

МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

ISSN 2072-0297

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



16+

3 2026
ЧАСТЬ II

Молодой ученый

Международный научный журнал

№ 3 (606) / 2026

Издается с декабря 2008 г.

Выходит еженедельно

Главный редактор: Ахметов Ильдар Геннадьевич, кандидат технических наук

Редакционная коллегия:

Жураев Хусниддин Олтинбоевич, доктор педагогических наук (Узбекистан)
Иванова Юлия Валентиновна, доктор философских наук
Каленский Александр Васильевич, доктор физико-математических наук
Кошербаева Айгерим Нуралиевна, доктор педагогических наук, профессор (Казахстан)
Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук
Лактионов Константин Станиславович, доктор биологических наук
Сараева Надежда Михайловна, доктор психологических наук
Абдрасилов Турганбай Курманбаевич, доктор философии (PhD) по философским наукам (Казахстан)
Авдеюк Оксана Алексеевна, кандидат технических наук
Айдаров Оразхан Турсункожаевич, кандидат географических наук (Казахстан)
Алиева Тарана Ибрагим кызы, кандидат химических наук (Азербайджан)
Ахметова Валерия Валерьевна, кандидат медицинских наук
Бердиев Эргаш Абдуллаевич, кандидат медицинских наук (Узбекистан)
Брезгин Вячеслав Сергеевич, кандидат экономических наук
Данилов Олег Евгеньевич, кандидат педагогических наук
Дёмин Александр Викторович, кандидат биологических наук
Дядюн Кристина Владимировна, кандидат юридических наук
Желнова Кристина Владимировна, кандидат экономических наук
Жуйкова Тамара Павловна, кандидат педагогических наук
Игнатова Мария Александровна, кандидат искусствоведения
Искаков Руслан Маратбекович, кандидат технических наук (Казахстан)
Калдыбай Кайнар Калдыбайулы, доктор философии (PhD) по философским наукам (Казахстан)
Кенесов Асхат Алмасович, кандидат политических наук
Коварда Владимир Васильевич, кандидат физико-математических наук
Комогорцев Максим Геннадьевич, кандидат технических наук
Котляров Алексей Васильевич, кандидат геолого-минералогических наук
Кузьмина Виолетта Михайловна, кандидат исторических наук, кандидат психологических наук
Курпаяниди Константин Иванович, доктор философии (PhD) по экономическим наукам (Узбекистан)
Кучерявенко Светлана Алексеевна, кандидат экономических наук
Лескова Екатерина Викторовна, кандидат физико-математических наук
Макеева Ирина Александровна, кандидат педагогических наук
Матвиенко Евгений Владимирович, кандидат биологических наук
Матроскина Татьяна Викторовна, кандидат экономических наук
Матусевич Марина Степановна, кандидат педагогических наук
Мусаева Ума Алиевна, кандидат технических наук
Насимов Мурат Орленбаевич, кандидат политических наук (Казахстан)
Паридинова Ботагоз Жаппаровна, магистр философии (Казахстан)
Прончев Геннадий Борисович, кандидат физико-математических наук
Рахмонов Азизхон Боситхонович, доктор педагогических наук (Узбекистан)
Семахин Андрей Михайлович, кандидат технических наук
Сенцов Аркадий Эдуардович, кандидат политических наук
Сенюшкин Николай Сергеевич, кандидат технических наук
Султанова Дилшода Намозовна, доктор архитектурных наук (Узбекистан)
Титова Елена Ивановна, кандидат педагогических наук
Ткаченко Ирина Георгиевна, кандидат филологических наук
Федорова Мария Сергеевна, кандидат архитектуры
Фозилов Садриддин Файзуллаевич, кандидат химических наук (Узбекистан)
Яхина Асия Сергеевна, кандидат технических наук
Ячинова Светлана Николаевна, кандидат педагогических наук

Международный редакционный совет:

Айрян Заруи Геворковна, кандидат филологических наук, доцент (Армения)
Арошидзе Паата Леонидович, доктор экономических наук, ассоциированный профессор (Грузия)
Атаев Загир Вагитович, кандидат географических наук, профессор (Россия)
Ахмеденов Кажмурат Максutowич, кандидат географических наук, ассоциированный профессор (Казахстан)
Бидова Бэла Бертовна, доктор юридических наук, доцент (Россия)
Борисов Вячеслав Викторович, доктор педагогических наук, профессор (Украина)
Буриев Хасан Чутбаевич, доктор биологических наук, профессор (Узбекистан)
Велковска Гена Цветкова, доктор экономических наук, доцент (Болгария)
Гайич Тамара, доктор экономических наук (Сербия)
Данатаров Агахан, кандидат технических наук (Туркменистан)
Данилов Александр Максимович, доктор технических наук, профессор (Россия)
Демидов Алексей Александрович, доктор медицинских наук, профессор (Россия)
Досманбетов Динар Бакбергенович, доктор философии (PhD), проректор по развитию и экономическим вопросам (Казахстан)
Ешиев Абдыракман Молдоалиевич, доктор медицинских наук, доцент, зав. отделением (Кыргызстан)
Жолдошев Сапарбай Тезекбаевич, доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан)
Игисинов Нурбек Сагинбекович, доктор медицинских наук, профессор (Казахстан)
Кадыров Кутлуг-Бек Бекмурадович, доктор педагогических наук, и.о. профессора, декан (Узбекистан)
Каленский Александр Васильевич, доктор физико-математических наук, профессор (Россия)
Козырева Ольга Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент (Россия)
Колпак Евгений Петрович, доктор физико-математических наук, профессор (Россия)
Кошербаева Айгерим Нуралиевна, доктор педагогических наук, профессор (Казахстан)
Курпаяниди Константин Иванович, доктор философии (PhD) по экономическим наукам (Узбекистан)
Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор (Россия)
Кыят Эмине Лейла, доктор экономических наук (Турция)
Лю Цзюань, доктор филологических наук, профессор (Китай)
Малес Людмила Владимировна, доктор социологических наук, доцент (Украина)
Нагервадзе Марина Алиевна, доктор биологических наук, профессор (Грузия)
Нурмамедли Фазиль Алигусейн оглы, кандидат геолого-минералогических наук (Азербайджан)
Прокопьев Николай Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор (Россия)
Прокофьева Марина Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент (Казахстан)
Рахматуллин Рафаэль Юсупович, доктор философских наук, профессор (Россия)
Ребезов Максим Борисович, доктор сельскохозяйственных наук, профессор (Россия)
Сорока Юлия Георгиевна, доктор социологических наук, доцент (Украина)
Султанова Дилшода Намозовна, доктор архитектурных наук (Узбекистан)
Узаков Гулом Норбоевич, доктор технических наук, доцент (Узбекистан)
Федорова Мария Сергеевна, кандидат архитектуры (Россия)
Хоналиев Назарали Хоналиевич, доктор экономических наук, старший научный сотрудник (Таджикистан)
Хоссейни Амир, доктор филологических наук (Иран)
Шарипов Аскар Калиевич, доктор экономических наук, доцент (Казахстан)
Шуклина Зинаида Николаевна, доктор экономических наук (Россия)

На обложке изображен *Джеймс Уатт* (1736–1819), шотландский инженер, изобретатель-механик.

Будущий изобретатель Джеймс Уатт родился в Гринке (Шотландия). Его отец был весьма разносторонним человеком: строил корабли, держал склад корабельных принадлежностей, вел морскую торговлю, сам создавал и чинил различные приборы и механизмы. Мать происходила из богатого рода и получила очень хорошее образование. С самого рождения Джеймс имел слабое здоровье. В семье было принято решение, что ребенок будет обучаться на дому. Мать сама занималась с сыном правописанием, а отец учил мальчика математике.

Немного повзрослев, мальчик увлекся астрономией; кроме того, его заинтересовали и химические опыты. Кроме того, отец научил Джеймса разбираться в различных приборах и механизмах. В подарок от отца он получил столярные инструменты и изготавливал модели механизмов и устройств, создаваемых отцом. Вскоре юноша поступил в гимназию.

Когда Джеймсу исполнилось восемнадцать лет, умерла его мать. Ее смерть подкосила и здоровье отца. Бизнес пошатнулся. И юный Уатт решил попытаться зарабатывать на жизнь самостоятельно. Начав с изготовления обычных линейек и циркулей, он перешел к более сложным инструментам. Скоро он мог изготовить квадрант, пропорциональный циркуль, теодолит. Но обучиться этому делу в Шотландии было негде, и Джеймсу пришлось отправиться на обучение в Лондон.

Устроиться официально ему не хватило финансов, и он договорился об обучении у мастера Моргана. Средств хватило на оплату только одного года. Вскоре молодой человек вернулся в Шотландию. Джеймс Уатт поселился у своего дяди в Глазго и решил открыть свое дело. Он начал ремонтировать телескопы, октанты, барометры. Но союз ремесленников заставил его прекратить работу, так как, по сути, у него не было должного образования. По счастливому случаю Уатта пригласили в университет Глазго для ремонта и настройки астрономических инструментов будущей обсерватории. Позже его назначили мастером научных инструментов при университете.

В 1759 году архитектор и бизнесмен Джон Крейг пригласил Джеймса стать его партнером. Совместно они организовали производство по изготовлению разных устройств и механизмов. Их совместная работа принесла Уатту полное избавление от нужды.

Джон Робинсон, давний приятель Джеймса Уатта, заинтриговал его как-то вопросом об использовании пара в качестве двигательной энергии. Созданная пятьдесят лет назад паровая машина Ньюкомена использовалась только для откачки воды из шахт. За все время ее существования никто не пытался ее как-то усовершенствовать. И Джеймс начал исследование парового двигателя с нуля.

Его первые попытки создания новой паровой машины потерпели неудачу, но в 1763 году по просьбе про-

фессора из университета Уатт отремонтировал действующую паровую машину Ньюкомена и при этом внес в конструкцию много усовершенствований. Первую свою идею — изолированную камеру для конденсата — он запатентовал в 1769 году, но создать полноценную машину не смог. Нужны были деньги. Позже с этим ему помогли Джон Роубак, основатель Carron Company, и Джозеф Блэк. Но попытки Уатта поставить свои изобретения на коммерческую основу не имели успеха до тех пор, пока он не вступил в деловые отношения с предпринимателем Мэттью Болтоном. Совместная компания Boulton and Watt успешно действовала на протяжении двадцати пяти лет, в результате чего Уатт стал весьма состоятельным человеком.

Усовершенствованная машина Уатта стала особенно востребована на пивоварнях и горнодобывающих предприятиях. Именно тогда и появилось понятие «лошадиная сила», так как до появления этого механизма воду накачивали с помощью лошадей. Для точности эксперимента на одном пивоваренном заводе хозяин в течение рабочей смены использовал одну самую выносливую лошадь. Джеймс выяснил, что она за час перегнала 75 кг воды. Это и стало единицей измерения мощности — лошадиная сила равняется 75 килограмм-силам на метр в секунду (кгс·м/с), то есть это мощность, которая требуется, чтобы равномерно вертикально поднимать груз массой 75 кг со скоростью 1 м/с при стандартном ускорении свободного падения.

В конце XVIII века разработанный Уаттом двигатель был признан поистине неоценимым вкладом в развитие промышленности и прогресс. По аналогии с двигателем Уатт создал копировальный пресс, который он запатентовал в 1780 году. А после выхода на пенсию он создал еще и эйдограф — прибор для «клонирования» скульптур, медалей, сосудов и прочих предметов искусства.

За несколько лет до смерти английское правительство решило удостоить Уатта за заслуги перед родиной баронского титула, однако он отклонил это предложение.

Изобретатель скончался 25 августа 1819 года на 84-м году жизни. Джеймс Уатт захоронен на кладбище возле церкви Святой Марии в Хэндсворте. На сегодняшний день церковь расширили, и захоронение находится под ее сводами.

Память Джеймса Уатта увековечена памятником в Вестминстерском аббатстве. Великий изобретатель изображен сидящим с бумагой и пером в руках. Имя Уатта носит колледж в Гринке и мемориальная библиотека, основанию которой он способствовал. В 1935 году Международный астрономический союз присвоил имя Уатта кратеру на видимой стороне Луны.

В 2009 году Банк Англии выпустил банкноту в 50 фунтов с изображением Уатта и Болтона.

*Информацию собрала ответственный редактор
Екатерина Осянина*

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНА

**Абдулкеримова О. Б., Алиева З. Я.,
Рамазанова Э. Э.**

Анализ эффективности лечения
бронхолегочных заболеваний
в амбулаторных и стационарных условиях.....67

**Абусева А. Ф., Аминова Л. И., Юнусов А. С.,
Хасанов М. А.**

Эпидемиология заболеваний щитовидной
железы72

**Азнабаева К. Р., Кубасова В. О.,
Москаленко М. Э., Степанова А. О.**

Злокачественные новообразования как
медико-социальная проблема. Влияние
условий и образа жизни на заболеваемость
онкологическими заболеваниями.....75

**Алексеева В. А., Бычкова В. М.,
Искандарова А. Р., Фуркатова Р. Ё.**

Социальная детерминация онкологической
патологии: от образа жизни к статистике
заболеваемости77

Амангильдин З. Т., Кузина М. А.

Расстройства поведения и психические
расстройства как медико-социальная
проблема79

**Амантаева А. Р., Жанадиева А. М.,
Салаватова К. М., Якунина А. Ю.**

Эпидемиология заболеваний щитовидной
железы81

**Ахметгалеева Э. В., Костромин Д. И.,
Мукажанова Д. К.**

Болезни органов дыхания как медико-
социальная проблема. Факторы риска
хронических неспецифических заболеваний
легких83

**Багаутдинова Д. П., Боронкина П. Н.,
Цыгулева А. С.**

ВИЧ-инфекция как медико-социальная
проблема: распространенность, динамика,
региональные особенности85

**Баев Н. Ю., Гуреева К. Д., Рыжова К. Д.,
Хасаншин И. Р.**

Геморрагическая лихорадка с почечным
синдромом как медико-социальная
проблема: распространенность, динамика,
региональные особенности89

**Баширова А. Р., Муртазина А. Ф., Басова В. В.,
Телеушева К. К.**

Инфекции, передаваемые половым
путем, как медико-социальная проблема:
распространенность, структура, динамика91

Бекбергенова М. М., Капшук Э. С., Шахова К. А.
Факторы риска ожирения у детей
и подростков93

**Бекенова А. М., Бушман А. В., Мазурок Н. В.,
Небоженко А. С.**

ВИЧ-инфекция как медико-социальная
проблема современного общества.....95

**Блисбаева А. Р., Магадиева Л. Р.,
Рахматулина С. Р.**

Эпидемиологические аспекты заболеваний
щитовидной железы97

Боева В. В., Кужантаева А. К., Сарыева Х. Г.

Факторы риска и питание как важный аспект
профилактики рака99

Бражко А. С., Габдулиева С. Т., Литвинова С. К.

ВИЧ-инфекция как медико-социальная
проблема в современном обществе:
динамика, распространенность,
региональная специфика 101

**Брусянцева В. В., Дейнека-Бойко А. А.,
Корда А. С., Филатова Д. А.**

Влияние условий и образа жизни
на нервно-психическую заболеваемость.
Организация психоневрологической помощи
в Российской Федерации..... 102

Быстрова Ю. Д., Галлямова Д. Г., Конева Э. А.

Распространенность и тенденции
заболеваний щитовидной железы 104

**Валитова В. И., Курзаева А. Н.,
Ахметзянов С. Р., Тен Ю. В.**

Эффективность применения
статинов у пациентов с ишемической
болезнью сердца..... 106

Васильева Д. В., Воронова А. Е., Логинова Л. О., Романенко А. А.

Распространенность и структура заболеваний почек в популяции у детей и подростков. Факторы риска 108

Вахитова Г. А., Захарян Н. Н., Макеева К. И., Медетова Д. С.

Факторы, способствующие развитию ожирения у детей и подростков 111

Висягина А. П., Чебоксарцева Е. И., Терехина С. Н., Чубарева Е. С.

Психические расстройства и расстройства поведения как медико-социальная проблема 114

Головина Е. В., Платова А. Е., Тихоступ В. С.

Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Влияние условий и образа жизни на онкологическую заболеваемость 116

Горлова Е. К., Терехова О. А., Бекбаева А. С., Попова И. И.

Влияние условий и образа жизни на нервно-психическую заболеваемость. Роль профилактики и реабилитации 118

Горобец И. А., Жакупов И. У., Ивлиева Л. Д., Шайгородский Э.

Анализ динамики заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации 120

Григорьева В. Н., Бычкова А. Д., Фефелова К. А.

Современные тенденции в систематике и классификации психических заболеваний (на основе МКБ-11) 122

Живайкин А. В., Козлов Д. А., Косумов Т. Т., Самохвалов В. М.

Семья как объект демографической политики. Роль семьи в формировании здорового образа жизни 125

Жинтаева С. А., Садчик А. А., Тулешова А. Б., Шорохова А. Е.

Ключевые факторы, определяющие уровень рождаемости в современной России 126

Ибатулина С. И., Иващенко А. А., Ильина У. С., Чепуркина А. Н.

Роль новой коронавирусной инфекции COVID-19 в показателях общественного здоровья 129

МЕДИЦИНА

Анализ эффективности лечения бронхолегочных заболеваний в амбулаторных и стационарных условиях

Абдулкеримова Оксана Борисовна, преподаватель;

Алиева Зулейха Яраметовна, преподаватель;

Рамазанова Эльза Эмирбековна, преподаватель

Дербентский медицинский колледж имени Г. А. Илизарова (Республика Дагестан)

Статья посвящена анализу эффективности лечения заболеваний органов дыхательной системы в условиях амбулаторного посещения поликлиники и при стационарном лечении в городе Дербент. Необоснованное использование антибиотиков часто приводит к ухудшению состояния и тяжелому течению заболевания. Проводилось сравнение двух групп пациентов, получавших лечение амбулаторно и стационарно. Также учитывались тяжесть и количество осложнений в процессе лечения.

Ключевые слова: острый бронхит, внебольничная пневмония, антибактериальная терапия, рафамин, бромгексин, мукоактивная терапия.

Введение

На острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) приходится более 50 % от всех острых заболеваний органов грудной клетки, а в период эпидемического подъема заболеваемости этот показатель может достигать 90 %. Важное место среди ОРВИ занимают острый бронхит (ОБ) и внебольничная пневмония (ВП) [1]. Несмотря на впечатляющие успехи фармакотерапии, разработку все новых и новых генераций антибактериальных препаратов, доля пневмоний в структуре заболеваемости человека достаточно велика. Так, в России ежегодно более 1,5 млн. человек наблюдаются врачами по поводу данного заболевания, из них 20 % в связи с тяжестью заболевания поступают в стационары.

Необходимо отметить, что ОРВИ являются самым частым поводом для применения антибиотиков: более 80 % случаев применения антибактериальной терапии (АБТ) приходится на инфекции верхних и нижних дыхательных путей, а также ЛОР-органов. Однако нередко антибиотики необоснованно назначаются при ОРВИ вирусной этиологии. Назначение АБТ при вирусных инфекциях неэффективно и опасно, поскольку применение антибиотиков в этом случае не оказывает положительного влияния на течение заболевания, не предотвращает развития бактериальных осложнений, способствует формированию устойчивости бактериальных возбудителей к антибиотикам, повышает частоту побочных эффектов лекарств, необоснованно увеличивает стоимость лечения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день устойчивость к антимикробным препаратам снижает эффективность противoinфекционной терапии, повышает расходы на здравоохранение, увеличивает риск неблагоприятных исходов лечения и в целом ставит под угрозу достижения медицинской науки в области лечения и профилактики инфекционных заболеваний. Ключевой причиной роста устойчивости является ненадлежащее применение антимикробных препаратов [2].

В связи с этим крайне важным является рациональное применение антибиотиков при ОРВИ, которое включает: применение АБТ только при выявлении и высоком риске бактериальных инфекций; оптимальный выбор препарата с учетом данных о резистентности возбудителей; оптимальный режим применения терапии (путь введения, суточная и разовая дозы, длительность курса).

Болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции среди всех заболеваний. В Российской Федерации ежегодно болеют ОРВИ и гриппом более 30 млн человек, а суммарный экономический ущерб от респираторных вирусных инфекций оценивается в 40 млрд руб. в год. Большие экономические потери обусловлены вовлечением в эпидемический процесс трудоспособного населения, развитием осложнений, особенно в раннем детском и старческом возрасте, непродолжительным нестойким иммунитетом, определяющим повторные случаи заболевания. Известно около 300 возбудителей респираторных инфекций, более 200 из них представители 4 семейств РНК-содержащих вирусов (ортомиксовирусы, па-

рамиксовирусы, коронавирусы и пикорнавирусы) и 2 семейств ДНК-содержащих вирусов (аденовирусы и герпесвирусы) [2].

По данным различных эпидемиологических исследований, лидирующие позиции в этиологическом рейтинге занимают вирусы парагриппа, риновирусы и возбудители микстинфекции; при этом частота инфицирования вирусами гриппа составляет 5–15 %. Источником инфекции при заболеваниях дыхательных путей вирусной этиологии являются больные ОРВИ с явными, стертыми или бессимптомными формами заболевания. Передача вирусов происходит в основном воздушно-капельным путем, но может встречаться и контактно-бытовой путь передачи. Контактный путь передачи (через руки при контакте с секретами, содержащими вирусные частицы) наиболее характерен для риновирусной инфекции, в то время как для гриппа характерна воздушно-капельная форма передачи (мелкодисперсный аэрозоль во взвешенном состоянии, содержащий вирусы). Входными воротами служит слизистая оболочка (СО) носоглотки, к которой практически все вирусы обладают тропностью. В дальнейшем происходит проникновение вируса в эпителиальные клетки, что обуславливает развитие местной воспалительной реакции в зависимости от уровня внедрения (ринорея, боль в горле, кашель и т. д.). Последующая вирусемия сопровождается интоксикационным синдромом (головная боль, слабость, потеря аппетита, миалгия, артралгия) и гипертермией. Среди осложнений выделяют ларингит, тонзиллит, фарингит и трахеит бактериальной природы, различные формы синуситов (гайморит, этмоидит, фронтит), отит, евстахиит, острый бронхит и внебольничная пневмония. Именно они обуславливают обращение за врачебной помощью. Среди причин смерти бронхолегочные заболевания находятся на третьем месте после внешних факторов (отравления, травмы) и врожденных пороков развития. При этом наибольший удельный вес занимает пневмония [3].

Внебольничную пневмонию (ВП) могут вызывать более 100 видов микроорганизмов. К числу таких возбудителей, прежде всего, следует отнести пневмококк — *Streptococcus pneumoniae* (до 50 % случаев заболевания) и, так называемые, атипичные микроорганизмы, на долю которых в общей сложности приходится до 30 % случаев заболевания. Под ВП следует понимать острое заболевание, возникшее вне стационара, или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, проявляющееся симптомами системного воспаления, признаками инфекционного поражения нижних отделов дыхательных путей и рентгенологическими признаками свежих очагово-инфильтративных изменений в легких.

ВП является распространенным и потенциально угрожающим жизни заболеванием органов дыхания. Ежегодно в мире пневмонией болеют 5–8 человек на 1 тыс. взрослого населения, в Европе — 2–15 на то же количество, в России превышают 1,5 млн в год [4]. Среди причин ВП важное место помимо бактерий стали занимать пнев-

мотропные вирусы. Ассоциация бактерий и вирусов утяжеляет течение болезни [1]. В 2022 г. в России удельный вес ВП вирусной этиологии составил 15,32 %, бактериальной — 12,3 % от общего количества [2].

Острый бронхит (ОБ) относится к наиболее актуальным проблемам современной пульмонологии, что связано с высокой заболеваемостью, достигающей, по данным ряда авторов 30–40 %. В подавляющем большинстве случаев (около 90 %) ОБ вызывается различными вирусами (аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа, респираторносинцитиальный вирус, риновирус, бокавирус человека, вирус Коксаки, вирус простого герпеса и др.). При этом бронхит обычно сочетается с другими проявлениями ОРВИ [4]. Только примерно в 10 % случаев ОБ вызывают бактерии, прежде всего *Mycoplasma spp.*, а также *Chlamydia pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae* и др. Обычно бронхит бактериальной этиологии развивается у пациентов с фоновыми заболеваниями или под влиянием неблагоприятных факторов, прежде всего воздействием табачного дыма. В то же время бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*, нередко (до 15 % случаев в осенний период) наблюдается и без воздействия неблагоприятных факторов.

