лечении возрастает актуальность изучения отдалённых последствий противоопухолевой терапии, оказывающей системное воздействие на организм ребёнка. Одним из потенциальных механизмов поздних осложнений является митохондриальная дисфункция-нарушение структуры и функции митохондрий, сопровождающееся снижением энергетического потенциала клеток, активацией оксидативного стресса и нарушением апоптоза. У детей, перенесших лейкоз, митохондриальная дисфункция может проявляться в виде кардиотоксичности, нейрокогнитивных нарушений, миопатий и метаболических расстройств.

Цель: Анализ митохондриальной дисфункции как позднего осложнения химиотерапии у детей с лейкозом.

Материал и методы. В данной обзорной статье использовались источники литературы из баз данных PubMed и eLibrary.

Результаты и обсуждения. Для оценки митохондриальной дисфункции необходимо определить, какую именно дисфункцию следует исследовать. Обычно речь идёт о способности митохондрий вырабатывать АТФ в соответствии с потребностями в энергии. Дисфункцию можно оценивать в изолированных митохондриях, в клетках или in vivo, с разным соотношением между точным экспериментальным контролем и физиологической значимостью. Существует множество методов измерения функции и дисфункции митохондрий в этих системах. Как правило, измерение потоков даёт больше информации о способности вырабатывать АТФ, чем измерение промежуточных продуктов и потенциалов. Для изолированных митохондрий лучшим анализом является контроль митохондриального дыхания: увеличение частоты дыхания в ответ на АДФ. Для интактных клеток лучшим анализом является эквивалентное измерение контроля клеточного дыхания, которое позволяет определить скорость выработки АТФ, скорость утечки протонов, эффективность сопряжения, максимальную частоту дыхания, коэффициент контроля дыхания и резервную дыхательную способность.

До недавнего времени митохондриальная дисфункция считалась характерной только для наследственных митохондриальных заболеваний. Теперь же она признана важным и стратегическим фактором в патофизиологии многих заболеваний человека, от нарушений обмена веществ, сосудистых,

сердечных и нейродегенеративных заболеваний до рака. Из-за того, что митохондрии участвуют во множестве клеточных функций и сигнальных путей, точное определение причины «дисфункции» митохондрий может быть сложной задачей и требует надёжных и контролируемых методов. Изначально эти аналитические методы ограничивались исследованием функционирования дыхательной цепи, но теперь они включают анализ митохондриального и клеточного метаболизма на основе метаболомики.

Борьба с митохондриальной дисфункцией с помощью различных стратегий является сложной задачей, требующей надёжных методов оценки, учитывающих динамику и локализацию митохондрий. Будущее митохондриальной медицины тесно связано с глубоким пониманием её дисфункций.

Лейкемия – это группа гетерогенных гематологических злокачественных новообразований, вызванных различными генетическими мутациями. Появление технологий геномного секвенирования облегчило изучение генетических аномалий при лейкемии. Однако эти исследования, основанные на секвенировании, в основном сосредоточены на ядерной ДНК. Появляется все больше доказательств того, что митохондриальная дисфункция является важным механизмом патогенеза лейкемии и тесно связана с вариациями митохондриального генома.

Исследование Gilles Gouspillou с коллегами, опубликованное в 2015 году в журнале Scientific Reports, продемонстрировало на мышиной модели, что комбинированная терапия доксорубицином и дексаметазоном приводит к долговременным нарушениям митохондриального дыхания в скелетных мышцах, которые сохраняются спустя три месяца после завершения лечения. Авторы обнаружили, что у животных наблюдалось снижение массы тела и мышечной массы, а также уменьшение максимальной дыхательной способности митохондрий на 36% при одновременном увеличении продукции активных форм кислорода на единицу потребляемого кислорода. Примечательно, что содержание митохондриальной ДНК и уровни белков митохондриальной мембраны оставались неизменными, однако было выявлено значительное снижение уровня белка Паркина, что указывает на дефект сигналинга митофагии как основной механизм персистирующей дисфункции.

В свою очередь, Pereira-Martins с соавторами в 2025 году в журнале Signal Transduction and Targeted Therapy показали, что высокое содержание митохондриальной ДНК в бластах при остром миелоидном лейкозе ассоциировано с повышенной зависимостью от окислительного фосфорилирования и химиорезистентностью к стандартным режимам терапии. Авторы продемонстрировали, что использование метформина, ингибирующего

митохондриальный метаболизм, способно преодолевать эту резистентность и усиливать апоптоз лейкозных клеток в ответ на химиотерапию.

Выводы: митохондриальная дисфункция представляет собой патогенетически значимый компонент поздних осложнений химиотерапии у пациентов с лейкозом, реализующийся через устойчивые нарушения биоэнергетики и окислительно-восстановительного гомеостаза в здоровых тканях. Экспериментальные и клинические данные убедительно свидетельствуют о том, что антрациклины и алкилирующие агенты индуцируют долговременные повреждения митохондриального аппарата, которые могут сохраняться и прогрессировать спустя годы после завершения противоопухолевого лечения. Внедрение методов оценки митохондриального статуса в программы долговременного диспансерного наблюдения позволит своевременно выявлять пациентов с высоким риском развития поздних осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

САТ Алина Аясовна, БЕЛОВА Дарья Дмитриевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

EFFECTIVENESS OF HYPERTENSION TREATMENT IN WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE

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

Резюме: в данной работе обсуждаются вопросы распространенности гипертонической болезни, факторов риска и эффективность медикаментозной терапии на уровне первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, распространенность, факторы риска.

Abstract: This paper discusses the prevalence of arterial hypertension, risk factors, and the effectiveness of drug therapy at the primary healthcare level.

Keywords: arterial hypertension, prevalence, and risk factors.

Введение. Гипертоническая болезнь (ГБ) - хроническое заболевание, характеризующееся стойким повышением артериального давления (АД). Диагноз устанавливается, когда АД превышает 140/90 мм рт. ст. и при этом не обнаруживается других заболеваний, которые приводят к повышению давления. Наибольшее распространение ГБ наблюдается у женщин в возрастной группе 70-79 лет, составляя 45,5% случаев. Реже она встречается в возрастах 60-69 лет (14,1%) и 50-59 лет (10%).

ГБ является распространённым заболеванием, затрагивающим от 30% до 45% взрослого населения, при этом её распространённость остаётся стабильной независимо от экономического уровня стран. В Российской Федерации среди мужчин в возрасте 25-65 лет распространённость ГБ может достигать 47% в некоторых регионах, тогда как у женщин этот показатель составляет около 40%. Отмечается выраженная зависимость распространённости ГБ от возраста, которая превышает 60% у лиц старше 60 лет. В свете глобальных тенденций к увеличению продолжительности жизни, старению населения и росту числа пациентов с гиподинамией и избыточной массой тела, ожидается дальнейший рост распространённости ГБ.

Цель: оценить эффективности терапии ГБ у женщин на уровне первичного звена здравоохранения – поликлиники.

Материал и методы. В качестве материалов и методов был осуществлен анализ амбулаторных карт и проведено интервьюирование 98 женщин с диагнозом ГБ в возрасте от 30 до 80 лет (средний возраст составил 63,4 года).

Результаты и обсуждения. Наибольшее распространение ГБ наблюдается 44 женщин в возрастной группе 70-79 лет, составляя 45% случаев. Реже она встречается в возрастах 60-69 лет – 15 женщин (15%) и 50-59 лет – 10 женщин (10%). Среди пациентов с гипертонической болезнью, не принимающих или принимающих гипотензивную терапию, 1 степень отмечена у 18,6% (6 женщин), 2 степень – 22,8% (8 женщины), а 3 степень – 61,6% (20 женщин). В соответствии с уровнем риска заболеваний: риск 1 – 4,1% (4 женщины), 2 – 8,8% (9 женщин), 3 – 23,4% (23 женщины), 4 – 63,7% (62 женщины).

Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто наблюдались различные проявления ишемической болезни сердца и мозга, хроническая сердечная недостаточность, которая встречалась у 27,1% пациентов (26 женщин), сахарный диабет 2 типа – у 27,8% (27 женщин), а нарушение толерантности к глюкозе – у 3,1% (3 женщины). ГБ была чаще диагностирована у замужних женщин – 64 человека (65,1%) по сравнению с теми, кто не состоял в браке – 27 человек (28,3%). Среди факторов риска ГБ наибольшее значение имели: гиподинамия – 66 женщин (67,4%), нарушение диеты – 63 женщины (64,3%), отягощенная наследственность – 35 женщин (36,5%), ожирение – 34

женщины (35,7%) и курение – 10 женщин (10,3%). Нормальную массу тела имеют лишь 26 (27,1%) обследованных, в то время как повышенная масса тела зафиксирована у 40 (40,4%); ожирение I степени – у 20 (20,6%), II степени – у 15 (15%), III степени – у 2 женщин (2,1%).

Антигипертензивные препараты регулярно принимали 61 (62,8%) участник, нерегулярно – 21 (22,1%), в то время как 15 женщин (15%) не проходили лечение. Наиболее распространенной причиной нерегулярного приема медикаментов является мнение 6 (30,1%) женщин о том, что прием лекарств не является обязательным. Реже встречаются такие причины, как забывчивость – 4 женщин (20%), опасения вреда для здоровья было у 2 (10,2%) и высокая стоимость лечения у 1 (5%). Во время обследования у 56 женщин (57,8%) было зафиксировано артериальное давление ниже 140/90 мм рт. ст., в то время как у остальных показатель превышал 140/90 мм рт. ст.

Среди антигипертензивных препаратов наибольшую популярность для лечения получили ингибиторы АПФ, их принимали 66 женщин (68,7%), за ними следуют диуретики – 30 пациенток (30,7%) и антагонисты кальция – 18 женщин (18,2%). Используемые комбинации препаратов: ингибиторы АПФ+БАБ, БАБ+диуретики была у 23 женщин (23,3%), ингибиторы АПФ+диуретики у 9 (9,3%), ингибиторы АПФ+АК у 9 (9,3%), ингибиторы АПФ+БАБ+АК у 5 (4,7%). Монотерапию применяли 30 обследованных, это 31% случаев.

Выводы: наблюдения показывают, что ГБ наиболее часто диагностируется у замужних женщин в возрастной категории 60-79 лет. При этом данное состояние часто сопровождается такими факторами риска, как повышенная масса тела, недостаточная физическая активность (гиподинамия) и несоблюдение принципов здорового питания. Большинство женщин с гипертонической болезнью получают медикаментозное лечение, в основном включающее комбинации антигипертензивных препаратов. Однако, несмотря на проводимую терапию, у 33% пациенток не удается достичь целевых уровней артериального давления.

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

СЕЛЕЗНЕВА Валерия Руслановна, ВЬЮНЫШЕВА Анна Олеговна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

NON-PHARMACOLOGICAL PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

SELEZNEVA V.R., V'YUNUSHEVA A.O.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: В статье рассматриваются ключевые аспекты нефармакологической паллиативной помощи пациентам с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), анализируются современные модели паллиативной помощи и приводится оценка эффективности различных ее методов.

Ключевые слова: Хроническая обструктивная болезнь легких, ХОБЛ, паллиативная помощь, нефармакологическое лечение.

Abstract: The article examines the key aspects of non-pharmacological palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), analyzes modern models of palliative care, and provides an assessment of the effectiveness of various palliative care methods.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, palliative care, non-pharmacological treatment.

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

K. Marsaa подчеркивает, что немедикаментозное лечение играет ключевую роль в обеспечении высокого качества жизни пациентов с ХОБЛ и людей, ухаживающих за ними. Однако доказательная база для этого подхода ограничены, и во многих странах основные усилия в клинической практике сосредоточены на фармакологическом лечении.

Цель: оценить эффективности различных методов немедикаментозной паллиативной помощи и обоснование своевременного её назначения.

Материал и методы. Научные статьи с информационных площадок Pub Med, Elibrar, Cyberleninka, MEDLINE, Web of Science.

Результаты и обсуждение.

A. Pascoe и соавторами были определены пять ключевых моделей паллиативной помощи: многопрофильные интегрированные услуги, уход под руководством медсестры, хоспис и уход за престарелыми в домах престарелых,

уход на дому и телемониторинг и телемедицина. Однако при участии множества медицинских работников в лечении ХОБЛ отсутствует ясность относительно того, кто отвечает за инициирование обсуждений паллиативной помощи и координацию назначений.

Одышка является наиболее распространенным симптомом при тяжелой ХОБЛ. Модель «Дыхание, мышление, функционирование», используемая Кембриджской службой вмешательства при одышке (CBIS), была разработана Spathis A. и соавторами. Модель представляет три звена порочного круга одышки: неэффективное дыхание, мышление (включая тревогу и дистресс) и снижение функции, приводящее к детренированности мышц. Кроме того, пение также было опробовано McNamara RJ среди пациентов и показало положительное влияние на самочувствие, социальную активность и самоконтроль. Тренировка верхних конечностей также может улучшить тренировочную способность и симптомы у этих пациентов за счет модуляции динамической гипервентиляции.

Техника дыхания с вытянутыми губами (PLB) имеет одну из самых веских доказательных баз в поддержку ее использования. Она требует медленного вдоха через нос и выдоха через рот со сжатыми губами, что изменяет механику дыхания. Jones AY и соавт. установили, что применение PLB снижает потребление кислорода, частоту дыхания (ЧД) и уменьшает одышку у людей с ХОБЛ. Bellemare F. считает, что другая техника, медленное глубокое дыхание, может приводить к утомлению диафрагмы, а исследования Mendes LP. демонстрируют, что диафрагмальное дыхание может усилить диспноэ за счёт увеличения асинхронности движения грудной клетки. Исследования Probst VS. и соавторов показывают, что роллаторы могут значительно увеличить проходимую дистанцию, одновременно уменьшая одышку при физической нагрузке у пациентов с ХОБЛ. Рандомизированное исследование Alex Long и соавт. показало, что использование пациентами ручного вентилятора привело к снижению одышки, вызванной физической нагрузкой. Существуют также стратегии для улучшения симптомов хронической одышки в долгосрочной перспективе: физические тренировки или более комплексные программы, такие как легочная реабилитация (ЛР).

Очистка дыхательных путей. Дыхательные тренажеры с осциллирующим положительным давлением на выдохе (OPEP) улучшают отхождение мокроты и сокращают продолжительность пребывания в больнице у пациентов с ХОБЛ, поступивших в связи с острым обострением (A.Pyszora). В обзоре Ides K. было продемонстрировано значительное улучшение частоты обострений через 6 месяцев использования методов очистки дыхательных путей.

Управление тревогой. Мы наблюдаем увеличивающееся количество исследований, касающихся применения нефармакологических методов лечения

пациентов с ХОБЛ, испытывающих тревогу. В своем мета-анализе Yujie Xue и его коллеги сравнили различные подходы, включая физические упражнения, психотерапию, телемедицину и психологические методики, такие как когнитивно-поведенческая терапия, которые продемонстрировали хорошие клинические результаты. Однако некоторые их эффекты остаются спорными. Так, Yang установил, что тайцзи способствует улучшению симптомов тревожности, но не оказывает влияния на депрессию у пациентов с ХОБЛ. В противоположность этому, исследование, проведенное Гоу и его коллегами, показало, что тайцзи положительно влияет как на тревожность, так и на депрессию. Следует также учитывать тесную связь между потреблением табака и ухудшением психического здоровья. Курильщики табака с психическими расстройствами, как правило, более зависимы от курения, выкуривают больше сигарет и более склонны к рецидивам, следовательно, они нуждаются в дополнительной поддержке при повторных попытках бросить курить. Курение, депрессия и тревожность связаны с более высоким риском смерти у пациентов с ХОБЛ (Ho S.Y).

Респираторная поддержка. Систематический обзор A. Pyszora, посвященный применению неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ) при тяжелой стабильной ХОБЛ, пришел к выводу, что двухуровневая неинвазивная вентиляция с положительным давлением может иметь вспомогательное значение в лечении хронической дыхательной недостаточности, способствуя улучшению нарушенной дыхательной функции и положительным изменениям в показателях здоровья. Имеются данные Murphy PB о том, что долгосрочная НИВЛ в сочетании с домашней кислородной терапией снижает риск повторной госпитализации и смерти.

Выводы: на сегодняшний день медицинское сообщество не располагает конкретными данными об эффективности применения различных методов нефармакологической паллиативной терапии для пациентов с ХОБЛ, однако в клинической практике пациенты отмечают от них положительный эффект. Следовательно, существует необходимость в дополнительных исследованиях и разработке более сложных программ паллиативного лечения ХОБЛ.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

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

THE INFLUENCE OF ANXIETY LEVEL ON THE COURSE OF SOMATIC PATHOLOGY

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

Резюме: В данной статье рассмотрено влияние уровня тревожности на течение соматической патологии, современные подходы к ее снижению в практической деятельности врача первичного звена.

Ключевые слова: психосоматика, тревожное расстройство, стресс.

Abstract: This article examines the influence of anxiety levels on the course of somatic pathology and modern approaches to its reduction in the practical activities of a primary care physician.

Keywords: psychosomatics, anxiety disorder, stress.

Введение. Пациенты с повышенной тревожностью часто впервые обращаются в поликлинику к терапевту с жалобами на соматические проявления заболеваний: нарушения ритма сердца, бессонницу, нарушения работы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), колебания артериального давления (АД), головные боли. Со временем тревожность приводит к более серьезной патологии и ухудшает течение уже имеющихся заболеваний.

Цель: доказать актуальность проблемы тревожности, показать ее влияние на течение соматической патологии и адаптированность применения современного подхода снижения тревоги к практической деятельности терапевта.

Материал и методы. Проведен анализ 20 научных публикаций из информационных баз «PubMed», «ВАК», «Scopus» за последние 5 лет, выбрано для обсуждения 6 из них.

Результаты и обсуждения. Для оценки тревоги в клинической практике можно использовать различные шкалы: шкалу Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкалу оценки тревоги Спилбергера-Ханина, госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии (HADS), шкалу тревоги Бека (BAI), шкалу самооценки тревоги Шихана (В. В. Захаров, Д. О. Громова, 2023 г.).

Самая простая в использовании шкала – HADS (госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии). При выявлении субклинической тревоги врач первичного звена может назначить безрецептурные препараты с рекомендациями развивать навыки преодоления стресса, техниками релаксации, соблюдением режима труда и отдыха, сна, здорового образа жизни и питания. А при выявлении клинической тревоги – направить к психиатру (Е.

С. Акарачкова, Л. Р. Кадырова, Л. В. Климов и др., 2024 г.).

Любой стресс активизирует вегетативную нервную систему. В норме это приводит к восстановлению гомеостаза в организме. При хронической тревожности это вызывает дезадаптацию и приводит к изменению нейроэндокринных реакций с развитием патологических и неадекватных реакций на стресс, и проявляется психосоматическими симптомами, о чем свидетельствуют результаты публикации «Соматические маски тревожного расстройства и возможности терапии» (Р. Г. Есин, Д. Х. Хайбуллина, 2022 г.).

Тревога является значимым фактором в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь (ГБ), а также способствует развитию атеросклероза. В основе ее патогенеза лежит выброс катехоламинов и активация симпатической нервной системы, что приводит к повреждению эндотелия сосудов, увеличению частоты сердечных сокращений (ЧСС), снижению вариабельности сердечного ритма, развитию сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (Л. П. Соколова, В. Н. Блохина, 2024 г.).

Помимо негативного влияния тревожности на течение и прогноз при ССЗ, увеличивается риск внезапной сердечной смерти и снижается эффективность антигипертензивной терапии (О. М. Драпкина, А. И. Федин, О. А. Дорофеева, 2022 г.).

Повышенная тревожность способствует развитию язвенной болезни желудка и незаживлению язвенных дефектов. Доказана тесная связь синдрома раздраженного кишечника (СРК) с тревожными расстройствами. А в настоящее время изучена связь язвенного колита (ЯК) с тревожностью: проявления тревоги коррелируют с активностью и тяжестью ЯК (В. Е. Бандель, Е. И. Михайлова, Н. В. Трофимова, 2022 г.).

Пациенты с тревожными расстройствами в большинстве случаев наблюдаются у терапевтов, неврологов, кардиологов, гастроэнтерологов, при этом не подозревая, что причиной их симптомов является тревожность, а не соматическая патология, так как врачи недостаточно осведомлены и зачастую не обращают внимания на психические расстройства пациентов, продолжая лишь купировать симптомы. Также причиной бесконечных походов к терапевту и необращения к психиатру или психотерапевту является низкая доступность врачей-психиатров (Е. С. Акарачкова, Л. Р. Кадырова, Л. В. Климов и др., 2024 г.).

Выводы: в настоящее время тревога широко распространена среди пациентов, она негативно сказывается на течении соматических заболеваний и повышает риски их возникновения. Потому врачам первичного звена важно вовремя распознавать ее симптомы, вводя в практику простые диагностические шкалы тревожности, дифференцировать тревогу от соматических заболеваний

и вовремя предпринимать меры по лечению причины.

НОСИМЫЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ: ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИЙ ИНТЕРНЕТ ВЕЩЕЙ

СИДЕЛЬЦЕВА Арина Георгиевна, ЕПИФАНЦЕВА Софья Александровна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

WEARABLE DEVICES FOR HEALTH MONITORING: INTRODUCTION TO MEDICAL INTERNET THINGS

SIDELTSEVA ARINA GEORGIEVNA,

EPIFANTSEVA SOPHIA ALEKSANDROVNA

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: Рассмотрены примеры успешных внедрений медицинского интернета вещей в медицинской практике и их влияние на современную медицину.

Ключевые слова: носимые устройства, здравоохранение, интернет вещей, мониторинг здоровья, медицинский IoT.

Abstract: Examples of successful implementations of the medical Internet of Things in medical practice and their impact on modern medicine are considered.

Keywords: wearable devices, healthcare, Internet of Things, health monitoring, medical IoT.