Применение антибактериальных препаратов при ОБ и ВП до настоящего времени является краеугольным камнем практической медицины. Антибиотики — практически единственное верное и действующее средство для терапии бактериальных инфекций. Наибольшее число антибактериальных препаратов (АБП) появилось в 1930–60-е годы, в золотую эру антибиотикотерапии, и с тех пор разработка новых препаратов этого класса неуклонно снижается [5]. Наряду с этим глобальную угрозу для здоровья людей представляет устойчивость к противомикробным препаратам. Микроорганизмы защищаются от воздействия на них АБП различными способами, например, с помощью выработки ферментов (таких как β -лактамазы), природной (естественной) трансформации генома бактерий, а также плазмидного и хромосомного типов передачи резистентности. Таким образом, АБП убивают чувствительные бактерии, но оставляют устойчивые штаммы, которые затем размножаются. Помимо чрезмерного и зачастую необоснованного применения АБП в медицинской практике проблема резистентности к антибиотикам усугубляется широкомасштабным применением АБП в животноводстве и сельском хозяйстве, а также циркуляцией устойчивых патогенов в очистных и канализационных системах, которые продолжают выявлять в пробах воды даже после проведения очистки. Наиболее важное свойство возбудителя, определяющее возможность развития заболевания, — это патогенность. Но на течение инфекционного процесса оказывает влияние вирулентность микроорганизма и иммунный статус хозяина. При этом, если устойчивость к антибиотикам позволяет бактериям уклоняться от терапевтического воздействия, то вирулентность необходима для преодоления

иммунной защиты хозяина. Сочетание этих факторов обеспечивает высокую заболеваемость и смертность от условно-патогенных бактерий в случае госпитальных инфекций, вызванных резистентными штаммами [1].

В связи с тем, что появление резистентности патогенов опережает разработку антибактериальных лекарств, современные подходы к терапии бактериальных инфекций с помощью системной терапии АБП признают недостаточными. Новые разработки в борьбе с бактериальной инфекцией предполагают использование комбинированной терапии (сочетание нескольких АБП), новых адъювантов и препаратов биологического происхождения. В качестве альтернативы для терапии инфекций бактериальной этиологии в настоящее время рассматривают бактериофаги, иммунные стимуляторы, вакцины, антимикробные пептиды, пробиотики, антитела [5]. Одна из последних разработок отечественных ученых в этой области — комплексный препарат Рафамин, обладающий противовирусным и иммуноопосредованным антибактериальным действием.

Цель исследования: изучить эффективность лечения больных внебольничной пневмонией и острым бронхитом на примере пациентов, получивших стационарное и амбулаторное лечение в лечебно — профилактических учреждениях города Дербент.

Задачи исследования:

1. Провести анализ комбинированного применения антибактериальных и муколитических препаратов у пациентов с заболеваниями органов дыхательной системы в Дербентской центральной городской больнице;
2. Провести анализ комбинированного применения антибактериальных и муколитических препаратов у пациентов с заболеваниями органов дыхательной системы в Дербентской городской поликлинике № 2;
3. Оценить эффективность комбинации препаратов, применяемых в амбулаторном и стационарном лечении заболеваний органов дыхательной системы.

Материалы и методы

В результаты нашего исследования были включены пациенты, поступившие на лечение в период с 01 фев-

раля 2025 года по 30 апреля 2025 года в лечебно-профилактические учреждения города Дербент. Всего проанализированы 42 случая острой респираторной вирусной инфекции. Из них 21 пациент обратился за медицинской помощью в Дербентскую центральную городскую больницу, и еще 21 пациент лечился амбулаторно, обратившись за медицинской помощью в Дербентскую городскую поликлинику № 2. Мы выделили пациентов с установленным диагнозом острый бронхит и внебольничная пневмония. Учитывая сезонность этих заболеваний, мы анализировали календарный месяц заболевания, сроки обращения за медицинской помощью с момента проявления первых симптомов заболевания, назначенное лечение, сроки лечения, возникшие осложнения в процессе лечения. Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием программы *Microsoft Excel*. При проведении работы нами использовались следующие методы: научно — теоретический, эмпирический, статистический

Результаты собственных исследований

По данным анализа историй болезни и амбулаторных карт были выделены две группы пациентов с острым бронхитом и внебольничной пневмонией. В группу I вошли пациенты, обратившиеся за медицинской помощью в Дербентскую центральную городскую больницу, и проходившие лечение в пульмонологическом отделении больницы. В группу II вошли пациенты Дербентской городской поликлиники № 2. Общее количество наблюдений составило 42, в каждой группе было по 21 пациенту. По половому признаку пациенты в группах распределились следующим образом: в группе I было 14 (66,7 %) мужчин и 7 (33,3 %) женщин. Во II группе 9 (42,8 %) мужчин и 12 (57,2 %) женщин (рисунок № 1).

По возрасту в I группе были представлены пациенты от 25 лет до 86 лет, а в группу II входили пациенты от 19 лет до 69 лет. Средний возраст пациентов I группы составил 55,58 лет, а во II группе — 50,42 лет.

В I группе пациенты с диагнозом внебольничная пневмония были в основном мужчины пожилого возраста 9 человек, а также 2 женщины в возрасте 65 и 69 лет. С диа-

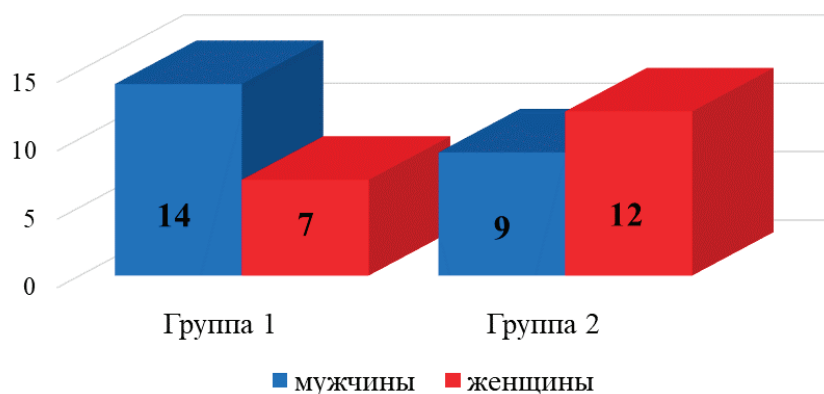


Рис. 1. Характеристика групп эксперимента по половому признаку

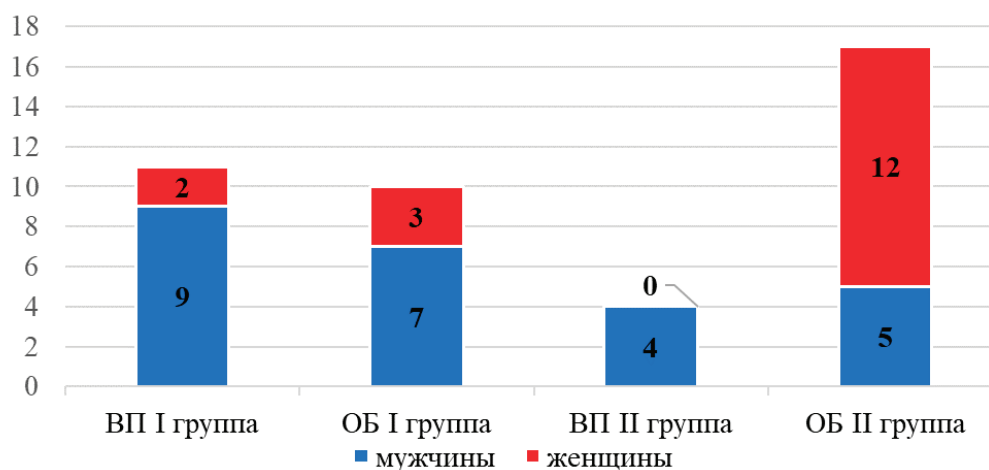


Рис. 2. Распределение пациентов с ОБ и ВП по группам эксперимента

гнозом острый бронхит в стационаре проходили лечение 7 мужчин и 3 женщины. Во II группе с диагнозом внебольничная пневмония проходили лечение 4 мужчин, а у женщин внебольничная пневмония не была диагностирована. С диагнозом острый бронхит амбулаторное лечение получали 5 мужчин и 12 женщин (рисунок № 2)

Как и следовало ожидать, большая часть заболевших поступила на лечение в феврале (18 пациентов), меньше всего было в апреле (10 пациентов). По структуре заболеваемости больных с острым бронхитом было больше, чем больных с внебольничной пневмонией. Нами было замечено 4 случая, когда острый бронхит стал причиной развития внебольничной пневмонии. Эти пациенты в начале заболевания получали амбулаторное лечение, которое оказалось неэффективным. Осложнение, развившееся в течении заболевания, привело пациентов через 2–4 дня к срочной госпитализации. Всем пациентам, поступавшим на стационарное лечение, как правило, проводилось определение микрофлоры с определением чувствительности к антибиотикам.

За редким исключением, пациентам, находившимся на амбулаторном лечении, такой анализ не проводился. Это приводило к назначению амбулаторным пациентам одного из антибиотиков широкого спектра действия, в частности амоксициллин, в комбинации с мукоактивным препаратом бромгексин. Наряду с этим проводилось купирование температурной реакции организма и симптомов воспаления с использованием одного из нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Пациентам, проходившим лечение в стационаре, назначался антибиотик цефатаксим, к которому имела максимальная чувствительность высеваемой микрофлоры. Для разжижения мокроты и с целью санации трахеобронхиального дерева назначался мукоактивный препарат амброксол, который начинает свое действие вскоре после введения в организм пациента, хорошо переносится и обладает выраженным эффектом. Вместе с указанным лечением, пациенты получали и комбинированный препарат рафамин (таблица № 1).

Как уже упоминалось выше, в стационаре у всех больных было проведено определение микрофлоры из мокроты с определением чувствительности ее к антибиотикам.

Пациентам, поступившим на амбулаторное лечение, соответствующий анализ проводился только в 9 случаях из 21. Остальные пациенты получали антибиотик широкого спектра действия в соответствии эмпирическими предпочтениями лечащего врача. Однако, как показала практика, это не самый лучший способ назначения эффективного лечения. Мы считаем, что благодаря подобной тактике назначения антибиотика возникли осложнения при лечении острого бронхита.

Согласно данным, полученным из историй болезни стационарных пациентов, при поступлении их на лечение фиксировалась температура тела и назначалась соответствующая терапия и лечебно-охранительный режим. У пациентов I группы максимальная температура тела до 40,5°C была зарегистрирована в 3 случаях, когда пациенты были доставлены машиной скорой помощи с диагнозом внебольничная пневмония, после резкого ухудшения состояния на фоне проводимого амбулаторного лечения по поводу острого бронхита. У пациентов были выраженные симптомы интоксикации и дыхательной недостаточности. Назначенное лечение позволило стабилизировать состояние пациентов за 8–10 дней лечения, а температура тела нормализовалась через 7–8 дней. У остальных пациентов этой группы температура тела не превышала 37,7°C, а на фоне проводимого лечения нормализовалась за 1–2 суток. Таким образом, средняя продолжительность гипертермического синдрома составила 2,7 суток.

Для купирования кашля в условиях стационарного лечения применялся Амброксол, являющийся активным метаболитом бромгексина. Он обладает противовоспалительным, антиоксидантным, противокашлевым, муколитическим и отхаркивающим эффектом, а также стимулирует синтез сурфактанта в альвеолах. В отличие от бромгексина может применяться во всех возрастных группах, а также у беременных на всех сроках. Лечебный эффект проявляется со 2–3 суток, а средняя продолжи-

Таблица 1. Сравнительная характеристика лечения пациентов I и II групп

Группа эксперимента		I группа (стационар)	II группа (поликлиника)
Параметр лечения			
Календарный месяц начала лечения	Февраль	11	7
	Март	9	5
	Апрель	4	6
Среднее время от начала заболевания до момента обращения за медицинской помощью, дни		1,9	3,4
Средняя длительность периода гипертермии, дни		2,7	4,2
Средняя длительность купирования кашля, дни		4,7	7,9
Средний срок лечения, дни		7,5	11,8
Антибактериальная терапия		Цефотаксим + Рафамин	Амоксициллин
Мукоактивная терапия		Амброксол	Бромгексин
Высеянная микрофлора, к-во случаев	Вirus гриппа	12	2
	Респираторно-синцитиальный вирус	4	2
	Вirus парагриппа	-	2
	Риновирус	2	2
	Микробно-вирусные ассоциации	3	1
	Нет результата	-	12
Осложнения		-	+

тельность купирования кашля у пациентов I группы составила 4,7 суток. По результатам проводимого комплекса лечебных мероприятий все пациенты были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Средний срок лечения составил 7,5 койко/дня.

Амбулаторное лечение пациентов не позволяет медицинскому работнику проводить контроль за выполнением лечебно-охранительного режима и лечебных процедур. Своевременное выполнение врачебных рекомендаций должно стать основной задачей пациента или его родственников. Учитывая эту особенность, сроки лечения могут быть более продолжительными, из-за безответственного отношения к своему здоровью со стороны самого пациента или его родственников. Однако, не только это было причиной удлинения сроков лечения. Немаловажным фактом неэффективного лечения мы считаем и отсутствие обязательного посева мокроты с определением возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам. Только у 9 из 21 пациента, включённого во II группу, был результат данного исследования. Как оказалось, это напрямую повлияло на низкую эффективность лечения и развитие тяжелого осложнения, как минимум у 4 больных, которые были доставлены машиной скорой помощи в центральную городскую больницу, где и получили лечение в соответствии с изменившимся диагнозом.

На основании данных амбулаторных карт пациентов II группы, мы проследили за сроками нормализации температуры тела и купированием кашля. Максимальная температура тела 38,5°C была зафиксирована у 7 пациентов. Из них 4 пациента в сроки от 2 до 4 дней с момента лечения были госпитализированы в центральную городскую больницу, а у 3 пациентов температура тела нормализовалась на 8–9 сутки. У остальных пациентов температура тела не

превышала 37,3°C, и купировалась к 5–6 суткам. Средняя длительность периода гипертермии была 7,9 суток.

В качестве мукоактивного препарата пациентам II группы предлагался бромгексин. Однако, бромгексин проявляет свое действие на 3–4 день от начала лечения, а эффективность его зависит от регулярности и своевременности приема. Эффективность использования бромгексина зависит и от состояния печени и ее ферментной системы. Бромгексин, попадая через кровоток в ткань печени, проходит в ней трансформацию и метаболизирует до Амброксола. Учитывая этот факт, не у всех пациентов бромгексин начинал свое мукоактивное действие на ранних сроках приема. Таким образом, проанализировав сроки прекращения кашля у всех пациентов II группы, мы подсчитали, что средний срок купирования кашля был равен 7,8 сут.

Пациенты II группы, проходившие амбулаторное лечение по поводу острого бронхита и внебольничной пневмонии, были выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового врача, с рекомендациями по ведению реабилитационного периода в среднем через 11,8 суток.

Подводя итог выполненной исследовательской работе хочется заметить, что на эффективность лечения влияли не только отмеченные выше факторы, но и один из важнейших — ранняя обращаемость за медицинской помощью. Чем больше времени прошло от начала заболевания до начала лечения, дольше проводится лечение, тем большая вероятность наличия осложнений.

Выводы: на основании проведенной исследовательской работы и полученных данных, можно сделать следующие выводы:

1. Проводимое в Дербентской центральной городской больнице лечение ОБ и ВП, соответствует принятым стандартам, использует современный спектр фармакологиче-

ских препаратов и является эффективным как по срокам лечения, так и по отсутствию осложнений у пациентов.

2. Методы диагностики и лечения, проводимые в Дербентской городской поликлинике, не являются эффективными, используются фармакологические препараты без учета этиологии заболевания, что приводит к развитию тяжелых осложнений, увеличивает средний срок лечения.

3. Лечение пациентов в стационаре с комплексным применением мукоактивного, антибактериального и со-

временного многокомпонентного противовирусного препаратов более эффективно на всех этапах, сокращает время купирования основных симптомов и сроков лечения заболевания в среднем на 2–4 дня, что положительно сказывается на здоровье пациента и экономических показателях лечебного учреждения. Лечение в условиях поликлиники менее эффективно, приводит к неоправданному риску развития осложнений и увеличивает экономические затраты на лечение.

Литература:

1. Зайцев А. А. Острый бронхит: клинические рекомендации. Медицинский совет. 2020;(17):27–32. doi: 10.21518/2079–701X-2020–17–27–32
2. Малышев Н. А., Колобухина Л. В., Меркулова Л. Н. и др. Современные подходы к повышению эффективности терапии и профилактики гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций // Consil. Med. — 2019. — С. 134–142
3. Трухан Д. И., Мазуров А. Л., Речапова Л. А. Острые респираторные вирусные инфекции: актуальные вопросы диагностики, профилактики и лечения в практике терапевта // Терапевтический архив.-2016.-11.- С 76–82
4. Краснова Е. И., Проворова В. В., Колпакова Т. А., Васюнин А. В., Кузнецова В. Г. Актуальные вопросы диагностики и выбора эффективной антибактериальной терапии острого бронхита и внебольничной пневмонии у детей. Лечащий Врач. 2024; 2 (27): 55–64. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.2.010>
5. Колосов В. П., Кочегарова Е. Ю., Нарышкина С. В. Внебольничная пневмония (клиническое течение, прогнозирование исходов). — Благовещенск, 2012. — 124 с.
6. Мирошниченко Н. А., Львов Н. И. Новые подходы к терапии острых респираторных вирусных инфекций и профилактике бактериальных осложнений. Consilium Medicum. 2022;24(3):182–185. DOI: 10.26442/20751753.2022.3.201509
7. Дронов И. А., Шахназарова М. Д. Роль макролидных антибиотиков в лечении острого бронхита и внебольничной пневмонии у детей // <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/32482> (Дата обращения 21.04.2025)
8. <https://epidemiology-journal.ru/ru/archive/article/37712> (Дата обращения 25.02.2025)

Эпидемиология заболеваний щитовидной железы

Абусева Алина Флёровна, студент;

Аmineва Лейсан Ильнуровна, студент;

Юнусов Амин Саид-Хамзатович, студент;

Хасанов Максим Александрович, студент

Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент

Оренбургский государственный медицинский университет

Статья рассматривает эпидемиологию заболеваний щитовидной железы с акцентом на распространённость, структуру и динамику основных нозологий, а также на факторы, которые формируют региональные различия в Российской Федерации. Обсуждаются йодная обеспеченность, узловой зоб, гипотиреоз и онкопатология щитовидной железы как элементы единого эпидемиологического поля, где клинические проявления тесно связаны с условиями профилактики, диагностическими возможностями и медицинской обращаемостью.

Ключевые слова: щитовидная железа, эпидемиология, йодный дефицит, узловой зоб, гипотиреоз, рак щитовидной железы.

Эпидемиология заболеваний щитовидной железы складывается из двух уровней, которые постоянно влияют друг на друга. Первый уровень — реальная распространённость патологий: зоба, узловых образований, аутоиммунных поражений, функциональных нарушений и злокачественных новообразований. Второй уровень —

выявляемость, зависящая от доступа к ультразвуковой диагностике, лабораторным тестам и качеству маршрутизации пациента. Этот баланс объясняет, почему «рост» показателей в одних территориях может отражать усиление диагностики, а «снижение» в других — не улучшение здоровья, а уход части пациентов из наблюдения.

Для медицинской практики важна связка трёх характеристик: какие заболевания доминируют в структуре, как меняется их частота во времени, и какие причины лежат в основе региональных различий.

Цель работы — описать распространённость, структуру и динамику заболеваний щитовидной железы и показать, как йодная обеспеченность и организация диагностики меняют эпидемиологическую картину. Задачи включают систематизацию основных нозологий, анализ факторов риска и обсуждение типичных причин различий между регионами и периодами наблюдения. Гипотеза исследования состоит в том, что ведущие эпидемиологические тренды определяются сочетанием природно-географических условий (в том числе йодной обеспеченности), возрастного-полового состава населения и организационных факторов выявления.

Материалы и методы. Работа выполнена как аналитический обзор с обобщением данных профильных публикаций и нормативно-методических документов по эндокринологии и тиреологии. Использовались методы критического чтения и сравнения источников, логическая интерпретация эпидемиологических описаний и сопоставление структурных характеристик заболеваний. В качестве базы рассмотрены современные российские публикации по региональным особенностям, йодной обеспеченности и узловому зобу, клинические рекомендации по гипотиреозу, национальное руководство по эндокринологии и отчёт по состоянию онкологической помощи, включающий данные по опухолям щитовидной железы.

Структура заболеваний щитовидной железы в популяции неоднородна и определяется тем, какие механизмы лежат в основе патологии. На практике это, как правило, два больших блока: изменения структуры железы (диффузный и узловой зоб, многоузловые формы, кисты, опухоли) и нарушения функции (гипо- и гипертиреоз), причём одно часто сопровождается другим. Национальные руководства по эндокринологии фиксируют, что заболевания щитовидной железы широко распространены, чаще встречаются у женщин, а с возрастом растёт доля узловых образований, что напрямую влияет на объёмы ультразвуковой диагностики и последующей верификации [2]. Эта характеристика важна именно как эпидемиологический ориентир: при старении населения растёт пул пациентов с узловыми находками, и система здравоохранения получает дополнительную нагрузку даже при стабильной частоте «классических» клинических форм.

Региональные различия по структуре тиреоидной патологии в России во многом объясняются йодной обеспеченностью, но не сводятся только к ней. Обзор литературы, посвящённый различиям структуры заболеваний щитовидной железы по регионам, подчёркивает, что в одних территориях чаще доминируют зобные формы и узловые изменения, а в других — функциональные нарушения и аутоиммунная патология, и эти различия усиливаются при неодинаковой доступности диагностики

и уровне профилактической работы [1]. Такая картина приводит к типичной ситуации: территории с активным УЗИ-скринингом получают «высокую» распространённость узлов, хотя реальная частота может быть сопоставимой с соседними регионами, где УЗИ проводится реже и пациенты приходят уже при выраженных симптомах или осложнениях.

Йодный дефицит остаётся одной из главных причин формирования эндемических вариантов тиреоидной патологии. Он влияет на частоту зобных изменений и косвенно на число узловых находок, особенно если дефицит сохраняется годами и затрагивает значимые доли населения. Анализ состояния йодной обеспеченности населения России показывает сохраняющуюся неоднородность ситуации, когда в разных группах и территориях формируются разные уровни риска, а профилактические меры требуют устойчивого мониторинга и оценки эффективности, иначе даже небольшие сдвиги в потреблении йода приводят к колебаниям показателей зоба и функциональных нарушений [6]. С эпидемиологической позиции это означает простую вещь: там, где йодная профилактика непоследовательна, структура патологии будет тяготеть к зобным формам, а динамика показателей — оставаться нестабильной.

Узловой зоб занимает особое место в эпидемиологии заболеваний щитовидной железы, потому что он сочетает массовость и диагностическую «чувствительность» к организационным факторам. В йоддефицитных регионах узловые формы встречаются чаще, и их структура по возрасту и полу формируется как результат длительного влияния дефицита и компенсаторной гиперплазии ткани. Эпидемиологические исследования узлового зоба в условиях йодного дефицита показывают, что распространённость и характеристики узловых изменений связаны как с природными факторами, так и с тем, как выстроено выявление: ультразвуковое обследование, маршрутизация на тонкоигольную аспирационную биопсию и наблюдение в динамике [4]. В практическом здравоохранении это превращается в вопрос ресурсов: чем шире доступ к УЗИ и биопсии, тем больше выявляется узлов, которые раньше оставались «невидимыми», и тем выше требования к качеству дифференциальной диагностики.

Отдельный блок эпидемиологической нагрузки связан с гипотиреозом. Он нередко развивается постепенно и может длительное время восприниматься пациентом как «обычная усталость», что снижает обращаемость. При этом диагностический критерий гипотиреоза относительно формализован, а значит, уровень выявления прямо зависит от доступности лабораторных исследований ТТГ и свободного Т4 и от того, насколько клиницисты ориентированы на активный поиск у групп риска. Клинические рекомендации по гипотиреозу задают рамки диагностики и ведения, включая акцент на лабораторную верификацию, оценку симптомов в сочетании с биохимическими критериями и необходимость корректной заместительной терапии, что для эпидемиологии важно как

основа единообразия учёта и маршрутизации пациентов [3]. Здесь появляется характерная для реальной практики развилка: при стабильной лабораторной базе и понятном маршруте гипотиреоз выявляется чаще и раньше; при дефиците лабораторной доступности и низкой настороженности он уходит в «скрытую» распространённость и проявляется осложнениями.