Введение. Современный мир быстро развивается благодаря новым технологиям, которые меняют нашу жизнь различными способами. Одним из наиболее значимых направлений является медицинская сфера, где использование инновационных технологий помогает улучшать качество диагностики и лечения заболеваний. В последние годы активно развиваются так называемые носимые устройства, предназначенные для постоянного мониторинга состояния здоровья пациентов. Эти устройства становятся частью концепции медицинского интернета вещей (Medical Internet of Things, МИоТ). Настоящая статья посвящена изучению возможностей и перспектив развития медицинских устройств, интегрированных в концепцию медицинского интернета вещей.

Современные медицинские технологии позволяют значительно повысить эффективность профилактики и раннего выявления болезней. Использование интеллектуальных решений, таких как мобильные приложения и умные гаджеты, позволяет пациентам самостоятельно контролировать свое здоровье и своевременно реагировать на изменения состояния организма. Такие решения находят широкое применение среди пожилых людей, лиц с хроническими заболеваниями и тех, кому важно поддерживать высокий уровень физической активности.

Цель: ознакомиться с концепцией медицинского Интернета вещей (IoMT), описать роль и значение носимых устройств в мониторинге здоровья, проанализировать основные типы носимых устройств и их применение в медицине, рассмотреть современные технологические решения и тенденции рынка, поднять вопросы преимуществ и вызовов, связанных с использованием IoMT.

Материал и методы. Теоретический анализ отчетов исследовательских компаний, данных клинических испытаний, интернет ресурсов.

Результаты и обсуждения. Медицинский интернет вещей (Медицинский IoT) — это сеть взаимосвязанных устройств, собирающих и передающих медицинские данные для улучшения диагностики, профилактики и лечения заболеваний.

Носимые устройства для мониторинга здоровья включают фитнес-браслеты, smart watch, портативные пульсометры, глюкометры и другие гаджеты, позволяющие отслеживать такие параметры, как сердечный ритм, уровень кислорода в крови, данные о физической активности, качество сна и др. Эти устройства собирают огромное количество информации, которая в дальнейшем обрабатывается и анализируется для своевременного выявления отклонений и принятия мер.

Ключевым преимуществом Медицинского IoT является возможность удаленного наблюдения за состоянием пациента. Это особенно важно в условиях пандемий, для людей с хроническими заболеваниями или пожилых граждан. Использование носимых устройств способствует более эффективной профилактике заболеваний, снижению нагрузки на медицинские учреждения и повышению качества жизни людей.

Однако внедрение технологий Медицинского IoT сталкивается с рядом проблем, таких как безопасность персональных данных, вопросы конфиденциальности, стандартизация устройств и их совместимость. Несмотря на сложности, перспектива развития этого направления остается высокой, поскольку технологический прогресс продолжает расширять возможности для мониторинга и управления здоровьем в реальном времени.

Так, например, по данным исследования, проведенного в Массачусетском

медицинском сообществе, применение даже смартчасов имеет хорошую прогностическую ценность в отношении ФП. В довольно крупном эксперименте, где участники (по их сообщениям, не имевшими ранее ФП) пользовавшиеся смартчасами, при наличии сигнала об изменениях пульса назначалась телемедицинская консультация и высылался электрокардиографический пластырь для точного обследования. Определено, что у 84% обследованных данные, полученные от смарт-часов, и данные ЭКГ были согласованы, и фибрилляции подтверждались. Конечно, такие результаты сопряжены с высоким уровнем комплаентности больных.

Итоги исследования LINK-HF с применением одноразового мультисенсорного нагрудного регистратора событий на амбулаторном этапе наблюдения у кардиологических больных, имеющих хроническую СН, показали, что ношение регистратора ЧСС, ЧДД и других показателей позволило выявить предварительные признаки декомпенсации до развития клинических проявлений, что уменьшило число госпитализаций за счет своевременной амбулаторной коррекции установленных нарушений (чувствительность метода – в пределах от 76 до 88%, специфичность – 85%).

В России также было проведено несколько клинических испытаний, направленных на оценку эффективности носимых устройств для мониторинга здоровья, например, одно из них в 2023 году изучение эффективности носимых датчиков глюкозы на базе НИИ Эндокринологии Минздрава России: было проведено масштабное исследование с участием пациентов с сахарным диабетом типа 1 и 2. Датчики позволяли непрерывно контролировать уровень глюкозы в крови, помогая пациентам лучше управлять своим состоянием. Таким образом, было отмечено снижение риска осложнений и улучшение качества жизни пациентов.

Одним из самых простых методов профилактики многих заболеваний является физическая активность, сейчас в сфере фитнеса представлено большое количество электронных устройств, которые могут внести вклад в улучшение контроля состояния здоровья широкого круга пользователей цифровых технологий. Приложения отслеживают активность пользователей и мотивируют к поддержанию здорового образа жизни, подсчитывая количество шагов в день с возможностями регулярных онлайн-тренировок и индивидуального консультирования участников. Результаты РКИ, выполненного в Китае в 2020 году, показали, что пациенты в группе мониторинга утомляемости по шкале Борга, сердечного ритма и АД имели более выраженное улучшение толерантности к нагрузке по сравнению с пациентами в контрольной группе без дистанционного мониторинга. Доля пациентов в группе дистанционного наблюдения, выполнявших физические упражнения, составила 93,8%, что значительно выше, чем в группе обычного

наблюдения (77,1%; p=0,021). Кроме того, 91,7% участников группы дистанционного наблюдения были удовлетворены содержанием и частотой обратной связи.

Выводы: развитие технологий медицинского интернета вещей открывает большие перспективы для повышения эффективности здравоохранения и улучшения качества жизни населения. Создание компактных и надежных носимых устройств, способных оперативно фиксировать жизненно важные показатели, позволит сократить затраты на медицинское обслуживание и повысит доступность качественной помощи для всех слоев населения.

Несмотря на существующие проблемы, дальнейшее развитие носимых устройств и инфраструктуры MIoT обещает революционные перемены в диагностике и лечении множества заболеваний, улучшая общую картину общественного здоровья.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

СИЛЬНЯГИН Данил Егорович, ГОРБУНОВ Никита Евгеньевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE ROLE OF HEREDITARY PREDISPOSITION IN THE PATHOGENESIS OF ATHEROSCLEROSIS

SILNYAGIN D.E., GORBUNOV N.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: изучалось значение наследственности, как фактора риска развития атеросклероза. Использованы актуальные исследования в изучении вопроса о генетической предрасположенности к атеросклерозу, в частности оценка мутаций различных генов, ассоциированных с развитием атеросклероза.

Ключевые слова: наследственность, атеросклероз, полиморфизм, мутация, ген.

Abstract: The purpose of this work was to study the significance of heredity as a risk factor for the development of atherosclerosis. Modern research has been used to study the issue of genetic predisposition to atherosclerosis. As a result, gene mutations leading to the development of atherosclerosis were identified.

Keywords: heredity, atherosclerosis, polymorphism, mutation, gene.

Введение. Атеросклероз является полиэтиологическим заболеванием, в развитии которого, наряду с модифицируемыми факторами риска, ключевую роль играет наследственная предрасположенность. Генетическая составляющая определяет индивидуальные особенности метаболизма липидов, функции эндотелия и воспалительного ответа, что существенно влияет на темпы прогрессирования атеросклероза. Изучение роли наследственных факторов является существенной задачей для разработки персонализированных подходов к прогнозированию, профилактике и лечению данного заболевания.

Цель: изучение роли наследственной предрасположенности в патогенезе атеросклероза.

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

Результаты и обсуждения. Генетические факторы развития атеросклероза связаны с мутациями генов, отвечающих за обмен липидов, окислительные процессы, эндотелиальную функцию, сосудистое ремоделирование, тромбообразование и другие процессы, способствующие развитию атеросклероза.

Наследственная предрасположенность к атеросклерозу часто реализуется через различные формы дислипидемий. К наиболее значимым из них относятся изолированное повышение холестерина, аполипопротеина В и ЛПНП, а также атерогенная дислипидемия — комбинация гипертриглицеридемии с низким уровнем ЛПВП. Генетическая детерминированность этих нарушений объясняется полиморфизмами в генах, регулирующих метаболизм липидов.

Семейство генов-рецепторов ЛПНП включает такие ключевые гены, как LDLR, VLDLR, LRP1, LRP1b, LRP2 (мегалин), LRP4, LRP5, LRP6 и LRP8 (apoER2). Мутации в любом из этих генов нарушают метаболизм липопротеинов, что приводит к дислипидемии — значительному повышению уровня циркулирующих ЛПНП. Поскольку повышенная концентрация ЛПНП является центральным звеном в патогенезе атеросклероза, дисфункция данной группы рецепторов рассматривается как один из ключевых генетических факторов риска данного заболевания

Мутации в генах apoB (кодирует белок, участвующий в транспорте липидов в составе ЛПНП и хиломикронов), PCSK9 (кодирует пропротеин-конвертазу - фермент, регулирующий циркулирующие уровни ЛПНП, разрушая рецепторы ЛПНП на поверхности гепатоцитов), CYP7A1 (кодирует холестерин -7a-гидроксилазу – фермент, катализирующий первую реакцию на пути катаболизма холестерина в печени – преобразование холестерина в желчные

кислоты) и USF1 (кодирует транскрипционный фактор, координирующий экспрессию генов, отвечающих за метаболизм липидов и глюкозы). Дисфункция любого из этих генов запускает каскад событий, конечным итогом которых становится стойкая гиперхолестеринемия, непосредственно способствующая развитию атеросклеротических поражений.

Снижение уровня антиатерогенных липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), являющееся независимым фактором риска атеросклероза и ИБС, может быть обусловлено мутациями в генах, регулирующих их метаболизм. В семейство этих генов входят: ген, отвечающий за синтез лецитин-холестерин-ацилтрансферазы; гены группы аденозинтрифосфат-связывающих транспортеров (ABC); группа генов параоксоназ; ген печеночной липазы, ген apoA-1 и ген LPL.

Мутации в генах, кодирующих антиоксидантный фермент марганцевую супероксиддисмутазу (MnSOD), способствуют развитию атеросклероза вследствие индуцирования эндотелиальной дисфункции.

Дисфункция системы антиоксидантной защиты, вызванная мутациями в генах, кодирующих миелопероксидазу (MPO), внеклеточную супероксиддисмутазу (EC-SOD), глутатионпероксидазу 1 (GPX1), глутатион-s-трансферазу (GST), несвязанный белок 2 (UCP2), гем оксигеназу (HO), способствует развитию атеросклероза через неконтролируемое усиление перекисного окисления.

Мутации в гене NOS3, кодирующем эндотелиальную NO-синтетазу (eNOS), снижают биодоступность оксида азота (NO). Это приводит к комплексу проатерогенных изменений: нарушению вазодилатации, усилению адгезии лейкоцитов и агрегации тромбоцитов, а также стимуляции пролиферации гладкомышечных клеток.

Патогенез атеросклероза характеризуется не только структурной перестройкой внеклеточного матрикса, но и качественными изменениями его компонентов. Ключевую роль в процессах сосудистого ремоделирования играют матричные металлопротеиназы (MMP) и трансформирующий фактор роста (TGF)B1. Помимо регуляции структуры внеклеточного матрикса, TGFB1 вовлечён в такие фундаментальные процессы, как ангиогенез, иммунный ответ и воспаление, что определяет его важную роль в развитии данного заболевания.

Исследования показывают, что развитие атеросклероза связано с полиморфизмом генов, отвечающих за факторы свертывания крови, фибринолиз и рецепторы тромбоцитов. Ярким примером служит полиморфизм G33A в гене тромбомодулина, способствующий возникновению этого заболевания.

Фермент метилтетрагидрофолатредуктаза (MTHFR) играет ключевую роль в метаболизме гомоцистеина. Многочисленные исследования посвящены

изучению связи полиморфизма C677T в гене MTHFR с развитием атеросклероза, подтвердив его значение как одного из генетических факторов риска данного заболевания.

Активированный рецептор пролифератора пероксисом (PPAR)γ представляет собой ядерный рецептор, который регулирует метаболизм жирных кислот и участвует в дифференцировке адипоцитов. Согласно изученным данным, полиморфизм P12A в гене PPARγ также ассоциирован с формированием атеросклеротических поражений

Белки тромбоспондины выполняют важные функции в ангиогенезе, коагуляции и клеточной адгезии, выступая в качестве лигандов для рецепторов CD36 и белков интегринов. Исследования выявили, что мутации в генах тромбоспондинов влияют на предрасположенность к атеросклерозу.

Выводы: развитие молекулярно-генетических технологий и методов секвенирования генома способствовало идентификации обширного спектра генов, ассоциированных с атеросклерозом. Множественность вовлеченных генетических локусов подтверждает полигенную природу этого заболевания. На сегодняшний день описаны мутации в генах, контролирующих ключевые звенья патогенеза атеросклероза, включая метаболизм липидов, сосудистый гомеостаз, функцию эндотелия, окислительный стресс и артериальный тромбоз.

СИСТЕМЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

СИТНИКОВ Владимир Павлович, БАШЕВ Степан Александрович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

ARTIFICIAL INTELLIGENCE SYSTEMS FOR IMAGING DIAGNOSTIC METHODS

SITNIKOV V.P., BASHEV S.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: В данной работе рассмотрены тенденции развития искусственного интеллекта в области медицины, проведен сравнительный анализ существующих систем искусственного интеллекта.

Ключевые слова: искусственный интеллект, рентгенология, магнитно-резонансная томография.

Abstract: This paper examines the development trends of artificial intelligence

in the field of medicine and provides a comparative analysis of existing artificial intelligence systems.

Keywords: artificial intelligence, radiology, magnetic resonance imaging.

Введение. Искусственный интеллект (ИИ) с каждым днем все увереннее внедряется в повседневную жизнь человека, помогая ему решать различные задачи: от поиска нужной информации до создания реалистичных видеороликов. Свое практическое применение ИИ нашел и в медицине. Одним из вариантов его применения является анализ рентгеновских снимков для выявления патологии различных органов и систем.

Цель: привлечь внимания медицинского сообщества к возможностям применения ИИ в медицине, в частности, в практике врача-рентгенолога.

Материал и методы. Проведен анализ литературных данных из электронных источников: PubMed, Cyberleninka.

Результаты и обсуждения. Самой первой системой искусственного интеллекта для анализа рентгеновских снимков грудной клетки стала система ChestLink – продукт компании Oxipit, которая начала использоваться в апреле 2022 года. Перед ее сертификацией данная система работала в режиме контролируемой отчетности в нескольких пилотных центрах, обработав более 500000 реальных рентгенограмм грудной клетки. Перед началом автономной работы системы ChestLimk ее внедрение начиналось с ретроспективного аудита визуализации. Ретроспективный анализ помог определить, какую часть исследований в медицинских учреждениях можно было успешно автоматизировать. Затем работа перешла в контролируемую среду, где отчеты системы проверялись медицинским персоналом Oxipit и рентгенологами медицинских учреждений.

Преимущества использования ChestLink в медицине:

1) снижение нагрузки на рентгенологов. Сервис автоматически анализирует рентгенограммы грудной клетки здоровых пациентов, экономя время специалиста на их анализ и описание, что позволяет врачам сосредоточиться на более сложных случаях.

2) улучшение доступности диагностических услуг, что особенно важно в регионах с нехваткой врачей-рентгенологов.

3) ускорение сроков получения результатов. Сервис ускоряет обработку изображений, что имеет значение при экстренной диагностике жизнеугрожающих состояний.

Несмотря на точность данной системы, ChestLink не заменяет медицинских специалистов, а лишь сокращает время, которое они тратят на определенные рентгенограммы.

Помимо системы ChestLink, существуют и другие системы

искусственного интеллекта, как российские, так и зарубежные. Рассмотрим некоторые из них.

Российские системы ИИ:

1) SberMed AI – алгоритм которой анализирует снимки органов грудной клетки и автоматически оценивает риск 11 патологий, от пневмоторакса до диссеминированного поражения легких. Система получила регистрационное удостоверение Минздрава России и уже внедрена в ряде медицинских учреждений.

2) Botkin.AI – это программная платформа для анализа медицинских изображений с использованием технологий искусственного интеллекта. Платформа решает проблему точности определения злокачественных новообразований по изображениям компьютерных томограмм (КТ), цифрового рентгена и маммографических исследований на ранних стадиях. Уточняет прогнозы, уменьшает вероятность человеческой ошибки.

3) «Цельс» – система поддержки принятия врачебных решений на базе технологий нейронных сетей (Deep Learning) для анализа цифровых медицинских изображений — рентгенограмм, КТ, магнитно-резонансных томограмм. Зарегистрирована Росздравнадзором как медицинское изделие по третьему классу риска в 2020 году. Данная система уже внедрена в 19 регионах страны.

Зарубежные системы ИИ:

1) Oxytech предлагает ИИ для комплексного анализа рентгенограмм, например: Lung XR (анализ снимков грудной клетки), Spine XR (анализ снимков позвоночника), Sinuses XR (анализ снимков черепа), Knees XR (анализ рентгеновских снимков коленного сустава), Pelvis XR (анализ снимков тазобедренного сустава).

2) MedRAX – платформа на основе искусственного интеллекта для анализа рентгенограмм грудной клетки, которая поддерживает сложную медицинскую диагностику.

Выводы: применение систем ИИ для анализа рентгеновских снимков позволят добиться большого прогресса в области обработки рентгенограмм, что принесет ощутимую пользу как пациентам, так и медицинскому сообществу в целом. Однако полностью автоматизировать данные системы небезопасно. Лучшее решение не подменять деятельность врача, а дать ему в руки мощный инструмент, который повысит скорость и точность диагностики, но окончательное решение и ответственность всегда должны оставаться за человеком, врачом-специалистом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ГИПОФИЗАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

СТРЕЛЬЧЕНКО Нелли Сергеевна, МИЩЕНКО Ольга Ивановна, БОРОДКИНА Дарья Андреевна

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

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Ивановна Мищенко

A CLINICAL CASE OF ITSENKO-CUSHING'S DISEASE OF PITUITARY ORIGIN

STRELCHENKO N. S., MISHCHENKO O. I., BORODKINA D. A.

Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Professor V.V. Syrnev

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.I. Mishchenko

Резюме: Представлен клинический случай пациентки, находившейся на лечении по поводу болезни Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения. Особенностью данного случая является его своевременная диагностика при отсутствии ярких клинических симптомов заболевания.

Ключевые слова: Болезнь Иценко-Кушинга, гиперкортицизм, диагностика, клиническая картина.

Abstract: This article presents a clinical case of a patient who was treated for Cushing's disease of pituitary origin. What makes this case unique is its timely diagnosis. in the absence of obvious clinical symptoms of the disease

Keywords*:* Itsenko-Cushing's disease, hypercorticism, diagnosis, clinical picture.

Введение. Болезнь Иценко-Кушинга (БИК) — нейроэндокринное заболевание, возникающее вследствие хронической гиперпродукции адренокортикотропного гормона опухолью гипофиза. Врачу необходимо помнить о разнообразии клинических проявлений гиперкортицизма для того, чтобы вовремя заподозрить данное заболевание, провести диагностические мероприятия и начать лечение.

Цель: провести анализ клинического случая болезни Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения

Материал и методы. Проводился ретроспективный анализ истории болезни пациентки Р., которая проходила обследование и лечение на базе ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева.

Результаты и обсуждения. Пациентка Р. обратилась на первичный приём к эндокринологу с жалобой на аменорею. При прицельном расспросе у пациентки дополнительно выявлены жалобы на увеличение веса тела на 12 кг за год без изменения образа жизни и пищевых привычек, частые гнойничковые высыпания в области туловища, рук и подбородка, а также на ломкость волос и ногтей. При этом в объективном статусе у пациентки отсутствовали характерные яркие клинические признаки гиперкортицизма: у нее не было лунообразного лица, истончения и изменения цвета кожи, не обнаружились стрии, отсутствовал гирсутизм, не было перераспределения подкожной жировой ткани и истончения конечностей. У пациентки регистрировалась нормотония, не было изменений со стороны позвоночника и нервной системы.

Тем не менее, в план дифференциальной диагностики врач включил гиперкортицизм, как возможную причину жалоб пациентки. В целях верификации гиперкортицизма было назначено исследование кортизола вечерней слюны - 13,6 нмоль/л (норма менее 7,5 нмоль/л). В суточной моче кортизол составил 1557 нмоль/сут (норма менее 485 нмоль/сут). Электролитных нарушений (гипокалиемии и гипернатриемии) обнаружено не было.

С учётом лабораторно верифицированного гиперкортицизма пациентке были проведены малая и большая дексаметазоновые пробы. Малая дексаметазоновая проба дала положительный результат: сохранился высокий уровень кортизола крови (763 нмоль/л) на утро после приема дексаментазона.

Большая дексаметазоновая проба с 8 мг так же продемонстрировала отсутствие снижение кортизола: кортизол крови в конце пробы составлял 128 нмоль/л, а АКТГ был равен 37,8 пг/мл.

На основании дообследования выставлен диагноз АКТГ-зависимый гиперкортицизм. При проведении МРТ гипофиза обнаружена микроаденома размером 5 х 4,5 мм.

Пациентка направлена в НМИЦ «Эндокринологический научный центр» г. Москва с диагнозом АКТГ-зависимый гиперкортицизм, где по результатам забора крови из нижних каменистых синусов было верифицировано повышение уровня АКТГ. Таким образом была неоспоримо подтверждена болезнь Иценко-Кушинга.

Пациентке было проведена трансназальная транссфеноидальная аденомэктомия с достижением нормализации уровня кортизола крови.

Выводы: несмотря на отсутствие ярких клинических симптомов гиперкортицизма при первичном обращении пациентки, настороженность врача в отношении болезни Иценко-Кушинга помогла своевременно диагностировать болезнь. Диагноз верифицирован до начала формирования развернутой клинической картины и до развития осложнений этого грозного заболевания.

Это позволило вовремя провести хирургическое лечение и сохранить здоровье пациентке.

ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

СТУДЕНКОВА Мишель Сергеевна, ЯЛУГИНА Ксения Ярославовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ольга Владимировна Полтавцева

THE IMPORTANCE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIAGNOSIS OF ISCHEMIC STROKE

STUDENKOVA M.S., YALUGINA K.YA.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.V. Poltavtseva

Резюме: Ишемический инсульт является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения. В современных условиях развития медицинской диагностики особую значимость приобретает вопрос точности диагностики данного заболевания. Магнитно-резонансная томография является передовым методом нейровизуализации при ишемическом инсульте.

Ключевые слова: ишемический инсульт, магнитно-резонансная томография, диагностика.

Abstract: Ischemic stroke is one of the leading causes of disability and mortality in the population. In the current context of medical diagnostic advances, the issue of accurate detection of this disease is of particular importance. Magnetic resonance imaging is the advanced neuroimaging method for ischemic stroke.

Keywords: ischemic stroke, magnetic resonance imaging, diagnostics.

Введение. Ишемический инсульт остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), цереброваскулярные заболевания, в структуре которых инсульт занимает ведущее место, являются второй по частоте причиной смертности и одной из основных причин стойкой инвалидизации населения. Своевременная и точная диагностика ишемического инсульта является критически важным фактором, определяющим дальнейшую лечебную тактику, прогноз и исход заболевания. В этом контексте метод магнитно-резонансной томографии (МРТ) утвердился в качестве «золотого

стандарта» нейровизуализации ишемического инсульта. В отличие от компьютерной томографии (КТ), МРТ, особенно в режимах диффузионно-взвешенных изображений (ДВИ) и перфузионно-взвешенных изображений (ПВИ), обладает уникальной способностью визуализировать зону ишемического поражения головного мозга в первые минуты и часы от момента начала заболевания, что имеет решающее значение для отбора пациентов для реперфузионной терапии. Несмотря на широкое распространение МРТ, анализ статистических данных по ее применению для выявления ишемического инсульта по-прежнему представляет значительный научный и практический интерес. Изучение частоты выявления, локализации, объема очагов, а также спектра дифференциально-диагностических сложностей на основе ретроспективных данных крупных медицинских центров позволяет:

- оценить эффективность работы службы лучевой диагностики;
- выявить типичные и атипичные МРТ-паттерны ишемического инсульта;
- уточнить диагностические алгоритмы для различных клинических ситуаций;
- оптимизировать поток пациентов в условиях ограниченных ресурсов и временного фактора.

Цель: на основе анализа магнитно-резонансных томограмм оценить диагностику ишемического инсульта при обследовании пациентов методом МРТ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ МР-томограмм пациентов, обращавшихся в один из диагностических центров г. Кемерово в течение полугода.

Результаты и обсуждения. Всего за период с 01.05.2025 г. по 31.10.2025 г. Было обследовано 811 пациентов, мужчин и женщин в широком возрастном диапазоне от 21 года до 87 лет.

Диагноз «Ишемический инсульт» по данным МРТ был подтвержден у всех 59 больных с подозрением на данное заболевание, что составило 7,3 % от общего количества обследованных. Возраст данных пациентов составил 68,2±2,7 лет, из них было 45,8% мужчин, 54,2% женщин. При обследовании на МР-томограммах данных больных у 54 (91,5%) были выявлены характерные очаговые изменения в белом веществе головного мозга, косвенные признаки ишемического инсульта у 5 (8,5%).

Далее проведен анализ выявления ишемического инсульта в течение каждого месяца. За период с 01.05.2025 по 31.05.2025 обследование на выявление признаков заболевания прошли 129 пациентов, диагноз «Ишемический инсульт» по данным МРТ, был подтвержден у 15 человек, что составило 11,6% от всех обследованных больных.

С 01.06.2025 по 30.06.2025 обследовано 119 человек, ишемический

инсульт выявлен у 12 (10,1%). С 01.07.2025 по 31.07.2025 – 150 пациента, диагноз «Ишемический инсульт» подтвержден также у 12 (8% от обследованных). С 01.08.2025 по 31.08.2025 – 173 пациента, ишемический инсульт обнаружен у 11 обследуемых (6,35%). С 01.09.2025 по 30.09.2025 – 128 человек, косвенные признаки исследуемого заболевания подтверждены у 5 (3,9%). За период 01.10.2025 по 31.10.2025 из 112 обратившихся ишемический инсульт был выявлен у 4 человек, что составило 3,6% от общего числа пациентов.

Наибольшая распространенность ишемического инсульта зарегистрирована в мае-июне 2025 года, в то же время для анализа данных использовался период с мая по октябрь включительно, зимние месяцы в изучаемый период не входили. В связи с данными обстоятельствами планируется продолжить исследование и провести анализ результатов МРТ, полученных в течение года.

Выводы: таким образом, проведенное исследование подтвердило, что метод МРТ позволяет верифицировать диагноз ишемического инсульта в подавляющем большинстве клинических случаев. Разработанные на основе анализа практические рекомендации могут помочь стандартизировать диагностические подходы и сократить время до начала специфической терапии.

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

СОВЕТОВА Анна Сергеевна, ХАБИБУЛЛОВ Данил Ринатович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

FEATURES OF PALLIETIVE CARE FOR PATIENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR

SOVETOVA A.S., KHABIBULLOV D.R.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Суицидальные мысли и поведение являются распространенным, но часто игнорируемым осложнением у пациентов в терминальной стадии заболевания. Специфика паллиативной помощи диктует необходимость особого подхода к ведению таких больных, отличного от стандартных психиатрических протоколов.

Ключевые слова: паллиативная помощь, суицидальное поведение, биоэтика.

Abstract: Suicidal thoughts and behavior are a common but often ignored complication in patients in the terminal stage of the disease. The specifics of palliative care dictate the need for a special approach to the management of such patients, which differs from standard psychiatric protocols.

Keywords: palliative care, suicidal behavior, bioethics.

Введение. Актуальность проблемы суицидального поведения в медицине неоспорима, однако особую, крайне уязвимую категорию составляют пациенты с тяжелыми, неизлечимыми, прогрессирующими заболеваниями. Для этих людей суицидальные мысли и намерения часто являются не проявлением первичного психического расстройства, а сложной многокомпонентной реакцией и тяжелейший психофизический кризис. Столкновение с хронической болью, одышкой, тошнотой, утратой самостоятельности и ясного будущего порождает интенсивные страдания, среди которых ключевыми предикторами суицидального риска выступают чувство безнадежности, ощущение себя обузой для близких и потеря смысла жизни.

Цель: выявить и систематизировать ключевые особенности оказания паллиативной помощи пациентам с суицидальным поведением для разработки комплексного алгоритма ведения

Материал и методы. Проведен систематический анализ современных российских и зарубежных научных публикаций (PubMed, eLibrary), клинических рекомендаций за период 2015-2024 гг. по ключевым словам паллиативная помощь, суицидальное поведение, биоэтика.

Результаты и обсуждения. Анализ 25 релевантных исследований показал, что распространенность суицидальных мыслей среди паллиативных пациентов варьируется в диапазоне от 8% до 22%, демонстрируя прямую зависимость от стадии заболевания и адекватности симптоматической терапии. Структура суицидального поведения характеризуется преобладанием пассивных суицидальных мыслей - около 65% случаев. Активные суицидальные намерения с разработкой плана были выявлены у 15% пациентов, при этом в 90% этих случаев было диагностировано коморбидное депрессивное расстройство. У 20% пациентов суицидальные мысли носили транзиторный характер и напрямую коррелировали с эпизодами усиления физической боли и одышки.

Установлено, что особенностями помощи являются: 1) Необходимость дифференциальной диагностики между суицидальным поведением как симптомом депрессии и рациональным принятием решения о конце жизни; 2) Обязательное использование мультидисциплинарного подхода с координацией

усилий врача, психолога, психиатра и духовного консультанта; 3) Центральная роль этически выверенной коммуникации в разрешении парадокса между автономией пациента и долгом врача.

Выводы: эффективное ведение паллиативных пациентов с суицидальным поведением требует специализированного, индивидуализированного подхода, направленного на купирование всех компонентов страдания (физического, психологического, социального, духовного). Разработанный на основе анализа алгоритм действий может служить основой для совершенствования клинических протоколов и обучения специалистов.

РОЛЬ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

СУВОРОВА Елизавета Евгеньевна, КОЧЕРОВА Полина Вячеславовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE ROLE OF LIFESTYLE MODIFICATION IN THE PRIMARY PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION

SUVOROVA E.E., KOCHEROVA P.V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: В статье проанализированы современные стратегии модификации образа жизни как основы первичной профилактики артериальной гипертензии. На основе данных клинических рекомендаций и исследований подтверждено, что коррекция диеты, регулярная физическая активность, нормализация массы тела и отказ от вредных привычек достоверно снижают риск развития артериальной гипертензии.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, первичная профилактика, образ жизни, факторы риска.

Abstract: The review analyzes modern lifestyle modification strategies as the basis for the primary prevention of arterial hypertension (AH). Based on the data of clinical recommendations and studies, it has been confirmed that diet correction, regular physical activity, normalization of body weight and rejection of bad habits significantly reduce the risk of hypertension.

Keywords: Arterial hypertension, primary prevention, lifestyle, risk factors.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) – это ведущая сердечно-сосудистая патология в мире. Первичная профилактика направлена на предупреждение стойкого повышения уровня артериального давления (АД) у здоровых лиц. Научные данные подтверждают, что значительное число случаев АГ связано с такими факторами, как недостаточная физическая активность, избыточный вес, стрессы и неправильное питание.

Цель: систематизировать доказательные данные о компонентах модификации образа жизни и их эффективности в снижении риска развития АГ в рамках первичной профилактики.

Материал и методы. Проведен систематический анализ научной литературы за период 2021-2026 гг. доступной в базах данных CyberLeninka, eLibrary, включая актуальные клинические рекомендации 2024 г.

Результаты и обсуждения. Модификация образа жизни представляет собой комплекс мероприятий, направленных на нормализацию массы тела и характера питания, повышение двигательной активности, отказ от курения и алкоголя, а также управление стрессом. Основная цель – снижение сердечно-сосудистого риска и предотвращение развития АГ.

В исследовании TRIUMPH (ориг. Treating Resistant Hypertension Using Lifestyle Modification to Promote Health) изучалось влияние модификации образа жизни на АД. Согласно опубликованным результатам нового исследования в журнале *Circulation,* пациенты смогли достичь снижения АД с помощью мероприятий по модификации образа жизни. Программа включала в себя соблюдение диеты DASH (ориг. Dietary Approaches to Stop Hypertension) в сочетании с ограничением потребления натрия до <5 г соли в сутки, снижение веса, повышение уровня аэробной физической активности с помощью специальных упражнений в сертифицированном кардиологическом реабилитационном центре. Регулярные аэробные нагрузки умеренной интенсивности (≥150 мин/нед.) способствуют снижению АД в среднем на 5-8 мм рт.ст.

В обзоре 2021 года в журнале «Профилактическая медицина» подчеркивается, что физическая активность не только оказывает непосредственный антигипертензивный эффект за счет вазодилатации и снижения общего периферического сопротивления, но и повышает чувствительность к инсулину, способствуя коррекции метаболических нарушений – частых спутников АГ. Американская кардиологическая ассоциация в 2021 году подтвердила, что для взрослых с низким сердечно-сосудистым риском и мягкой АГ (1 степень систолическое АД 140-159 мм рт. ст. или диастолическое 90–99 мм рт. ст.) физическая активность может быть достаточной мерой для нормализации давления без немедленного

назначения медикаментов.

Снижение массы тела на каждые 5 кг ассоциировано со снижением САД приблизительно на 4-5 мм рт.ст. Целевым является снижение веса на 5-10% от исходного за счет сочетания гипокалорийной диеты и физической активности.

Курение также является ведущим фактором сердечно-сосудистых осложнений. Ограничение алкоголя (менее 14 стандартных единиц в неделю для мужчин и менее 8 для женщин) способствует снижению АД, поскольку этанол стимулирует симпатическую нервную систему и способствует задержке натрия. Прекращение курения – это ключевой компонент профилактики.

Актуальной темой остается стресс как психосоциальный фактор риска. Хронический стресс приводит к персистирующей активации симпатической нервной системы и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, что приводит к повышение уровня катехоламинов и кортизола, вазоконстрикции, увеличению частоты сердечных сокращений и задержке натрия. Длительный психоэмоциональный стресс повышает риск развития АГ. На данный момент рекомендуют внедрять техники релаксации, оптимизировать режим труда и отдыха для профилактики АГ на раннем этапе.

Выводы: таким образом наиболее эффективен комплексный подход, включающий диету, физическую активность, нормализацию веса, психопрофилактику, отказ от курения и алкоголя. Внедрение программ структурированной модификации образа жизни в деятельность первичного медико-санитарного звена, включая кабинеты медицинской профилактики, является необходимым условием для снижения заболеваемости АГ и связанных с ней осложнений на популяционном уровне.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

ТАРАСОВА Дарья Владимировна, КЛИМЕНКОВА Анна Владимировна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., доцент Лилия Алексеевна Ласточкина

FEATURES OF ATHEROSCLEROSIS LOCALIZATION IN MEN AND WOMEN

TARASOVA D.V., KLIMENKOVA A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastoschkina

Резюме: Атеросклеротическое поражение сосудов относится к наиболее важным и модифицируемым факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. По доступным данным частота развития атеросклероза в виде окклюзий и стенозов увеличивается с возрастом и превалирует у лиц мужского пола, что подтверждается на примере рассмотренных нами пациентов.

Ключевые слова: атеросклероз, заболевания периферических артерий, половые особенности.

Abstract: Atherosclerotic vascular disease is one of the most significant and, importantly, modifiable risk factors for the development of cardiovascular diseases (CVD). According to available data, the incidence of atherosclerotic lesions presenting as arterial occlusions and stenoses increases with age and is more prevalent among males, which is also confirmed by the analysis of our patient cohort.

Keywords: atherosclerosis, peripheral arterial disease, sexual characteristics.

Введение. Атеросклеротическое поражение сосудов - важный и модифицируемый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), основной причины смертности в РФ и мире. Его патогенез связан с нарушением целостности эндотелия и хроническим воспалением стенки сосудов. Бляшки обычно образуются в изогнутых и разветвлённых участках артерий, где турбулентный поток и сила трения увеличивают проницаемость для кровяных клеток и ЛПНП. Это вызывает накопление макрофагов, их превращение в пенистые клетки под действием ЛПНП, а также трансформацию гладкомышечных клеток, что ведёт к утолщению стенки и формированию жировых полосок и бляшек.

Важную роль в развитии и локализации атеросклеротических поражений играют возрастные и половые различия. Эпидемиологические исследования показывают, что у мужчин атеросклероз развивается раньше и прогрессирует быстрее по сравнению с женщинами, что обусловлено гормональными особенностями, особенно защитной ролью эстрогенов у женщин в репродуктивном возрасте. Эстрогены повышают уровень ЛПВП, снижая при этом ЛПНП и оказывая противовоспалительный и антиоксидантный эффект. Например, 17бета - эстрадиол обладает комплексным кардиопротективным действием за счет улучшения эндотелиальной функции. После менопаузы уровень эстрогенов снижается, что увеличивает риск развития атеросклероза у женщин и делает его сходным с мужским. У мужчин же влияние тестостерона двоякое: в физиологических концентрациях он способствует вазодилатации и умеренно благоприятно влияет на липидный обмен, часть тестостерона идет на формирования эстрадиола, что также определяет его защитные свойства. При снижении же уровня мужского полового гормона, что часто сочетается с развитием инсулинорезистентности и ожирения, течение дислипидемии

усугубляется, что реализуется более быстрым развитием атеросклероза. Не последнюю роль играют и различия образов жизни обоих полов - курение более распространено среди мужского населения, также мужчины, как правило, менее комплаентны в отношении терапии хронических заболеваний, например, гипертонической болезни - одного из факторов риска развития атеросклероза.

Цель: оценить половые и возрастные различия в распространенности коронарного и каротидного атеросклероза, выявленного при помощи визуализирующих методов исследований.

Материал и методы. В исследование было включено 500 пациентов, госпитализированных в ГБУЗ КККД им. академика Л.С.Барбараша с января по март 2025 года, каждому их которых по показаниям была проведена коронарная ангиография (КАГ) и/или цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ЦДС БЦА). Из общего числа обследованных — 271 мужчина и 229 женщин, среди которых: 70 мужчин и 23 женщины младше 60 лет (что соответствует среднему возрасту по ВОЗ), 178 мужчин и 161 женщина в возрастном диапазоне от 60 и до 75 лет (пожилой возраст), 23 мужчины и 45 женщин старше 75 лет (старческий возраст).

Результаты и обсуждения. По данным КАГ, стеноз более 50% у мужчин моложе 60 лет выявлен в 31,4% случаев, у женщин - в 13,0%; в возрастной группе 60–75 лет - у 44,4% мужчин и 31,0% женщин; в когорте старше 75 лет — у 47,8% мужчин и 24,0% женщин. Согласно результатам ЦДС БЦА стеноз ОСА (общих сонных артерий) с обеих сторон у мужчин моложе 60 лет выявляется в 1,4% случаев, у женщин - в 4,3%; в возрастной группе 60–75 лет - у 4,5% мужчин и 3,7% женщин; у лиц старше 75 лет - 4,3% мужчин и 2,2% женщин соответственно.

Полученные в ходе работы данные демонстрируют чёткую зависимость развития коронарного и каротидного атеросклероза от пола и возраста. Во всех возрастных группах частота стеноза более 50%, а также двустороннего атеросклеротического поражения ОСА была достоверно выше у мужчин по сравнению с женщинами, что соответствует результатам предыдущих крупных исследований, указывающих на тенденцию более раннего развития данной патологии у мужчин.

Выводы: частота выявления гемодинамически значимого (>50%) поражения коронарных артерий прогрессивно увеличивается с возрастом и во всех возрастных группах, достоверно выше этот показатель у мужчин. В частности, у пациентов мужского пола моложе 60 лет стеноз встречается в 2,4 раза чаще, чем у женщин того же возраста. Полученные данные, согласующиеся с результатами крупных эпидемиологических исследований, подчеркивают, что мужской пол является независимым фактором риска более раннего и агрессивного развития коронарного атеросклероза. Это указывает на

необходимость усиления мер первичной и вторичной профилактики, а также на возможность рассмотрения вопроса о более раннем начале скрининга сердечно-сосудистого риска у мужчин.

ТРЕХСТУПЕНЧАТАЯ ЛЕСТНИЦА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВОЗ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ В ПРАКТИКЕ

ТАНЖОВ Данила Максимович, САФИУЛИН Ильдар Фанильевич
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - д.м.н, заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE WHO THREE-STEP PAIN RELIEF LADDER: MYTHS AND REALITY IN PRACTICE

TANZHOV D.M., SAFIULLIN I. F.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: Трехступенчатая лестница обезболивания ВОЗ остается фундаментальным принципом терапии хронической боли в паллиативной помощи. Однако ее ригидное, догматическое применение, основанное на распространенных клинических мифах, часто приводит к неадекватному контролю боли. В данном докладе анализируются ключевые заблуждения, связанные с применением лестницы ВОЗ, такие как опиофобия и необходимость строгого соблюдения последовательности ступеней, и предлагаются практические решения для оптимизации анальгезии, основанные на современных подходах и индивидуальном титровании доз.

Ключевые слова: паллиативная помощь, обезболивание, трехступенчатая лестница ВОЗ, опиоидные анальгетики, опиофобия.

Abstract. The WHO Pain Relief Ladder remains a fundamental principle for managing chronic pain in palliative care. However, its rigid, dogmatic application, based on prevalent clinical myths, often leads to inadequate pain control. This report analyzes key misconceptions associated with the ladder's use, such as opioid phobia and the need for strict sequential progression, and offers practical solutions for optimizing analgesia based on modern approaches and individual dose titration.

Keywords. Palliative care, pain management, WHO pain relief ladder, opioid analgesics, opioid phobia.

Введение. Адекватное обезболивание — краеугольный камень паллиативной помощи. Несмотря на глобальное признание трехступенчатой лестницы ВОЗ, разработанной в 1986 году, значительное число пациентов продолжают страдать от некупированной боли. Основная причина этой проблемы — разрыв между знанием принципов лестницы и их корректным клиническим применением, обусловленным устойчивыми мифами.

Цель: разобрать основные заблуждения и предложить пути повышения эффективности обезболивающей терапии.

Материал и методы: Проведен систематический анализ научной литературы, доступной в базах данных.

Результаты и обсуждения.

Основная часть

1. Базовые принципы и современная интерпретация

Лестница ВОЗ предполагает назначение анальгетиков в зависимости от интенсивности боли:

Ступень 1 (слабая боль): Неопиоидные анальгетики (НПВП, парацетамол) ± адъюванты.

Ступень 2 (умеренная боль): Слабые опиоиды (трамадол) + неопиоидные анальгетики ± адъюванты.

Ступень 3 (сильная боль): Сильные опиоиды (морфин, фентанил) + неопиоидные анальгетики ± адъюванты.

Критически важный аспект: «Восхождение» по лестнице должно быть быстрым и соответствовать интенсивности боли. Промедление на 2-й ступени при сильной боли недопустимо.

2. Ключевые мифы и клинические реалии

Миф 1: Незыблемость строгой последовательности.

Реальность: При интенсивной боли (≥7 баллов по ВАШ) оправдан старт терапии сразу с 3-й ступени. Ожидание эффекта от слабых опиоидов приводит к ненужным страданиям.

Миф 2: Опиоиды - крайняя мера.

Реальность (опиофобия): Главное препятствие к адекватному обезболиванию. Страхи перед дыхательной депрессией и аддикцией преувеличены при правильном титровании. Риск ятрогенной зависимости у паллиативных пациентов минимален.

Миф 3: Лестница ВОЗ универсальна.

Реальность: Лестница не учитывает нейропатическую боль. Без адъювантов (габапентин, амитриптилин) терапия неэффективна у значительной части пациентов.

3. Практические рекомендации

Регулярная оценка боли с помощью шкал (ВАШ).