Наконец, эпидемиология заболеваний щитовидной железы включает онкопатологию, которая по определению фиксируется лучше, чем функциональные нарушения, потому что имеет отдельный регистрируемый контур онкологической помощи. Динамика выявления рака щитовидной железы, доля ранних стадий и объёмы специализированной помощи зависят от доступности диагностики узловых образований и качества морфологической верификации. Отчёт о состоянии онкологической помощи населению России содержит обобщённые данные по онкологической службе и отражает место опухолей щитовидной железы в общем онкологическом контуре, что позволяет обсуждать не только клинические исходы, но и организационные аспекты выявления и маршрутизации [5]. Для профилактической медицины это означает, что «эпидемиологический профиль» рака щитовидной железы частично формируется диагностическими практиками: при расширении УЗИ и биопсий увеличивается доля выявления малых опухолей, а нагрузка переносится на диспансерное наблюдение и стандартизацию показаний к вмешательству.

Связка «распространённость — структура — динамика» по щитовидной железе читается наиболее ясно, когда рассматриваются причины изменений, а не только цифры. Йодная обеспеченность формирует фон, на котором развиваются зоб и узловые изменения. Организация диагностики определяет выявляемость: массовое УЗИ увеличивает зарегистрированную распространённость узлов, а лабораторная доступность делает видимым гипотиреоз на ранних стадиях. Социальное поведение пациента — третий фактор, который часто недооценивают:

обращаемость при слабых симптомах низкая, а хронические формы могут существовать годами без диагноза. В российских условиях эпидемиология щитовидной патологии неизбежно завязана на первичное звено: именно там решается, будет ли пациент обследован и направлен по правильному маршруту, или ограничится разрозненными консультациями и самолечением.

Профилактическая часть проблемы тоже имеет эпидемиологическое измерение. Для зобных форм центральным остаётся вопрос йодной профилактики и мониторинга обеспеченности. Для функциональных нарушений — выстроенный доступ к лабораторным тестам и клиническая настороженность. Для онкопатологии — стандартизация ведения узловых образований, чтобы выявление не превращалось в гипердиагностику, но при этом не пропускались клинически значимые опухоли. Эти направления объединяет одно требование: качество данных и преемственность наблюдения. Без них невозможно различить реальный рост распространённости и рост выявляемости, а значит, сложно оценить эффективность программ и управленческих решений.

Эпидемиология заболеваний щитовидной железы в России формируется на пересечении природных факторов, структуры населения и организации медицинской помощи. Региональные различия по структуре тиреоидной патологии во многом связаны с неоднородной йодной обеспеченностью и доступностью диагностики. Узловой зоб и зобные формы чувствительны к йодному дефициту и к масштабам УЗИ-обследований, гипотиреоз — к доступности лабораторной базы и клинической настороженности, онкопатология — к качеству маршрутизации узловых находок и возможностям онкологической службы. Практический смысл такого обзора заключается в том, что эпидемиологические показатели по щитовидной железе требуют интерпретации через условия выявления и профилактики: без этой связки цифры легко принять за «улучшение» или «ухудшение», хотя в реальности речь может идти о переменах в диагностике и обращаемости.

Литература:

1. Бекирова, Э. Ю. Структура заболеваний щитовидной железы в различных регионах Российской Федерации (обзор литературы) / Э. Ю. Бекирова. — Текст: непосредственный // Вестник науки. — 2023. — № Т. 3, № 6 (63). — С. 450–456.
2. Дедов, И. И. Эндокринология: национальное руководство / И. И. Дедов. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 1112 с. — Текст: непосредственный.
3. Российская, а. э. Клинические рекомендации. Гипотиреоз / а. э. Российская. — Текст: непосредственный — М.: [б. и.], 2021. — С. 35.
4. Мишарова, А. П. Эпидемиологические аспекты узлового зоба в йоддефицитном регионе / А. П. Мишарова, Л. А. Суплотова. — Текст: непосредственный // Проблемы эндокринологии. — 2022. — № 68, № 2. — С. 58–64.
5. Каприна, А. Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году / А. Д. Каприна, В. В. Старинский, А. О. Шахзадова. — Текст: непосредственный — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — фил. ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. — С. 262.
6. Трошина, Е. А. Анализ состояния йодной обеспеченности населения России: текущая ситуация и прогноз / Е. А. Трошина, Н. М. Платонова, Ф. М. Абдулхабирова. — Текст: непосредственный // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2021. — № 17, № 4. — С. 14–21.

Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Влияние условий и образа жизни на заболеваемость онкологическими заболеваниями

Азнабаева Кира Раяновна, студент;

Кубасова Вероника Олеговна, студент;

Москаленко Маргарита Эдуардовна, студент;

Степанова Анна Олеговна, студент

Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются злокачественные новообразования как одна из ведущих медико-социальных проблем современного общества, существенно влияющая на показатели заболеваемости, смертности и качество жизни населения. Анализируется роль условий и образа жизни в формировании онкологической заболеваемости, включая влияние экологических, социально-экономических и поведенческих факторов риска, таких как курение, употребление алкоголя, питание и уровень физической активности. Особое внимание уделяется значению профилактических мероприятий, раннего выявления злокачественных новообразований и формирования здорового образа жизни как ключевых направлений снижения онкологической заболеваемости.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, онкологическая заболеваемость, медико-социальная проблема, условия жизни, образ жизни, факторы риска, профилактика онкологических заболеваний.

Злокачественные новообразования занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности населения в мире и в России, что делает их значимой медико-социальной проблемой. Высокая распространенность заболеваний, рост числа впервые выявленных случаев, показатели инвалидизации и преждевременной смертности оказывают существенное влияние на демографическую ситуацию, экономическое развитие общества и качество жизни населения [3]. Наибольшая нагрузка приходится на лиц трудоспособного и пожилого возраста, усиливая социальные и экономические последствия патологии.

Медико-социальная значимость новообразований определяется не только распространенностью, но и длительным течением, необходимостью дорогостоящего лечения, а также психоэмоциональными и социальными последствиями для пациентов и их семей. Диагноз нередко сопровождается утратой трудоспособности, снижением социального статуса, развитием депрессий и тревожных расстройств, что требует комплексного подхода к лечению и реабилитации [1].

Онкологическая заболеваемость формируется под влиянием множества факторов, среди которых важную роль играют условия жизни и образ жизни населения. Значительная доля заболеваний связана с модифицируемыми факторами риска, воздействие которых может быть снижено при проведении профилактики. Условия окружающей среды, социально-экономический статус, питание, уровень физической активности, вредные привычки и профессиональные вредности напрямую влияют на риск развития онкологических заболеваний. Одним из значимых факторов риска является курение. Табачным дымом содержат канцерогенные вещества, способствующие

развитию рака легкого, полости рта, гортани, пищевода и других органов. Активное и пассивное курение увеличивает риск онкологических заболеваний, а длительность и интенсивность курения коррелируют с вероятностью опухолей [4].

Значительную роль в формировании онкологических заболеваний играет употребление алкоголя. Регулярное и чрезмерное потребление алкогольных напитков связано с повышенным риском развития рака печени, пищевода, желудка, поджелудочной железы, молочной железы и других органов. Алкоголь оказывает токсическое воздействие на клетки, способствует образованию канцерогенных метаболитов и нарушает процессы репарации ДНК [1].

Питание является важным компонентом образа жизни, оказывающим влияние на онкологическую заболеваемость. Несбалансированный рацион с избыточным потреблением животных жиров, переработанных мясных продуктов, соли и сахара, а также недостаточным содержанием овощей, фруктов, пищевых волокон и витаминов ассоциирован с повышенным риском развития рака желудка, кишечника, поджелудочной железы и других органов пищеварительной системы. Ожирение и избыточная масса тела рассматриваются как самостоятельные факторы риска онкологических заболеваний, поскольку они сопровождаются гормональными и метаболическими нарушениями, хроническим воспалением и изменением иммунного ответа [2].

Низкий уровень физической активности также способствует росту онкологической заболеваемости. Малоподвижный образ жизни связан с развитием ожирения, нарушением обмена веществ и снижением общей резистентности организма. Регулярная физическая актив-

ность, напротив, оказывает защитное действие, снижая риск развития некоторых злокачественных новообразований, в том числе рака молочной железы и толстой кишки. Условия жизни и факторы окружающей среды также оказывают значительное влияние на формирование онкологической патологии. Загрязнение атмосферного воздуха, воды и почвы промышленными выбросами, канцерогенными химическими веществами и продуктами сгорания топлива повышает риск развития злокачественных новообразований, особенно в крупных промышленных регионах [4].

Социально-экономические условия жизни населения также влияют на уровень онкологической заболеваемости и исходы заболевания. Низкий уровень доходов, ограниченный доступ к качественной медицинской помощи, недостаточная информированность о факторах риска и мерах профилактики приводят к позднему обращению за медицинской помощью и диагностике онкологических заболеваний на запущенных стадиях. Социальное неравенство отражается на возможностях прохождения профилактических осмотров, диспансеризации и скрининговых программ, что усиливает медико-социальную значимость онкологической патологии [3].

Профилактика онкологических заболеваний является одним из ключевых направлений снижения онкологической заболеваемости и смертности. Она включает первичную, вторичную и третичную профилактику, каждая из которых играет важную роль в системе общественного здоровья. Первичная профилактика направлена на устранение или снижение воздействия факторов риска и формирование здорового образа жизни. Она включает борьбу с курением и злоупотреблением алкоголем, рационализацию питания, повышение уровня физической

активности, улучшение условий труда и окружающей среды [4].

Вторичная профилактика основана на раннем выявлении злокачественных новообразований с помощью скрининговых программ, профилактических осмотров и диспансеризации населения. Ранняя диагностика позволяет выявлять опухоли на доклинических и ранних стадиях, что существенно повышает эффективность лечения и улучшает прогноз заболевания. Скрининг рака молочной железы, шейки матки, толстой кишки и других социально значимых локализаций является важным инструментом снижения смертности от онкологических заболеваний [3].

Третичная профилактика направлена на предупреждение прогрессирования заболевания, развитие осложнений и рецидивов, а также на реабилитацию пациентов после лечения. Она включает комплекс медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на восстановление утраченных функций, повышение качества жизни и социальную адаптацию онкологических больных. Развитие системы паллиативной помощи также является важным аспектом третичной профилактики, обеспечивающим достойное качество жизни пациентов с запущенными формами заболевания [1].

Таким образом, злокачественные новообразования представляют собой сложную и многогранную медико-социальную проблему, формирование которой обусловлено взаимодействием биологических, социальных, поведенческих и экологических факторов. Существенная роль образа жизни и условий проживания в развитии онкологических заболеваний подчеркивает необходимость комплексного междисциплинарного подхода к профилактике и контролю онкологической заболеваемости.

Литература:

1. Даулетназаров Н. К. Обзор управляемых факторов риска развития рака // Вопросы эпидемиологии и инфекционных заболеваний. — 2025. — № 3. — С. 112–120.
2. Иванов А. С., Красильников М. Н. Влияние образа жизни и экспозиции ультрафиолетового излучения на развитие злокачественных новообразований у населения Российской Федерации / А. С. Иванов, М. Н. Красильников // РБК Общество. — 2024. — С. 13.
3. Каприн А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность). — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. — 274 с.
4. НИИ Онкологии РФ. Факторы риска онкологических заболеваний (модифицируемые и немодифицируемые): обзор данных исследований // НИИ Онкологии. — 2020. — С. 1–20.

Социальная детерминация онкологической патологии: от образа жизни к статистике заболеваемости

Алексеева Валерия Андреевна, студент;

Бычкова Валентина Михайловна, студент;

Искандарова Аделина Рафаильевна, студент;

Фуркатова Робия Ёркин кизи, студент

Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В данной статье рассматривается злокачественные новообразования как комплексная медико-социальная проблема современного общества. Анализируется эпидемиологическая ситуация в мире и в Российской Федерации на основе актуальных статистических данных. Особое внимание уделяется влиянию модифицируемых факторов, связанных с условиями и образом жизни (табакокурение, алкоголь, нерациональное питание, гиподинамия, экологические и профессиональные риски), на заболеваемость онкологическими заболеваниями. Подчеркивается необходимость междисциплинарного подхода и приоритет профилактических мер в борьбе с онкологической заболеваемостью.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, онкологические заболевания, медико-социальная проблема, заболеваемость, профилактика, образ жизни, факторы риска, эпидемиология.

Актуальность темы обусловлена устойчивым ростом глобальной онкологической нагрузки, что превращает злокачественные новообразования в одну из ключевых угроз общественному здоровью и социально-экономическому развитию. Согласно данным Международного агентства по изучению рака (IARC), в 2022 году в мире было зарегистрировано около 20 миллионов новых случаев рака и 9,7 миллионов смертей от онкологических заболеваний. Прогнозируется, что к 2040 году число новых случаев может возрасти до 30 миллионов в год. В Российской Федерации онкологические заболевания занимают второе место в структуре причин смертности населения после болезней системы кровообращения, а также являются одной из основных причин инвалидизации и значительных экономических потерь [6]. Несмотря на прогресс в методах диагностики и лечения, первичная и вторичная профилактика, направленная на устранение или снижение воздействия факторов риска, остается наиболее эффективным и экономически оправданным путем снижения заболеваемости и смертности.

Цель статьи — проанализировать злокачественные новообразования как медико-социальную проблему с акцентом на влияние условий и образа жизни на онкологическую заболеваемость.

Задачи:

- 1) Оценить современные эпидемиологические показатели онкологической заболеваемости в мире и РФ.
- 2) Систематизировать основные модифицируемые факторы образа жизни и окружающей среды, доказанно влияющие на риск развития рака.
- 3) Обосновать приоритет профилактических стратегий в решении медико-социальной проблемы рака.

Злокачественные новообразования представляют собой классическую медико-социальную проблему, так как их возникновение, течение и исходы детерминиро-

ваны не только биологическими и генетическими механизмами, но в значительной степени социально-экономическими условиями, поведенческими паттернами и состоянием окружающей среды. Медицинская составляющая проблемы включает в себя сложность ранней диагностики, высокую стоимость и длительность лечения, развитие резистентности к терапии, психологическую травму пациента и его семьи. Социальная составляющая проявляется в снижении трудоспособности населения, огромном бремени для системы здравоохранения, демографических потерях и неравенстве в доступности качественной медицинской помощи [1, 5].

По данным проекта «Российская база данных по онкологическим заболеваниям» (RUSSCO), в 2022 году в России на учете состояло около 4 миллионов пациентов с онкологическими диагнозами, а показатель заболеваемости составил примерно 540 случаев на 100 тысяч населения. Наиболее часто встречающимися локализациями у мужчин остаются рак трахеи, бронхов и легкого, предстательной железы и колоректальный рак; у женщин — рак молочной железы, тела матки и колоректальный рак [3]. Анализ влияния условий и образа жизни является краеугольным камнем понимания предотвратимой доли онкологической заболеваемости.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и IARC, более 40 % всех случаев рака потенциально предотвратимы за счет коррекции поведенческих и экологических факторов риска. Ведущим фактором риска, на который приходится до 22 % глобальных смертей от рака, является табакокурение. Курение является причиной не только рака легкого (в 85–90 % случаев), но и опухолей ротовой полости, гортани, пищевода, мочевого пузыря, поджелудочной железы и других. В России, несмотря на некоторые позитивные сдвиги после принятия антитабачного законодательства, распространенность курения среди взрослого населения остается вы-

сокой (около 28–30 %), что формирует долгосрочные риски [2].

Не менее значимым фактором является нерациональное питание и связанные с ним метаболические нарушения. Диета с избыточным потреблением красного и переработанного мяса, продуктов с высокой степенью обработки, насыщенных жиров и сахара при недостатке пищевых волокон, фруктов и овощей повышает риски развития колоректального рака, рака желудка, молочной железы (в постменопаузе) и предстательной железы.

Ожирение, приобретающее характер неинфекционной эпидемии, признано независимым фактором риска для 13 типов рака, включая рак пищевода, печени, почки и эндометрия. В РФ более половины взрослого населения имеет избыточную массу тела или ожирение. Гиподинамия, как отдельный компонент образа жизни, усугубляет метаболические нарушения и, по данным исследований, ответственна за 1–4 % всех случаев рака, в первую очередь, молочной железы и толстой кишки. Регулярная умеренная физическая активность обладает доказанным протективным эффектом.

Злоупотребление алкоголем — еще один значимый модифицируемый фактор. Этанол и его метаболит ацетальдегид являются канцерогенами, повышающими риск развития рака полости рта, глотки, гортани, пищевода, печени, колоректального рака и рака молочной железы. Вклад алкоголя в онкологическую смертность в России, с учетом традиций потребления, оценивается как существенный. Помимо поведенческих факторов, огромную роль играют условия окружающей среды и профессиональной деятельности. Загрязнение атмосферного воздуха мелкодисперсными частицами (PM_{2.5}) и канцерогенами (бензапирен, формальдегид) ассоциировано с повышенным риском рака легкого. УФ-излучение является основной причиной развития меланомы и других раков кожи.

Профессиональные канцерогены, такие как асбест, бензол, соединения хрома, никеля, ароматические амины, воздействию которых подвержены работники определенных отраслей промышленности, строительства, сельского хозяйства, значительно повышают риски онкозаболеваний. Нельзя сбрасывать со счетов и инфекционные агенты, связь которых с образом жизни и условиями часто очевидна. Вирусы папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска, передающиеся половым путем, являются причиной практически всех случаев рака шейки матки, а также части опухолей ротоглотки и аногенитальной области. Вирусы гепатита В и С (HBV, HCV), пе-

редающиеся через кровь и при незащищенных половых контактах, приводят к развитию гепатоцеллюлярной карциномы. Бактерия *Helicobacter pylori*, ассоциированная с условиями жизни и гигиеной, — основной фактор риска рака желудка [7].

Таким образом, образ жизни и условия окружающей среды формируют тот самый «канцерогенный фон», на котором реализуются индивидуальные генетические предрасположенности. Социальное неравенство, проявляющееся в различиях в доступе к здоровой пище, качественной медицине, образованию, безопасным условиям труда и проживанию, напрямую транслируется в неравенство онкологических рисков.

Проведенный анализ позволяет сформулировать следующие выводы.

1. Злокачественные новообразования представляют собой масштабную медико-социальную проблему, оказывающую значительное давление на системы здравоохранения и экономику государств, включая Российскую Федерацию.

2. Эпидемиологическая ситуация характеризуется высокой и растущей заболеваемостью, что требует не только совершенствования лечения, но и смещения акцентов в сторону профилактики.

3. Доказано, что значительная доля (более 40 %) онкологических заболеваний обусловлена модифицируемыми факторами, непосредственно связанными с условиями и образом жизни: табакокурением, нерациональным питанием, ожирением, гиподинамией, потреблением алкоголя, воздействием окружающих и профессиональных канцерогенов, а также инфекционными агентами.

4. Борьба с онкологическими заболеваниями как с медико-социальной проблемой не может быть эффективной только силами системы здравоохранения. Она требует комплексного межсекторального подхода, включающего законодательные и регуляторные меры (ограничение рекламы вредных продуктов, ужесточение экологических норм, охрана труда), налоговую политику (акцизы на табак и алкоголь), просветительскую работу по формированию здорового образа жизни, а также развитие организованного скрининга для раннего выявления предраковых состояний и рака на начальных стадиях. Только интеграция усилий на государственном, общественном и индивидуальном уровнях позволит снизить предотвратимую онкологическую нагрузку и смягчить последствия этой тяжелой патологии для общества.

Литература:

1. Международное агентство по изучению рака (IARC). World Cancer Report 2022. — Лион, 2022.
2. Всемирная организация здравоохранения. Рак: ключевые факты [Электронный ресурс]. — 2022. — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (дата обращения: 10.01.2026).
3. Каприн, А. Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, А. О. Шахзадов // М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. — 2023. — 239 с.

4. Старинский, В. В. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) / В. В. Старинский, А. Д. Каприн // М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. — 2022. — 252 с.
5. Денисов, Л. Е. Медико-социальные аспекты профилактики злокачественных новообразований / Л. Е. Денисов, И. В. Дудинская // Профилактическая медицина. — 2021. — Т. 24, № 5. — С. 112–119.
6. Gandini, S. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis / S. Gandini, E. Botteri, S. Iodice [et al.] // International Journal of Cancer. — 2008. — Vol. 122, № 1. — P. 155–164.
7. Рекомендации по питанию и физической активности для профилактики рака: глобальный консенсус / Под ред. K. S. MCTiernan // CA: A Cancer Journal for Clinicians. — 2022. — Vol. 72, № 3. — P. 230–262.
8. Plummer, M. Global burden of cancers attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis / M. Plummer, C. de Martel, J. Vignat [et al.] // The Lancet Global Health. — 2020. — Vol. 8, № 2. — P. e180–e190.

Расстройства поведения и психические расстройства как медико-социальная проблема

Амангильдин Загир Тимурович, студент;
Кузина Марина Андреевна, студент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье анализируются психические расстройства и расстройства поведения как одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем современного общества. Рассматриваются особенности их распространенности среди различных групп населения, а также тенденции изменения показателей психической заболеваемости в условиях социально-экономических преобразований. Оценивается роль биологических, психологических и социальных факторов в формировании и течении психических расстройств, включая влияние стресса, условий жизни, семейной среды и уровня доступности специализированной помощи. В статье также рассматриваются основные направления профилактики, ранней диагностики и медико-социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами, а также значение государственных программ и междисциплинарного взаимодействия в снижении их социального бремени.

Ключевые слова: психические расстройства, расстройства поведения, медико-социальная проблема, распространенность, социальные факторы, инвалидизация, профилактика, реабилитация, государственная поддержка.

Психические расстройства и расстройства поведения в XXI веке рассматриваются не только как медицинская, но и как значимая социальная проблема, оказывающая комплексное влияние на общество. Их высокая распространенность, разнообразие клинических проявлений и выраженные социальные последствия определяют особое место данной группы заболеваний в структуре общественного здоровья и системе здравоохранения в целом [1]. В условиях ускоренных социальных изменений, роста информационных нагрузок и постоянного психоэмоционального напряжения проблема сохранения психического благополучия населения приобретает особую актуальность.

Психические расстройства включают широкий спектр состояний, при которых нарушаются эмоциональные реакции, когнитивные процессы, волевая регуляция и особенности поведения человека. Эти нарушения могут проявляться в виде тревожных и депрессивных состояний, расстройств мышления, искаженного восприятия окружающей действительности, а также в форме импульсивного или социально неприемлемого поведения. Расстройства поведения чаще всего выражаются в устойчивых

отклонениях от принятых социальных норм, что особенно ярко проявляется в детском и подростковом возрасте, когда личность находится в стадии активного формирования [3].

Одной из характерных черт психических и поведенческих расстройств является их значительная распространенность среди различных возрастных и социальных групп. В последние годы отмечается рост числа выявленных случаев, что обусловлено как реальным увеличением психической заболеваемости, так и совершенствованием диагностических подходов и повышением внимания общества к вопросам психического здоровья. Особо уязвимыми категориями населения являются дети, подростки и лица трудоспособного возраста, поскольку психические нарушения в эти периоды существенно влияют на дальнейшее социальное и профессиональное развитие личности [4].

Формирование психических расстройств обусловлено взаимодействием множества факторов, имеющих биологическую, психологическую и социальную природу. К биологическим предпосылкам относятся наследственная предрасположенность, особенности функцио-

нирования центральной нервной системы, последствия перинатальных повреждений и хронические соматические заболевания. Вместе с тем наличие биологических факторов не является единственным условием развития заболевания, так как решающую роль часто играют психологические и социальные влияния, определяющие индивидуальную уязвимость человека к стрессу [3].

Социальная среда оказывает существенное воздействие на психическое состояние личности. Нестабильность социально-экономической ситуации, неблагоприятные условия труда, высокий уровень конкуренции и неопределенность будущего способствуют формированию хронического стрессового состояния. Недостаточная социальная поддержка усугубляет течение заболеваний и затрудняет процесс восстановления [1].

Семья является одним из ключевых факторов, влияющих на формирование психического здоровья. Благоприятный психологический климат, поддержка и эмоциональная стабильность способствуют развитию устойчивости к стрессам и формированию адекватных моделей поведения. В то же время конфликтные отношения, эмоциональная депривация, жестокое обращение и социальное неблагополучие в семье значительно повышают вероятность возникновения психических и поведенческих нарушений, особенно в детском и подростковом возрасте [4].

Психические расстройства оказывают выраженное негативное влияние на образовательную и профессиональную деятельность. Нарушения внимания, памяти, эмоциональной регуляции и мотивации затрудняют процесс обучения, снижают уровень усвоения информации и препятствуют профессиональной самореализации. В трудовой сфере это проявляется снижением производительности, частыми периодами временной нетрудоспособности и трудностями социальной адаптации, что в дальнейшем может приводить к утрате трудоспособности и социальной изоляции [2].

Инвалидность вследствие психических расстройств представляет собой одну из наиболее сложных и актуальных медико-социальных проблем. Психические нарушения нередко имеют хроническое течение и сопровождаются стойкими ограничениями жизнедеятельности. Существенным фактором, ухудшающим качество жизни таких пациентов, остается стигматизация, препятствующая своевременному обращению за медицинской помощью и социальной интеграции [2].

Особую группу составляют расстройства поведения, связанные с различными формами зависимости. Алкогольная, наркотическая, игровая и иные виды аддик-

тивного поведения формируются под воздействием как индивидуальных, так и социальных факторов. Первоначально такие формы поведения могут восприниматься как способ психологической разрядки, однако в дальнейшем они приводят к тяжелым медицинским, социальным и экономическим последствиям, включая разрушение семейных отношений, утрату социальных ролей и рост уровня противоправного поведения [1].

Организация психиатрической помощи населению является важнейшим элементом решения проблемы психических расстройств. Современная система ориентирована на развитие амбулаторных форм помощи, снижение избыточной госпитализации и расширение программ реабилитации и социальной поддержки. Вместе с тем сохраняются проблемы, связанные с недостаточной доступностью специализированной помощи, дефицитом кадров и ограниченными возможностями межведомственного взаимодействия [1].

Профилактика психических и поведенческих расстройств занимает центральное место в системе общественного здравоохранения. Первичная профилактика направлена на улучшение социальных условий жизни, формирование навыков стрессоустойчивости и повышение психологической грамотности населения. Вторичная профилактика предполагает раннее выявление психических нарушений и своевременное начало лечения. Третичная профилактика ориентирована на предупреждение рецидивов, снижение степени инвалидизации и поддержание социальной активности пациентов [3].

Реабилитация лиц с психическими расстройствами требует комплексного подхода, включающего медицинское лечение, психологическую коррекцию и социальную адаптацию. Важнейшее значение имеет восстановление утраченных социальных навыков, поддержка трудовой занятости и формирование условий для максимально возможной самостоятельности. Существенную роль в процессе реабилитации играет участие семьи и ближайшего окружения, способствующее устойчивой ремиссии и повышению качества жизни пациентов [2].

Таким образом, психические расстройства и расстройства поведения представляют собой многогранную медико-социальную проблему, затрагивающую различные сферы жизни общества. Их эффективное решение возможно только при условии комплексного подхода, объединяющего усилия системы здравоохранения, социальной защиты и общества в целом, что подчеркивается в современных исследованиях и практических рекомендациях.

Литература:

1. Морозов П. В. Организация психиатрической помощи населению: медико-социальные аспекты. — М.: Медицина, 2017. — 256 с.
2. Семенова Н. В., Гречко Т. Ю. Инвалидность вследствие психических расстройств как медико-социальная проблема // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2022. — Т. 25. — № 3. — С. 45–51.

3. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология: учебник для медицинских вузов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 608 с.
4. Сухотина Н. К. Психические и поведенческие расстройства у детей и подростков как социально значимая проблема // Российский психиатрический журнал. — 2019. — № 6. — С. 15–22.

Эпидемиология заболеваний щитовидной железы

Амантаева Амина Рустамовна, студент;
Жаналиева Аделия Маратовна, студент;
Салаватова Карина Маруфовна, студент;
Якунина Анжела Юрьевна, студент

Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются эпидемиологические особенности заболеваний щитовидной железы и их распространённость в различных возрастных и половых группах населения. Анализируется динамика заболеваемости тиреоидной патологией, включая гипо- и гипертиреоз, аутоиммунные заболевания щитовидной железы и узловые формы зоба. Оценивается влияние основных факторов риска, таких как йодный дефицит, экологическая обстановка, наследственная предрасположенность, гормональные особенности и социально-экономические условия. Особое внимание уделяется региональным различиям распространённости заболеваний щитовидной железы, а также роли профилактических мероприятий, включая йодную профилактику и скрининговые программы. Рассматривается значение ранней диагностики тиреоидной патологии для предупреждения осложнений и снижения медико-социальных последствий данных заболеваний.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, эпидемиология, распространённость, динамика заболеваемости, йодный дефицит, факторы риска, профилактика, ранняя диагностика.

Эпидемиология заболеваний щитовидной железы представляет собой важный раздел современной медицины, поскольку тиреоидная патология относится к числу наиболее распространенных эндокринных заболеваний и оказывает значительное влияние на здоровье населения, трудоспособность и качество жизни. Заболевания щитовидной железы широко распространены во всем мире, при этом их частота существенно варьирует в зависимости от географических, экологических, социально-экономических и демографических факторов [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, различные формы тиреоидной патологии выявляются у сотен миллионов людей, а в регионах с выраженным йодным дефицитом распространённость заболеваний щитовидной железы достигает 30–40 процентов населения [3].

Одним из ключевых эпидемиологических факторов развития заболеваний щитовидной железы является йодный дефицит. Йод относится к незаменимым микроэлементам, необходимым для синтеза тиреоидных гормонов тироксина и трийодтиронина. В условиях недостаточного поступления йода с пищей нарушается гормональная функция щитовидной железы, что приводит к развитию эндемического зоба и функциональных расстройств. Наиболее неблагоприятными по йодной обеспеченности являются горные районы, континентальные регионы, а также территории, удаленные от

морей и океанов. В таких зонах отмечается высокая частота диффузного и узлового зоба, особенно среди детей, подростков и женщин репродуктивного возраста [2].

Значительное место в структуре тиреоидной патологии занимают аутоиммунные заболевания щитовидной железы, к которым относятся аутоиммунный тиреоидит и диффузный токсический зоб. Эпидемиологические исследования показывают устойчивый рост распространенности аутоиммунных форм заболеваний, что связывают с изменениями образа жизни, увеличением уровня хронического стресса, неблагоприятной экологической обстановкой и улучшением диагностических возможностей. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы чаще встречаются у женщин, что объясняется особенностями гормонального фона, влиянием эстрогенов и более высокой активностью иммунной системы. Соотношение заболеваемости между женщинами и мужчинами в среднем составляет 5–10 к 1 [1].

Возрастной аспект эпидемиологии заболеваний щитовидной железы также имеет важное значение. В детском и подростковом возрасте наиболее часто выявляются диффузный эндемический зоб и функциональные нарушения, связанные с дефицитом йода. В этот период тиреоидная патология может оказывать негативное влияние на физическое и интеллектуальное развитие, формирование нервной системы и обменные процессы [2]. У взрослых преобладают аутоиммунные заболевания, узловые обра-

зования и функциональные нарушения в виде гипотиреоза и тиреотоксикоза. В пожилом возрасте возрастает частота узловых форм зоба и злокачественных новообразований щитовидной железы, что связано с длительным воздействием факторов риска и возрастными изменениями тканей [4].

Эпидемиология гипотиреоза характеризуется высокой распространенностью как явных, так и субклинических форм. По данным различных исследований, субклинический гипотиреоз выявляется у 4–10 процентов взрослого населения, при этом его частота увеличивается с возрастом. Наиболее уязвимой группой являются женщины старше 50 лет. Основными причинами гипотиреоза являются аутоиммунный тиреоидит, дефицит йода, последствия хирургического лечения и лучевой терапии. Гипотиреоз имеет значимые медико-социальные последствия, поскольку приводит к снижению работоспособности, когнитивным нарушениям и повышению риска сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Гипертиреоз и тиреотоксикоз встречаются реже, однако также имеют важное эпидемиологическое значение. Распространенность тиреотоксикоза составляет в среднем 1–2 процента населения, при этом чаще он диагностируется у женщин молодого и среднего возраста. Основной причиной является диффузный токсический зоб, реже узловой токсический зоб и функциональная автономия щитовидной железы. В регионах с длительным йодным дефицитом после проведения йодной профилактики может наблюдаться временное увеличение частоты тиреотоксикоза, что связано с активацией автономных участков железы [3].

Узловые образования щитовидной железы занимают особое место в эпидемиологической структуре тиреоидных заболеваний. По данным ультразвуковых исследований, узлы щитовидной железы выявляются у 20–60 процентов взрослого населения, при этом клинически значимые формы встречаются значительно реже. Распро-

страненность узлов увеличивается с возрастом и чаще регистрируется у женщин. Важным аспектом эпидемиологии узловых образований является риск злокачественного перерождения, который составляет в среднем 5–10 процентов. Заболеваемость раком щитовидной железы в последние десятилетия демонстрирует рост, что частично связано с улучшением методов диагностики и ранним выявлением малых форм опухолей [4].

Экологические факторы играют существенную роль в формировании эпидемиологической картины заболеваний щитовидной железы. Загрязнение окружающей среды тяжелыми металлами, радионуклидами и химическими соединениями оказывает негативное влияние на функцию щитовидной железы. Особое значение имеет воздействие ионизирующего излучения, особенно в детском возрасте. Эпидемиологические наблюдения после радиационных аварий показали значительное увеличение заболеваемости раком щитовидной железы у детей и подростков. Кроме того, хроническое воздействие неблагоприятных экологических факторов способствует росту аутоиммунной патологии и функциональных нарушений [4].

Социально-экономические условия также оказывают влияние на распространенность заболеваний щитовидной железы. Уровень питания, доступность медицинской помощи, информированность населения и профилактические программы определяют своевременность диагностики и лечения. В странах с развитой системой здравоохранения чаще выявляются субклинические формы заболеваний, тогда как в регионах с ограниченным доступом к медицинской помощи преобладают запущенные и осложненные формы тиреоидной патологии. Существенную роль играет уровень образования населения, поскольку осведомленность о значении йода и необходимости профилактики напрямую влияет на распространенность заболеваний [3].

Литература:

1. Глушаков Р. И., Козырько Е. В., Соболев И. В. и др. Заболевания щитовидной железы и риск нещитовидной патологии / Р. И. Глушаков, Е. В. Козырько, И. В. Соболев, С. А. Ермолова, О. В. Власева, А. А. Кузин, Н. И. Тапильская // Казанский медицинский журнал. — 2017. — Т. 98, № 1. — С. 77–84.
2. Кравцова О. Н., Сагитова Е. Р., Аверьянов В. Н. Проблема дефицита йода у детей как фактор распространенности заболеваний щитовидной железы / О. Н. Кравцова, Е. Р. Сагитова, В. Н. Аверьянов // Врач. — 2023. — Т. 34, № 1. — С. 37–39.
3. Мельниченко Г. А., Трошина Е. А., Платонова Н. М. и др. Йододефицитные заболевания щитовидной железы в Российской Федерации: современное состояние проблемы / Г. А. Мельниченко, Е. А. Трошина, Н. М. Платонова и др. // Consilium Medicum. — 2019. — Т. 21, № 4. — С. 14–20.
4. Мусаева С. Д., Парсаданян А. М., Раков Е. А. Эпидемиологические особенности рака щитовидной железы в г. Сургуте и Сургутском районе / С. Д. Мусаева, А. М. Парсаданян, Е. А. Раков // Уральский медицинский журнал. — 2020. — № 1(184). — С. 117–121.

Болезни органов дыхания как медико-социальная проблема. Факторы риска хронических неспецифических заболеваний легких

Ахметгалиева Элиана Викторовна, студент;

Костромин Даниил Иванович, студент;

Мукажанова Диана Кайратовна, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются хронические болезни органов дыхания и их влияние на показатели общественного здоровья, что является важной темой для анализа в контексте медико-социальных аспектов. Оценивается влияние различных факторов, таких как экологическая обстановка, профессиональные условия, вредные привычки, генетическая предрасположенность и социально-экономические условия, на формирование и течение хронических неспецифических заболеваний лёгких. Особое внимание уделяется динамике заболеваемости хроническими заболеваниями дыхательной системы, их осложнениям и влиянию на трудоспособность и качество жизни населения. В статье также рассматриваются методы профилактики и раннего выявления болезней органов дыхания, направленные на снижение инвалидизации и смертности, а также меры государственной поддержки пациентов и программы реабилитации, способствующие восстановлению функционального состояния лёгких.

Ключевые слова: болезни органов дыхания, хронические неспецифические заболевания лёгких, факторы риска, динамика заболеваемости, профилактика заболеваний, качество жизни, реабилитация, социально-экономические факторы.

Болезни органов дыхания, в частности хронические неспецифические заболевания лёгких, представляют собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества. Хронические заболевания лёгких, к которым относят хроническую обструктивную болезнь лёгких (ХОБЛ), хронический бронхит, бронхиальную астму и эмфизему лёгких, сопровождаются длительным течением, частыми обострениями, развитием инвалидизации и высоким уровнем летальности, что делает их изучение и профилактику актуальной задачей медицины и общественного здравоохранения [1].

Эпидемиологические исследования показывают, что заболеваемость хроническими болезнями лёгких имеет устойчивую тенденцию к росту, что обусловлено как увеличением числа факторов риска в популяции, так и совершенствованием диагностики. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 7 процентов взрослого населения в мире страдает хронической обструктивной болезнью лёгких, при этом эта цифра значительно выше в странах с неблагоприятной экологической обстановкой и высоким уровнем табакокурения [2].

Одним из ключевых факторов риска является курение табака, которое признано ведущим и наиболее изученным детерминантом хронических заболеваний дыхательной системы. Табачный дым содержит более 4000 химических соединений, включая канцерогенные вещества, свободные радикалы и раздражающие газы, которые вызывают хроническое воспаление слизистой оболочки дыхательных путей, повреждение альвеолярной ткани и нарушение иммунного ответа. У курящих людей риск развития ХОБЛ увеличивается в 5–10 раз по сравнению с некурящими, а частота обострений хронического бронхита и бронхиальной астмы возрастает в 2–3 раза [2].

Профессиональные факторы представляют собой важное дополнение к воздействию табачного дыма. Наиболее уязвимыми считаются работники химической, металлургической, текстильной промышленности, а также сельскохозяйственные рабочие, контактирующие с пестицидами, органической пылью и аэрозолями. Длительное воздействие раздражающих частиц и химических веществ приводит к развитию хронического бронхита, снижению объёма лёгких и повышенной восприимчивости к инфекциям дыхательных путей [3].

Экологические факторы занимают ключевое место в формировании эпидемиологической картины хронических заболеваний лёгких. Загрязнение атмосферного воздуха оксидами азота, серы, диоксидом углерода, мелкодисперсными частицами PM_{2,5} и PM₁₀, а также промышленными выбросами усиливает воспалительные процессы в дыхательных путях, снижает функцию лёгких и увеличивает риск развития хронических форм бронхита и ХОБЛ. Исследования показывают, что в крупных промышленных городах заболеваемость ХОБЛ выше на 20–30 процентов по сравнению с малонаселёнными районами с более чистой экологией [1].

Генетические и биологические факторы оказывают дополнительное влияние на предрасположенность к хроническим заболеваниям лёгких. Например, дефицит альфа-1-антитрипсина является генетически обусловленным фактором риска развития эмфиземы лёгких в молодом возрасте, а индивидуальные особенности иммунного ответа определяют тяжесть и частоту обострений хронического бронхита и астмы. Половые различия также отмечаются в эпидемиологии хронических заболеваний дыхательных путей: мужчины чаще страдают ХОБЛ, тогда как женщины имеют более высокую распространённость бронхиальной астмы, что связы-

вают с гормональными и иммунологическими особенностями [4].

Образ жизни и сопутствующие метаболические факторы имеют большое значение для формирования хронических заболеваний лёгких. Избыточная масса тела, ожирение и гиподинамия способствуют ухудшению вентиляции лёгких, повышению воспалительного ответа и снижению эффективности дыхательных мышц. Низкий уровень физической активности ассоциируется с увеличением тяжести течения ХОБЛ и частотой обострений бронхиальной астмы, тогда как регулярная аэробная нагрузка улучшает функцию лёгких, снижает воспалительные процессы и повышает общую устойчивость организма к респираторным инфекциям [3].

Психосоциальные и социально-экономические факторы также оказывают влияние на заболеваемость и исход хронических заболеваний лёгких. Низкий уровень образования, ограниченный доступ к качественной медицинской помощи, проживание в экологически неблагоприятных районах и плохие жилищные условия увеличивают риск позднего обращения к врачу и развития осложнённых форм болезней дыхательной системы. Стрессы, неблагоприятные социальные условия и низкий уровень информированности о факторах риска способствуют поздней диагностике и снижению эффективности терапии [4].

Заболевания органов дыхания имеют значительные медико-социальные последствия. Хронические болезни лёгких снижают трудоспособность, способствуют инвалидизации, увеличивают количество пропусков работы и требуют длительного и дорогостоящего лечения. Пато-

логии дыхательной системы также оказывают влияние на качество жизни пациентов, вызывая хроническую усталость, одышку, снижение физической активности и социальную изоляцию. Длительное течение болезни сопровождается психологическим стрессом, тревожностью и депрессивными состояниями, что подчеркивает необходимость комплексного подхода к лечению и реабилитации пациентов [3].

Профилактика хронических неспецифических заболеваний лёгких должна быть комплексной и включать первичную, вторичную и третичную стратегии. Первичная профилактика направлена на снижение воздействия факторов риска, отказ от курения, рациональное питание, увеличение физической активности и улучшение экологической обстановки. Вторичная профилактика включает раннее выявление заболеваний через скрининговые программы, регулярное медицинское обследование и своевременное лечение острых инфекций дыхательных путей. Третичная профилактика направлена на предупреждение обострений, улучшение функционального состояния лёгких, адаптацию трудовой и социальной среды и повышение качества жизни пациентов [4].

Таким образом, хронические болезни органов дыхания представляют собой сложную медико-социальную проблему, формирование которой определяется взаимодействием биологических, экологических, профессиональных, поведенческих и социально-экономических факторов. Эффективное управление этими заболеваниями требует междисциплинарного подхода, включающего профилактику факторов риска, раннюю диагностику, качественное лечение и социальную поддержку пациентов.

Литература:

1. Антонов Н. С., Сахарова Г. М., Русакова Л. И., Салагай О. О. Динамика заболеваемости болезнями органов дыхания среди населения Российской Федерации в 2010-2022 гг. / Н. С. Антонов, Г. М. Сахарова, Л. И. Русакова, О. О. Салагай // Журнал «Медицина». — 2023. — № 3. — С. 117.
2. Глушкова Н. В., Васильев С. Н., Иванова Т. И. Хроническая обструктивная болезнь лёгких: эпидемиология, факторы риска и клинические аспекты / Н. В. Глушкова, С. Н. Васильев, Т. И. Иванова // Пульмонология. — 2019. — Т. 29, № 2. — С. 159-166.
3. Лещенко И. В., Баранова И. И. Хроническая обструктивная болезнь лёгких: клинические проблемы, эпидемиология и факторы риска / И. В. Лещенко, И. И. Баранова // Consilium Medicum. — 2016. — Т. 18, № 11. — С. 818.
4. Свист П. Г., Торчинский Н. В., Авдеев С. Н., Брико Н. И. Клиникоэпидемиологическая характеристика заболеваемости бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью лёгких в России (до и во время эпидемии COVID19) / П. Г. Свист, Н. В. Торчинский, С. Н. Авдеев, Н. И. Брико // Профилактическая медицина. — 2024. — № 6. — С. 4256.

ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема: распространенность, динамика, региональные особенности

Багаутдинова Дарья Павловна, студент;

Боронкина Полина Николаевна, студент;

Цыгулева Ангелина Станиславовна, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В работе рассмотрена заболеваемость вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) как одна из наиболее значимых медико-социальных проблем современности, оказывающая серьезное влияние на здоровье населения, демографическую ситуацию и экономическое развитие стран. Авторы анализируют современные статистические данные официальных источников (ФНМЦ СПИД, ЮНЭЙДС), демонстрирующие масштабы явления. Выявлены разнонаправленные тенденции ситуации в Российской Федерации: снижение заболеваемости и стабилизация смертности на фоне неуклонного роста числа людей, живущих с ВИЧ, что свидетельствует о сохраняющихся трудностях и региональная неоднородность данной заболеваемости. В заключении обоснована необходимость приоритизации санитарно-просветительской работы в условиях доминирования полового пути передачи вируса.

Ключевые слова: ВИЧ, медико-социальная проблема, заболеваемость, поражённость, население, федеральные округа, профилактика.

ВИЧ-инфекция, даже в эпоху эффективной антиретровирусной терапии (АРВТ), сохраняет статус значимой проблемой общественного здоровья, где биологические механизмы тесно переплетены с социальными, экономическими и поведенческими факторами. **Актуальность** исследования обусловлена сохраняющейся высокой распространенностью ВИЧ-инфекции в мире и, в частности, в Российской Федерации, оказывающей глубокое влияние на все сферы жизни человека. **Цель** работы — провести комплексную оценку ВИЧ-инфекции как устойчивой медико-социальной проблемы на основе анализа эволюции научных взглядов и эпидемиологической динамики.

Задачи:

- проследить эволюцию научных представлений о ВИЧ-инфекции;
- оценить современные эпидемиологические данные и выявить ключевые тенденции;
- изучить и сопоставить региональные особенности распространения ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации;

Первые случаи неизвестного заболевания, сопровождавшегося угнетением иммунитета, были зафиксированы в США в 1981 году. Врачи обратили внимание на нетипичную клиническую картину у группы пациентов-гомосексуалов. Это позволило исследователям диагностировать синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД, англ. AIDS).

Расширение круга заболевших (лица, употребляющие инъекционные наркотики, пациенты с гемофилией, реципиенты компонентов крови, дети, рожденные от матерей из групп риска, а также половые партнеры заболевших) подтвердило гипотезу о контагиозности, то есть инфекционной природе иммунодефицита [7].

Группа ученых под руководством Люка Монтанье (Институт Пастера, Париж) изолировала ретровирус, названный лимфаденопати-ассоциированным вирусом

(LAV). Практически одновременно Роберт Галло (Национальный институт рака, США) опубликовал данные о выделении сходного агента — человеческого Т-лимфотропного вируса III типа (HTLV-III). В течение следующих двух лет в ряде стран (США, Великобритания, Япония) были получены дополнительные изоляты вируса СПИДа. В 1986 году патогену было присвоено современное название — вирус иммунодефицита человека.

Открытие ВИЧ, признанного мировой угрозой, сопровождалось не только научным прорывом, но и всплеском спекулятивных теорий, вплоть до отрицания его существования, другие же говорили, что его открытие связано исключительно с желанием получить прибыль от производства новых диагностических тестов [1]. Согласно одной из ведущих научных гипотез, предшественники ВИЧ длительное время циркулировали в популяциях приматов в Африке к югу от Сахары, не вызывая у них тяжелых заболеваний. Речь идет о вирусе иммунодефицита обезьян (SIV). Эволюционный анализ указывает на то, что в результате многократных зоонозных передач, вероятно, через контакт с инфицированной кровью при охоте или разделке туш, SIV адаптировался к новому хозяину — человеку. Эта адаптация, связанная с высокой генетической изменчивостью ретровирусов, привела к постепенной мутации вируса и возникновению его новых форм, способных к эффективному распространению в человеческой популяции, что в итоге дало начало пандемическим штаммам ВИЧ-1 и ВИЧ-2 [5].

Тем не менее, серьезность ситуации обеспечила мощное финансирование научных программ. Это позволило в рекордные сроки добиться значительных успехов в диагностике, лечении и изучении ВИЧ, обогнав по глубине знаний многие традиционные вирусные инфекции.

Остается центральный вопрос: насколько научные прорывы повлияли на сдерживание эпидемии? Для все-

сторонней оценки ситуации и её динамики необходим комплексный анализ ключевых эпидемиологических показателей. К ним относятся заболеваемость (число новых случаев), поражённость (общее число живущих с ВИЧ) и смертность ВИЧ-позитивных граждан.

Распространение вируса напрямую связано с антропогенным фактором, так как единственным источником и резервуаром инфекции является человек. Несмотря на глобальный охват, распространённость ВИЧ-инфекции демонстрирует выраженную географическую и социальную неравномерность: в ряде стран (в основном в Восточной и Южной Африке, а также в Восточной Европе и Центральной Азии) сохраняются высокие уровни поражённости, в других регионах мира эпидемия находится под контролем [3].

Согласно последнему отчёту Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), по состоянию на конец 2024 года в мире насчитывалось около 39,5 миллионов человек, живущих с ВИЧ [6]. В Российской Феде-

рации эпидемическая ситуация остается одной из наиболее напряженных в Европейском регионе ВОЗ. По оценочным данным на конец 2024 года, в России проживало 1,7 млн человек с ВИЧ-инфекцией. Ключевым инструментом для её мониторинга в РФ является Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ФР ВИЧ). Централизованная система учета, доступная для специалистов здравоохранения, обеспечивает сбор данных о новых случаях, путях передачи, диспансерном наблюдении и лечении. Это позволяет выявлять долгосрочные тенденции развития эпидемического процесса, что является основой для планирования адресных профилактических и лечебных мероприятий [2].