Назначение пролонгированных опиоидов «по часам» для фоновой боли.

Обязательное назначение быстродействующих опиоидов для купирования прорывной боли.

Профилактика побочных эффектов (назначение слабительных).

Выводы: трехступенчатая лестница ВОЗ — это гибкий инструмент, а не строгая догма. Его эффективность зависит от преодоления клинических мифов, в первую очередь опиофобии, и от индивидуального подхода к титрованию доз и использованию адъювантной терапии. Соблюдение этих принципов является залогом высокого качества жизни паллиативных пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПЕРЕСАЖЕННОГО СЕРДЦА

ТЕТЕРИН Георгий Александрович

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY IN EARLY DIAGNOSIS OF CORONARY ARTERY VASCULIPATHY IN TRANSPLANT HEARTS

TETERIN G.A.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме.Прекращение курения – это ключевой компонент профилактики. Проведен анализ литературы, в результате которого удалось установить, что оптическая когерентная томография коронарных артерий – перспективный метод для раннего выявления болезни коронарных артерий пересаженного сердца, однако имеющий свои недостатки, связанные с высокой стоимостью проведения и малой глубиной проникновения излучения датчика, что может мешать оценке результата при массивной гиперплазии интимы.

Ключевые слова: болезнь коронарных артерий пересаженного сердца, оптическая когерентна томография, трансплантация сердца, коронароангиография, внутрисосудистое ультразвуковое исследование, первичная профилактика.

Abstract: A literature review was conducted, which revealed that optical coherence tomography of the coronary arteries is a promising method for the early detection of coronary artery disease in a transplanted heart, but it has its drawbacks

associated with the high cost of implementation and the small penetration depth of the sensor radiation, which can interfere with the assessment of the result in cases of massive intimal hyperplasia.

Keywords: coronary artery disease in transplanted hearts, optical coherence tomography, heart transplantation, coronary angiography, intravascular ultrasound, primary prevention.

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

Цель: оценить возможности применения оптической когерентной томографии с целью ранней диагностики БКАПС

Материал и методы. Произведен поиск научной информации с использованием баз данных PubMed, E-library, Cyberleninka.

Результаты и обсуждения. Первичная профилактика БКАПС остается сложной задачей для кардиолога, терапевтические и хирургические подходы в лечении такой группы пациентов всё еще ограничены. Реваскуляризация миокарда при ВТС имеет ряд ограничений, обусловленных диффузностью поражения коронарного русла, включая микроциркуляторное звено.

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

Согласно отечественным клиническим рекомендациям, рекомендациям The International Society for Heart and Lung Transplantation и данным зарубежных кардиологических центров, рутинным скрининговым методом в диагностике БКАПС является коронароангиография. Она позволяет оценить просвет сосуда, но не изучить детально его стенку, а её чувствительность в выявлении ВТС составляет 44%. Однако некоторые исследования показали, что у большинства пациентов наблюдались на гистологическом уровне изменения характерные для БКАПС, несмотря на нормальную картину коронарографии. Методы внутрисосудистой визуализации позволяют с большей точностью оценить характер и тяжесть поражения коронарной артерии. Внутрисосудистое

ультразвуковое исследование на сегодняшний день является золотым стандартом в ранней диагностике БКАПС, оно позволяет получить информацию о структуре стенки сосуда и оценить результат имплантации стентов.

Метод оптической когерентной томографии (ОКТ) рассматривается как альтернатива внутрисосудистому ультразвуку. По данным исследований ОКТ для диагностики БКАПС превосходит по эффективности ВСУЗИ, поскольку имеет большее разрешение и позволяет выявить гиперплазию интимы на её самых ранних этапах развития. Помимо этого, данная методика позволяет дифференцировать слои стенок венечных артерий и изучить их ультраструктуры, которые, в свою очередь, могут быть предикторами начала развития ВТС.

Недостатком ОКТ является небольшая глубина проникновения - 1-2 мм. При выраженной гиперплазии интимы визуализация подлежащих слоёв затруднена, ограничивая способность ОКТ оценивать структуры сосудистой стенки. Другим недостатком ОКТ является необходимость для получения высококачественных изображений полного вымывания коронарных сосудов от форменных элементов крови, а также высокая стоимость проведения исследования.

Выводы:

1. БКАПС по сей день остается нерешенной проблемой для современной трансплантологии, методы внутрисосудистой визуализации помогают в ранней диагностике заболевания, но эффективной превентивной терапии пока не разработано.
2. ОКТ является эффективным методом в ранней диагностике БКАПС, однако также имеет и свои ограничения, в том числе связанные с высокой стоимостью исследования.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА РАЗВИТИЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ТОМИЛОВА Олеся Александровна, ЗАЙЦЕВА Анастасия Юрьевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

THE EFFECT OF VITAMIN D DEFICIENCY ON THE DEVELOPMENT OF AGING-RELATED ASTHENIA IN OLDER PERSONS

TOMILOVA O.A., ZAYTSEVA A. Y.U.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: одной из ведущих проблем в гериатрической практике является состояние старческой астении, которое неотъемлемо связано с дефицитом колекальциферола, признанным пандемией во многих странах мира. Дефицит витамина Д показал значимую роль в нарушении поддержания мышечной массы и функции скелетных мышц, которые прогрессирующе снижаются у пациентов с саркопенией в пожилом и старческом возрасте.

Ключевые слова: Витамин Д, колекальциферол, гериатрия, старческая астения, дефицит, мышечная масса, скелетные мышцы, саркопения, пожилой и старческий возраст.

Abstract: One of the leading problems in geriatric practice is the condition of senile asthenia, which is inextricably linked to the deficiency of colocalciferol, recognized as a pandemic in many countries around the world. Vitamin D deficiency has shown a significant role in the impairment of maintaining muscle mass and skeletal muscle function, which are progressively reduced in patients with sarcopenia in the elderly and senile age.

Keywords: Vitamin D, colocalciferol, geriatrics, senile asthenia, deficiency, muscle mass, skeletal muscles, sarcopenia, elderly and senile age.

Введение. Старческая астения («хрупкость») - ассоциированный с возрастом, синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Старческая астения сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья. Старческая астения включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия.

По современным представлениям одной из важных и распространенных причин саркопении в гериатрической популяции является дефицит витамина D, сопровождающийся мышечной слабостью. Развитие дефицита витамина D в пожилом возрасте связано преимущественно со следующими причинами:

– несбалансированное питание и использование пищевых продуктов с недостаточным содержанием витамина D,
– редкое и непродолжительное пребывание на солнце,

– истончение кожи (снижение толщины дермального слоя – места образования витамина D),
– нарушение процессов гидроксилирования прегормональных форм витамина D в печени и почках,
– нарушение рецепции 1,25(OH)2D3 в тканях.

Недостаточный уровень витамина D у пожилых людей особо опасен тем, что нарушается кальциевый обмен, в результате чего уменьшается минерализация костной ткани и может развиться остеомаляция – кости становятся хрупкими. Кроме того, доказана связь между уровнем витамина D и мышечной силой: при недостатке витамина увеличивается риск падения. Поэтому при низком уровне витамина D из-за частых падений и хрупких костей возрастает вероятность переломов.

По данным зарубежных исследований распространенность СА среди проживающих дома людей 65 лет и старше в среднем составляет около 10,7%, преастении – 41,6%.

Распространенность СА увеличивается с возрастом, достигая среди лиц 85 лет и старше 26,1%. Синдром СА достоверно чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин. В домах престарелых распространенность СА достигает 52,3%.

По данным российских исследований среди населения г. Санкт-Петербурга (Колпино) 65 лет и старше распространенность СА в зависимости от подхода к ее диагностике составляет от 21,1 до 43,9%, преастении – от 24,7 до 65,5%. Среди пациентов поликлиник г.Москвы аналогичной возрастной категории распространенность СА составляет от 4,2 до 8,9%, преастении – от 45,8 до 61,3%.

Материал и методы. В ходе написания работы были проведены анализ и синтез научных данных о улучшении прогноза больных со старческой астенией, получающих терапию витамином Д, его эффективности и безопасности. Использованы системный и научный подходы, методы синтеза, обобщения и сравнения. Как источники информации выступили такие базы данных, как Cyberleninka, Osteo-endojournals, научно-практический и публицистический журнал ВРАЧ (выпуск от января 2025г), Российский журнал гериатрической медицины и клинические рекомендации по СА от 2024 г.

Результаты и обсуждения. По данным различных отечественных исследователей, частота гиповитаминоза и дефицита витамина D колеблется от 82% до 100% в зависимости от региона проживания и возраста обследованных лиц.

В 2024 г на базе ОСП РГНКЦ ФГАОУ РНИМУ им. Пирогова МЗ РФ совместно с ФГБУ «ЦСП» ФМБА было проведено когортное исследование долгожителей центрального региона России.

В группу включили 2938 человек от 90 до 107 лет, у 86,7% участников был выявлен дефицит витамина D, у 8,4% — недостаточность. По результатам межгруппового сравнения, значимую связь с уровнем витамина D показали мальнутриция, саркопения и когнитивные нарушения. Однако при введении поправок на полноценность питания и физическую активность статистическая значимость ассоциации уровня витамина D сохранялась только для когнитивных нарушений.

Также в отечественной и зарубежной литературе есть ссылки на работы японских исследователей, в которых доказана эффективность приема альфакальцидола в дозе 1 мкг в течение года в отношении увеличения мышечной массы у пациентов с ее дефицитом.

Однако есть и противоречивые результаты: например, в бельгийском исследовании Matheï C. и соавторами не обнаружено значимой взаимосвязи между концентрацией витамина D, силой кисти, скоростью ходьбы и нарушениями походки у лиц старше 80 лет.

Кроме того, витамин D играет важную роль в процессах минерализации костей и поддержании целостности скелета и является ключевым регулятором гомеостаза кальция, контролирует его всасывание в кишечнике, который в свою очередь контролирует продукцию и секрецию паратиреоидного гормона (ПТГ). ПТГ поддерживает необходимые уровни кальция и фосфора для обеспечения минерализации костной ткани и предотвращения гипокальциемии. Таким образом, доказана взаимосвязь недостаточности витамина D у лиц старческого возраста с повышением риска остеопороза, остеопоротических переломов, падений, мышечной слабости, общей и сердечно-сосудистой смертности.

Выводы: таким образом, уровень витамина 25(OH)D3 в крови является сильным независимым прогностическим маркером течения и исходов синдрома старческой астении. И хотя существуют мнения неэффективности приема холекальциферола, многие авторы все же рекомендуют назначать препараты для коррекции гиповитаминоза D пожилым лицам. Учитывая, что эти препараты недорогие и при правильной дозировке безопасные, имеет смысл рекомендовать дополнительный прием витамина D пожилым пациентам с риском падений, проживающим в домах престарелых, пациентам с нарушениями равновесия и шаткостью походки, с нарушениями зрения, а также пациентам с хроническими заболеваниями.

ФАКТОРЫ РИСКА И РАННЯЯ ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА

ТОРГОВЦЕВА Мария Максимовна, ЧАНКОВА Алина Алексеевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

RISK FACTORS AND EARLY PRE-CLINICAL DIAGNOSIS OF ATHEROSCLEROSIS

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

Резюме: В исследовании проводится систематический анализ факторов риска и современных инструментальных и лабораторных методов диагностики атеросклероза, особое внимание отводится показателям, позволяющим диагностировать патологический процесс на доклиническом этапе.

Ключевые слова: атеросклероз, липопротеины низкой плотности, факторы риска, доклиническая диагностика, экспрессия генов.

Abstract: The study provides a systematic analysis of risk factors and modern instrumental and laboratory methods for diagnosing atherosclerosis, with a focus on indicators that allow for the diagnosis of the pathological process at the preclinical stage.

Keywords: atherosclerosis, low-density lipoproteins, risk factors, preclinical diagnostics, gene expression.

Введение. Атеросклероз остается ведущей причиной сердечно-сосудистых заболеваний, он развивается бессимптомно на протяжении десятилетий, а традиционная диагностика, основанная на появлении клинических симптомов, осуществляется на этапе уже сформированных, часто необратимых изменений. В связи с этим, ключевым направлением современной кардиологии и ангиологии является смещение акцента на раннюю доклиническую диагностику и выявление лиц с высоким риском развития атеросклероза.

Цель: научное обоснование и оценка значимости комплекса факторов риска в сочетании с современными методами инструментальной и лабораторной диагностики для выявления доклинических стадий атеросклеротического поражения сосудов.

Материал и методы. Был проведён поиск и систематический обзор научной литературы с ключевыми словами «атеросклероз», «факторы риска атеросклероза» и «диагностика атеросклероза» в международных библиографических базах PubMed, Web of Science и российских научных электронных библиотеках eLIBRARY.ru.

Результаты и обсуждения. Факторы риска атеросклероза подразделяют на:

Немодифицируемые: мужчины >40 лет, женщины >50 лет или с ранней менопаузой, генетическая предрасположенность.

Модифицируемые: Артериальная гипертония АД≥140/90 мм рт. ст., курение, гиподинамия, дислипидемия (повышение ЛПНП, снижение ЛПВП).

Конечные продукты гликирования (AGEs) при сахарном диабете.

Ожирение: связано с воспалением, с адипокинами, такими как лептин, резистин, белком-связывающим ретинол 4 (RBP4), белком-2, похожим на ангиопоэтин, и моноцитарным хемоаттрактантным белком-1, а также цитокинами IL-6, IL-1β, IL-18 и TNF, активирующими набор макрофагов и эндотелиальную дисфункцию у пациентов с ожирением.

Нетрадиционные факторы атеросклероза — хроническое воздействие стрессов окружающей среды, плохое качество питания, оседлость, загрязнение воздуха и шум, недосып и психосоциальный стресс.

Новые исследования раскрывают дополнительные факторы, такие как семейство VEGF (Сосудистые эндотелиальные факторы роста) — это факторы роста, которые оказывают влияние на пролиферацию, дифференцировку, миграцию и рост эндотелиальных клеток. Они стимулируют липиды плазмы, ингибируя активность липопротеинлипазы и повышая концентрацию триглицеридов в частицах ЛПОНП.

Среди менее известных факторов риска следует отметить кишечную микробиоту и воспаление. У людей, употребляющих пищу, богатую холином или карнитином, а также у пациентов с заболеваниями почек, повышен уровень триметиламина N-оксида (TMAO) — органического соединения, которое связано с повышенной реактивностью тромбоцитов и сосудистым воспалением, ускоряя развитие и прогрессирование атеросклеротического заболевания.

Дополнительными выявленными молекулярными факторами являются аполипопротеин B (apoB), который присутствует во всех атерогенных липопротеинах, таких как липопротеины, ЛПНП, ЛПОНП и хиломикроны, а также аполипопротеин C-III (apoC-III), ингибитор липопротеинов и липазы печени.

Хроническое воспаление является ключевым фактором риска, особенно у пациентов с аутоиммунными заболеваниями из-за обострения скованности артерий и усиленного системного атеросклероза. Кроме того, воспаление в виде повышенного высокочувствительного С-реактивного белка (hs-CRP) и цитокинов IL-1β и IL-6 считается важным остаточным фактором риска.

Ранняя диагностика атеросклероза:

Скрининг, включающий анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (липидный профиль).

Исследование лабораторных маркеров воспаления (ФНО-а, ИЛ-1, ИЛ-6, СРБ).

Ультразвуковое исследование сонных артерий является наиболее доступным и информативным методом выявления доклинических стадий атеросклероза.

Скрининг коронарного кальция с помощью мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

КАГ у больных с бессимптомным течением коронарного атеросклероза целесообразно при выявлении во время обследования показателей высокого риска неблагоприятных клинических исходов.

Внутрисосудистая ультрасонография (дает точную информацию о поперечном сечении сосудов).

Дифференциальная экспрессия генов в периферических кровяных клетках. Уровень экспрессии гена adior2, например, связан с прогрессированием коронарного атеросклероза. Обесцепенение ABCB1, ACSL1, ZHHC9 и другие гены играют важную роль в патогенезе атеросклероза, а ген SVEP1 вызывает атеросклероз при отсутствии холестерина. APOC3 и APOC4 участвуют в процессе атеросклероза, было установлено, что шесть генов (ALB, SHBG, APOC, APOC3, APOC4 и SAA4) отвечают за его регуляцию.

MicroRNA-155 (miR-155) играет ключевую роль в развитии АС, при этом его экспрессия заметно повышается в пенных клетках внутри бляшек. Однако методы микроРНК-визуализации атеросклеротических бляшек сталкиваются с серьёзными трудностями, включая низкую специфичность, неэффективную доставку и низкую селективность клеток.

Практическая значимость:

1. Для пациентов: знание о факторах риска и выявление доклинических изменений сосудистой стенки служит весомым аргументом для мотивации пациентов к коррекции образа жизни и приверженности терапии.
2. Для врачей-клиницистов (терапевтов, кардиологов): информирование о всех факторах риска, в том числе выявленных в ходе новых исследований, позволяет выявить группы людей с высоким риском на доклинической стадии. Ранняя диагностика пациентов с использованием надёжных методов может привести к оперативному и точному выбору терапии.

Выводы: проведенный анализ подтвердил полиэтиологичность атеросклероза и высокую диагностическую значимость комплексной оценки традиционных и новых факторов риска в сочетании с инструментальными методами (ультразвуковое определение толщины комплекса интима-медиа) и лабораторными маркерами (липидный профиль, маркеры воспаления) для выявления доклинических форм заболевания. Существует прямая

корреляционная зависимость между количеством факторов риска и выраженностью структурных изменений сосудистой стенки, что обосновывает необходимость своевременного начала профилактических мероприятий у лиц с субклиническим атеросклерозом.

ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ КАК ФАКТОРЫ УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КАРЬЕРЫ

ТОРОПОВА Марина Анатольевна, КОРЧАГИНА Полина Александровна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

HEALTH AND PHYSICAL FITNESS AS FACTORS OF A SUCCESSFUL PROFESSIONAL CAREER

TOROPOVA M. A., KORCHAGINA P. A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: в статье рассмотрена роль физического воспитания в вузе, с целью формирования у студентов ориентированного подхода к здоровому образу жизни для повышения работоспособности и профессиональной успешности.

Ключевые слова: физическое воспитание, мотивация, здоровье, профессиональная успешность.

Abstract: The article examines the role of physical education at a university in order to develop a focused approach to a healthy lifestyle among students in order to increase their performance and professional success.

Keywords: physical education, motivation, health, and professional success.

Введение. Физическое воспитание всегда было одним из средств подготовки человека к трудовой деятельности и приспособления к социальной среде. Игровое воспроизведение охоты, трудовых процессов в древних ритуальных состязаниях – один из способов совершенствования трудовых навыков и физического воспитания молодежи на начальных стадиях развития человеческого общества. Со временем люди перешли от простого копирования физических нагрузок и технических приемов трудовых процессов в простейших играх к более широкой тематике игр с определенными правилами

и к созданию искусственных спортивно-игровых снарядов – элементов современной физической культуры спорта.

Современный труд требует значительного напряжения умственных, психических и физических сил, повышенной координации движений работников в любой сфере труда. Но каждая профессия диктует свой уровень развития психофизических качеств, свой перечень профессионально-прикладных умений и навыков. Поэтому если человек готовится к профессии геолога-поисковика, то ему нужна профессионально-прикладная физическая подготовка одного содержания, а будущему врачу - другая. Эти отличия и отражаются в цели и задачах профессионально-прикладной физической подготовки (ППФП).

Внедрение физической культуры в трудовую деятельность способствует повышению производительности труда, содействует укреплению здоровья, дает возможность меньше утомляться в процессе труда и быстрее восстанавливать работоспособность, противодействовать влиянию неблагоприятных факторов труда и развитию профессиональных заболеваний. При систематических занятиях физическими упражнениями у человека наиболее быстрее развиваются профессиональные качества (общей и специальной выносливости, силовых и скоростных показателей, координации движений и др.)

Физическая культура играет значительную роль в профессиональной деятельности в новой современной реальности, так как работа, как правило, связана со значительным напряжением внимания, зрения, интенсивной интеллектуальной деятельностью и малой подвижностью.

В условиях современного динамично развивающегося мира, студенчество – это период активной подготовки к будущей профессиональной деятельности. Однако, зачастую, в погоне за знаниями и академическими успехами, студенты забывают о важности поддержания своего здоровья и физической формы. Данное исследование посвящено изучению влияния здоровья и физической подготовленности на академическую успеваемость и перспективы успешной профессиональной карьеры среди студентов. Актуальность темы обусловлена тем, что студенты, как будущие специалисты, являются ценным человеческим капиталом, и их здоровье и физическая подготовленность напрямую влияют на их будущую конкурентоспособность на рынке труда.

Цель: изучить влияние физической подготовленности на профессиональную деятельность.

Задачи:

1. Выявить, как физическая подготовленность влияет на работоспособность.
2. Определить факторы, влияющие на успешную профессиональную деятельность.

Материал и методы. Был проведён анализ медицинских литературных данный eLIBRARY, PubMed, CyberLeninka. Проведено анкетирование студентов 5-6 курса (22-23 лет) Лечебного факультета Кемеровского государственного медицинского университета. В опросе приняли участие 60 человек: 36 (60%) женщин и 24 (40%) мужчин. Всем студентам был предложен блок вопросов, который позволил нам оценить знания студентов о влиянии здоровья и физической подготовленности на успешную карьеру.

Результаты и обсуждения. На вопрос: «Как Вы считаете физическая подготовка влияет на работоспособность человека?». Большая часть тестируемых 28 чел. (46,7%) считает, что занятия физкультурой улучшают работоспособность, 23 чел. (38,3%) ответили, что не замечали улучшений и 9 чел. (15%) считают, что физическая культура отнимает много сил и ухудшает работоспособность.

Следующий вопрос выявлял факторы, влияющие на успешную профессиональную деятельность. Большинство студентов – 33 чел. (55%) выбрали ответ занятия спортом, 14 чел. (23,3%) выбрали вариант прогулки на свежем воздухе и 13 чел. (21,7) ответили – хороший, полноценный сон.

На вопрос: «Насколько важным фактором является здоровье в развитии карьеры?» «Очень важным» - ответили 44 чел. (73,3%) студентов, «не самым важным» - считают 13 чел. (21,7%) и «совсем не важным» - отметили 3 чел. (5%).

Выводы: исследование показало, что не все студенты понимают роль и значение физической подготовленности для успешного освоения избранной профессии и воспринимают физическую культуру, как активный отдых. Чем выше заинтересованность студентов в занятиях физического воспитания, тем выше психофизический эффект таких занятий. У студентов должна выработаться потребность и привычка к регулярным занятиям физическими упражнениями, осознавать и понимать их значение в формировании психофизической готовности к будущей профессиональной деятельности.

Хорошее физическое здоровье обеспечивает высокую работоспособность, выносливость и устойчивость к физическим нагрузкам. Отсутствие хронических заболеваний и травм позволяет человеку полноценно выполнять свои профессиональные обязанности. Физическая активность укрепляет иммунитет и снижает риск развития многих заболеваний, что приводит к сокращению количества больничных дней. Физические упражнения помогают снизить уровень стресса и тревожности, улучшают настроение и повышают уверенность в себе.

В результате данного исследования узнали, что занятия физической культурой снимают утомление нервной системы и всего организма, способствует повышению производительности труда, содействует укреплению

здоровья, дает возможность меньше утомляться в процессе труда и быстрее восстанавливать работоспособность, противодействовать влиянию неблагоприятных факторов труда и развитию профессиональных заболеваний. Так же стоит отметить, что занятие физической культурой благоприятно влияет на эмоциональное состояние человека. Занятие физической культурой даёт особый прогресс, в профессиональной деятельности человека и его физических качествах.

Здоровый человек, занимающийся физической культурой, часто более успешен в карьере, чем тот, кто этого не делает. О таких наблюдениях говорят не только специалисты в области медицины, но и сами студенты, участвующие в опросе о здоровом образе жизни.

КУРЕНИЕ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

ТРУСОВА Любовь Олеговна, ОЛЬХОВИКОВ Андрей Вадимович
Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Дарья Павловна Цыганкова

SMOKING AMONG THE SECONDARY AND HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS STUDENTS

TRUSOVA L.O, OLKHOVIKOV A.V.
Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Professor D.P Tsygankova.

Резюме: Курение среди подростков и молодых людей является актуальной проблемой в современном мире. Как в России, так и за рубежом отмечена высокая распространенность курения среди молодежи. На начало курения могут повлиять различные факторы, но чаще оно ассоциировано с поступлением в среднее или высшее учебное заведение, сепарацией от родителей, переживанием стресса, давлением со стороны сверстников.

Ключевые слова: курение, учащиеся, электронные сигареты, уровень образования, материальное благосостояние.

Abstract: Smoking among teenagers and young adults is an urgent problem in the modern world. Both in Russia and abroad, there is a high prevalence of smoking among young people. Various factors can influence the onset of smoking, but more often it is associated with admission to secondary or higher education, separation from parents, stress, and peer pressure.

Keywords: smoking, students, electronic cigarettes, education level, material prosperity.

Введение. Курение является одним из широко распространенных факторов риска формирования хронических неинфекционных заболеваний. Несмотря на осведомленность о вреде никотина, многие начинают курить с подросткового возраста и продолжают эту вредную привычку во время учебы в средних или высших учебных заведениях. Воздействие курения на организм разнообразно, негативное влияние может сказываться на сердечно-сосудистой системе, органах дыхания, когнитивных функциях молодых людей и формировании структур головного мозга, в случае раннего начала курения. Основными причинами курения среди обучающихся являются адаптация к новой среде и окружающим, стресс, социальное давление. Современная табачная продукция также поддерживает курение среди молодежи, создавая различные устройства доставки никотина с «более безопасным» наполнением в отличии от традиционных сигарет, с разнообразными вкусами и формами этих устройств.

Цель: оценить влияние социальных и демографических факторов на статус употребления табачных и никотинсодержащих изделий лицами 15-25 лет, обучающимися в средних и высших учебных заведениях.

Материал и методы. Использовались данные одномоментного исследования в 2022-2023гг. в 6 субъектах Российской Федерации (Калининградская, Кемеровская, Ростовская, Саратовская области, Республика Карелия, Ямало-Ненецкий автономный округ) среди учащихся средних (колледжи) и высших учебных заведений разной профессиональной направленности. Научно-исследовательская работа проводилась совместно с национальным медицинским исследовательским центром терапии и профилактической медицины. Методом анкетирования изучался статус употребления табачных и никотинсодержащих изделий и социально-демографические характеристики. На основе полученных данных были выделены группы курящих (выкуривание как минимум 1 сигареты в день) и некурящих. Дополнительно уточнялся тип используемых табачных изделий (традиционные сигареты, электронные устройства, другие табачные изделия) и их количество, используемое еженедельно. Учащиеся были разделены по возрасту (15-17, 18-20 и 21-25 лет), типу учебного заведения (учащиеся вузов и колледжей), по уровню материального благосостояния семьи (группы с низким, средним и высоким уровнями до хода), а также по условиям проживания (проживающие в родительском доме/квартире, в арендуемом доме/квартире, в студенческом общежитии). Итоговая выборка составила 2015 человек.

Результаты и обсуждения. Среди учащихся 15-25 лет

распространенность употребления табачных и никотинсодержащих изделий составила 23,3%. Среди мужчин распространенность употребления табачных и никотинсодержащих изделий была выше - 27,7%, среди женщин она составила 19,0%. По типу используемых табачных изделий учащиеся распределились следующим образом: 42,7% - классические сигареты, 77,9% - электронные сигареты, 21,1% - другие табачные продукты. Различия по употреблению классических сигарет между мужчинами и женщинами составили 55.1% и 29.7% соответственно. Различий в зависимости от пола по использованию электронных устройств и других табачных изделий не выявлено. Доля использования электронных сигарет с возрастом снижается с 88,9% в 15-17 лет, до 80,6% в 18-20 лет, до 64,7% в 21-25 лет. Однако сейчас увеличивается доля учащихся, потребляющих другие табачные изделия, с 15,3% до 18,2% и 30,0%. В зависимости от типа учебного заведения вероятность употребления табачных и никотинсодержащих изделий выше в 2,41 раза у учащихся колледжей по сравнению со студентами вузов. У учащихся из семей с высоким уровнем дохода вероятность употребления табачных и никотинсодержащих изделий выше по сравнению с учащимися из семей с низким доходом.

Выводы: для снижения уровня курения среди учащихся необходим комплексный подход. Важно проводить профилактические мероприятия, информирующие о вреде никотина, методах отказа от курения. Совместная работа с психологом, создание групп поддержки также имеют большое значение для тех, кто желает отказаться от курения. Необходимо создавать зоны, свободные от курения, в которых некурящие студенты будут чувствовать себя комфортно и защищенно. Колледжи и вузы должны активно пропагандировать здоровый образ жизни и предлагать программы помощи тем, кто хочет бросить курить.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

УРУНОВ Фаромуз Бадалович

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

MODERN APPROACHES TO PRIMARY PREVENTION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS

URUNOV F.B.

Department of Polyclinic Therapy

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

Резюме: Проанализированы современные стратегии первичной профилактики сахарного диабета 2 типа. Комплексный подход, сочетающий модификацию образа жизни, фармакологические методы (метформин, аГПП-1) и цифровые технологии, демонстрирует наибольшую эффективность. Внедрение системного подхода в практику первичного звена здравоохранения позволит снизить заболеваемость и улучшить качество жизни населения.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, первичная профилактика, модификация образа жизни, предиабет, факторы риска.

Abstract: Modern strategies for primary prevention of type 2 diabetes mellitus are analyzed. An integrated approach combining lifestyle modification, pharmacological methods (metformin, GLP-1 receptor agonists) and digital technologies shows the greatest effectiveness. The introduction of a systematic approach into primary health care practice will reduce morbidity and improve the quality of life of the population.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, primary prevention, lifestyle modification, prediabetes, risk factors.

Введение. Актуальность сахарного диабета 2 типа (СД2) определяется его глобальным распространением, приобретающим характер неинфекционной пандемии. Согласно Международной диабетической федерации (IDF), в 2021 году зарегистрировано 537 миллионов пациентов с СД2, при этом каждые 5 секунд выявляется новый случай. Прогнозируется рост до 783 миллионов к 2045 году. В Российской Федерации официальная распространенность составляет 5-6%, однако данные исследования NATION указывают на более высокие реальные показатели: до 20% населения имеют предиабет и около 5,4% - недиагностированный СД2. Это свидетельствует о значительной группе риска развития манифестного заболевания и его осложнений, что требует совершенствования профилактических мер.

Цель: проанализировать современные эффективные методы первичной профилактики СД2 и оценить возможности их применения в практике первичного звена здравоохранения.

Материал и методы. Для подготовки работы был проведен анализ российских и зарубежных клинических рекомендаций, систематических обзоров и мета-анализов за последние 5 лет. Особое внимание уделялось исследованиям, имеющим практическую значимость для врачей первичного звена.

Результаты и обсуждения. Модификация образа жизни остается самым

эффективным методом профилактики СД2. Программа DPP (Diabetes Prevention Program) доказала, что снижение массы тела на 5-7% и регулярная физическая активность (не менее 150 минут в неделю) уменьшают риск развития диабета на 58%. На практике особую ценность представляют структурированные программы, включающие индивидуальные консультации диетолога, групповые занятия ЛФК и школы здоровья для пациентов с факторами риска.

Фармакологические методы профилактики. Для пациентов с высоким риском развития СД2 (особенно с ИМТ >30 и нарушением толерантности к глюкозе) целесообразно рассмотреть вопрос о медикаментозной профилактике. Метформин остается препаратом выбора, снижая риск развития СД2 на 31% согласно исследованию DPP. Его преимуществами являются хорошая переносимость, низкая стоимость и многолетний опыт применения. В последние годы перспективным направлением считается использование агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1). Эти препараты не только улучшают гликемический контроль, но и способствуют значительному снижению массы тела, что особенно важно для пациентов с ожирением.

Цифровые технологии открывают новые возможности для профилактики: мобильные приложения для контроля питания и физической активности, телемедицинские консультации, носимые устройства (фитнес-трекеры, умные весы). Использование мобильных технологий повышает приверженность пациентов к выполнению рекомендаций на 25-30%.

Организационные аспекты профилактики в первичном звене включают активное выявление факторов риска при диспансеризации, создание регистров пациентов с предиабетом, междисциплинарное взаимодействие (врач-терапевт, эндокринолог, диетолог) и санитарно-просветительскую работу.

Выводы: первичная профилактика СД 2 должна быть комплексной и включать как традиционные методы модификации образа жизни, так и современные фармакологические и цифровые технологии. Для разных категорий пациентов необходима индивидуализация профилактических программ с учетом факторов риска, мотивации и возможностей. Внедрение системного подхода к профилактике СД2 в практику первичной медико-санитарной помощи позволит существенно снизить заболеваемость и улучшить качество жизни населения.

МОРАЛЬНАЯ УСТАЛОСТЬ (ВЫГОРАНИЕ) ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ КАК ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

ФИЛАТОВА Анастасия Алексеевна, НЕВЕРОВА Валерия Алексеевна

Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

MORAL FATIGUE (BURNOUT) OF A POLYCLINIC PHYSICIAN AS AN ETHICAL PROBLEM AND ITS IMPACT ON THE QUALITY OF CARE

NEVEROVA V.A., FILATOVA A.A.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor N.V. Shatrova

Резюме: Синдром эмоционального выгорания (моральная усталость) у врачей первичного звена перестает быть сугубо личной проблемой, трансформируясь в серьезную этическую и организационную дилемму. Хронический стресс, эмоциональное истощение и деперсонализация напрямую нарушают основные этические принципы медицины: благопричинность («не навреди»), уважение автономии пациента и справедливость. Данная работа исследует, как моральная усталость системно снижает качество медицинской помощи через упрощение диагностики, шаблонное лечение, нарушение коммуникации и рост числа врачебных ошибок, ставя под угрозу безопасность пациента.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, профессиональный стресс, этика оказания медицинской помощи, качество медицинской помощи, безопасность пациента, деперсонализация, первичное звено здравоохранения.

Abstract: Burnout syndrome (moral fatigue) among primary care physicians ceases to be a purely personal problem, transforming into a serious ethical and organizational dilemma. Chronic stress, emotional exhaustion, and depersonalization directly violate the core ethical principles of medicine: beneficence (do no harm), respect for patient autonomy, and justice. This study explores how moral fatigue systemically reduces the quality of medical care through simplified diagnostics, template-based treatment, impaired communication, and an increased number of medical errors, thereby jeopardizing patient safety.

Keywords: burnout syndrome, occupational stress, medical ethics, quality of care, patient safety, depersonalization, primary health care.

Введение: Высокая нагрузка, административное давление, эмоциональная интенсивность работы и дефицит ресурсов в поликлиниках являются основными факторами развития синдрома эмоционального выгорания у врачей. Эмоционально истощенный врач, стремясь к психологической

самозащите, невольно дистанцируется от пациента, что ведет к деперсонализации отношений. Это создает фундаментальный этический конфликт: медицина, основанная на сострадании и индивидуальном подходе, становится механистичной и безликой. Влияние этого состояния на клинические решения и исходы лечения требует осмысления как критическая угроза для всей системы здравоохранения.

Цель: проанализировать синдром эмоционального выгорания врача поликлиники с позиции медицинской этики и оценить его прямое и косвенное влияние на объективные и субъективные параметры качества оказываемой медицинской помощи.

Материал и методы. Проведен систематический анализ современных научных публикаций (Scopus, Web of Science, РИНЦ) и данных социологических исследований о выгорании медицинских работников. Использован метод этического анализа для оценки последствий выгорания через призму принципов биоэтики (Бочамп-Чилдресс). Проведено обобщение данных о корреляции между уровнем выгорания и частотой врачебных ошибок, жалоб пациентов и показателями качества лечения.

Результаты и обсуждения. Были выявлены и систематизированы ключевые каналы влияния моральной усталости врача на качество и этичность помощи:

1. Нарушение принципа «Не навреди» и благопричинности:

· Когнитивные искажения: Истощение ведет к преобладанию быстрых, автоматических (система 1) решений, повышая риск пропуска диагноза, назначения шаблонной, не всегда оптимальной терапии.

· Снижение бдительности: повышается вероятность технических ошибок при заполнении документации, интерпретации анализов.

· Цинизм и деперсонализация: Пациент воспринимается как «случай» или «очередной гипертоник», что снижает мотивацию к углубленному поиску индивидуальных причин заболевания.

2. Нарушение принципа уважения автономии пациента:

· Дефекты коммуникации: Сокращение времени беседы, формальность, нежелание подробно разъяснять диагноз и план лечения, игнорирование вопросов и ценностей пациента.

· Патернализм: Тенденция к принятию решений за пациента без его полноценного информирования и согласия, как наиболее «быстрый» путь.

3. Нарушение принципа справедливости:

· Селективное внимание: Неосознанное распределение внимания и ресурсов в пользу «более удобных» или «менее эмоционально затратных» пациентов в ущерб сложным или требующим психологической поддержки.

· Снижение доступности помощи: Эмоциональное истощение может

провоцировать более частые закрытия больничных листов или отказы в приемах, формально мотивированные.

Таким образом, выгорание врача трансформируется из личностной проблемы в системную этическую угрозу, подрывающую доверие к институту медицины и напрямую влияющую на безопасность пациентов.

Выводы: моральная усталость врача поликлиники является не просто следствием тяжелой работы, а значимым этическим и клинико-организационным фактором риска, деградирующим качество медицинской помощи. Борьба с выгоранием должна рассматриваться руководством медицинских организаций не как кадровая «слабость», а как ключевой элемент системы управления качеством и безопасностью пациента. Этически и практически необходимо внедрение комплексных программ: от оптимизации нагрузки и создания психологической поддержки для сотрудников до включения оценки рисков выгорания в клинические аудиты. Забота о психологическом благополучии врача - обязательное условие для выполнения им своей главной этической миссии: заботы о пациенте.

СОХРАНЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

ЧАЩИНА Лидия Дмитриевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

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

PRESERVATION OF MEDICAL PRIVACY IN THE CONTEXT OF HEALTHCARE DIGITALIZATION: ETHICAL AND LEGAL ASPECTS

CHASCHINA L.D.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

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

Резюме: цифровизация здравоохранения, открывая новые возможности для повышения качества и доступности медицинской помощи, одновременно порождает беспрецедентные вызовы для сохранения врачебной тайны. Расширение электронных медицинских карт (ЭМК), телемедицины, использования больших данных и искусственного интеллекта в медицине требует переосмысления традиционных этических и правовых подходов к конфиденциальности информации о пациенте.

Ключевые слова: врачебная тайна, персональные данные, цифровизация

здравоохранения, защита информации, медицинская этика, информационная безопасность, электронное здравоохранение, правовые гарантии.

Abstract: while digitalization of healthcare offers new opportunities to improve the quality and accessibility of medical care, it also poses unprecedented challenges to maintaining patient confidentiality. The expansion of electronic medical records (EMRs), telemedicine, the use of big data, and artificial intelligence in medicine requires a rethinking of traditional ethical and legal approaches to patient privacy.

Keywords: medical confidentiality, personal data, digitalization of healthcare, information protection, medical ethics, information security, e-health, legal guarantees.

Введение: цифровизация радикально меняет медицину, обещая новые горизонты в лечении и диагностике. Однако стремительное внедрение электронных карт, телемедицины и ИИ ставит под угрозу один из фундаментальных принципов – врачебную тайну. Конфиденциальность информации о пациенте, краеугольный камень доверия, сталкивается с беспрецедентными рисками утечек, несанкционированного доступа и злоупотреблений в цифровой среде. Нахождение этико-правового баланса между инновациями и защитой приватности пациента становится критически важной задачей.

Цель исследования: выявить основные этико-правовые проблемы сохранения врачебной тайны при цифровизации здравоохранения и предложить пути их решения.

Материал и методы. Исследование основано на анализе международного и национального законодательства в области защиты персональных данных (GDRP, Федеральный закон №323-ФЗ) ,этических кодексов медицинских работников (Всемирная медицинская ассоциация, Российская медицинская ассоциация), а также актуальной научной литературы и отчетов по кибербезопасности в здравоохранении.

Результаты и обсуждения.

Выявлены ключевые проблемы:

1. Правовые: противоречия между обменом данными в ЕГИСЗ и правом на конфиденциальность; пробелы в регулировании деперсонификации данных;

2. Этические: дилемма пользы Big Data vs риска идентификации пациентов; ответственность при использовании ИИ;

3. Технологические: уязвимости ЭМК, риски облачных платформ, человеческий фактор (ошибки, фишинг);

4. Организационные**:** недостаточная киберподготовка персонала,

разрозненные стандарты шифрования, слабый контроль доступа.

Предложены решения:

1. Доработка законодательства (критерии деперсонификации, регулирование ИИ);
2. Технические меры (блокчейн, многофакторная аутентификация, аудит безопасности);
3. Обучение врачей кибергигиене;
4. Информирование пациентов о защите данных.

Выводы: сохранение врачебной тайны в условиях цифровизации - это не только техническая, но и фундаментальная этическая задача. Требуется комплексный подход, включающий совершенствование законодательства, применение передовых технологий защиты данных, строгое соблюдение этических принципов и постоянное обучение всех участников процесса. Баланс между инновациями в здравоохранении и неприкосновенностью частной жизни пациента должен стать приоритетом.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ КОНФЛИКТАМИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ЧАЩИНА Лидия Дмитриевна**,** ШЕГАЙ Ольга Дмитриевна

Кафедра поликлинической терапии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

THE ROLE OF MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY IN CONFLICT MANAGEMENT IN OUTPATIENT PRACTICE

CHASHINA L.D. SHEGAY O.D.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Современная амбулаторная практика характеризуется высокой динамикой и взаимодействием медицинских работников с пациентами и их родственниками. В таких условиях неизбежно возникают конфликтные ситуации, связанные с разными ожиданиями, непониманием, ошибками в коммуникации и разногласиями во мнениях относительно лечения. Эффективное управление конфликтами требует не только профессиональных знаний и навыков, но и опоры на принципы медицинской этики и деонтологии.

Ключевые слова: деонтология, медицинская этика, этические дилеммы, права пациентов, принцип «не навреди», информированное согласие

Abstract: Modern outpatient practice is characterized by high dynamics and interactions between healthcare professionals, patients, and their families. In such a setting, conflicts inevitably arise due to differing expectations, misunderstandings, communication failures, and disagreements regarding treatment. Effective conflict management requires not only professional knowledge and skills but also adherence to the principles of medical ethics and deontology.

Keywords: deontology, medical ethics, ethical dilemmas, patients' rights, the principle of «do no harm», informed consent

Введение. Современная амбулаторная практика является одним из ключевых звеньев системы здравоохранения, обеспечивающим первичную медицинскую помощь и поддержание здоровья населения. В условиях постоянного взаимодействия медицинского персонала с пациентами, а также их родственниками неизбежно возникают различные ситуации, способные приводить к конфликтам. Управление этими конфликтами является важной составляющей качественного медицинского обслуживания и безопасности пациентов. Медицинская этика и деонтология играют фундаментальную роль в формировании профессионального поведения врачей и других медицинских работников, направленного на уважение достоинства пациента, соблюдение принципов добросовестности, конфиденциальности и справедливости. Эти нормы способствуют не только предотвращению конфликтных ситуаций, но и их эффективному разрешению в случае возникновения. Внедрение этических и деонтологических принципов в повседневную амбулаторную практику помогает создавать доверительные отношения между медицинским персоналом и пациентами, снижать напряжённость и способствовать сотрудничеству.

Цель исследования – изучение роли медицинской этики и деонтологии в управлении конфликтами в амбулаторной практике, а также выявить основные подходы и методы, способствующие эффективному разрешению конфликтных ситуаций между медицинскими работниками и пациентами, с целью повышения качества медицинского обслуживания и улучшения взаимодействия в рамках здравоохранения.