Основные эпидемиологические показатели по Российской Федерации по данным официальных информационных бюллетеней Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом представлены в таблице 1 [2].

Таблица 1. Динамика основных эпидемиологических показателей ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, 2014–2024 гг. (на 100 тыс. населения)

Год	Заболеваемость с впервые установленным диагнозом ВИЧ	Количество людей, живущих с ВИЧ/СПИД в РФ (поражённость)	Смертность ВИЧ-позитивных
2014	63,1	500,4	17
2015	68,2	562,4	18,8
2016	58,9	595,9	20,8
2017	58,1	647,5	21,7
2018	58,2	714,3	25,1
2019	54,2	724,2	22,9
2020	40,7	751,8	22
2021	39,9	778,9	23,4
2022	38,2	792,2	23,5
2023	37,5	816,1	23,4
2024	33,1	831,4	22,8

Анализ динамики основных эпидемиологических показателей ВИЧ-инфекции в Российской Федерации за период 2014–2024 гг. выявил характерную для страны с расширяющимся доступом к антиретровирусной терапии (АРВТ) закономерность: на фоне устойчивого снижения заболеваемости (с 63,1 до 33,1 на 100 тыс. населения) наблюдается стабилизация годовой смертности на уровне 22–25 случаев на 100 тыс. населения, что свидетельствует о повышении эффективности медицинской помощи. Однако следствием этого успеха является неуклонный рост поражённости населения (с 500,4 до 831,4 на 100 тыс. населения), отражающий накопление контингента пациентов, нуждающихся в пожизненном диспансерном наблюдении и лечении. Данный показатель наглядно демонстрирует кумулятивный медико-социальный характер проблемы.

Общероссийская динамика является результатом сложения разнонаправленных процессов в субъектах Рос-

сийской Федерации. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России характеризуется исключительной территориальной неравномерностью, что определяет её главную общественную и организационную сложность.

Эпидемиологическая картина распространения ВИЧ-инфекции по федеральным округам характеризуется выраженным несоответствием между абсолютными числами и относительной интенсивностью. По абсолютному числу новых случаев лидируют многомиллионные округа — Центральный и Приволжский. Однако наиболее напряжённая ситуация складывается в Уральском и Сибирском федеральных округах, где показатели поражённости (1605,8 и 1445,8 на 100 тыс.) свидетельствуют о переходе эпидемии в стадию генерализованного распространения в общей популяции.

Эту неоднородность отражают данные о числе людей, живущих с вирусом и уровне поражённости населения, представленные в таблице 2.

Таблица 2. Динамика новых выявленных случаев ВИЧинфекции и количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧинфекция в регионах Российской Федерации на 31.12.2024 г. [2, с. 61–62]

Регион	Число новых случаев ВИЧинфекции					На 31.12.2024	
	2020 г	2021 г	2022 г	2023 г	2024 г	Число ЛЖВ	Пораженность ВИЧ на 100 тыс
Российская Федерация	72416	71019	71256	66146	60163	1214900	831,4
Центральный федеральный округ	15835	15799	15836	14595	13452	242744	603,1
Северо-Западный федеральный округ	4653	5335	5327	5227	4644	116557	841,1
Южный федеральный округ	6068	6274	6947	6739	6279	94479	568,9
Северо-Кавказский федеральный округ	1541	1479	1675	1744	1497	19762	192,2
Приволжский федеральный округ	15205	14933	14879	13511	12567	238837	838,8
Уральский федеральный округ	9654	10495	10202	9020	7807	197066	1605,8
Сибирский федеральный округ	15583	13839	13526	12397	11136	238984	1445,8
Дальневосточный федеральный округ	2787	2865	2864	2913	2781	39511	502,5

На рисунке 1 отражен график структуры новых выявленных случаев ВИЧинфекции в динамике за период 2020–2024 гг., с целью выявления регионов с высоким уровнем выявления ВИЧ-инфекции.

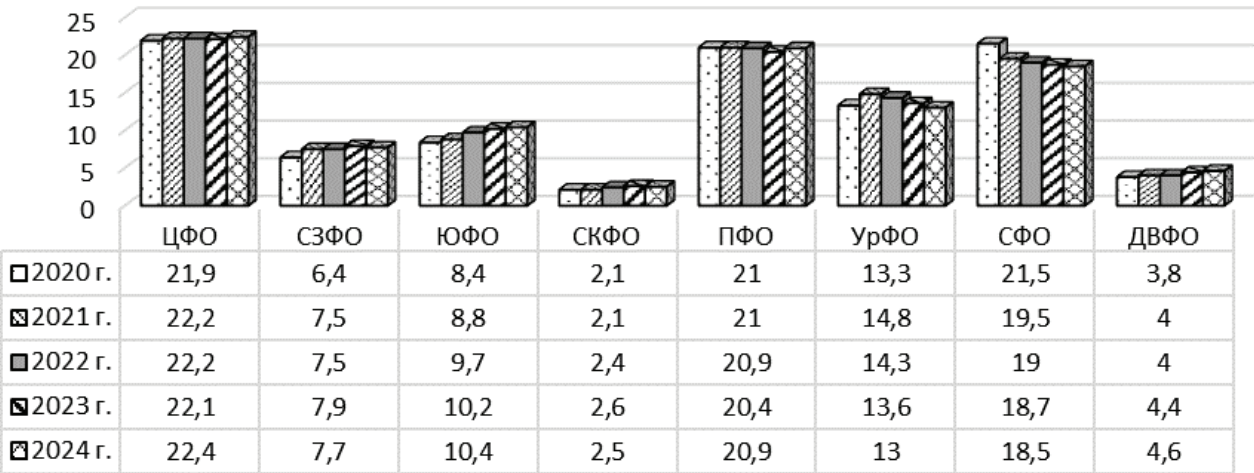


Рис. 1. Динамика доли выявленных случаев ВИЧинфекции по федеральным округам РФ, %

Пораженность ВИЧ на 100 тыс. населения Федеральных округов РФ на конец 2024 года представлена на рисунке 2. Наши выводы о критической ситуации в Уральском и Сибирском федеральных округах находят подтверждение в оценках ведущих отечественных эпидемиологов. Академик РАН Вадим Покровский, один из главных специалистов страны в области эпидемиологии ВИЧ, отметил, что очаги наибольшей напряжённости — Поволжье, Урал и Сибирь — сформировались не случайно.

Имеет место исторический контекст: именно в этих регионах в конце 1990-х — начале 2000-х годов произошла первичная вспышка эпидемии, связанная с инъекционным потреблением наркотиков, что создало обширный первичный резервуар инфекции. Также ситуацию усугубляет экономико-географический фактор: в удалённых промышленных городах доступ к тестированию и качественной медицинской помощи остаётся ограниченным [4].

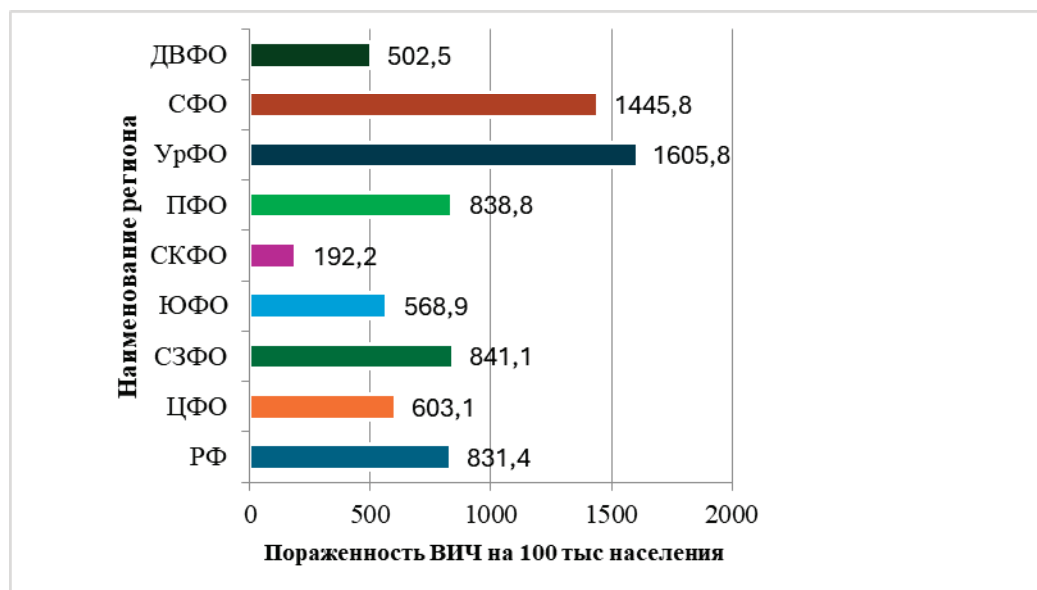


Рис. 2. Порожённость ВИЧ на 100 тыс. населения Федеральных округов РФ на 31.12.2024 г.

Проведённый анализ позволяет констатировать, что ВИЧ-инфекция в Российской Федерации сохраняет статус общественного вызова. С одной стороны, благодаря усилиям здравоохранения, наблюдается замедление темпов глобального роста новых случаев и стабилизация смертности. С другой — эпидемия далека от завершения: продолжается устойчивая передача вируса, растет общее число людей, живущих с ВИЧ, и отмечается тревожный рост заболеваемости в отдельных регионах, что указывает

на пробелы в профилактике. Учитывая, что доминирующим путём передачи вируса в настоящее время являются половые контакты, просвещение в области сексуального здоровья и ответственного поведения становится основой профилактической стратегии. Таким образом, для перелома негативных тенденций необходимо трансформировать профилактическую работу из второстепенной меры в системообразующий элемент борьбы с эпидемией, особенно в регионах с наиболее напряжённой ситуацией.

Литература:

1. Бобков А. Ф. Как и когда это могло случиться: происхождение и эволюция ВИЧ // Вестник Российского фонда фундаментальных исследований. — 2002. — № 1 (27). — С. 58–64.
2. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации: информационный бюллетень [Электронный ресурс] / ФБУН «ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИДом». — М., 2023. — URL: <http://www.hivrussia.info/.../byulleten-2023.pdf> (дата обращения: 12.01.2026).
3. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / под ред. В. В. Покровского. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 608 с. — ISBN 978-5-9704-4356-9. — URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443569.html> (дата обращения: 12.01.2026).
4. Покровский В. В. Диагноз СПИД — уже атавизм [Электронный ресурс]: [интервью] / В. В. Покровский; беседовала Н. Демидова // Газета.Ru. — 2025. — 18 мая. — URL: <https://www.gazeta.ru/science/2025/05/18/21030632.shtml> (дата обращения: 13.01.2026).
5. Sharp P. M., Hahn B. H. Origins of HIV and the AIDS pandemic [Электронный ресурс] // Cold Spring Harbor perspectives in medicine. — 2011. — Vol. 1, no. 1. — P. a006841. — DOI: <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006841>. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234451/> (дата обращения: 10.01.2026).
6. UNAIDS AIDInfo. Core epidemiology slides [Электронный ресурс] // Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). — 2024. — URL: <https://aidsinfo.unaids.org/> (дата обращения: 12.01.2026).
7. Хрянин А. А., Решетников О. В. ВИЧ-инфекция в терапевтической практике. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 88 с. — ISBN 978-5-9704-4735-2. — URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447352.html> (дата обращения: 10.01.2026).

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом как медико-социальная проблема: распространенность, динамика, региональные особенности

Баев Никита Юрьевич, студент;

Гуреева Ксения Дмитриевна, студент;

Рыжова Карина Дмитриевна, студент;

Хасаншин Ильдар Рамилевич, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются вопросы заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС, «мышинная лихорадка») и её медико-социальное значение, что актуально для анализа эпидемиологической ситуации в Оренбургской области. Оценивается распространённость заболевания, динамика его проявлений в последние годы, а также влияние различных факторов, включая экологические условия, численность популяции грызунов-переносчиков, санитарно-гигиенические условия и доступность медицинской помощи, на уровень заболеваемости среди населения региона. Особое внимание уделяется анализу динамики заболеваемости ГЛПС, выявлению групп риска и региональных особенностей распространения инфекции. Рассматриваются меры первичной и вторичной профилактики, направленные на снижение заболеваемости, включая санитарно-просветительскую работу среди населения, соблюдение правил гигиены при пребывании в природных очагах, обработку жилых и хозяйственных помещений и мониторинг популяции грызунов.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, ГЛПС, мышинная лихорадка, заболеваемость, динамика, медико-социальная проблема, профилактика, эпидемиологический надзор, группы риска.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), известная также в народе как «мышинная лихорадка», представляет собой острое инфекционное природноочаговое заболевание человека, вызываемое различными серотипами вирусов рода *Hantavirus* семейства *Hantaviridae*. Болезнь характеризуется поражением мелких кровеносных сосудов, выраженным геморрагическим синдромом и нарушением функции почек, что делает её значимой медикосоциальной и эпидемиологической проблемой в ряде регионов Российской Федерации, включая Оренбургскую область [1]. Основным источником инфекции являются мышевидные грызуны, такие как полевые мыши, рыжие и серые полёвки, а передача вируса человеку происходит преимущественно воздушно-пылевым путём при вдыхании высохших экскрементов грызунов или при контакте с заражёнными предметами окружающей среды. Помимо аэрогенного пути, возможны контактный и алиментарный пути передачи, когда вирус попадает в организм через слизистые оболочки или при употреблении продуктов, загрязнённых выделениями инфицированных животных [1].

ГЛПС признана одним из самых распространённых природноочаговых вирусных заболеваний в России и входит в систему официального эпиднадзора Минздрава РФ. Анализ эпидемиологических данных за 2000–2022 годы свидетельствует, что в эту группу из 85 административных регионов страны было зарегистрировано 164 580 случаев заболевания ГЛПС, что соответствует среднему уровню заболеваемости 4,9 случаев на 100 000 населения. Европейская часть России, куда входит и Оренбургская область, за указанный период зарегистрировала подавляющее большинство случаев — 162 045 (98,5 % всех заболеваний) с уровнем заболеваемости 9,7 на 100 000 че-

ловек, тогда как азиатская часть показала лишь 0,6 случая на 100 000 жителей. В общей структуре заболеваемости дети до 14 лет составляют около 2,4 %, а уровень летальности остаётся относительно низким — около 0,4 % случаев по всей стране [2].

Эпидемиологический процесс ГЛПС в России характеризуется выраженной сезонностью, где наибольшая активность регистрируется осенью и зимой, что связано с экологическими особенностями жизнедеятельности грызунов и активностью человека в природноочаговых зонах. Заболевание чаще фиксируется у лиц трудоспособного возраста (30–59 лет) и среди мужчин, составляющих до 72 % всех случаев, что связано с более высокой вероятностью контакта с природной средой во время сельскохозяйственных, лесозаготовительных работ и отдыха на природе [2].

Медикосоциальное значение ГЛПС определяется не только высокой распространённостью в ряде территорий, но и тяжестью клинических проявлений и риском развития осложнений, включая острую почечную недостаточность и выраженный геморрагический синдром. Заболевание может приводить к длительной временной нетрудоспособности, необходимости госпитализации и серьёзного лечения, что отражает нагрузку на систему здравоохранения. Отсутствие эффективной этиотропной терапии и широкого использования специфической профилактики (вакцинация доступна лишь против некоторых серотипов вируса в отдельных странах) делает своевременное выявление и профилактические мероприятия ключевыми задачами эпиднадзора и общественного здравоохранения [4].

Оренбургская область представляет собой территорию с устойчиво зарегистрированными природными

очагами ГЛПС. Данные региональных эпидемиологических исследований указывают, что область входит в число территорий с неблагоприятной ситуацией по заболеваемости ГЛПС. Анализ заболеваемости населения области за последние годы показывает значительные уровни распространённости инфекции в отдельных районах и повышение числа зарегистрированных случаев, особенно в периоды активизации эпидемического процесса. По данным за первые 8 месяцев 2025 года в Оренбургской области зарегистрировано 117 случаев ГЛПС, а показатель заболеваемости составил 6,40 на 100 000 населения, что превышает средний показатель по Российской Федерации и отражает сложность эпидемиологической обстановки на территории региона [3].

Региональные особенности распространения ГЛПС в Оренбургской области обусловлены природноклиматическими условиями, ландшафтноэкологическими характеристиками и активностью грызуновых популяций в лесостепной и степной зонах. В ряде районов области, таких как Кувандыкский, Тюльганский, Илекский и Ташлинский, выявлены наиболее высокие уровни заболеваемости, что связывают с особенностями экосистем, преобладающими сельскохозяйственными работами и интенсивным контактом населения с природной средой. Эти территории выделены в отдельные эпидемиологические кластеры риска, характеризующиеся устойчивой циркуляцией возбудителя среди природных резервуаров и повышенной вероятностью передачи инфекции человеку [3].

Динамика заболеваемости ГЛПС в Оренбургской области имеет ярко выраженные годовые колебания, что характерно для природноочаговых инфекций. За последние годы в регионе наблюдались подъемы заболеваемости, связанные с благоприятными экологическими условиями для размножения и миграции грызунов, а также с повышенной активностью сельскохозяйственных работ, что увеличивает риск контакта населения с угрозой заражения. Внутригодовая динамика показывает пики заболеваемости в весеннеосенний период, что согласуется с общенациональными тенденциями и отражает сезонные особенности эпидемического процесса [2].

Литература:

1. Алехин Е. К., Камилов Ф. Х., Хунафина Д. Х., Валишин Д. А., Шайхулина Л. Р., Мурзабаева Р. Т. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом // Эпидемиологические и клинические аспекты природноочаговых инфекций. — 2013. — С. 14–21.
2. Дзагурова Т. К., Ткаченко Е. А., Транквилевский Д. В., Колясникова Н. М., др. Эпидемиологический анализ заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом и клещевым энцефалитом в Российской Федерации // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2024. — Т. 23, № 5. — С. 84–91.
3. Официальный портал Правительства Оренбургской области. Рост заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в Оренбургской области за 2025 г. — Оренбург, 30 сент. 2025. URL: <https://soliletsk.orb.ru/presscenter/news/274264> (дата обращения: 15.01.2026).
4. Савицкая Т. А. Анализ эпидемиологической ситуации по геморрагической лихорадке с почечным синдромом в Российской Федерации в 2022 г. и прогноз ее развития на 2023 г. / Т. А. Савицкая, А. В. Иванова, Г. Ш. Исаева [и др.] // Проблемы особо опасных инфекций. — 2023 — Vol. 1. — Р. 85–95

Фактором, усугубляющим медикосоциальную значимость ГЛПС, является сложность диагностики на ранних стадиях заболевания, поскольку его клинические проявления часто маскируются под другие острые инфекционные патологии. Это требует высокой квалификации медицинских специалистов и доступности лабораторной диагностики, которая базируется на серологических методах подтверждения инфекции. Эффективное раннее выявление и лечение способствуют снижению риска осложнений и сокращению периода временной нетрудоспособности, что особенно важно в трудоспособных возрастных группах [4].

Профилактика ГЛПС включает проведение широкого спектра противоэпидемических мероприятий, направленных на снижение популяции грызунов-резервуаров и уменьшение контакта человека с их экскрементами. Ключевыми являются санитарнопросветительские программы для населения, соблюдение правил гигиены при посещении природноочаговых зон, организация дератизационных мероприятий в жилых и сельскохозяйственных помещениях, защита дыхательных путей во время работ в запылённых условиях и обеспечение непроницаемости продуктов питания для грызунов. Эти меры, в сочетании с эпидемиологическим надзором и мониторингом численности переносчиков вируса, позволяют снижать риск инфицирования и повышать осведомлённость населения о мерах безопасности [1].

Таким образом, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом остаётся значимой медикосоциальной проблемой как на федеральном уровне, так и в Оренбургской области. Высокий уровень региональной заболеваемости, сезонные вспышки инфекции и экологические особенности природных очагов делают необходимым продолжение эпиднадзора, улучшение профилактических программ и укрепление системы здравоохранения для раннего выявления и лечения ГЛПС. Эффективная борьба с этой инфекцией требует комплексного подхода, включающего научнообоснованные меры эпидемиологического контроля, широкую информационную работу и активное взаимодействие медицинских и социальноадминистративных структур.

Инфекции, передаваемые половым путем, как медико-социальная проблема: распространенность, структура, динамика

Баширова Альбина Радиковна, студент;
Муртазина Аделина Фаритовна, студент;
Басова Вероника Валерьевна, студент;
Телеушева Карина Карамановна, студент

Научный руководитель: Чехонадская Юлия Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), остаются одной из наиболее «социально чувствительных» групп заболеваний: на показатели влияют не только биология возбудителей и доступность лечения, но и поведение, стигма, миграция, употребление психоактивных веществ, готовность обращаться за медицинской помощью. В российской практике ИППП одновременно выступают индикатором качества профилактики и проблемой организации выявления, особенно в группах риска и в ситуациях, когда пациент обращается поздно. Цель статьи — рассмотреть ИППП как медико-социальную проблему и описать особенности распространённости, структуры и динамики заболеваемости с опорой на официальные источники и профильные публикации.

Ключевые слова: ИППП, сифилис, эпидемиологический надзор, заболеваемость, поведенческие факторы, психоактивные вещества, ВИЧ-инфекция, профилактика.

Введение. ИППП воспринимаются населением и медицинским сообществом по-разному. Для пациента — это часто тема, которую стараются не обсуждать из-за страха огласки, чувства вины, опасений по поводу «учёта», реакции партнёра и семьи. Для системы здравоохранения ИППП — показатель того, насколько хорошо работает профилактика, раннее выявление и организация лечения, включая обследование контактов и предотвращение дальнейшей передачи. Разрыв между этими точками зрения формирует типичную проблему: часть людей предпочитает самолечение или «анонимные» услуги без полноценного эпидрасследования, из-за чего регистрация случаев становится неполной, а эпидемический процесс сохраняется в скрытом виде.

Медико-социальный характер ИППП проявляется уже на уровне причин позднего обращения. Симптомы могут быть стёртыми или отсутствовать, а решение обследоваться зависит от информированности, отношения к риску, доступности помощи и доверия к врачу. Риск-поведение тесно связано с употреблением алкоголя и наркотиков, поскольку эти факторы снижают контроль и повышают вероятность незащищённых контактов, смены партнёров и отказа от плановой диагностики. Для России такой «социальный контур» не является абстракцией: он фиксируется в эпидемиологических и клинико-социальных материалах и влияет на структуру пациентов, попадающих в поле зрения дерматовенерологической службы.

Цель исследования — представить связный анализ распространённости, структуры и динамики ИППП в России, выделив факторы, которые поддерживают эпидемический процесс и усложняют профилактику. Задачи включали сопоставление официальных отчётных данных с медицинской статистикой, а также разбор сифилиса как примера инфекции, где особенно заметны социальные де-

терминанты и необходимость системной работы с контактами.

Материалы и методы. Работа выполнена как аналитический обзор. Использованы государственный доклад о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения за 2023 год, статистический сборник «Здравоохранение в России. 2023», клинические рекомендации по сифилису, публикация о медико-социальном профиле больных сифилисом с акцентом на поведенческие факторы и употребление психоактивных веществ, а также информационный бюллетень о связи ВИЧ-инфекции и ИППП с наркопотреблением и алкоголизацией. Под «динамикой» понимались изменения регистрируемых показателей и структуры контингента, с учётом влияния выявляемости и обращаемости.

Эпидемиологическая оценка ИППП в России строится на сочетании санитарно-эпидемиологического надзора и медицинской статистики. Эти системы отвечают на разные вопросы. Санитарный контур показывает, как устроены риски и как меняется эпидситуация в связи с условиями жизни, профилактическими мероприятиями и поведенческими тенденциями; медицинская статистика фиксирует, сколько пациентов дошли до врача и получили диагноз, отражённый в учёте. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологическом благополучии за 2023 год задаёт рамку для понимания инфекционной заболеваемости и роли надзорных и профилактических механизмов, которые формируют общие условия контроля инфекций, включая социально значимые группы заболеваний [1].

У ИППП есть особенность, делающая любые цифры «двухслойными». Первый слой — реальная частота заражений и циркуляция возбудителей. Второй слой — выявляемость, которая зависит от обращения пациента, доступности диагностики, доверия к системе и от того,

насколько последовательно проводятся обследование партнёров и профилактическая работа. Если растёт доля обращений в частный сектор без полноценного эпидемиологического сопровождения, официальные показатели могут снижаться, при этом фактическая передача инфекции сохраняется. Если расширяется тестирование и улучшается доступность лаборатории, регистрируемая заболеваемость может расти на фоне стабильного реального риска — за счёт того, что случаи перестают быть «невидимыми». Поэтому динамика ИППП требует интерпретации через организацию выявления, а не только через итоговые числа.