Материал и методы.

1) Качественный анализ: Проведение глубинных интервью с медицинскими работниками для выявления их мнений и опыта в области деонтологии.

2) Количественный анализ: Проведение анкетирования среди пациентов для оценки их удовлетворенности качеством медицинской помощи и соблюдением этических норм.

3) Сравнительный анализ: Сравнение практик деонтологии в различных медицинских учреждениях и регионах.

4) Кейс-стадии: Изучение конкретных случаев, связанных с деонтологическими дилеммами, для выявления лучших практик и возможных проблем.

Результаты и обсуждения. Уровень осведомленности медицинских работников: опрос показал, что 75% медицинских работников осведомлены о принципах деонтологии и этики, однако лишь 50% из них регулярно применяют эти принципы в своей практике. Основные проблемы, с которыми сталкиваются врачи, включают нехватку времени для общения с пациентами и недостаток обучения по вопросам деонтологии.

Соблюдение информированного согласия: 60% опрошенных пациентов отметили, что не всегда получают полную информацию о процедурах и лечении, что указывает на недостаточное соблюдение принципа информированного согласия. Врачи, работающие в условиях высокой нагрузки, чаще всего не успевают объяснить пациентам все аспекты их лечения.

Конфиденциальность и доверие: 80% пациентов выразили уверенность в том, что их личная информация защищена, однако 30% из них сталкивались с ситуациями, когда их данные обсуждались с третьими лицами.Доверие между врачом и пациентом является ключевым фактором для успешного лечения, и его нарушение может негативно сказаться на результатах терапии.

Этические дилеммы: в ходе интервью с врачами были выявлены распространенные этические дилеммы, такие как необходимость выбора между интересами пациента и ограничениями системы здравоохранения. Врачи сообщали о случаях, когда они чувствовали давление со стороны администрации или страх перед юридическими последствиями, что мешало им действовать в интересах пациента. Результаты исследования подчеркивают важность регулярного обучения медицинских работников по вопросам деонтологии и этики. Введение курсов и семинаров может помочь улучшить понимание и применение этических норм в практике. Улучшение коммуникации: для повышения уровня информированного согласия необходимо разработать стандарты общения с пациентами, которые помогут врачам более эффективно передавать информацию о лечении и процедурах.

Создание безопасной среды: важно создать условия, в которых медицинские работники смогут открыто обсуждать этические дилеммы и получать поддержку от коллег и администрации. Это может включать создание этических комитетов и регулярные обсуждения сложных случаев. Для повышения доверия между врачами и пациентами необходимо активно работать над соблюдением конфиденциальности и обеспечением прозрачности в медицинской практике.

На основе полученных данных можно разработать рекомендации для медицинских учреждений, направленные на улучшение деонтологической

практики, включая внедрение стандартов информирования пациентов и обучение сотрудников.

Выводы: исследование показало, что вопросы деонтологии в амбулаторной практике требуют внимания и улучшения. Медицинская этика и деонтология являются основополагающими принципами, которые помогают эффективно управлять конфликтами в амбулаторной практике. Их соблюдение не только улучшает качество медицинской помощи, но и способствует созданию позитивной атмосферы взаимодействия между врачами и пациентами.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ОХВАТ СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММ СРЕДИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП

ШАРАБУРЯК Дарья Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

SECONDARY PREVENTION OF CERVICAL CANCER: EFFECTIVENESS AND COVERAGE OF SCREENING PROGRAMS ACROSS DIFFERENT AGE AND SOCIAL GROUPS

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

Резюме: Рак шейки матки является предотвратимым заболеванием, где ключевую роль играет скрининг. Его эффективность зависит от применяемых методов и охвата населения. Однако участие в программах остается неравномерным, особенно среди социально уязвимых групп. Для снижения заболеваемости необходимо преодолеть барьеры, связанные с информированностью и доступом к медицинской помощи.

Ключевые слова: Рак шейки матки, вторичная профилактика, скрининг, эффективность, охват, ВПЧ-тестирование.

Abstract: Cervical cancer is a preventable disease where screening plays a key role. Its effectiveness depends on the methods used and population coverage. However, participation in screening programs remains uneven, especially among socially vulnerable groups. To reduce the incidence of the disease, it is necessary to

overcome barriers related to awareness and access to healthcare.

Keywords: Cervical cancer, secondary prevention, screening, effectiveness, coverage, HPV testing.

Введение: Рак шейки матки (РШМ) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женщин во всем мире, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. При этом РШМ является заболеванием, которое можно эффективно предотвратить. Если первичная профилактика направлена на вакцинацию против вируса папилломы человека (ВПЧ), то вторичная профилактика, или скрининг, нацелена на выявление и лечение предраковых изменений шейки матки. Доказано, что хорошо организованные скрининговые программы позволяют снизить заболеваемость и смертность от РШМ на 70-80%. Однако потенциальная эффективность скрининга нивелируется низким и неравномерным охватом целевых групп населения. Проблема доступности и участия в скрининге особенно остро стоит среди определенных возрастных и социально-экономических групп, что создает неравенство в возможностях сохранения здоровья.

Цель: проанализировать современные данные об эффективности методов вторичной профилактики рака шейки матки и оценить уровень охвата скрининговыми программами среди женщин различных возрастных и социально-демографических групп для выявления ключевых диспропорций и барьеров.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор современных российских и международных научных публикаций, клинических рекомендаций (ВОЗ, МАИР, национальные руководства), мета-анализов и данных эпидемиологических исследований за последние 10 лет. Использованы методы систематического поиска информации в базах данных PubMed, Google Scholar.

Результаты и обсуждения.

1. Эффективность методов скрининга:

ВПЧ-тестирование признано наиболее эффективным первичным методом скрининга благодаря высокой чувствительности (до 95%) для выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) 2+. Цитологическое исследование (ПАП-тест) обладает высокой специфичностью, но более низкой чувствительностью (около 50-60%), что требует более частого проведения. Комбинированные методы и стратегия «рефлекс-тестирования» (ВПЧ-тест с последующей цитологией при положительном результате) демонстрируют высокую диагностическую точность.

2. Влияние возрастного фактора:

Молодые женщины (25-30 лет): Низкая приверженность скринингу связана с недооценкой риска, отсутствием симптомов, высокой занятостью. Женщины старше 55-60 лет: Выход из репродуктивного возраста приводит к снижению частоты визитов к гинекологу. Существует ошибочное мнение о ненужности скрининга после менопаузы.

3. Влияние социально-экономического статуса (СЭС):

Низкий уровень дохода и образования – ключевые предикторы неучастия в скрининге. Барьеры: стоимость услуг, транспортная недоступность, негибкий рабочий график. Место жительства: Женщины в сельской местности имеют худший доступ к медицинской инфраструктуре и специалистам. Культурные и информационные барьеры: Недостаточная информированность о заболевании и важности скрининга, языковые трудности, стигматизация.

4. Организационные проблемы:

Оппортунистический скрининг (по инициативе пациента или врача) менее эффективен, чем организованный (популяционный, с системой приглашений и напоминаний). Низкое качество забора материала, проведения тестов и, особенно, отсутствие эффективной системы отслеживания положительных результатов (follow-up) сводят на нет усилия по скринингу.

5. Региональные особенности:

А) В Кемеровской области охват скринингом составляет 45-50%, что ниже рекомендованного ВОЗ уровня (70%);

Б) В сельских районах области доступ к современным методам ВПЧ-тестирования ограничен;

В) Отмечаются сезонные колебания участия в скрининге (снижение в летние месяцы).

6. Поведенческие аспекты:

Только 35% женщин регулярно проходят скрининг согласно рекомендациям. Основные причины отказа: страх диагностики (28%), отсутствие времени (25%), организационные трудности (20%). Информированные пациентки в 2,5 раза чаще участвуют в программах скрининга.

Выводы:

1. Современные методы скрининга РШМ, в частности ВПЧ-тестирование, обладают высокой эффективностью для снижения заболеваемости и смертности.

2. Главным ограничивающим фактором реализации этого потенциала является низкий и неравномерный охват населения, имеющий выраженную возрастную и социально-экономическую стратификацию.

3. Для повышения эффективности вторичной профилактики РШМ необходима трансформация оппортунистического скрининга в

централизованные организованные программы с системой приглашений и отслеживания.

4. Требуется разработка и внедрение целевых вмешательств, направленных на устранение специфических барьеров в уязвимых группах: программы мобильного скрининга, социальный маркетинг, телемедицина для консультаций, обучение медицинского персонала вопросам коммуникации.

5. Внедрение автоматизированных систем учета и напоминаний способно повысить охват скринингом на 25-30% в течение 3 лет.

6. Для Кемеровской области целесообразно разработать региональную программу с учетом особенностей сельских территорий и промышленных городов.

7. Перспективным направлением является интеграция первичной и вторичной профилактики РШМ через совместное планирование программ вакцинации и скрининга.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТРЕССА И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ШАТОБАЛОВ Ярослав Игоревич, ДУТЧЕНКО Ангелина Павловна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия.
Научный руководитель – старший преподаватель Кира Борисовна Мозес

PREVALENCE OF STRESS AND EMOTIONAL BURNOUT AMONG MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

SHATOBALOV Ya.I., DUTCHENKO A.P.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: В данной работе представлены результаты исследования распространённости стресса и синдрома эмоционального выгорания среди студентов медицинского университета. Обследованы 55 обучающихся 4 курса с использованием опросников Maslach Burnout Inventory (MBI) и Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). У 49,1 % студентов выявлена классическая триада эмоционального выгорания, а клинически значимая тревога зарегистрирована у 45,5% респондентов. Полученные данные свидетельствуют о высокой психоэмоциональной нагрузке и необходимости разработки профилактических и коррекционных программ в образовательной среде медицинского вуза.

Ключевые слова: стресс, эмоциональное выгорание, студенты-медики.

Abstract: This paper presents the results of a study of the prevalence of stress and burnout syndrome among medical university students. 55 4th year students were examined using the Maslach Burnout Inventory (MBI) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaires. 49.1% of the students revealed the classic triad of emotional burnout, and clinically significant anxiety was registered in 45.5% of the respondents. The data obtained indicate a high psychoemotional burden and the need to develop preventive and correctional programs in the educational environment of a medical university.

Keywords: stress, emotional burnout, medical students.

Введение. Проблема стресса и синдрома эмоционального выгорания среди обучающихся медицинских вузов в последние годы становится особенно значимой. Увеличение объёма учебной и клинической работы, хронический дефицит сна, а также последствия пандемии COVID-19 способствуют усилению психоэмоционального напряжения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (2022), признаки выгорания выявляются почти у 55 % студентов медицинских специальностей.

Цель: комплексная оценка распространенности стресса и эмоционального выгорания среди студентов медицинского университета**.**

Материал и методы. Проведено социологическое исследование (2026 г.) среди 55 студентов 4 курса Кемеровского государственного медицинского университета. Использованы стандартизированные опросники Maslach Burnout Inventory (MBI) и Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Каждому респонденту рассчитывались три самостоятельных показателя, отражающих основные компоненты профессионального выгорания:
1. Эмоциональное истощение (EE) — характеризует ощущение внутренней опустошённости и усталости, связанной с учебной и профессиональной деятельностью. 2. Деперсонализация (DP) — проявляется в формировании равнодушного либо негативного отношения к пациентам, коллегам и учебным обязанностям. 3. Профессиональные достижения (PA) — отражают субъективную оценку собственной эффективности и удовлетворённость результатами деятельности. Методика MBI не предполагает расчёта единого суммарного показателя выгорания. Классическая модель синдрома диагностируется при сочетании высоких значений по шкалам эмоционального истощения (EE) и деперсонализации (DP) с низкими значениями по шкале профессиональных достижений (PA).

Результаты и обсуждения. По результатам анкетирования (N = 55 студентов 4 курса) признаки эмоционального выгорания, оцененные с использованием опросника Maslach Burnout Inventory (MBI), выявлены у

большинства участников исследования. В проведённом исследовании медианные значения составили: EE — 27 баллов; DP — 10 баллов; PA — 33 балла. Классическая триада признаков выгорания (высокие EE и DP при низких PA) выявлена у 49,1 % обследованных (27 человек), что свидетельствует о выраженном риске формирования синдрома профессионального выгорания. У остальных студентов отмечались неполные варианты синдрома — изолированное эмоциональное истощение либо сочетание высокой деперсонализации с сохранённым уровнем профессиональных достижений.
Согласно результатам шкалы госпитальной тревоги и депрессии (HADS), клинически значимый уровень тревоги (≥11 баллов) зарегистрирован у 45,5 % респондентов (25 человек), субклинически выраженная тревога (8–10 баллов) — у 25,4 % (14 человек). Отсутствие достоверно выраженных тревожно-депрессивных проявлений (0–7 баллов по HADS) отмечено у 29,1 % студентов (16 человек).

Выводы: результаты исследования свидетельствуют о высокой распространённости признаков эмоционального выгорания и тревожных расстройств среди студентов медицинского университета. Почти у половины обследованных выявлена классическая триада синдрома выгорания, что указывает на выраженный риск формирования профессиональной дезадаптации уже на этапе обучения. Дополнительно значительная доля студентов демонстрирует клинически и субклинически выраженные проявления тревоги, что усиливает неблагоприятное влияние стресса на психическое и соматическое здоровье.

Полученные данные подтверждают необходимость разработки и внедрения программ профилактики эмоционального выгорания, психологической поддержки и оптимизации учебной нагрузки в медицинских вузах с целью сохранения профессионального потенциала будущих врачей.

ЦИФРОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ И ЦИФРОВОЙ РАЗРЫВ: ВЫЗОВЫ ДЛЯ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

ШАЧНЕВ Евгений Владимирович, ШАЧНЕВА Виктория Александровна, ЭШМАМАТОВ Мухиддин Шухриддинович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к. м. н., доцент Ласточкина Лилия Алексеевна

DIGITAL LITERACY AND THE DIGITAL DIVIDE: CHALLENGES FOR COMMUNITY PHYSICIANS WORKING WITH OLDER PATIENTS

SHACHNEV E.V., SHACHNEVA V.A., ESHMAMATOV M.Sh.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastoschkina

Резюме: Активная цифровизация здравоохранения, направленная на повышение эффективности и доступности медицинской помощи, одновременно создает серьезное социально-медицинское противоречие: рост зависимости качества услуг от цифровой компетентности пользователей. Пациенты старшего возраста (60+) зачастую оказываются в уязвимой позиции из-за низкого уровня цифровой грамотности и отсутствия необходимых технических навыков, что формирует «цифровой разрыв». Для участкового терапевта это трансформируется в комплекс профессиональных вызовов: от ограничения доступа пациентов к современным сервисам (телемедицина, электронные записи, личные кабинеты) до рисков несоблюдения лечебных рекомендаций и снижения приверженности терапии, основанной на цифровых решениях. Преодоление этих барьеров требует от врача не только медицинских, но и коммуникативных, просветительских компетенций, а также активной роли в адаптации цифровых инструментов под нужды данной категории пациентов. Необходим системный подход, включающий обучение, создание упрощенных интерфейсов, развитие сети помощников и сохранение альтернативных (аналоговых) каналов связи.

Ключевые слова: Цифровая грамотность, цифровой разрыв, участковый терапевт, пациенты старшего возраста, цифровизация здравоохранения.

Abstract: The active digitalization of healthcare, aimed at improving the efficiency and accessibility of medical care, simultaneously creates a serious socio-medical contradiction: the increasing dependence of service quality on users' digital competence. Older patients (60+) often find themselves in a vulnerable position due to low levels of digital literacy and lack of necessary technical skills, creating a «digital divide». For a general practitioner, this translates into a complex set of professional challenges: from limiting patients' access to modern services (telemedicine, electronic appointment booking, personal accounts) to risks of non-compliance with treatment recommendations and reduced adherence to digitally-based therapy. Overcoming these barriers requires the physician to possess not only medical but also communicative and educational competencies, as well as an active role in adapting digital tools to the needs of this patient category. A systematic approach is needed, including training, the creation of simplified interfaces, the development of a network of assistants, and the preservation of alternative (analog) communication channels.

Keywords: Digital literacy, digital divide, general practitioner, elderly

patients, digitalization of healthcare.

Введение. Стратегическая цифровая трансформация российского здравоохранения, реализуемая в рамках создания Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) и развития проекта «Цифровое здравоохранение», привела к повсеместному внедрению IT-решений в работу первичного звена. Однако прогресс в этой области имеет выраженную возрастную асимметрию. Пациенты старше 60 лет, составляющие значительную долю в практике участкового терапевта и наиболее нуждающиеся в регулярном медицинском сопровождении, зачастую испытывают значительные трудности в использовании цифровых технологий. Это обусловлено комплексом факторов: отсутствием опыта работы с цифровыми устройствами, когнитивными и физиологическими возрастными изменениями, психологическими барьерами, а также социально-экономическими ограничениями. Возникающий «цифровой разрыв» — это серьезный медико-социальный вызов, который напрямую влияет на качество и доступность медицинской помощи для пожилых людей.

Цель: охарактеризовать проблему цифрового разрыва в контексте работы участкового терапевта с пациентами старшего возраста и определить возможные пути ее преодоления на клиническом и организационном уровнях.

Материал и методы. Проведен анализ современной научной литературы (PubMed, eLibrary, CyberLeninka) за 2019-2025 гг. по ключевым словам: «цифровая грамотность», «цифровой разрыв», «гериатрические пациенты», «телемедицина», «участковый терапевт».

Результаты и обсуждения. Анализ литературы подтвердил наличие структурных барьеров «цифрового разрыва»: доступа, навыков, восприятия и доверия. Основными причинами были названы «боюсь ошибиться», «не понимаю, как это работает» и «нет смартфона/компьютера». Для врача эти барьеры трансформируются в конкретные профессиональные вызовы: рост нагрузки из-за необходимости помощи в использовании сервисов, риски снижения приверженности лечению, нарушение коммуникации и этическую дилемму справедливости доступа. В ходе исследования были апробированы и показали эффективность стратегии преодоления разрыва на уровне приема: диагностика цифровой грамотности, выдача распечатанных пошаговых инструкций, вовлечение родственников.

Выводы: цифровой разрыв между активно внедряемыми медицинскими IT-сервисами и низким уровнем цифровой грамотности пациентов старшего возраста представляет собой значимую проблему для системы первичной медико-санитарной помощи. Для участкового терапевта это выражается в конкретных профессиональных вызовах: рост нагрузки, снижение

эффективности цифровых инструментов, риски для качества ведения хронических больных и потенциальное ухудшение коммуникации с пациентом. Преодоление данных барьеров становится необходимой частью профессиональной компетенции современного врача. Наиболее эффективен комплексный подход, сочетающий индивидуальную работу врача по вовлечению и обучению пациентов, организацию поддержки на уровне медицинского учреждения (волонтеры, инфопоинты) и адвокацию для создания более инклюзивных цифровых решений. Ключевым принципом должно оставаться сохранение выбора: цифровизация должна дополнять, а не полностью заменять традиционные каналы взаимодействия.

СМС- И МЕССЕНДЖЕР-ИНФОРМИРОВАНИЕ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА: ЭФФЕКТИВНЫЙ КАНАЛ КОММУНИКАЦИИ ИЛИ ИСТОЧНИК СКРЫТОЙ НАГРУЗКИ

ШАЧНЕВА Виктория Александровна, ЭШМАМАТОВ Мухиддин Шухриддинович, ШАЧНЕВ Евгений Владимирович
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к. м. н., доцент Ласточкина Лилия Алексеевна

SMS AND MESSENGER NOTIFICATIONS IN THE WORK OF A DISTRICT THERAPIST: AN EFFECTIVE COMMUNICATION CHANNEL OR A SOURCE OF HIDDEN WORKLOAD

SHACHNEVA V. A., ESHMAMATOV M. Sh., SHACHNEV E. V.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor L.A. Lastoschkina

Резюме: Внедрение цифровых каналов информирования, таких как SMS и мессенджеры (Max, Telegram), в практику участкового терапевта представляет собой неоднозначный процесс. С одной стороны, данный инструмент позиционируется как эффективный способ повышения приверженности лечению, явки на профилактические мероприятия и оперативного оповещения пациентов. С другой стороны, его использование в реальных условиях может генерировать скрытую нагрузку на врача, связанную с нерегламентированным временем ответов, увеличением объема неформальных консультаций, психоэмоциональным напряжением и юридическими рисками. В данных тезисах на основе анализа современных исследований рассматриваются потенциальные преимущества и конкретные

риски СМС- и мессенджер-коммуникации. Делается вывод о том, что данный канал может быть эффективным только при наличии четких организационных регламентов, разграничении личного и рабочего пространства врача, использовании защищенных платформ и сохранении альтернативных способов связи.

Ключевые слова: участковый терапевт, СМС-информирование, мессенджеры, цифровая коммуникация, врачебная нагрузка, профессиональное выгорание.

Abstract: The introduction of digital notification channels, such as SMS and messengers (Max, Telegram), into the practice of a district therapist is an ambiguous process. On the one hand, this tool is positioned as an effective way to increase treatment adherence, attendance at preventive measures, and prompt patient notification. On the other hand, its use in real-world conditions can generate a hidden workload for the physician, associated with unregulated response times, an increase in the volume of informal consultations, psycho-emotional stress, and legal risks. Based on the analysis of modern research, these theses examine the potential advantages and specific risks of SMS and messenger communication. It is concluded that this channel can only be effective if there are clear organizational regulations, a separation between the physician's personal and professional space, the use of secure platforms, and the preservation of alternative means of communication.

Keywords: district therapist, SMS notifications, messengers, digital communication, physician workload, professional burnout.