Структура ИППП в практике дерматовенеролога отражает одновременно биологию инфекций и социальное распределение рисков. Сифилис занимает здесь особое место, потому что он сочетает потенциально тяжёлые последствия при поздних формах и относительную управляемость при раннем выявлении и лечении. Клинические рекомендации по сифилису фиксируют диагностический и лечебный алгоритм, включая необходимость лабораторного подтверждения, стадийность, подходы к терапии и наблюдению, что делает сифилис удобным «маркером» качества организации помощи: при отлаженной работе доля поздних форм и осложнений должна снижаться, а выявление — смещаться в сторону ранних стадий [3].

Динамику сифилиса и других ИППП нельзя отделить от поведенческих факторов. В клинико-социальном профиле пациентов, описанном в исследовании Т. В. Красносельских, центральным элементом выступают особенности поведения и сопутствующие факторы, среди которых отдельного внимания заслуживает употребление психоактивных веществ и связанные с ним сценарии риска [4]. На практике это проявляется типично: человек с эпизодическим или регулярным употреблением алкоголя и наркотиков чаще вступает в случайные контакты, реже использует барьерную контрацепцию и позже обращается за диагностикой. Такой пациент чаще приходит не на этапе «подозрения», а тогда, когда симптомы уже мешают жить или когда возникает необходимость обследования по внешнему поводу, например при госпитализации или обращении по другой проблеме.

ИППП как медико-социальная проблема особенно заметны в связке с ВИЧ-инфекцией. Общие пути передачи, пересечение групп риска и взаимное усиление эпидемических процессов превращают профилактику ИППП в часть более широкой политики снижения вреда и формирования безопасного поведения. Информационный бюллетень, посвящённый ВИЧ-инфекции и ИППП в контексте наркопотребления и алкоголизации, показывает, что уязвимость формируется не только медицинскими, но и социальными механизмами, и без работы с зависимостями добиться устойчивого снижения ИППП трудно [6]. Этот тезис практический: если профилактика строится исключительно как «памятка про презерватив», а ре-

альная среда остаётся прежней — высокая алкоголизация, наркотизация, низкая приверженность наблюдению, — статистика может колебаться, но эпидемический процесс не затухает.

Роль официальной медицинской статистики состоит в том, что она позволяет видеть общие тенденции в здравоохранении и сопоставлять инфекционную заболеваемость с организационными параметрами системы. Статистический сборник Росстата по здравоохранению даёт возможность оценивать общую картину: ресурсы, обращаемость и некоторые показатели заболеваемости, на фоне которых разворачивается эпидемиология ИППП, включая организационные «входы» в систему — профилактические осмотры, диспансеризацию, доступность лабораторной диагностики [2]. Это не «чистая» эпидемиология ИППП, но важный фон: в регионе с дефицитом кадров и лабораторной базы ИППП чаще выявляются поздно, а значит растёт риск дальнейшей передачи и осложнений.

Смысл обсуждения распространённости ИППП заключается не только в цифрах, но и в том, какие группы населения создают основной вклад и какие механизмы удерживают заболеваемость. На уровне здравоохранения ключевыми задачами остаются раннее выявление, лечение по стандартам и профилактика повторного заражения через работу с контактами. На уровне социальной политики — снижение уязвимости, связанной с зависимостями и небезопасным поведением, а также повышение доступности «дружественных» медицинских услуг, где пациент не боится обращаться и готов возвращаться для контрольных обследований. Здесь снова проявляется двухконтурность: один контур — медицина с протоколами, лабораторией и наблюдением; другой — поведение и социальная среда, которые определяют, придёт ли человек вовремя и будет ли он выполнять назначения.

Сифилис показывает, как эти контуры соединяются. С одной стороны, заболевание хорошо диагностируется и лечится при соблюдении рекомендаций, а значит управляемо клинически. С другой стороны, структура пациентов часто включает людей с нестабильным образом жизни, поведенческими рисками и употреблением психоактивных веществ, что увеличивает долю поздних обращений и снижает приверженность наблюдению. Вторая публикация Т. В. Красносельских, приведённая в списке литературы, позволяет акцентировать именно этот клинико-социальный аспект как устойчивый фактор риска неблагоприятных эпидемиологических сценариев, когда профилактика не «дотягивается» до ключевых групп [5]. В итоге оценка динамики ИППП должна учитывать, что улучшение показателей возможно двумя разными путями: реальным снижением передачи и «косметическим» снижением регистрации из-за ухода части случаев из официального поля. Разделить эти сценарии можно только через сопоставление данных разных систем и анализ структуры выявленных случаев.

С практической точки зрения для ИППП работает простая логика: чем больше случаев выявляется на ранних

стадиях и чем стабильнее лечение и контрольные обследования, тем меньше вероятность дальнейшей передачи. Эту логику невозможно удерживать без доверия к медицинской помощи и без условий, при которых пациенту проще обратиться в систему, чем пытаться лечиться самостоятельно. Когда уязвимость связана с зависимостями, профилактика ИППП становится частью междисциплинарной работы: наркологическая помощь, программы по снижению вреда, профилактика ВИЧ-инфекции и дерматовенерологическая служба должны действовать согласованно, иначе каждый отдельный элемент не даёт устойчивого эффекта.

Заключение. ИППП в России сохраняют значение как медико-социальная проблема из-за сочетания факторов:

скрытого течения ряда инфекций, стигмы, неполной обрабатываемости и влияния поведенческих рисков, усиленных алкоголизацией и наркопотреблением. Распространённость и динамика регистрируемых показателей зависят не только от реальной передачи инфекций, но и от организации выявления и учёта. Структура ИППП и профиль пациентов, особенно при сифилисе, подчёркивают необходимость ранней диагностики, лечения по стандартам и устойчивого наблюдения с работой по контактам. Устойчивое снижение заболеваемости опирается на сочетание клинических протоколов и профилактики, ориентированной на реальные сценарии риска и на группы, которые чаще всего выпадают из стандартных маршрутов медицинской помощи.

Литература:

1. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Государственный доклад. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году / служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Федеральная. — Текст: непосредственный — М.: Роспотребнадзор, 2024. — С. 368.
2. Здравоохранение в России. 2023: статистический сборник / Федеральная служба государственной статистики (Росстат). — Москва: Росстат, 2023. — 179 с.
3. Российское общество дерматовенерологов и косметологов Клинические рекомендации. Сифилис / общество дерматовенерологов и косметологов Российское. — Текст: непосредственный — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — С. 72.
4. Красносельских, Т. В. Медико-социальный профиль больных сифилисом в современных условиях: роль поведенческих факторов и употребления психоактивных веществ / Т. В. Красносельских. — Текст: непосредственный // Журнал инфектологии. — 2022. — № Т. 14, № 2. — С. 88–96.
5. Красносельских, Т. В. Медико-социальный профиль больных сифилисом в современных условиях: роль поведенческих факторов и употребления психоактивных веществ / Т. В. Красносельских. — Текст: непосредственный // Журнал инфектологии. — 2022. — № Т. 14, № 2. — С. 88–96.
6. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция и инфекции, передаваемые половым путем, в контексте наркопотребления и алкоголизации населения: информационный бюллетень / В. В. Покровский, Н. Н. Ладная. — М.: ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, 2023. — 56 с. — Текст: непосредственный.

Факторы риска ожирения у детей и подростков

Бекбергенова Махаббат Маратовна, студент;

Капшук Эвилина Сергеевна, студент;

Шахова Ксения Алексеевна, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются основные факторы риска развития ожирения у детей и подростков, а также их влияние на формирование избыточной массы тела в различные возрастные периоды. Анализируется роль наследственной предрасположенности, особенностей питания, уровня физической активности, социально-экономических условий и образа жизни семьи в развитии ожирения у детского населения. Особое внимание уделяется динамике распространённости ожирения среди детей и подростков, а также взаимосвязи между поведенческими, метаболическими и внешнесредовыми факторами риска. Рассматриваются современные подходы к профилактике детского и подросткового ожирения, включая формирование здоровых пищевых привычек, повышение физической активности и меры раннего выявления нарушений массы тела. В статье также освещаются направления медико-социальной профилактики, направленные на снижение риска развития ожирения и связанных с ним осложнений в детском возрасте.

Ключевые слова: ожирение у детей и подростков, факторы риска, избыточная масса тела, наследственность, питание, физическая активность, образ жизни, профилактика ожирения.

Ожирение у детей и подростков в настоящее время является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества. Рост распространенности избыточной массы тела и ожирения в детском возрасте отмечается во многих странах мира, включая Российскую Федерацию. Детское ожирение рассматривается не только как косметическая проблема, но и как фактор риска развития тяжелых хронических неинфекционных заболеваний, таких как сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, нарушения опорно-двигательного аппарата и патологии эндокринной системы. Формирование ожирения в детском и подростковом возрасте часто приводит к сохранению избыточной массы тела во взрослом периоде, что значительно ухудшает прогноз для здоровья и качества жизни [1].

Риски ожирения у детей и подростков носят многофакторный характер и включают в себя биологические, генетические, поведенческие, социально-экономические и средовые компоненты. В большинстве случаев развитие ожирения обусловлено сочетанным воздействием нескольких факторов, что затрудняет его профилактику и лечение. Одним из ведущих факторов риска является наследственная предрасположенность. Наличие ожирения у одного или обоих родителей значительно повышает вероятность формирования избыточной массы тела у ребенка. Генетические факторы определяют особенности обмена веществ, регуляции аппетита, скорость энергетического обмена и распределение жировой ткани. Однако наследственность реализуется преимущественно при наличии неблагоприятных внешних условий, таких как неправильное питание и низкая физическая активность [1].

Важную роль в развитии ожирения играет характер питания детей и подростков. Современные пищевые привычки характеризуются высоким потреблением продуктов с высокой калорийностью и низкой пищевой ценностью. К таким продуктам относятся фастфуд, сладкие газированные напитки, кондитерские изделия, продукты с высоким содержанием сахара, жиров и соли. Нерегулярный режим питания, пропуски завтраков, частые перекусы, употребление пищи перед сном способствуют нарушению энергетического баланса и накоплению жировой массы. Особое значение имеет избыточное потребление простых углеводов, которые быстро усваиваются и приводят к резким колебаниям уровня глюкозы и инсулина в крови, что способствует отложению жира [2].

Низкий уровень физической активности является одним из ключевых поведенческих факторов риска ожирения у детей и подростков. Современный образ жизни характеризуется значительным снижением двигательной активности, что связано с широким использованием элек-

тронных устройств, компьютеров, смартфонов и телевизоров. Увеличение времени, проводимого в сидячем положении, приводит к снижению энергозатрат и формированию положительного энергетического баланса. Недостаточная физическая активность также негативно влияет на развитие мышечной массы, обмен веществ и общее физическое состояние ребенка. Отсутствие регулярных занятий спортом и физической культурой усугубляет риск формирования ожирения, особенно в сочетании с неправильным питанием [3].

Социально-экономические факторы также оказывают существенное влияние на риск развития ожирения в детском возрасте. Уровень дохода семьи, образовательный уровень родителей, условия проживания и доступность качественных продуктов питания напрямую связаны с формированием пищевых привычек и образа жизни ребенка. В семьях с низким социально-экономическим статусом чаще наблюдается употребление дешевых, высококалорийных продуктов с низким содержанием витаминов и микроэлементов. Недостаток знаний о принципах рационального питания и здорового образа жизни также способствует увеличению риска ожирения. Кроме того, ограниченные возможности для занятий спортом и активного отдыха в неблагоприятных районах проживания усиливают проблему гиподинамии [3].

Психологические факторы играют не менее важную роль в развитии ожирения у детей и подростков. Стрессовые ситуации, эмоциональная нестабильность, тревожность, депрессивные состояния и проблемы в межличностных отношениях могут способствовать формированию так называемого эмоционального переедания. В таких случаях пища используется как средство психологической компенсации, что приводит к избыточному потреблению калорий. Подростковый возраст является особенно уязвимым периодом, так как сопровождается гормональными изменениями, повышенной чувствительностью к социальным факторам и формированием самооценки. Негативное отношение к своему внешнему виду, буллинг и социальная изоляция могут усугублять проблему ожирения и формировать замкнутый круг [1].

Существенное значение имеют также факторы, связанные с внутриутробным развитием и ранним детством. Низкая или избыточная масса тела при рождении, гестационный сахарный диабет у матери, курение во время беременности и искусственное вскармливание в раннем возрасте повышают риск развития ожирения в последующие годы. Раннее введение прикорма и формирование неправильных пищевых привычек в первые годы жизни закладывают основу для нарушений обмена веществ. Период раннего детства рассматривается как критически важный этап профилактики ожирения, так как именно

в это время формируются базовые механизмы регуляции аппетита и энергетического обмена [4].

Эндокринные и метаболические нарушения также могут выступать факторами риска ожирения у детей и подростков. Нарушения функции щитовидной железы, инсулинорезистентность, синдром поликистозных яичников у подростков и другие гормональные дисфункции могут способствовать увеличению массы тела. В таких случаях ожирение часто имеет вторичный характер и требует комплексного медицинского обследования. Однако доля эндокринных причин ожирения относительно невелика по сравнению с алиментарно-конституциональными факторами [4].

Экологические и средовые факторы также оказывают влияние на формирование ожирения. Урбанизация, недостаток зеленых зон, ограниченные возможности для активных игр на свежем воздухе, неблагоприятная экологическая обстановка способствуют снижению физической активности детей. Кроме того, агрессивная реклама высококалорийных продуктов питания, ориентированная на детскую аудиторию, формирует искаженные представления о рациональном питании и стимулирует потребление вредной пищи [3].

Особое внимание следует уделить роли образовательных учреждений в формировании факторов риска ожирения. Несбалансированное школьное питание, недостаточное количество уроков физической культуры, высокая учебная нагрузка и длительное пребывание в сидячем положении способствуют снижению двигательной активности и нарушению режима питания. В то же время школа может стать важной площадкой для реализации профилактических программ, направленных на формирование здорового образа жизни [3].

Таким образом, факторы риска ожирения у детей и подростков являются многоуровневыми и взаимосвязанными. Их влияние начинается с раннего детства и продолжается на протяжении всего периода роста и развития. Понимание роли каждого фактора и механизмов их взаимодействия имеет важное значение для разработки эффективных профилактических мероприятий. Комплексный подход, включающий коррекцию питания, повышение физической активности, психологическую поддержку, просвещение родителей и улучшение социальной среды, является ключевым условием снижения распространенности ожирения среди детского и подросткового населения.

Литература:

1. Баранов А. А. Ожирение у детей и подростков: клиника, диагностика, лечение и профилактика / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, В. А. Петеркова. — М.: ПедиатрЪ, 2019. — 256 с.
2. Васильева Т. Н. Питание и здоровье детей и подростков: факторы риска развития ожирения / Т. Н. Васильева, И. В. Романова // Вопросы детской диетологии. — 2021. — Т. 19. — № 2. — С. 12–20.
3. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков: учебник для медицинских вузов / В. Р. Кучма. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 528 с.
4. Петеркова В. А. Детская эндокринология: руководство для врачей / В. А. Петеркова, И. И. Дедов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 448 с.

ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема современного общества

Бекенова Алина Маратовна, студент;

Бушман Анна Владимировна, студент;

Мазурок Надежда Владимировна, студент;

Небоженко Александра Сергеевна, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается ВИЧ-инфекция как актуальная медико-социальная проблема, имеющая значительное влияние на здоровье населения и общественное развитие. Анализируется распространённость ВИЧ-инфекции и её динамика за последние годы, а также региональные особенности заболеваемости, обусловленные социально-экономическими, демографическими и поведенческими факторами. Оценивается влияние уровня информированности населения, доступности медицинской помощи, профилактических программ и антиретровирусной терапии на показатели выявляемости и распространения ВИЧ-инфекции. Особое внимание уделяется социальным последствиям заболевания, включая снижение качества жизни, стигматизацию и необходимость длительного медицинского наблюдения. В статье рассматриваются основные направления профилактики ВИЧ-инфекции и меры государственной политики, направленные на сдерживание распространения инфекции и улучшение медико-социальной поддержки ВИЧ-инфицированных лиц.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, медико-социальная проблема, распространённость, динамика заболеваемости, региональные особенности, профилактика ВИЧ, антиретровирусная терапия, социальные последствия.

ВИЧ-инфекция на протяжении нескольких десятилетий остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современности, оказывая выраженное влияние на показатели здоровья населения, демографическую ситуацию и социально-экономическое развитие общества. Несмотря на достижения современной медицины, внедрение антиретровирусной терапии и расширение профилактических программ, распространение ВИЧ-инфекции продолжает представлять серьезную угрозу общественному здоровью во многих странах мира, включая Российскую Федерацию. Медико-социальная значимость ВИЧ-инфекции определяется не только ее хроническим течением и высокой стоимостью лечения, но и комплексом социальных последствий, затрагивающих различные слои населения [1].

Распространенность ВИЧ-инфекции характеризуется устойчивым присутствием заболевания во всех регионах мира с выраженными различиями по уровню заболеваемости и путям передачи инфекции. По данным эпидемиологических наблюдений, основными путями передачи ВИЧ-инфекции остаются половой путь, парентеральный путь при употреблении инъекционных наркотиков, а также вертикальный путь передачи от матери к ребенку. В последние годы отмечается рост доли полового пути передачи, что связано с изменением поведенческих факторов, недостаточным уровнем информированности населения и снижением настороженности в отношении профилактики ВИЧ. Распространенность ВИЧ-инфекции тесно связана с социальными условиями жизни, уровнем образования, доступностью медицинской помощи и распространенностью рискованного поведения [1].

Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией носит неоднородный характер и зависит от комплекса эпидемиологических, социальных и медицинских факторов. В ряде регионов наблюдается стабилизация показателей заболеваемости, что связано с активным внедрением программ профилактики, расширением охвата тестированием и повышением доступности антиретровирусной терапии [3]. Вместе с тем в отдельных субъектах сохраняется рост числа новых случаев инфицирования, особенно среди лиц трудоспособного возраста [4]. Существенное значение в динамике заболеваемости имеет позднее выявление ВИЧ-инфекции, при котором диагноз устанавливается на стадиях выраженного иммунодефицита, что ухудшает прогноз заболевания и увеличивает риск передачи вируса другим лицам [2].

Региональные особенности распространения ВИЧ-инфекции обусловлены социально-экономическими условиями, уровнем урбанизации, миграционными процессами и доступностью специализированной медицинской помощи. Наиболее высокие показатели распространенности ВИЧ-инфекции, как правило, регистрируются

в крупных промышленных и транспортных регионах, где отмечается высокая плотность населения и активные миграционные потоки [4]. Существенную роль играет распространенность наркопотребления, особенно инъекционных форм, что способствует быстрому распространению вируса в уязвимых группах населения. В малых населенных пунктах нередко наблюдается низкий уровень выявляемости ВИЧ-инфекции, что связано с ограниченным доступом к медицинским услугам и недостаточной информированностью населения [2].

Профилактика ВИЧ-инфекции является одним из ключевых направлений борьбы с распространением заболевания и включает комплекс медицинских, социальных и образовательных мероприятий. Основной целью профилактики является снижение риска инфицирования путем формирования ответственного поведения, повышения уровня информированности населения и раннего выявления инфекции [3]. Важную роль играют программы первичной профилактики, направленные на пропаганду безопасного сексуального поведения, использование барьерных методов контрацепции и отказ от употребления наркотических веществ. Вторичная профилактика включает своевременное выявление ВИЧ-инфекции, постановку на диспансерный учет и раннее начало антиретровирусной терапии, что позволяет снизить вирусную нагрузку и предотвратить дальнейшее распространение инфекции. Особое значение имеет профилактика вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку, которая достигается за счет обязательного обследования беременных женщин и проведения профилактических мероприятий в период беременности, родов и грудного вскармливания [3].

Антиретровирусная терапия является основным методом лечения ВИЧ-инфекции и направлена на подавление репликации вируса, восстановление иммунной системы и снижение риска развития оппортунистических инфекций [2]. Современные схемы антиретровирусной терапии позволяют значительно увеличить продолжительность и качество жизни ВИЧ-инфицированных пациентов, при условии строгого соблюдения режима лечения. Широкое внедрение антиретровирусной терапии способствовало трансформации ВИЧ-инфекции из смертельного заболевания в хроническое контролируемое состояние. Вместе с тем эффективность лечения во многом зависит от приверженности пациентов терапии, своевременности ее начала и доступности медицинского наблюдения [3].

Социальные последствия ВИЧ-инфекции выходят далеко за рамки медицинских аспектов и оказывают значительное влияние на жизнь инфицированных лиц и общества в целом. Одной из наиболее острых проблем остается стигматизация и дискриминация ВИЧ-инфицированных,

которые могут проявляться в сфере трудовых отношений, образования и социальной поддержки. Негативное отношение со стороны общества нередко приводит к социальной изоляции пациентов, снижению самооценки и отказу от обращения за медицинской помощью. ВИЧ-инфекция также оказывает влияние на экономическую активность населения, поскольку заболевание чаще всего поражает лиц трудоспособного возраста, что приводит к снижению трудового потенциала и увеличению нагрузки на систему здравоохранения и социальной защиты [4].

Таким образом, ВИЧ-инфекция представляет собой комплексную медико-социальную проблему, требу-

ющую междисциплинарного подхода к ее решению. Эффективная борьба с распространением ВИЧ-инфекции возможна только при сочетании медицинских мер, направленных на диагностику и лечение, с социальными и образовательными программами, ориентированными на формирование здорового образа жизни и снижение стигматизации. Развитие профилактических программ, расширение охвата антиретровирусной терапией и повышение доступности медицинской помощи являются ключевыми условиями снижения распространенности ВИЧ-инфекции и минимизации ее социально-экономических последствий.

Литература:

1. Воронежский государственный университет инженерных технологий. ВИЧ-инфекция: психологические и социальные основы профилактики: учеб. пособие. — Воронеж, 2017. — 184 с. https://vsuet.ru/images/info/antispid/docs/uchebn_posob.pdf (дата обращения: 15.01.2026).
2. Всемирная организация здравоохранения. ВИЧ и СПИД. — Женева, 2024. — Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (дата обращения: 15.01.2026).
3. Министерство здравоохранения РФ. Стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года. — М., 2020. — 32 с. <https://minzdrav.gov.ru/documents/strategiya2030.pdf> (дата обращения: 15.01.2026).
4. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS). Global AIDS Update 2023– Geneva, 2023. — 248 p. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-update-2023_en.pdf (дата обращения: 15.01.2026).

Эпидемиологические аспекты заболеваний щитовидной железы

Блисбаева Альмира Руслановна, студент;

Магадиева Лилия Рифатовна, студент;

Рахматулина Сабрина Рамильевна, студент

Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В работе проведен анализ эпидемиологических показателей основных нозологий щитовидной железы — гипотиреоза и гипертиреоза. Рассмотрена их распространенность в мировом масштабе и частота выявления новых случаев. Особый акцент сделан на изучение территориальной вариабельности заболеваемости на основе результатов исследований, выполненных в различных странах. Целью исследования является формирование практических предложений для совершенствования раннего выявления и терапевтической коррекции дисфункций щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа, эпидемиология, гипотиреоз, гипертиреоз, ранняя диагностика, йододифицит, скрининг.

Эпидемиологический анализ болезней щитовидной железы (ЩЖ) является значимым направлением современной медицины, учитывая их существенное влияние на состояние здоровья населения планеты. Щитовидная железа, являясь периферическим органом эндокринной системы и локализуясь на передней поверхности шеи, выполняет многочисленные регуляторные функции, включая синтез тиреоидных гормонов, контроль метаболических процессов, обеспечение роста и развития организма.

Возрастающая распространенность тиреоидной патологии определяет актуальность настоящего исследования,

целью которого служит анализ уровня заболеваемости и частоты встречаемости болезней ЩЖ, а также подготовка рекомендаций, направленных на их своевременное выявление. В фокусе внимания находятся два наиболее распространенных нарушения: гипотиреоз и гипертиреоз.

Согласно данным за 2024 год, отмечается устойчивая тенденция к росту их распространенности. Параллельно необходимо учитывать и другие формы патологии щитовидной железы, ассоциированные, в частности, с недостаточностью микронутриентов, таких как йод [1]. На территории Российской Федерации особую проблему

представляет йодный дефицит, обусловленный природно-географическими особенностями многих регионов, характеризующихся низким содержанием йода в почве и воде [2]. В связи с этим необходим тщательный мониторинг динамики заболеваемости.

Согласно статистическим данным, наиболее выраженный прирост заболеваемости отмечается в возрастной категории 55–65 лет, что диктует необходимость разработки специализированных лечебно-профилактических программ для данной группы. Важным аспектом эпидемиологического изучения тиреоидных болезней является оценка воздействия факторов внешней среды и особенностей образа жизни. Существенный вклад в высокие показатели заболеваемости вносят экологическая обстановка, характер питания, дисбаланс физической активности и хронический стресс, что должно находить отражение в соответствующих исследованиях.

Для углубленного понимания ситуации и разработки эффективных клинических алгоритмов требуется применение комплекса диагностических методик. Первостепенное значение имеет эпидемиологический анализ, позволяющий оценить бремя болезни в различных социодемографических и географических популяциях. К примеру, показатели частоты зоба в Пермском крае варьируют от 7,6 % до 56,3 %, что соответствует критериям эндемии средней тяжести [7]. Подобные сведения критически важны для осознания масштабов проблемы и планирования вмешательств.

Еще одним значимым методом является определение уровня йодурии. Анализ концентрации йода в моче позволяет объективно оценить степень йодной недостаточности в популяции, что способствует выяснению этиологических факторов тиреоидной патологии [2]. Клинико-инструментальные методы также играют ключевую роль. Так, ультразвуковое исследование щитовидной железы дает возможность визуализировать узловые образования на доклинической стадии и предотвратить их прогрессирование.

Как отмечено выше, фундаментальной функцией ЩЖ является гормонопродукция. В связи с этим среди ее заболеваний выделяют две ключевые формы, обусловленные снижением или повышением секреторной активности —

гипотиреоз и гипертиреоз. Согласно обзорам, глобальная распространенность гипотиреоза достигает 11 %, в то время как на долю гипертиреоза приходится порядка 87 % от всех случаев дисфункции ЩЖ [5].

Данные показатели демонстрируют выраженную географическую вариабельность. Например, среди новорожденных частота гипотиреоза составляет около 0,025 %, тогда как у лиц старше 65 лет этот показатель может возрасти до 5–7 % [6]. Статистически тиреоидные нарушения чаще регистрируются у женщин, чем у мужчин: распространенность гипертиреоза у женщин достигает 2,9 %, у мужчин — около 0,3 %. Указанные различия могут быть связаны с особенностями гормонального статуса и метаболизма [6]. В последние годы фиксируется рост частоты как гипо-, так и гипертиреоза, что связывают с изменениями экологической ситуации, пищевых привычек и других факторов, приводящих к дефициту необходимых минералов, прежде всего йода.

В текущих условиях необходимо активизировать просветительскую работу среди населения, направленную на информирование о ранних признаках дисфункции щитовидной железы. Внедрение регулярных скрининговых программ способно сыграть определяющую роль в снижении числа осложнений и улучшении качества жизни пациентов. Проведение дальнейших клинических и эпидемиологических исследований, анализ накапливаемых данных обеспечат научную основу для оптимизации состояния здоровья населения и рационального использования ресурсов здравоохранения.

Таким образом, результаты проведенного анализа подчеркивают необходимость комплексного подхода к эпидемиологии болезней щитовидной железы. Требуется продолжение изысканий в данной области для углубления знаний о патогенетических механизмах и разработки инновационных методов профилактики и терапии. Ключевое значение имеет постоянный профессиональный обмен опытом внутри медицинского сообщества, что позволит эффективнее противостоять проблеме тиреоидных патологий и обеспечивать высокий стандарт медицинской помощи пациентам.

Литература:

1. Epidemiological trends in thyroid diseases [Электронный ресурс] / L. M. Duntas, G. Brenta // *Hormones*. — 2022. — Vol. 21, No. 1. — P. 15–24. — URL: <https://hnj.science/wp-content/uploads/2022/10/15–24.pdf> (дата обращения: 13.01.2026).
2. Актуальность темы исследования [Электронный ресурс] // *New-disser*. — URL: https://new-disser.ru/_avtoreferats/01005093652.pdf (дата обращения: 09.01.2026).
3. Кияева, В. В. На правах рукописи [Электронный ресурс] / В. В. Кияева // *Эндокринологический научный центр*. — URL: <https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/dissertation/kiyaevav.pdf> (дата обращения: 10.01.2026).
4. Лавин, Н. Эндокринология [Электронный ресурс] / Н. Лавин; пер. с англ. под ред. Н. А. Петуниной. — 2-е изд. — М.: Практика, 2020. — Гл. 29: Гипотиреоз и тиреотоксикоз. — URL: <https://www.medicum.nnov.ru/doctor/library/endocrinology/lavin/29.php> (дата обращения: 11.01.2026).
5. Профилактика йододефицитных заболеваний: учебное пособие [Электронный ресурс] / под ред. А. В. Древалю // *Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова*. — М., 2021. — URL: https://rsmu.ru/fileadmin/templates/doc/faculties/pf/h-surg/06_zob.pdf (дата обращения: 10.01.2026).

6. Фадеев, В. В. Заболевания щитовидной железы в практике врача [Электронный ресурс] / В. В. Фадеев, Г. А. Мельниченко // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2009. — Т. 5, № 2. — С. 5–15. — URL: https://thyronet.rusmedserv.com/files/165/2009_2.pdf (дата обращения: 11.01.2026).
7. Эпидемиология заболеваний щитовидной железы [Электронный ресурс] // Moluch. — 2023. — URL: <https://moluch.ru/archive/501/110194/> (дата обращения: 09.01.2026).

Факторы риска и питание как важный аспект профилактики рака

Боева Владислава Владиславовна, студент;

Кужантаева Аяна Куандыковна, студент;

Сарыева Хатира Габилевна, студент

Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются основные факторы риска развития онкологических заболеваний и роль питания как одного из ключевых аспектов их профилактики. Анализируется влияние образа жизни, пищевых привычек, экологических и социально-экономических факторов на формирование онкологической заболеваемости. Особое внимание уделяется значению рационального и сбалансированного питания, потреблению овощей и фруктов, ограничению продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и канцерогенных веществ в снижении риска развития рака. В работе также рассматриваются современные подходы к первичной профилактике онкологических заболеваний, направленные на формирование здорового образа жизни и повышение информированности населения о роли питания в сохранении здоровья.

Ключевые слова: онкологические заболевания, факторы риска, питание, профилактика рака, образ жизни, здоровое питание, первичная профилактика.

Онкологические заболевания представляют собой одну из ведущих причин смертности и инвалидизации населения во всем мире и в Российской Федерации [3]. Рост онкологической заболеваемости обусловлен комплексным воздействием биологических, экологических, социальных и поведенческих факторов [4]. В этой связи особое значение приобретает изучение факторов риска развития рака и разработка эффективных мер его профилактики [2]. Среди множества факторов риска питание занимает одно из центральных мест, поскольку является модифицируемым фактором и поддается коррекции на уровне как отдельного человека, так и общества в целом [1].

Факторы риска развития онкологических заболеваний принято подразделять на немодифицируемые и модифицируемые [3]. К немодифицируемым факторам относятся возраст, пол и генетическая предрасположенность [4]. С увеличением продолжительности жизни возрастает вероятность накопления мутаций в клетках организма, что повышает риск развития злокачественных новообразований [3]. Генетические факторы определяют индивидуальную чувствительность к воздействию канцерогенов и особенности метаболизма веществ, поступающих с пищей [2]. Однако доля наследственных форм рака относительно невелика, тогда как большинство случаев заболевания связано с воздействием внешних факторов и образом жизни [4].

К числу модифицируемых факторов риска относятся особенности питания, уровень физической активности,

вредные привычки, профессиональные вредности и экологические условия [2]. Питание оказывает многогранное влияние на процессы канцерогенеза, участвуя как в инициации опухолевого роста, так и в его прогрессировании [1]. Несбалансированный рацион, избыточная калорийность пищи, дефицит витаминов, микроэлементов и пищевых волокон создают условия для нарушения обменных процессов и снижения защитных механизмов организма [1].

Одним из значимых факторов риска развития рака является избыточная масса тела и ожирение, которые во многом связаны с характером питания [4]. Чрезмерное потребление высококалорийных продуктов, богатых насыщенными жирами и простыми углеводами, приводит к метаболическим нарушениям, инсулинорезистентности и хроническому воспалению [2]. Эти состояния способствуют активации процессов клеточной пролиферации и подавлению механизмов апоптоза, что увеличивает вероятность злокачественной трансформации клеток [3]. Ожирение ассоциировано с повышенным риском развития рака молочной железы, толстой кишки, эндометрия, поджелудочной железы и ряда других локализаций [4].

Особое внимание уделяется роли животных жиров и переработанных мясных продуктов в формировании онкологического риска [1]. Чрезмерное употребление красного мяса, колбасных изделий и продуктов, подвергшихся копчению или жарке при высоких температурах, связано с поступлением в организм канцерогенных соединений, таких как нитрозамины и полициклические

ароматические углеводороды [2]. Эти вещества способны повреждать ДНК клеток и инициировать процессы канцерогенеза [3]. Регулярное потребление подобных продуктов повышает риск развития рака желудка и колоректального рака [4].

Важным аспектом профилактики онкологических заболеваний является ограничение потребления соли и продуктов с высоким содержанием соли [1]. Избыточное поступление соли оказывает раздражающее действие на слизистую оболочку желудка, способствует развитию хронического гастрита и повышает восприимчивость тканей к действию канцерогенов [2]. В сочетании с инфекцией *Helicobacter pylori* это значительно увеличивает риск развития рака желудка [3]. Рациональное питание, направленное на снижение потребления соли, является важной мерой первичной профилактики данной патологии [1].

Наряду с факторами, повышающими риск развития рака, существуют компоненты питания, обладающие защитным действием [1]. К ним относятся овощи, фрукты, цельнозерновые продукты и бобовые, богатые пищевыми волокнами, витаминами, минералами и биологически активными веществами [1]. Антиоксиданты, содержащиеся в растительной пище, нейтрализуют свободные радикалы и предотвращают повреждение клеточных структур [2]. Регулярное потребление овощей и фруктов ассоциировано со снижением риска развития злокачественных новообразований различных локализаций, включая рак легких, желудка и кишечника [4].

Пищевые волокна играют важную роль в профилактике колоректального рака [1]. Они способствуют нормализации моторики кишечника, уменьшению времени контакта потенциальных канцерогенов со слизистой оболочкой и формированию благоприятного состава кишечной микрофлоры [2]. Кроме того, пищевые волокна участвуют в регуляции углеводного и липидного обмена, что снижает риск метаболических нарушений, связанных с развитием онкологических заболеваний [4].

Значительное влияние на онкологический риск оказывает потребление алкоголя [2]. Алкогольные напитки и продукты их метаболизма обладают канцерогенными свойствами и могут усиливать действие других факторов

риска [3]. Употребление алкоголя связано с повышенным риском развития рака печени, пищевода, полости рта, глотки и молочной железы [4]. В сочетании с нерациональным питанием алкоголь усиливает дефицит питательных веществ и нарушает процессы детоксикации в организме [1].

Питание также играет важную роль в профилактике вторичных форм рака и снижении риска рецидивов у пациентов, перенесших онкологические заболевания [1]. Соблюдение принципов здорового питания способствует поддержанию оптимальной массы тела, улучшению общего состояния организма и повышению эффективности проводимого лечения [3]. Рацион, богатый растительными продуктами и ограниченный по содержанию насыщенных жиров и сахара, способствует восстановлению функций иммунной системы и повышению адаптационных возможностей организма [1].

В системе общественного здравоохранения питание рассматривается как один из приоритетных направлений первичной профилактики онкологических заболеваний [4]. Формирование у населения культуры здорового питания, информирование о факторах риска и внедрение профилактических программ на уровне образовательных учреждений и трудовых коллективов являются важными мерами снижения онкологической заболеваемости [2]. Государственная политика в области охраны здоровья должна быть направлена на обеспечение доступности качественных и безопасных продуктов питания, а также на регулирование содержания вредных веществ в пищевых продуктах [4].

Таким образом, развитие онкологических заболеваний обусловлено сложным взаимодействием генетических и внешних факторов, среди которых питание занимает одно из ключевых мест [3]. Рациональное и сбалансированное питание, отказ от вредных привычек и поддержание здорового образа жизни являются эффективными мерами профилактики рака [1]. Комплексный подход, включающий индивидуальные и общественные стратегии профилактики, позволяет существенно снизить риск развития онкологических заболеваний и улучшить показатели здоровья населения [4].

Литература:

1. Барановский А. Ю. Лечебное и профилактическое питание в онкологии. — СПб.: СпецЛит, 2017. — 256 с.
2. Бурдина Л. М. Факторы риска злокачественных новообразований и возможности их профилактики // Профилактическая медицина. — 2020. — Т. 23. — № 6. — С. 12–18.
3. Давыдов М. И. Онкология: национальное руководство / под ред. М. И. Давыдова, В. И. Чиссова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 1200 с.
4. Каприн А. Д. Эпидемиология злокачественных новообразований в России и факторы риска / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2019. — 250 с.

ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема в современном обществе: динамика, распространенность, региональная специфика

Бражко Александра Сергеевна, студент;

Габдулиева Снежана Тимуровна, студент;

Литвинова Светлана Константиновна, студент

Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются вопросы распространённости ВИЧ-инфекции и её влияние на общественное здоровье, что имеет большое значение в контексте медико-социальной проблематики. Оценивается влияние различных факторов, таких как социально-экономическое положение населения, доступность медицинской помощи, уровень информированности о профилактике ВИЧ, а также региональные особенности на динамику заболеваемости. Особое внимание уделяется анализу статистических данных о ВИЧ-инфекции, тенденциям изменения её распространённости в разных регионах, а также мерам профилактики, направленным на снижение риска передачи вируса. В статье рассматриваются программы государственной поддержки и медицинские стратегии, направленные на улучшение качества жизни людей, живущих с ВИЧ, включая раннее выявление, доступ к терапии и социальную интеграцию.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, медико-социальная проблема, распространённость, динамика заболеваемости, профилактика ВИЧ, региональные особенности, государственная поддержка, социально-экономические факторы.

ВИЧ-инфекция является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества. Этот вирус поражает иммунную систему человека, снижая её способность противостоять различным инфекциям и заболеваниям, что делает людей, живущих с ВИЧ, уязвимыми перед многочисленными патологиями [3]. Распространённость ВИЧ-инфекции носит глобальный характер, но в разных странах и регионах наблюдаются значительные различия, обусловленные социально-экономическими условиями, доступностью медицинской помощи и уровнем информированности населения о путях передачи вируса [4]. По данным Всемирной организации здравоохранения, наибольшее количество случаев ВИЧ фиксируется в странах с низким и средним уровнем дохода, где ограничены возможности для ранней диагностики и полноценного лечения [2]. В России и в частности в регионах, таких как Оренбургская область, также наблюдается значительная распространённость ВИЧ-инфекции, что требует комплексного подхода к профилактике и социальному сопровождению лиц, инфицированных вирусом [1].

Анализ динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией показывает, что в последние годы в России наблюдается тенденция к росту числа выявленных случаев, что частично связано с расширением программ тестирования и повышением информированности населения [4]. Рост заболеваемости выявляется преимущественно среди молодёжи и трудоспособного населения, что создаёт дополнительные социальные и экономические последствия для общества. Среди факторов, влияющих на динамику распространения вируса, выделяются социальные аспекты, такие как уровень образования, доступ к информации о безопасном поведении, привычки и стиль жизни населения. Немаловажное значение имеет экономический статус, поскольку низкий доход и ограниченный доступ

к качественной медицинской помощи способствуют более высокой уязвимости перед инфекцией [2].

Профилактика ВИЧ-инфекции является ключевым элементом борьбы с эпидемией. Важным направлением профилактических мероприятий является информирование населения о путях передачи вируса, включая сексуальный путь, использование нестерильных медицинских инструментов и инъекционных наркотиков [3]. Эффективными методами профилактики считаются пропаганда безопасного сексуального поведения, использование презервативов, программы замещения наркотиков, а также меры по раннему выявлению и лечению ВИЧ-позитивных людей. Важно отметить, что профилактика должна быть комплексной и учитывать региональные особенности, поскольку факторы риска и способы передачи инфекции могут различаться в зависимости от социально-экономической ситуации, урбанизации и уровня медицинской инфраструктуры в конкретном регионе [1].

Региональные особенности распространённости ВИЧ-инфекции представляют собой значимый аспект изучения. В одних областях преобладают новые случаи, связанные с внутривенным употреблением наркотиков, тогда как в других регионах основным фактором передачи вируса является незащищённый сексуальный контакт [2]. Эти различия определяют приоритетные направления профилактической работы, необходимость адаптации программ информирования населения и специфические подходы к лечению и сопровождению инфицированных. Региональные органы здравоохранения играют важную роль в мониторинге заболеваемости, организации тестирования и обеспечении доступности антиретровирусной терапии для всех нуждающихся [3].

Государственная поддержка людей, живущих с ВИЧ, включает обеспечение доступа к современным методам диагностики и лечения, финансирование программ по

профилактике и информированию населения, а также создание условий для социальной интеграции и минимизации стигматизации [1]. Государственные программы направлены на повышение качества жизни инфицированных, снижение смертности и предупреждение новых случаев заражения. В России действует система бесплатного обеспечения антиретровирусной терапией, проводится обучение специалистов здравоохранения, реализуются информационно-просветительские кампании и мероприятия по психологической поддержке пациентов. Важной частью государственной стратегии является координация действий на федеральном и региональном уровнях для своевременного выявления и эффективного контроля за распространением инфекции [4].

Социально-экономические факторы играют ключевую роль в формировании эпидемиологической ситуации. Люди с низким доходом, ограниченным доступом к качественной медицинской помощи и информацией о профилактике вируса более уязвимы перед заражением. Социальная изоляция, стигматизация и дискриминация ВИЧ-позитивных лиц усугубляют проблему, препятствуют своевременному обращению за медицинской помощью и снижению рисков распространения инфекции [2]. Эффективное решение проблемы ВИЧ-инфекции требует комплексного подхода, включающего меры экономической поддержки, доступность образования и медицинских услуг, а также активное взаимодействие государственных, общественных и международных организаций [1].

Особое внимание уделяется эпидемиологическому мониторингу и исследованию динамики заболеваемости. Регулярный сбор статистических данных позволяет вы-

являть тенденции распространения вируса, определять группы риска и оценивать эффективность профилактических мероприятий [4]. На основе этих данных разрабатываются региональные программы, направленные на снижение уровня заболеваемости, поддержку ВИЧ-позитивных людей и уменьшение социального ущерба, связанного с распространением инфекции. Важным аспектом является также интеграция профилактических и медицинских программ с образовательными учреждениями, социальными службами и некоммерческими организациями, что способствует более широкой охвату населения информацией о безопасном поведении и профилактике ВИЧ [1].

Таким образом, ВИЧ-инфекция представляет собой сложную медико-социальную проблему, требующую многопланового подхода. Эффективная борьба с распространением вируса невозможна без сочетания медицинских, профилактических, социальных и экономических мер. Распространённость и динамика заболеваемости определяются множеством факторов, включая социально-экономические условия, уровень информированности населения и доступность медицинской помощи. Профилактика, региональные программы, государственная поддержка и социальное сопровождение инфицированных людей являются основой стратегии снижения уровня заболеваемости и повышения качества жизни населения [1]. Комплексный подход позволяет не только контролировать распространение вируса, но и минимизировать негативные последствия для общества, создавая условия для интеграции и поддержки людей, живущих с ВИЧ, а также снижая социальную стигматизацию и экономические потери.

Литература:

1. Адгамов Р. Р. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации: современные тенденции диагностики и распространённости / Р. Р. Адгамов // Журнал вирусологии и инфекционной патологии. — 2024. — Т. 12, № 1. — С. 1523.
2. Азовцева О. Анализ медикосоциальных факторов, влияющих на формирование и течение коинфекции ВИЧ, туберкулеза и вирусного гепатита / О. Азовцева // Иммунология. — 2023. — Т. 15, № 2. — С. 4552.
3. Ильюшина И. А. ВИЧ-инфекция у взрослых / И. А. Ильюшина, И. А. Григорьева. — Москва: СПИДЦЕНТР, 2020. — 124 с.
4. Ушчук Н. Д. Эпидемиология инфекционных болезней: учебное пособие / Н. Д. Ушчук, Т. К. Кускова, М. Г. Кулагина и др. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 496 с.

Влияние условий и образа жизни на нервно-психическую заболеваемость. Организация психоневрологической помощи в Российской Федерации

Брусянцева Валерия Владимировна, студент;
Дейнека-Бойко Александра Алексеевна, студент;
Корда Ангелина Сергеевна, студент;
Филатова Дарья Александровна, студент

Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент
Оренбургский государственный медицинский университет

Статья посвящена комплексному анализу влияния условий окружающей среды и поведенческих факторов (уровень стресса, режим труда, взаимоотношения с окружающими) на распространённость нервно-психических расстройств.

В работе также исследуется действующая в Российской Федерации система организации психоневрологической помощи. Делается вывод о необходимости интегрированного подхода, сочетающего популяционные меры по укреплению психического здоровья населения с совершенствованием специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: нервно-психическая заболеваемость, образ жизни, психическое здоровье, психоневрологическая помощь, Российская Федерация.

Психическое здоровье — состояние полного благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в общественную жизнь. Именно психическое здоровье является основой социального благополучия человека и эффективного функционирования общества, поэтому понимание причин и факторов риска развития нервно-психических заболеваний является ключевым для сохранения здорового общества. Это представляется возможным лишь путем организации качественной медицинской помощи для уже затронутой части населения, а также своевременной диагностики и систематической профилактики данной группы заболеваний.

Среда, в которой растет и живет человек, играет огромную роль в его психическом здоровье. Особенности условий и образа жизни неизбежно оказывают влияние на нервно-психическое состояние человека еще во внутриутробном периоде. Например, перенесенное во время беременности инфекционное заболевание может негативно сказаться на развитии центральной нервной системы ребенка и, как следствие, оказаться причиной возникновения различных психических заболеваний.

После рождения в течении жизни на человека воздействует множество факторов, способных спровоцировать развитие заболевания. Современные исследования показывают, что имеется связь между перенесенными инфекциями COVID-19 и герпесвируса и выявленными заболеваниями нервно-психического профиля. По результатам исследований основными патологиями являются различные виды депрессии, тревожное расстройство личности, биполярное аффективное расстройство, инсульт, внутричерепное кровоизлияние и симптомы деменции. [1]

Также существует множество других факторов, влияющих на нервно-психическую заболеваемость:

1. Систематическая физическая активность представляет собой доказанный инструмент не только для улучшения эмоционального состояния и снижения тревоги, но и для укрепления ментального здоровья в целом. Её положительное воздействие включает усиление когнитивных способностей, повышение устойчивости к стрессу и долгосрочную профилактику ряда психических расстройств. В частности, данные долгосрочных исследований подтверждают, что регулярные физические нагрузки являются действенным фактором, снижающим риск развития деменции и способствующим сохранению ясности мышления в пожилом возрасте.

2. Пренебрежение ключевыми принципами здорового образа жизни — систематическое нарушение сна, злоупотребление быстрыми углеводами и низкая физическая активность — является прямой угрозой для психического благополучия. Эти факторы не просто ухудшают качество жизни, а выступают в роли триггеров, провоцирующих развитие клинических состояний: от апатии и неврозов до панических атак.

3. Психологические явления — многообразные явления, включающие в себя конфликты, переживания и опыт прошлого, оказывающие влияние на здоровье человека.

4. Тяжелые условия труда, повышенные конкуренция и требования к качеству труда создают условия для развития синдрома эмоционального выгорания и тревожно-депрессивных состояний.

По данным на 2024 г. число зарегистрированных больных с диагнозом психического расстройства и расстройствами поведения составило 4011508 человек, годовой прирост составил порядка 30 тысяч человек. Динамика числа зарегистрированных больных с диагнозом психического расстройства и расстройствами поведения имеет волнообразный характер, к 2020 году наблюдалось снижение числа больных, однако с 2021 года наблюдается ежегодный рост данной группы населения. В связи с постоянным приростом числа зарегистрированных больных крайне необходимо своевременно и качественно оказывать медицинскую помощь.

Организация психоневрологической помощи в Российской Федерации регулируется приказом Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Помощь предоставляется организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в разных условиях — вне медицинской организации, амбулаторно или стационарно; а также в разных формах — экстренная, неотложная и плановая.