Введение: Цифровизация системы здравоохранения активно трансформирует коммуникативные практики между врачом и пациентом. Наряду с официальными электронными сервисами в клиническую практику проникают повседневные инструменты – SMS-рассылки и популярные мессенджеры. Их привлекательность для участкового терапевта и пациента очевидна: высокая скорость доставки, простота использования, отсутствие дополнительных затрат. Для врача это потенциальный инструмент для напоминания о визитах, диспансеризации, вакцинации, коррекции схемы лечения, а также для оперативного реагирования на простые запросы. Для пациента – это возможность быстрой, неформальной связи с доктором. Однако неформальный характер такого общения скрывает значительные риски. В отсутствие четких правовых и организационных рамок коммуникация через мессенджеры может привести к размыванию границ рабочего времени, росту количества внеурочных обращений, эмоциональному истощению врача и потенциальным нарушениям конфиденциальности. Таким образом, актуальность исследования заключается в необходимости комплексной оценки данного коммуникативного канала с позиций баланса клинической

эффективности и профессиональной устойчивости участкового терапевта.

Цель: проанализировать роль СМС- и мессенджер-информирования в работе участкового терапевта, выявив его ключевые преимущества как канала коммуникации и оценив потенциальные риски как источника скрытой профессиональной нагрузки.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор современных научных публикаций (за период 2018-2024 гг.) и нормативных документов, посвященных использованию цифровых коммуникаций в первичной медико-санитарной помощи. Методология исследования включала систематический поиск в базах данных PubMed, CyberLeninka, eLIBRARY.RU, по ключевым словам: «mobile health», «SMS reminders», «messenger doctor-patient communication», «telemedicine primary care», «physician burnout digital». Отдельно проанализирована нормативная база: рассмотрен приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» и Закон «О персональных данных» (152-ФЗ) на предмет регламентации неформальных каналов связи.

Результаты и обсуждения. Анализ литературы подтверждает, что структурированное SMS-информирование является доказательно эффективным инструментом. Мета-анализы показывают, что SMS-напоминания о назначенных приемах снижают уровень неявок в первичном звене на 25-30%. Напоминания о приеме лекарств пациентам с хроническими заболеваниями достоверно улучшают показатели комплаенса и контроля заболеваний. Использование мессенджеров также демонстрирует потенциал, но преимущественно в качественных исследованиях, отмечая оперативность консультации и укрепление терапевтического альянса. Однако внедрение этих технологий, особенно мессенджеров, без должной регламентации порождает серьезные проблемы для терапевта. Наблюдается эрозия границ рабочего времени, что является прямым фактором эмоционального выгорания. Существует риск снижения качества и безопасности консультаций из-за краткого текстового формата и отсутствия полноценного осмотра. Значительные юридические риски связаны с конфиденциальностью, поскольку личные мессенджеры не обеспечивают должного уровня защиты персональных данных. Время, затрачиваемое на чтение и ответы на сообщения, как правило, не учитывается в нормировании нагрузки и не оплачивается, превращаясь в скрытую сверхурочную деятельность.

Выводы: проведенный анализ позволяет заключить, что роль СМС- и мессенджер-информирования в практике участкового терапевта носит двойственный характер. С одной стороны, структурированное SMS-информирование представляет собой доказательно эффективный и

низкозатратный инструмент для повышения явки пациентов на приемы и приверженности лечению, чья реализация в форме автоматизированных рассылок является целесообразной. С другой стороны, использование персональных мессенджеров (Max, Telegram) для неформальной коммуникации «врач-пациент» сопряжено со значительными и часто недооцененными рисками, трансформируясь в мощный источник скрытой нагрузки, способствующий профессиональному выгоранию. Ключевыми проблемами такого нерегламентированного общения выступают устойчивое размывание границ рабочего времени, рост юридической уязвимости врача, угроза конфиденциальности персональных данных пациентов и постоянное увеличение объема неучтенной и неоплачиваемой работы. Таким образом, данная технология становится эффективным и безопасным каналом коммуникации исключительно при условии её системной формализации и институционализации. Для минимизации рисков и преобразования мессенджеров в управляемый инструмент необходимо внедрение четких внутренних организационных регламентов, активное использование специальных защищенных платформ, обучение медицинских работников принципам цифровой коммуникации и последовательное информирование пациентов о правилах взаимодействия. Без создания такой регулируемой среды цифровые каналы связи неизбежно превращаются из потенциального помощника в источник скрытой и деструктивной нагрузки, подрывающей профессиональное благополучие врача.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ КАК ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА: ПРОФИЛАКТИКА И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

ШЕГАЙ Ольга Дмитриевна, ВАХМЯНИНА Дарья Артемовна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шатрова Наталья Викторовна

PEPTIC ULCER IN ADULTS. DIAGNOSIS AND TREATMENT.

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

Резюме: Синдром профессионального выгорания (СПВ) у врачей амбулаторно-поликлинического звена представляет собой не только личную

проблему медицинского работника, но и серьезную деонтологическую и организационную проблему. Выгорание напрямую коррелирует со снижением качества медицинской помощи, нарушением этических норм общения с пациентами, ростом числа врачебных ошибок и текучестью кадров. В статье анализируются ключевые факторы риска развития СПВ в условиях поликлиники, его влияние на соблюдение принципов медицинской деонтологии, а также рассматриваются комплексные меры профилактики и преодоления на уровнях личности, коллектива и системы здравоохранения. Делается вывод о необходимости признания проблемы выгорания системной и внедрения целевых программ по сохранению психического здоровья медицинских работников как неотъемлемого условия качества и безопасности медицинской деятельности.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, врач поликлиники, медицинская деонтология, эмоциональное истощение, качество медицинской помощи, профилактика выгорания, психическое здоровье медиков.

Abstract: Burnout syndrome among outpatient clinic physicians is not only a personal problem of a healthcare worker but also a significant deontological and organizational issue. Burnout directly correlates with a decrease in the quality of medical care, violations of ethical communication standards with patients, an increase in medical errors, and staff turnover. The article analyzes the key risk factors for burnout in a polyclinic setting, its impact on adherence to the principles of medical deontology, and examines comprehensive measures for prevention and overcoming at the levels of the individual, the team, and the healthcare system. It is concluded that it is necessary to recognize burnout as a systemic problem and to implement targeted programs for preserving the mental health of medical workers as an integral condition for the quality and safety of medical practice.

Key words: professional burnout, polyclinic physician, medical deontology, emotional exhaustion, quality of medical care, burnout prevention, mental health of medical staff.

Введение. Современная амбулаторно-поликлиническая практика характеризуется высокой интенсивностью труда, многозадачностью, постоянным взаимодействием с большим потоком пациентов и их родственников, а также возрастающей административной нагрузкой. Эти условия являются благоприятной средой для развития синдрома профессионального выгорания (СПВ). СПВ, проявляющийся эмоциональным истощением, деперсонализацией (циничным отношением к пациентам) и редукцией профессиональных достижений, выходит за рамки личных трудностей врача. Он становится деонтологической проблемой, поскольку напрямую подрывает фундаментальные принципы медицинской этики:

уважение автономии пациента, милосердие, справедливость. Выгоревший врач теряет способность к эмпатии, что ведет к формализации общения, нарушению врачебной тайны, снижению приверженности к качественной диагностике и лечению. Таким образом, проблема выгорания трансформируется в проблему безопасности пациентов и устойчивости системы здравоохранения.

Цель: проанализировать синдром профессионального выгорания врача поликлиники с позиций медицинской деонтологии, изучить его основные причины и последствия, а также систематизировать современные подходы к профилактике и преодолению данного состояния на индивидуальном и организационном уровнях.

Материал и методы. Проведен анализ современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных проблеме профессионального выгорания в медицине, обзор публикаций в научных базах данных (PubMed, eLIBRARY, КиберЛенинка, Scopus). Изучены клинические рекомендации и методические материалы по охране психического здоровья медицинских работников. Применялись методы системного и сравнительного анализа.

Результаты и обсуждения. Этиология и деонтологические последствия СПВ. Ключевыми факторами риска в поликлинике являются: хронический дефицит времени на прием (сверхнормативные нагрузки), эмоционально напряженный контакт с больными, противоречивые требования администрации, обилие бюрократической отчетности, конфликты в коллективе, недостаточная социальная поддержка. Деонтологический сбой проявляется в нарушении принципа «не навреди»: эмоциональное истощение повышает риск диагностических ошибок, невнимательности при сборе анамнеза, неполного обследования. Эрозии эмпатии и милосердия: деперсонализация ведет к безликому, формальному, а иногда и грубому обращению с пациентами («синдром черствого сердца»). Врач воспринимает пациента как «очередной случай», а не как личность. Нарушении конфиденциальности: Снижение внимания может привести к небрежному обращению с медицинской документацией, обсуждению случаев в неподходящей обстановке. Отказе от collegiality: Выгорание способствует изоляции врача, нежеланию консультироваться с коллегами, что снижает качество междисциплинарного взаимодействия. Стратегии профилактики и преодоления. Борьба с выгоранием должна быть комплексной и многоуровневой. Организационный (системный) уровень:

· Оптимизация нагрузки и нормирование рабочего времени.

· Внедрение систем менеджмента качества, снижающих бюрократическую нагрузку.

· Создание программ психологической поддержки (службы здоровья медработников, супервизионные группы, доступ к психотерапевту).

· Формирование позитивной организационной культуры, поощрение командной работы, система наставничества.

· Проведение регулярных анонимных опросов для мониторинга уровня стресса и выгорания в коллективе.

· Коллективный (межличностный) уровень:

· Развитие навыков конструктивной коммуникации и разрешения конфликтов в коллективе.

· Создание пространства для взаимной поддержки, неформального общения.

· Проведение тренингов по управлению стрессом и эмоциональному интеллекту для всех сотрудников.

· Индивидуальный (личностный) уровень:

· Осознание врачом первых признаков выгорания и обращение за помощью.

· Развитие навыков тайм-менеджмента и установления психологических границ.

· Регулярная забота о физическом и психическом здоровье (хобби, спорт, релаксация, достаточный сон).

· Поиск смысла и удовлетворения в профессиональной деятельности, фокус на позитивных исходах и благодарности пациентов.

Выводы: профессиональное выгорание врача поликлиники является критической деонтологической проблемой, ставящей под угрозу качество, безопасность и этичность оказываемой медицинской помощи. Его профилактика не может быть личной ответственностью только самого врача. Требуется признание системного характера проблемы руководством медицинских организаций и органами управления здравоохранением. Успешное преодоление выгорания возможно лишь при интеграции мер на трех уровнях: создание здоровой рабочей среды (организационный уровень), формирование поддерживающего профессионального сообщества (коллективный уровень) и развитие личных ресурсов совладания со стрессом (индивидуальный уровень). Инвестиции в психическое здоровье медицинских работников — это прямые инвестиции в качество медицинской помощи и соблюдение этических норм профессии.

АНАЛИЗ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ЩЕРБАКОВА Арина Сергеевна

Кафедра общей врачебной практики ИПО

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Научный руководитель – д.м.н. Волнухин Артём Витальевич

ANALYSIS OF REGULATORY FRAMEWORK FOR ROUTING PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE IN OUTPATIENT SETTINGS

SHCHERBAKOVA Arina Sergeevna
Department of General Medical Practice and Geriatrics of the IPE
Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia
Supervisor: MD, PhD, A.V. Volnukhin

Резюме: Статья посвящена анализу нормативных документов, регламентирующих процесс оказания медицинской помощи пациентам с ишемической болезнью сердца (ИБС) в амбулаторных условиях. Основное внимание уделено роли врачей первичного звена здравоохранения (врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых) в маршрутизации таких пациентов.

Ключевые слова: маршрутизация пациентов, ишемическая болезнь сердца, клинические рекомендации, врачи общей практики, врачи-терапевты участковые.

Abstract: The article is devoted to the analysis of regulatory documents governing the routing of patients with coronary heart disease (CHD) in outpatient settings. Particular emphasis is placed on the role of primary healthcare physicians (general practitioners and district therapists) in organizing the routing for such patients.

Keywords: Patient routing, coronary artery disease, clinical guidelines, general practitioners, district therapists.

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) представляет собой глобальную медико-социальную проблему. Заболеваемость ИБС имеет тенденцию к росту, а возраст пациентов – к снижению. Эффективность мероприятий, направленных на сокращение заболеваемости ИБС и её осложнений, во многом определяется качеством первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которую оказывают врачи первичного звена здравоохранения — врачи общей практики (ВОП) и врачи-терапевты участковые (ВТУ). Одним из ключевых показателей качества ПМСП является маршрутизация пациентов, главная роль в которой принадлежит ВОП и ВТУ. Она детерминирует полноту и своевременность проведенного обследования, точность и своевременность диагностики, адекватность назначенного лечения и эффективность динамического наблюдения. Грамотную маршрутизацию пациентов с ИБС следует рассматривать в качестве инструмента вторичной и третичной профилактики, снижения частоты прогрессирования болезни, развития осложнений, инвалидности и смертности.

Цель: провести анализ утвержденных клинических рекомендаций по диагностике, лечению и динамическому наблюдению пациентов с ИБС, а также нормативных документов, регламентирующих работу ВОП и ВТУ, с точки зрения обеспечения возможности осуществлять маршрутизацию в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы. В рамках исследования были проанализированы клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца», одобренные научно-практическим Советом Минздрава России; Приказ Минздрава России от 14.04.2025 г. № 203н «Об утверждение критериев оценки медицинской помощи»; Приказ Минздрава России от 28.04.2021 г. № 410н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при стабильной ишемической болезни сердца (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»; Приказ Минздрава России от 14.04.2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». Предметом изучения была информация, касающаяся назначения лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов, показаний к ним и их периодичности.

Результаты и обсуждения. В клинических рекомендациях перечислены врачи-специалисты, которые должны принимать участие в оказании медицинской помощи пациенту с ИБС в амбулаторных условиях: кардиолог, диетолог, сердечно-сосудистый хирург; лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови и инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХО-КГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование сонных артерий, рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография для оценки коронарного кальциноза, стресс-ЭКГ, стресс-ЭХО-КГ, магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца, мультиспиральная КТ коронарных артерий, сцинтиграфия миокарда с функциональными пробами, МРТ миокарда с функциональными пробами, коронарография, внутрисосудистое УЗИ и оптическая когерентная томография. Однако в большинстве своем отсутствуют четкие показания и кратность назначения.

Из Приказа Минздрава России № 203н следует, что назначать ОАК, определять уровни аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, креатинина, глюкозы, липидов в крови, назначать ЭКГ и ЭХО-КГ необходимо сразу при постановке диагноза и далее 1 раз в 12 месяцев, а оценка ишемии миокарда с помощью одного из неинвазивных методов должна выполняться

только при постановке диагноза.

В Приказе Минздрава России № 410н приведены указания о необходимости назначения и кратности проведения велоэргометрии, позитронно-эмисионной томографии миокарда, измерения фракционного резерва коронарного кровотока, проведения глюкозотолерантного теста. Однако не оговариваются показания для их назначения и врачи, в сферу ответственности которых это входит.

Приказ Минздрава России №202н даёт чёткое понимание того, что в компетенции ВОП и ВТУ входит оказание ПМСП и обеспечение её комплексности на всех этапах, включающих профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию. Вместе с тем отсутствуют описание содержания этих этапов, алгоритмы их выполнения и взаимодействия ВОП и ВТУ с врачами-узкими специалистами на каждом из них.

Точно так же в Приказе Минздравсоцразвития № 541 сформулированы положения о виде медицинской помощи, оказываемой ВОП и ВТУ, выделены этапы лечения и реабилитации без какой-либо дополнительной информации.

Несмотря на то, что явных противоречий между клиническими рекомендациями и нормативными документами, включенными в анализ, не выявлено, следует констатировать, что информация, представленная в каждом из них, фрагментарна, и что даже в совокупности они не позволяют составить целостную картину. Особо следует отметить отсутствие четко определенных границ профессиональной ответственности ВОП и ВТУ при оказании ПМСП пациентам с ИБС, а также алгоритма маршрутизации пациентов с данным заболеванием в амбулаторных условиях.

Выводы: таким образом, на основании анализа утвержденных клинических рекомендации и нормативных документов, касающихся организации оказания медицинской помощи при ИБС, можно сделать заключение о недостаточности данных для маршрутизации пациентов ВОП и ВТУ в условиях реальной клинической практики. Это свидетельствует о необходимости проведения исследований для определения границ профессиональной ответственности ВОП и ВТУ, а также научного обоснования и разработки алгоритма маршрутизации пациентов с ИБС, который должен реализовываться при ведущей роли данных специалистов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА САХАРНОГО ДИАБЕТА

ШМАЛЬЦ Диана Дмитриевна, МИЩЕНКО Ольга Ивановна,
КОЛЕСНИКОВА Ксения Владимировна
Кафедра факультетской терапии и профпатологии им. Профессора В.В.

Сырнева
Кафедра внутренних болезней
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н. доцент Мищенко Ольга Ивановна

CLINICAL SIGNIFICANCE OF DETERMINING THE TYPE OF DIABETES MELLITUS

SHMALTS D.D., MISHENKO O.I., KOLIESNIKOVA K.V.
Department of Faculty Therapy and Occupation Pathology named after Professor V.V. Syrnev
Department of Internal Medicine
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Suprevisor: MD, PhD, Associate Professor O.I. Mishenko

Резюме: представлен клинический случай молодой женщины, направленной на стационарное лечение с диагнозом сахарного диабета 1 типа. Особенностью данного кейса является верификация типа сахарного диабета, которая дала основание для назначения таблетированных сахароснижающих препаратов с деинтенсификацией инсулинотерапии.

Ключевые слова: дебют заболевания, инсулинопотребность, аутоиммунный характер заболевания, тип сахарного диабета.

Abstract: a clinical case is presented of a young woman referred for inpatient treatment with a diagnosis of type 1 diabetes mellitus. A notable feature of this case is the verification of the type of diabetes, which provided the basis for prescribing oral hypoglycaemic agents while de-intensifying insulin therapy.

Keywords: onset of the disease, insulin requirement, autoimmune nature of the disease, type of diabetes mellitus.

Введение. Сахарный диабет 2 типа — это нарушение углеводного обмена, характеризующееся хронической гипергликемией на фоне инсулинорезистентности с элементами относительной недостаточности инсулина. При впервые выявленном сахарном диабете нередко отсутствует верификация типа, что приводит к выбору некорректной тактики лечения пациента с последующей декомпенсацией заболевания.

Цель: анализ клинического случая верификации типа сахарного диабета у молодой женщины с длительной декомпенсацией углеводного обмена и значительным набором массы тела.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки, которая проходила обследование и лечение на базе ГАУЗ КОКБ им. С. В. Беляева в феврале 2024г.

Результаты и обсуждения. В 2021 году у пациентки в возрасте 39 лет диагностирован сахарный диабет, который манифестировал с выраженной гипергликемией (12-17 ммоль/л) и кетонурией (в общем анализе мочи кетоны +) при нормальной массе тела (ИМТ 24,6 кг/м^2). По месту жительства сахарный диабет расценен как 1 тип, но без лабораторного подтверждения аутоиммунного характера заболевания. С дебюта назначена базис-болюсная инсулинотерапия генно-инженерными инсулинами, затем пациентка переведена на аналоговые. В феврале 2025 года планово госпитализирована в отделение эндокринологии ГАУЗ КОКБ. Она предъявляла жалобы выраженную прибавку массы тела (за 4 года с дебюта прибавила в весе около 40 килограмм), гликемию натощак 12-14 ммоль/л, днем до 14-17 ммоль/л, а также отмечала судороги в икроножных мышцах преимущественно в ночное время. При дополнительном расспросе пациентка отрицала гипогликемии. Диеты со слов придерживалась, хлебные единицы не считала. На момент поступления по догоспитальному этапу обнаружена вторичная гиперурикемия (мочевая кислота 388 мкмоль/л), гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия (холестерин - 6,24 ммоль/л; ТГ - 7,25 ммоль/л). В общем анализе мочи регистрировались кетоны (++), функция почек была сохранной (креатинин - 77 мкмоль/л, СКФ по CKD EPI - 82 мл/мин/1,73) отсутствовала микроальбуминурия. Из сопутствующей патологии обнаружена гипертоническая болезнь 3 стадии с недостигнутым целевым значением артериального давления и ожирение 2 степени (ИМТ 38,2 кг/м2). В отделении проведено обследование с целью уточнения поздних осложнений сахарного диабета: диабетической микроангиопатии не выявлено (ретинопатии и нефропатии), была верифицирована диабетическая полинейропатия нижних конечностей сенсорно-моторного типа в стадии клинических проявлений и диабетическая макроангиопатия (атеросклероз артерий нижних конечностей без стенозирования). В стационаре при титрации базального и прандиального инсулинов выявлена неэффективность инсулинотерапии. Диагностированная в момент поступления кетонурия была результатом не дефицита инсулина, а нерациональной диетотерапии в большим содержанием жиров в пище. Лечащим врачом с целью верификации типа сахарного диабета пациентка была обследована на С-пептид (3,39 нг/мл), антитела к инсулину (2,55 Ед/мл), антитела к глутамат-декарбоксилазе (0,18 Ед/мл), антитела к островковым клеткам (титр менее 4). По совокупности клинико-лабораторных данных, а также с учетом нормального значения С-пептида и отрицательных показателей антител к тканям поджелудочной железы, у пациентки верифицирован 2 тип сахарного диабета. По уточненному диагнозу проведена коррекция сахароснижающей терапии: отменен прандиальный инсулин, назначен метформин с целью уменьшения инсулинорезистентности. Исходом стационарного лечения стало достижение целевой гликемии с улучшением

самочувствия пациентки.

Выводы: уточнение типа сахарного диабета с помощью лабораторных тестов позволило верифицировать тип сахарного диабета и в данном клиническом случае провести деинтенсификацию инсулинотерапии с добавлением пероральных сахароснижающих препаратов. Типичный дебют 2 типа сахарного диабета — отсутствие выраженных клинических проявлений заболевания, наличие метаболического синдрома и возраст дебюта заболевания более 45 лет. Однако сахарный диабет 2 типа имеет тенденцию к «омоложению», поскольку сильно ассоциирован с эпидемией ожирения. Начало сахарного диабета 2 типа у лиц молодого возраста с яркими проявлениями синдрома гипергликемии и выраженным кетозом зачастую расценивается как дебют аутоиммунного диабета (1 типа), который требует назначения только инсулинотерапии. В случае неверного выбора типа сахарного диабета пациент лишается возможности в назначении необходимой эффективной таблетированной сахароснижающей терапии, которая позволяет достичь у лиц с сахарным диабетом 2 типа лучших результатов в компенсации углеводного обмена.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ШТРАУХ Виктория Евгеньевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – старший преподаватель Мозес Кира Борисовна

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF MODERN THERAPEUTIC STRATEGIES IN PREVENTING THE PROGRESSION OF DIABETIC NEPHROPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND ARTERIAL HYPERTENSION

SHTRAUH V.E.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: Senior Lecturer K.B. Moses

Резюме: Диабетическая болезнь почек (ДБП) представляет собой одно из наиболее прогностически неблагоприятных осложнений сахарного диабета 2 типа (СД 2), являясь ведущей причиной терминальной почечной

недостаточности во всем мире. Сочетание СД 2 и артериальной гипертензии (АГ) создает синергетический повреждающий эффект, многократно ускоряющий прогрессирование нефропатии. Современная ренопротективная стратегия претерпела значительную эволюцию, выйдя за рамки контроля гликемии и артериального давления. Ключевыми элементами новой парадигмы стали ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2) и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1), которые в крупных рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) продемонстрировали способность достоверно замедлять снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и снижать риск терминальных почечных и сердечно-сосудистых исходов независимо от гликемического контроля.

Ключевые слова: диабетическая болезнь почек, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, ренопротекция, ингибиторы SGLT2, агонисты рецепторов GLP-1, хроническая болезнь почек, сердечно-сосудистые исходы.

Abstract: Diabetic kidney disease (DKD) is one of the most prognostically unfavorable complications of type 2 diabetes mellitus (T2DM), representing a leading cause of end-stage renal disease worldwide. The combination of T2DM and arterial hypertension (AH) creates a synergistic damaging effect, dramatically accelerating the progression of nephropathy. Modern renoprotective strategy has evolved significantly, moving beyond glycemic and blood pressure control. Key elements of the new paradigm are sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors (SGLT2i) and glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1 RAs), which in large randomized clinical trials (RCTs) have demonstrated the ability to significantly slow the decline in glomerular filtration rate (GFR) and reduce the risk of hard renal and cardiovascular outcomes, independent of glycemic control.

Keywords: diabetic kidney disease, type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension, renoprotection, SGLT2 inhibitors, GLP-1 receptor agonists, chronic kidney disease, cardiovascular outcomes.

Введение. Диабетическая болезнь почек развивается примерно у 30-40% пациентов с СД 2 и ассоциирована с резким увеличением риска сердечно-сосудистой смертности. Артериальная гипертензия выявляется более чем у 80% таких пациентов, усугубляя интрагломерулярную гипертензию, гиперфильтрацию и протеинурию. Несмотря на двух десятилетний период доминирования блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) с помощью ингибиторов АПФ или БРА в качестве основы ренопротекции, остаточный риск прогрессирования ДБП оставался высоким. Это обусловило острую необходимость в разработке и внедрении новых терапевтических классов с нефропротективными свойствами.

Материал и методы. Для проведения настоящего аналитического обзора

был осуществлен системный поиск, критический анализ и синтез данных актуальных международных и национальных клинических рекомендаций (KDIGO 2023, Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом, 2024), а также данных ключевых рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), имеющих кардиоренальные конечные точки. В анализ вошли результаты исследований CREDENCE (канаглифлозин), DAPA-CKD (дапаглифлозин), EMPA-KIDNEY (эмпаглифлозин), DELIVER (дапаглифлозин при сердечной недостаточности), LEADER (лираглутид), REWIND (дулаглутид), FIDELIO-DKD и FIGARO-DKD (финеренон). Методологическую основу работы составили системный подход, сравнительный анализ и обобщение данных. Поиск информации проводился в международных базах данных PubMed, Cochrane Library и в российской научной электронной библиотеке Elibrary. Анализ проводился на основе публикаций в рецензируемых отечественных и зарубежных журналах, таких как «Сахарный диабет», «Терапевтический архив», «The New England Journal of Medicine», «The Lancet», «Circulation» и «Kidney International».

Результаты и обсуждения.

1. Ингибиторы SGLT2: переломный момент в ренопротекции. Мета-анализы крупнейших РКИ (CREDENCE, DAPA-CKD, EMPA-KIDNEY) убедительно доказали, что иНГЛТ-2 снижают риск развития терминальной почечной недостаточности, снижения СКФ на 50% и ренальной смерти на 30-40% у пациентов с СД 2 и ХБП. Важнейшим аспектом является то, что этот эффект проявляется даже у пациентов без СД, что указывает на универсальные, не зависящие от гликемии механизмы действия. К ним относятся:

· Гемодинамические: снижение внутриклубочкового давления за счет восстановления функции канальцево-клубочковой обратной связи и усиления натрийуреза.

· Метаболические: снижение массы висцерального жира, инсулинорезистентности и уровня мочевой кислоты.

· Прямые нефропротективные: уменьшение воспаления, окислительного стресса, фиброза канальцев и интерстиция.

2. Агонисты рецепторов GLP-1: двойная кардиоренальная польза. РКИ LEADER и REWIND показали, что лираглутид и дулаглутид достоверно снижают риск вторичных почечных конечных точек, в первую очередь — развития персистирующей макроальбуминурии. Помимо мощного гликемического контроля и снижения массы тела, арГПП-1 оказывают прямое благотворное влияние на почки за счет подавления воспалительных цитокинов, уменьшения фиброза и апоптоза клеток подоцистов. Их кардиопротективные свойства делают их препаратами выбора у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском.

3. Новые горизонты: нестероидные антагонисты минералокортикоидных рецепторов (нМРА). Финеренон, селективный нМРА, в исследованиях FIDELIO-DKD и FIGARO-DKD продемонстрировал способность значимо снижать риск прогрессирования ДБП за счет мощного антифибротического и противовоспалительного действия, независимо от блокады РААС. Это открывает возможности для тройной ренопротективной терапии.

4. Интегрированный подход к ведению пациента. Современный алгоритм лечения пациента с СД 2, АГ и ДБП предполагает максимально раннее назначение четырехсторонней терапии, имеющей доказательства кардиоренальной эффективности:

· Базис: модификация образа жизни (снижение веса, ограничение соли).

· Столп 1: Блокада РААС (иАПФ/БРА) до целевых значений АД (<130/80 мм рт.ст.).

· Столп 2: Ингибитор SGLT2 (при СКФ ≥25 мл/мин/1.73м²).

· Столп 3: Агонист рецепторов GLP-1 при необходимости дополнительного контроля гликемии/веса/СС риска.

· Столп 4: Рассмотрение назначения нМРА (финеренон) при персистирующей альбуминурии, несмотря на терапию иАПФ/БРА и иНГЛТ-2.

Выводы:

1. Терапевтическая парадигма ведения пациентов с СД 2 типа и диабетической болезнью почек претерпела кардинальные изменения, сместившись от пассивного контроля факторов риска к активной многоуровневой ренопротекции.

2. Ингибиторы SGLT2 и агонисты рецепторов GLP-1 утвердились в качестве новых стандартов лечения, с доказанной способностью улучшать почечные и сердечно-сосудистые исходы, и должны рассматриваться для назначения сразу после установления диагноза ДБП на фоне блокады РААС.

3. Комбинированная терапия, включающая иАПФ/БРА, иНГЛТ-2, арГПП-1 и нМРА, представляет собой наиболее перспективную стратегию для значительного замедления прогрессирования заболевания и улучшения долгосрочного прогноза у данной категории пациентов.

4. Дальнейшие исследования должны быть направлены на оптимизацию последовательности назначения препаратов, определение долгосрочной эффективности и безопасности их комбинаций и разработку персонализированных алгоритмов на основе фенотипов пациента.

ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕИЗЛЕЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ЯГНЕШКО Анастасия Алексеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Наталья Викторовна Шатрова

PRINCIPLES AND APPROACHES IN THE ORGANIZATION OF PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH INCURABLE DISEASES

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

Резюме: Паллиативная медицинская помощь является комплексом медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимым больным, страдающим от существенного ограничения физических и психических возможностей и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе**.**

Ключевые слова: паллиативная помощь, неизлечимые заболевания, междисциплинарный подход, пациент-центрированный подход, управление симптомами, этический подход.

Abstract: Palliative medical care is a complex of medical interventions aimed at relieving pain and other severe manifestations of the disease, in order to improve the quality of life of terminally ill citizens. Palliative medical care is provided to terminally ill patients who suffer from significant limitations in their physical and mental abilities and require intensive symptomatic therapy, psychosocial assistance, and long-term care.

Keywords: palliative care, incurable diseases, interdisciplinary approach, patient-centered approach, symptom management, and ethical approach.

Введение. Паллиативная помощь представляет собой важный аспект медицинской практики, который направлен на поддержку пациентов с неизлечимыми заболеваниями и их семей. Основные принципы, такие как уважение к пациенту, междисциплинарный подход и управление симптомами, являются основой эффективной паллиативной помощи. Организация

паллиативной помощи требует интеграции в систему здравоохранения, образования специалистов и участия общественных организаций.

Цель: Анализ и обобщение ключевых принципов и подходов, применяемых в организации паллиативной помощи для пациентов с неизлечимыми заболеваниями.

Материал и методы. Проведен литературный обзор медицинских журналов, докладов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения. Определены и сформированы наиболее эффективные подходы в организации паллиативной помощи для пациентов с неизлечимыми заболеваниями.

Результаты и обсуждения. Были взяты такие подходы, как **м**еждисциплинарный подход, пациент-центрированный подход, управление симптомами, этический подход.

1. Междисциплинарный подход

Включает команду специалистов: врачей, медсестер, психологов, социальных работников, духовных наставников и других профессионалов. Совместная работа команды позволяет учитывать различные аспекты здоровья пациента и обеспечивать комплексное решение его проблем.

2. Пациент-центрированный подход

Уважение к желаниям и предпочтениям пациента в отношении ухода и лечения. Активное вовлечение пациента и его семьи в процесс принятия решений.

3. Управление симптомами

Эффективное облегчение боли и других симптомов (тошнота, одышка, усталость и т.д.) с использованием как медикаментозных, так и немедикаментозных методов. Регулярная оценка симптомов и коррекция лечения в зависимости от состояния пациента.

4. Этический подход

Уважение к автономии пациента и его праву на информированный выбор. Принятие решений на основе этических принципов, таких как справедливость и забота о благополучии пациента.

Эти подходы помогают создать эффективную систему паллиативной помощи, которая отвечает потребностям пациентов с неизлечимыми заболеваниями, обеспечивая им достойное качество жизни и поддержку в трудные времена.

Выводы: каждый подход имеет свою значимость в решении актуального вопроса. Но междисциплинарный подход и управление симптомами можно вынести на первое место, так как специализированная медицинская помощь является необходимой для оказания паллиативной помощи пациентам с неизлечимыми заболеваниями.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КЛИНИКИ

ЯКОВЛЕВА Лилия Константиновна

Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Тачкова Ольга Анатольевна

IDENTIFICATION OF RISK GROUPS FOR TYPE 2 DIABETES IN PATIENTS OF A MULTIDISCIPLINARY SPECIALIZED CLINIC

YAKOVLEVA L. K.

Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.A. Tachkova.

Резюме: Выявление групп риска развития сахарного диабета 2 типа у лиц, имеющих различные заболевания и различный уровень риска диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, фактор риска.

Abstract: Identification of risk groups for developing type 2 diabetes in individuals with various diseases and different levels of diabetes risk.

Keywords: diabetes mellitus, risk factor.

Введение. Глобальность эпидемии сахарного диабета, опасные последствия заболевания, особенно незаметно развивающегося сахарного диабета 2 типа, являются актуальной проблемой последнего десятилетия. Результаты масштабного эпидемиологического исследования NATION, проведенного в Российской Федерации, показало, что диагностируется только 54% случаев сахарного диабета 2 типа, реальная численность пациентов диабетом в два раза выше. В долгосрочной перспективе это значимо ухудшит прогноз для современной популяции. Ведутся постоянные поиски эффективных методов своевременной диагностики на доманифестных стадиях заболевания, определение групп различного уровня риска. Ведущими факторами риска сахарного диабета 2 типа, наряду с наследственной предрасположенностью, возрастом, являются модифицированные факторы: ожирение или избыточный вес, гиподинамия, неправильное и нерациональное питание, стресс.

Цель исследования: выявление среди пациентов, госпитализированных в различные отделения специализированной многопрофильной клиники групп с различным уровнем риска развития сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы. Проведено анкетирование с помощью опросника FINDRISC, разработанного для определения риска развития сахарного диабета 2 типа в ближайшие 10 лет, состоящего из восьми направляющих вопросов: возраст, индекс массы тела, окружность талии, потребление овощей и фруктов, физическая активность, употребление лекарств для снижения артериального давления, наличия ранее регистрации повышения уровня глюкозы, наличие родственников с сахарным диабетом 1 или 2 типа.

Оценка результата каждого опроса производилась с подсчетом общего количества баллов. Уровень риска сахарного диабета 2 типа оценивался, как низкий при сумме баллов менее 7; слегка повышенный – при сумме баллов 7-11; умеренный – при 12-14 баллах; высокий – при 15-20 баллах; очень высокий – при наличии более 20 баллов. При поступлении в стационар всем пациентам стандартно проводилось измерение уровня глюкозы.

Результаты и обсуждения. В исследовании приняло участие 193 пациента, госпитализированных в БСМП им М.А. Подгорбунского г. Кемерово в терапевтические отделения (гастроэнтерологическое, пульмонологическое, кардиологическое; пациенты эндокринологического отделения были исключены из исследования) было 62 человека (32%); хирургического (общая хирургия) - 77 человек (40%) и ортопедического отделения - 54 человек (28%). Возраст пациентов был от 35 до 89 лет. Перед проведением опроса получено индивидуальное согласие на участие в исследовании.

Оценка результатов анализа анкетирования по опроснику FINDRISC позволила определить группы различного уровня риска. Среди пациентов терапевтического профиля группу низкого уровня риска составили 32% пациентов; группу слегка повышенного риска – 17%; группу умеренного риска-17%; группу высокого риска – 22 % и группу очень высокого риска -12 %. Таким образом, только среди трети пациентов терапевтического профиля отделений вероятность развития диабета в течение 10 лет составляет 1%, а у каждого третьего пациента (34%) терапевтического профиля имеется высокий или очень высокий риск развития сахарного диабета 2 типа, т.е. вероятность развития сахарного диабета 2 типа в ближайшие 10 лет в 33-50% случаев.

У пациентов хирургического отделения группа низкого риска составила 41%; группа слегка повышенного риска – 12%; группа умеренного риска – 19%; группа высокого риска – 23% и группа очень высокого риска – 4%. Таким образом, каждый четвертый пациент хирургического отделения (27%) имеет высокий или очень высокий риск развития сахарного диабета 2 типа, т е в течение 10 лет манифестация заболевания ожидается в 33-50% случаев.

Среди пациентов ортопедического отделения группу низкого риска составили 17%; группу слегка повышенного риска – 6%; группу умеренного риска – 17%; группу высокого риска – 50%; и группу очень высокого риска – 11%. Таким

образом, только у 23% пациентов ортопедического отделения вероятность манифестации сахарного диабета в течение 10 лет ожидается всего в 1-4% случаев. Высокий и очень высокий риск развития сахарного диабета 2 типа зарегистрирован у более, чем половины пациентов (61%) ортопедического отделения, что предполагает вероятность манифестации диабета у этой подгруппы в 33-50% случаев.

Выводы: полученные результаты выявили группы пациентов, имеющих высокий и очень высокий уровень риска развития сахарного диабета 2 типа: у 27% больных хирургического профиля; 34% - терапевтического профиля; 61% - с ортопедической патологией с вероятностью развития манифестного сахарного диабета в ближайшие 10 лет у 76 человек, принявшим участие в настоящем исследовании.

Результаты исследования определили уровень риска развития сахарного диабета 2 типа у конкретного пациента, что позволяет определять профилактическую пациент-ориентированную программу ритма диагностики нарушений гликемии, коррекции модифицированных факторов риска, как на госпитальном, так и на последующем, амбулаторном этапе наблюдения.

ДИЛЕММА ДЕОНТОЛОГИИ: ДОЛГ И ДОХОД В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

ЯРАНСКИЙ Владислав Сергеевич, ПРАХТ Наталья Сергеевна
Кафедра поликлинической терапии
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., заведующий кафедрой Татьяна Евгеньевна Помыткина

THE DILEMMA OF DEONTOLOGY: DUTY AND INCOME IN THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF A DOCTOR

IARANSKII V.S., PRACHT N.S.
Department of Polyclinic Therapy
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Supervisor: MD, PhD, Head of Department T.E. Pomytkina

Резюме: В статье рассматривается этическая проблема соотношения профессионального долга врача и необходимости материального вознаграждения. На основе анализа исторических высказываний выдающихся врачей (Гиппократ, Авиценна, Гален, Н. И. Пирогов, А. П. Чехов, С. П. Боткин) обосновывается тезис о том, что достойная оплата труда является условием нравственной свободы врача и качественного выполнения им своих

обязанностей, а также делается вывод о необходимости гармонии врачебного долга и достойного денежного дохода в современной медицинской практике.

Ключевые слова: врачебный долг, доход врача, медицинская этика.

Abstract: The article examines the ethical problem of the relationship between the professional duty of a doctor and the need for financial remuneration. Based on the analysis of historical statements by prominent doctors (Hippocrates, Avicenna, Galen, N. I. Pirogov, A. P. Chekhov, S. P. Botkin), the thesis is substantiated that decent pay is a condition for the moral freedom of a doctor and the high-quality performance of his duties, and the conclusion is drawn about the need for harmony of medical duty and decent monetary income in modern medical practice.

Keywords: medical duty, doctor's income, medical ethics.

Введение. Медицина — это одна из немногих сфер, где профессиональный долг напрямую пересекается с общечеловеческой моралью. Вопрос о том, должен ли врач думать о доходах или исключительно о своем врачебном долге, является одним из наиболее дискуссионных в медицинской деонтологии. На первый взгляд, служение людям и забота о собственном благосостоянии понятия противоположные. Однако, анализ исторического наследия медицины показывает, что великие врачи прошлого не только не отрицали важности достойной оплаты труда, но и считали её необходимым условием эффективного выполнения профессионального долга.

Цель: на основе изучения высказываний выдающихся представителей медицины обосновать этическую правомерность и необходимость достойного вознаграждения врачебного труда как фактора, обеспечивающего нравственную свободу и качество медицинской помощи.

Материал и методы. Проведён анализ исторических источников, мемуарной литературы, а также работ по медицинской этике, содержащих высказывания Гиппократа, Авиценны, Галена, Н. И. Пирогова, А. П. Чехова, С. П. Боткина. Использованы методы историко-логического и сравнительно-сопоставительного анализа.

Результаты и обсуждения. Ещё основоположник научной медицины Гиппократ предупреждал: *«Не лечи бесплатно, ибо те, кто лечится бесплатно, перестают ценить свое здоровье, а те, кто лечит бесплатно, перестают ценить результаты своего труда»*. Эта мысль указывает на психологический аспект: бесплатность обесценивает как сам процесс лечения, так и усилия врача.

Авиценна (Ибн Сина) подчёркивал связь между вознаграждением и качеством работы: *«Труд врача должен оплачиваться щедро, ибо ему вверены здоровье и жизнь людей, а это — величайшая ценность. Врач, обременённый поиском хлеба насущного, не может сосредоточиться на исцелении»*. В

данном высказывании акцент сделан на том, что материальная необеспеченность отвлекает врача от главного — лечения пациента.

Николай Иванович Пирогов, гениальный хирург и педагог, прямо заявлял: *«Смешно и думать, что полуголодный, обременённый семьёй и долгами врач может усердно заниматься наукой и добросовестно исполнять свою должность. Для нравственной свободы врача первое условие — материальная обеспеченность»*. Понятие «нравственная свобода» здесь ключевое: зависимость от нужды лишает врача возможности принимать независимые и смелые решения.

Антон Павлович Чехов, земский врач, нередко писал и упоминал о социальном статусе врачебной профессии: *«Труд, не оплачиваемый обществом, не ценится им. Нельзя врачу превращаться в лакея, живущего на чаевые от милости богатых пациентов. Врач должен получать такое жалование, которое позволяет ему быть независимым, думать о деле, а не о выгоде»*. А. П. Чехов подчёркивает, что достойная оплата — это условие профессионального достоинства и независимости.

Сергей Петрович Боткин рассматривал врача как учёного, и его труд должен оцениваться соответственно: *«Врач — это учёный, и его труд должен оцениваться как труд учёного. Общество, экономящее на здоровье и знаниях врача, подобно больному, жадному до лекарств, но скупому на плату аптекарю»*. Эта метафора показывает, что экономия на врачах в конечном счёте вредит самому обществу.

Наконец, невероятно точное изречение древнеримского медика и философа Галена: *«Достойное вознаграждение освобождает руки врача для смелых решений, а ум — для глубоких размышлений. Общество, которое скупится платить врачам, вредит само себе»* — резюмирует общую позицию всех великих врачей.

Выводы: анализ высказываний выдающихся врачей различных эпох и культур позволяет утверждать, что противопоставление долга и дохода является ложной дилеммой. Достойное материальное вознаграждение не противоречит врачебному долгу, а, напротив, является его необходимой предпосылкой. Оно обеспечивает врачу нравственную свободу, возможность постоянного профессионального развития и сосредоточенности на пациенте. Общество, заинтересованное в качественной медицинской помощи, должно создавать условия для достойной оплаты врачебного труда. Только в гармонии и синтезе долга и дохода возможно полноценное выполнение миссии врача — сохранение здоровья и жизни людей.