Постановка точного диагноза нервно-психического расстройства возможна только при комплексном клиническом обследовании. Этот процесс представляет собой последовательный и всесторонний анализ конкретного случая, включающий три ключевых этапа: глубокий сбор анамнеза, детальный медицинский осмотр и специализированную психиатрическую оценку.

В ходе сбора анамнеза необходимо обратить внимание на наследственность, а именно на случаи нервно-психических заболеваний, эпизоды перенесенных заболеваний и другие аспекты повседневной жизни пациента (особенности труда, жилищные условия и др.). Благодаря медицинскому и психиатрическому осмотрам необходимо

объективно оценить состояние пациента, проанализировать полученную информацию и поставить диагноз.

Терапия нервно-психических расстройств, как правило, не сводится к воздействию на одну причину, ведь проблема во большинстве случаев вызвана действием целого ряда факторов. В силу сложной этиологии данных состояний, эффективная стратегия лечения предполагает комплексный подход, направленный на одновременную

коррекцию биологических, психологических и социальных факторов. Основой для работы государственной системы помощи служат законодательство и профессиональная этика. Это обеспечивает не только её общедоступность, но и гарантирует, что каждый пациент получит поддержку с соблюдением фундаментальных норм — законности, милосердия и уважения его прав и достоинства как личности.

Литература:

1. Малышева Н. Э., Архипов Г. С. Вирусы как этиологический и патогенетический факторы развития неврологических и психических расстройств на примере COVID-19 и герпесвирусной инфекции (по данным метаанализа) // Вестник НовГУ. 2022. № 4 (129). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/virusy-kak-etiologicalheskiy-i-patogeneticheskii-faktory-razvitiya-nevrologicheskikh-i-psihicheskikh-rasstroystv-na-primere-covid-19-i> (дата обращения: 12.01.2026).
2. Новикова А. В., Широков В. А., Егорова А. М. Напряженность труда как фактор риска развития синдрома эмоционального выгорания и тревожно-депрессивных расстройств в различных профессиональных группах (обзор литературы) // ЗНиСО. 2022. № 10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/napryazhennost-truda-kak-faktor-riska-razvitiya-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-i-trevozhno-depressivnyh-rasstroystv-v> (дата обращения: 12.01.2026).
3. Р. Р. Мустафин, Ю. Ю. Кручинкина Влияние физической активности на психологическое здоровье человека // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2024. № 12–2 (99). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-fizicheskoy-aktivnosti-na-psihologicheskoe-zdorovie-cheloveka> (дата обращения: 12.01.2026).
4. Туникова Е. А. Влияние психологических факторов на развитие психосоматических заболеваний // Вестник науки. 2024. № 12 (81). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-psihologicheskikh-faktorov-na-razvitie-psihosomaticheskikh-zabolevaniy> (дата обращения: 12.01.2026).
5. Шадт Е. Е., Матюшина В. А. Биохимия психических заболеваний. генетические аспекты, роль питания и стресса в возникновении психических заболеваний // Вестник науки. 2024. № 6 (75). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biohimiya-psihicheskikh-zabolevaniy-geneticheskie-aspekty-rol-pitaniya-i-stressa-v-vozniknovenii-psihicheskikh-zabolevaniy> (дата обращения: 12.01.2026).

Распространенность и тенденции заболеваний щитовидной железы

Быстрова Юлия Дмитриевна, студент;

Галлямова Диана Гусмановна, студент;

Конева Эвелина Алексеевна, студент

Научный руководитель: Чебаненко Ирина Олеговна, ассистент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются основные эпидемиологические характеристики заболеваний щитовидной железы, их распространенность и динамика в различных возрастных и половых группах населения. Анализируется влияние эндемических факторов, прежде всего йодной недостаточности, а также экологических, генетических и социально-экономических условий на формирование патологии щитовидной железы. Особое внимание уделяется структуре заболеваемости, различиям в уровне распространенности между регионами, а также росту частоты аутоиммунных и узловых форм заболеваний. В работе рассматриваются современные подходы к профилактике и раннему выявлению заболеваний щитовидной железы, включая массовую йодную профилактику и диспансерное наблюдение. Также анализируются основные направления организации эндокринологической помощи, направленные на снижение заболеваемости и предупреждение осложнений, связанных с нарушением функции щитовидной железы.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, эпидемиология, распространенность, йодная недостаточность, факторы риска, профилактика, ранняя диагностика, эндокринологическая помощь.

Эпидемиология заболеваний щитовидной железы является важным разделом современной медицины и общественного здравоохранения, поскольку патология

данного органа широко распространена среди населения и оказывает существенное влияние на качество жизни, трудоспособность и демографические показатели. Щито-

видная железа играет ключевую роль в регуляции обмена веществ, росте и развитии организма, функционировании сердечно-сосудистой, нервной и репродуктивной систем. Нарушения ее функции приводят к развитию системных расстройств, которые могут проявляться на любом этапе жизни, начиная с внутриутробного периода и заканчивая пожилым возрастом [4].

Заболевания щитовидной железы занимают одно из ведущих мест среди эндокринной патологии. К наиболее распространенным формам относятся диффузный и узловой зоб, гипотиреоз, тиреотоксикоз, аутоиммунный тиреоидит и злокачественные новообразования щитовидной железы. Распространенность данных заболеваний варьирует в зависимости от возраста, пола, региона проживания и влияния факторов окружающей среды. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что женщины страдают заболеваниями щитовидной железы в несколько раз чаще мужчин, что связано с особенностями гормонального фона, репродуктивной функцией и большей чувствительностью к аутоиммунным процессам [2].

Одним из ведущих факторов, определяющих распространенность заболеваний щитовидной железы, является йодная обеспеченность населения. Йод является незаменимым микроэлементом, необходимым для синтеза тиреоидных гормонов. В условиях его дефицита развивается йододефицитная патология, наиболее распространенной формой которой является эндемический зоб. Во многих регионах Российской Федерации отмечается природная недостаточность йода в почве и воде, что обуславливает высокий уровень заболеваемости, особенно среди детей, подростков и женщин репродуктивного возраста. Хронический дефицит йода приводит к увеличению щитовидной железы, снижению ее функциональной активности и формированию гипотиреоза [3].

Эпидемиология гипотиреоза характеризуется устойчивой тенденцией к росту выявляемости, что связано как с реальным увеличением заболеваемости, так и с улучшением диагностики. Гипотиреоз может быть врожденным и приобретенным, явным и субклиническим. Особую значимость имеет врожденный гипотиреоз, так как при отсутствии своевременной диагностики и лечения он приводит к тяжелым нарушениям физического и интеллектуального развития ребенка. В связи с этим во многих странах, включая Российскую Федерацию, внедрены программы неонатального скрининга, позволяющие выявлять заболевание на ранних этапах [4].

Тиреотоксикоз также является распространенной патологией щитовидной железы, характеризующейся избыточной продукцией тиреоидных гормонов. Наиболее частой причиной тиреотоксикоза является диффузный токсический зоб, который имеет аутоиммунную природу. Эпидемиологические данные указывают на более высокую частоту данного заболевания среди женщин молодого и среднего возраста. Тиреотоксикоз сопровождается выраженными нарушениями со стороны сердечно-сосу-

дистой системы, психоэмоциональной сферы и обмена веществ, что делает его значимой медико-социальной проблемой [2].

Существенное место в структуре заболеваний щитовидной железы занимают аутоиммунные тиреоидиты. Распространенность данной патологии в последние десятилетия возрастает, что связывают с изменением экологической обстановки, ростом стрессовых нагрузок, инфекционной заболеваемостью и улучшением методов диагностики. Аутоиммунный тиреоидит является одной из основных причин развития гипотиреоза у взрослых. Заболевание нередко имеет скрытое течение и выявляется случайно при обследовании, что подчеркивает важность диспансерного наблюдения и скрининговых исследований [4].

Узловые образования щитовидной железы выявляются у значительной части населения, особенно в старших возрастных группах. По данным эпидемиологических исследований, при использовании ультразвукового исследования узлы щитовидной железы обнаруживаются у 30–50 процентов взрослых людей. В большинстве случаев они имеют доброкачественный характер, однако наличие узлов требует динамического наблюдения, так как существует риск малигнизации. Заболеваемость раком щитовидной железы относительно невысока по сравнению с другими онкологическими заболеваниями, но в последние годы отмечается рост выявляемости, что связано с широким внедрением современных методов визуализации и биопсии [1].

На эпидемиологию заболеваний щитовидной железы существенное влияние оказывают экологические факторы. Загрязнение окружающей среды, воздействие радиации, химических веществ и промышленных выбросов может нарушать функцию щитовидной железы и способствовать развитию как функциональных, так и структурных изменений. Особое значение имеет радиационное воздействие, что подтверждается ростом заболеваемости раком щитовидной железы у лиц, подвергшихся облучению, включая последствия техногенных катастроф. Экологически неблагоприятные регионы характеризуются более высокой распространенностью эндокринной патологии, в том числе заболеваний щитовидной железы [3].

Социально-экономические факторы также играют важную роль в формировании эпидемиологической ситуации. Уровень медицинской помощи, доступность эндокринологической диагностики, информированность населения о профилактике и ранних признаках заболеваний оказывают влияние на показатели выявляемости и распространенности. В регионах с ограниченным доступом к специализированной медицинской помощи заболевания щитовидной железы нередко диагностируются на поздних стадиях, что ухудшает прогноз и повышает риск осложнений [2].

Возрастные особенности эпидемиологии заболеваний щитовидной железы имеют важное практическое значение.

В детском и подростковом возрасте наиболее актуальны проблемы йододефицитных состояний, врожденных нарушений и аутоиммунных процессов. В период полового созревания повышенная потребность в йоде делает организм особенно уязвимым к его дефициту. У взрослых лиц заболевания щитовидной железы часто связаны с аутоиммунными процессами и узловыми изменениями, тогда как в пожилом возрасте возрастает риск функциональных нарушений и онкологической патологии [4].

Профилактика заболеваний щитовидной железы является важнейшим направлением снижения их распространенности. Основу первичной профилактики составляет обеспечение адекватного потребления йода, в том числе за счет использования йодированной соли и обогащенных продуктов питания. Массовая йодная профилактика признана одним из наиболее эффективных и экономически оправданных методов предупреждения йододефицитных заболеваний. Важную роль играет санитарно-просветительная работа, направленная на повышение осведомленности населения о значении йода и необходимости рационального питания [3].

Вторичная профилактика направлена на раннее выявление заболеваний щитовидной железы и включает

диспансерное наблюдение, профилактические осмотры и скрининговые программы. Использование ультразвукового исследования, лабораторного определения гормонального профиля и антител позволяет выявлять патологию на доклинических стадиях и своевременно начинать лечение. Особое значение имеет наблюдение за группами риска, к которым относятся беременные женщины, дети, подростки и лица с наследственной предрасположенностью [2].

Таким образом, эпидемиология заболеваний щитовидной железы характеризуется широкой распространенностью, многообразием клинических форм и значительным влиянием факторов внешней среды и образа жизни. Комплексный подход, включающий профилактику, раннюю диагностику и эффективную организацию эндокринологической помощи, является необходимым условием снижения заболеваемости и предупреждения осложнений. Улучшение йодной обеспеченности населения, развитие системы скрининга и повышение доступности специализированной медицинской помощи способствуют укреплению здоровья населения и снижению медико-социального бремени заболеваний щитовидной железы [2].

Литература:

1. Идиатуллин Р. М., Стяжкина С. Н. Эпидемиологическая характеристика новообразований щитовидной железы в развитом промышленном регионе / Р. М. Идиатуллин, С. Н. Стяжкина // Сибирский онкологический журнал. — 2020. — Т. 19. — № 5. — С. 15–20.
2. Хвостовой В. В., Петроченко Д. В., Анфилова М. Г. Эпидемиологические тенденции при заболеваниях щитовидной железы (региональный регистр) / В. В. Хвостовой, Д. В. Петроченко, М. Г. Анфилова // Голова и шея. — 2022. — Т. 10. — № 3. — С. 15–24.
3. Берзин С. А., Бабаев Ю. А., Снегирёв В. В. Эпидемиология рака щитовидной железы в Свердловской области / С. А. Берзин, Ю. А. Бабаев, В. В. Снегирёв // Рак щитовидной железы и эндемический зоб: материалы межрегиональной конференции с международным участием. — Екатеринбург: Уральская государственная медицинская академия, 2007. — С. 1–17.
4. Глушаков Р. И., Козырко Е. В., Соболев И. В., Ермолова С. А., Власьева А. В., Кузин А. А. Заболевания щитовидной железы и риск возникновения нетиреоидной патологии / Руслан Иванович Глушаков и др. // Клиническая медицина. — 2016. — Т. 77. — С. 11–23.

Эффективность применения статинов у пациентов с ишемической болезнью сердца

Валитова Валерия Ильнуровна, студент;

Курзаева Арина Николаевна, студент;

Ахметзянов Самир Равильевич, студент;

Тен Юлия Виталиевна, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается эффективность применения статинов у пациентов с ишемической болезнью сердца, что является важной темой для анализа в контексте медико-социальных аспектов. Оценивается влияние различных факторов, таких как длительность терапии, выбор конкретного препарата, сопутствующие заболевания и образ жизни пациентов на достижение целевых уровней липидов крови и снижение риска сердечно-сосудистых осложнений. Особое

внимание уделяется динамике изменений показателей липидного профиля и клинических исходов при длительном применении статинов, а также различным подходам к индивидуализации терапии и профилактике осложнений ишемической болезни сердца.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, статины, эффективность терапии, липидный профиль, профилактика осложнений, индивидуализация лечения, кардиологические рекомендации.

Ишемическая болезнь сердца является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире и в Российской Федерации. Основой патогенеза ишемической болезни сердца является атеросклеротическое поражение коронарных артерий, приводящее к нарушению кровоснабжения миокарда. Важнейшую роль в развитии атеросклероза играет дислипидемия, прежде всего повышение уровня общего холестерина и липопротеинов низкой плотности, что обуславливает необходимость медикаментозной коррекции липидного обмена. В этой связи статины на протяжении последних десятилетий занимают ключевое место в лечении и профилактике ишемической болезни сердца [1].

Статины представляют собой группу гиполипидемических препаратов, основным механизмом действия которых является ингибирование фермента 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим-А-редуктазы, участвующего в синтезе холестерина в печени. Снижение эндогенного синтеза холестерина приводит к увеличению экспрессии рецепторов к липопротеинам низкой плотности на поверхности гепатоцитов, что способствует активному захвату холестерина из крови и снижению его концентрации в плазме. Благодаря этому статины эффективно уменьшают уровень липопротеинов низкой плотности, которые являются основным атерогенным фактором [4].

Эффективность применения статинов у пациентов с ишемической болезнью сердца подтверждена многочисленными клиническими исследованиями. Установлено, что снижение уровня липопротеинов низкой плотности сопровождается замедлением прогрессирования атеросклеротических бляшек и снижением риска их разрыва. Это имеет принципиальное значение для профилактики острых коронарных синдромов, включая инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию. Регулярный прием статинов позволяет снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений и общую смертность среди пациентов с ишемической болезнью сердца [2].

Помимо гиполипидемического эффекта, статины обладают рядом плеiotропных свойств, которые также вносят вклад в их клиническую эффективность. К таким эффектам относятся улучшение функции эндотелия, снижение воспалительной активности в сосудистой стенке, уменьшение оксидативного стресса и стабилизация атеросклеротических бляшек. Противовоспалительное действие статинов проявляется снижением уровня С-реактивного белка, который является маркером системного воспаления и предиктором неблагоприятного течения ишемической болезни сердца [3].

Важным аспектом эффективности статинов является их влияние на эндотелиальную дисфункцию, которая считается ранним этапом развития атеросклероза. Улучшение синтеза оксида азота под воздействием статинов способствует расширению сосудов, снижению агрегации тромбоцитов и улучшению коронарного кровотока. Это особенно значимо для пациентов с хронической ишемией миокарда, так как способствует уменьшению частоты приступов стенокардии и повышению толерантности к физической нагрузке [1].

Клинические данные свидетельствуют о том, что раннее назначение статинов пациентам с ишемической болезнью сердца значительно улучшает прогноз заболевания. Наибольший эффект достигается при достижении целевых уровней липопротеинов низкой плотности, рекомендованных современными клиническими рекомендациями. У пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска, к которым относятся больные ишемической болезнью сердца, рекомендуется максимально интенсивная липидснижающая терапия. Это позволяет не только предотвратить прогрессирование заболевания, но и в ряде случаев добиться частичной регрессии атеросклеротических изменений [3].

Особое значение имеет применение статинов в рамках вторичной профилактики. После перенесенного инфаркта миокарда или коронарного вмешательства назначение статинов является обязательным компонентом комплексного лечения. Исследования показали, что пациенты, получающие статины на постоянной основе, имеют существенно меньший риск повторных сердечно-сосудистых событий по сравнению с пациентами, не получающими адекватную гиполипидемическую терапию. Таким образом, статины способствуют продлению жизни и улучшению ее качества у больных ишемической болезнью сердца [2].

Эффективность статинов во многом зависит от приверженности пациентов к лечению. Длительный прием препаратов требует соблюдения рекомендаций врача и регулярного контроля липидного профиля. Низкая приверженность терапии может существенно снижать клиническую эффективность лечения и увеличивать риск осложнений. Поэтому важную роль играет информирование пациентов о значении статинов, их доказанной пользе и необходимости длительного применения даже при отсутствии выраженных клинических симптомов [2].

Несмотря на высокую эффективность, применение статинов может сопровождаться развитием побочных эффектов, наиболее распространенными из которых являются мышечные боли, повышение уровня печеночных

трансаминаз и, в редких случаях, развитие миопатии. Однако в большинстве случаев нежелательные реакции имеют легкий и обратимый характер. Современный подход к терапии предполагает индивидуальный подбор дозы и выбор конкретного препарата с учетом факторов риска и сопутствующих заболеваний, что позволяет минимизировать вероятность побочных эффектов и повысить безопасность лечения [3].

Следует отметить, что эффективность статинов возрастает при их сочетании с немедикаментозными методами лечения. Коррекция образа жизни, включающая отказ от курения, рациональное питание, увеличение физической активности и контроль массы тела, усиливает гиполипидемический эффект и способствует снижению общего сердечно-сосудистого риска. Комплексный подход к лечению ишемической болезни сердца позволяет достичь более выраженных и устойчивых результатов по сравнению с изолированным применением лекарственной терапии [1].

В последние годы активно изучается вопрос персонализации гиполипидемической терапии. Генетические особенности, сопутствующие заболевания и индивиду-

альный профиль риска могут влиять на эффективность и переносимость статинов. Это открывает перспективы для более точного подбора терапии и повышения ее эффективности у конкретного пациента. В сочетании с современными методами диагностики и мониторинга это позволяет оптимизировать лечение ишемической болезни сердца [3].

Таким образом, статины являются одним из наиболее эффективных и доказанных средств в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца. Их применение способствует снижению уровня атерогенных липидов, уменьшению воспалительных процессов, стабилизации атеросклеротических бляшек и снижению риска сердечно-сосудистых осложнений. Эффективность статинов подтверждена крупными клиническими исследованиями и практическим опытом, что делает их неотъемлемой частью современной кардиологической практики. Комплексный и длительный подход к применению статинов позволяет существенно улучшить прогноз заболевания, снизить смертность и повысить качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца.

Литература:

1. Амиров, Н. Б. Ишемическая болезнь сердца в общей врачебной практике: диагностика, лечение и профилактика / Н. Б. Амиров, А. А. Визель, Б. Н. Ослопов. — Казань: Orange-K, 2011. — 194 с.
2. Калинин, Р. Е. Ишемические болезни в практике семейного врача / Р. Е. Калинин, В. Н. Абросимов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 208 с.
3. Попов, С. Т. Атеросклероз. Ишемическая болезнь сердца. Лечение стенокардии напряжения: методические рекомендации для врачей-терапевтов / С. Т. Попов. — Якутск: Медиа-холдинг «Якутия», 2011. — 48 с.
4. Скворцов В. В. Ишемическая болезнь сердца и стенокардия / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко, Е. М. Скворцова, Д. А. Неклюдова // Клиническая медицина. — 2015. — № 6. — С. 45–52.

Распространенность и структура заболеваний почек в популяции у детей и подростков. Факторы риска

Васильева Дарья Валерьевна, студент;

Воронова Арина Евгеньевна, студент;

Логинова Людмила Олеговна, студент;

Романенко Ангелина Александровна, студент

Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В данной статье рассматривается актуальная проблема распространенности и структуры заболеваний почек у детей и подростков в современный период. Проведен анализ эпидемиологических данных, отражающих частоту встречаемости основных нозологических форм: инфекций мочевой системы (ИМС), врожденных аномалий развития мочевыделительной системы, гломерулопатий, наследственных нефропатий и тубулопатий. Особое внимание уделено динамике показателей в последнее десятилетие, включая влияние улучшения диагностических возможностей на регистрируемую заболеваемость.

Детально проанализированы ключевые факторы риска, которые подразделяются на генетические, перинатальные, анатомо-функциональные, инфекционно-воспалительные и поведенческие. Подчеркивается важность раннего выявления и комплексной профилактики для предотвращения прогрессирования нефропатий до хронической болезни почек (ХБП) и терминальной почечной недостаточности (ТПН). Статья предназначена для педиатров, нефрологов, врачей общей практики и организаторов здравоохранения.

Ключевые слова: заболевания почек у детей, подростковая нефрология, распространенность нефропатий, инфекции мочевой системы, врожденные пороки развития почек, факторы риска заболеваний почек, хроническая болезнь почек.

Заболевания органов мочевой системы занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости, уступая лишь болезням органов дыхания, пищеварения и инфекционным патологиям. Почки являются критически важным органом, обеспечивающим гомеостаз, и их повреждение в детском возрасте имеет долгосрочные последствия, определяя качество жизни и состояние здоровья во взрослом периоде. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении, заболеваемость патологией почек у детей и подростков остается стабильно высокой, а в ряде регионов демонстрирует тенденцию к росту.

Особую тревогу вызывает «омоложение» хронической болезни почек (ХБП) и увеличение доли подростков, нуждающихся в заместительной почечной терапии (диализ, трансплантация). Своевременное выявление патологии, знание ее структуры и модифицируемых факторов риска — основа для разработки эффективных профилактических программ и стратегий раннего вмешательства, что и определяет высокую медико-социальную значимость темы.

Цель данной работы заключается в анализе современных данных о распространенности и структуре заболеваний почек в популяции детей и подростков, а также дать комплексную характеристику основным факторам риска их развития. Основные задачи исследования:

- 1) Оценить уровень и динамику общей и первичной заболеваемости болезнями мочевыделительной системы у детей и подростков на основе данных официальной статистики и научных исследований последних лет.
- 2) Определить удельный вес основных нозологических форм (ИМС, врожденные аномалии, гломерулопатии и др.) в общей структуре нефрологической патологии.
- 3) Систематизировать и охарактеризовать генетические, перинатальные, анатомо-функциональные, инфекционные и поведенческие факторы риска.
- 4) Обозначить основные направления профилактики и раннего выявления заболеваний почек в детском возрасте.

Согласно данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, общая заболеваемость болезнями мочеполовой системы у детей в возрасте 0–14 лет в 2023–2025 годах составила в среднем 65–70 случаев на 1000 детского населения соответствующего возраста. Среди подростков (15–17 лет) этот показатель несколько ниже — около 50–55 на 1000, что может быть связано как с истинным улучшением состояния у части пациентов, так и с недостаточной обращаемостью данной возрастной группы. Первичная заболеваемость (впервые выявленные случаи) стабильно держится на уровне 25–30 случаев на 1000 детей. Важно отметить, что эти цифры, скорее всего, не отражают реальную картину полностью из-за высокой

доли латентно и малосимптомно протекающих форм, особенно на ранних стадиях [3].

За последнее десятилетие наблюдается устойчивый рост регистрируемой заболеваемости (в среднем на 1.5–2 % в год). Этот рост носит, в значительной степени, «регистрируемый» характер и обусловлен несколькими факторами: внедрением пренатальной ультразвуковой диагностики, повысившей выявляемость врожденных аномалий; расширением скрининговых программ (включая обязательный анализ мочи у детей первого года жизни и перед плановыми прививками); повышением настороженности педиатров в отношении патологии почек; а также улучшением лабораторной и инструментальной диагностики [8].

Структура нефрологической патологии у детей имеет отчетливые возрастные особенности и отличается от таковой у взрослых, где преобладают вторичные поражения почек на фоне артериальной гипертензии и сахарного диабета.

Инфекции мочевой системы (ИМС) занимают первое место по частоте, составляя до 60–70 % всей нефроурологической патологии у детей. Пик заболеваемости приходится на первый год жизни (особенно у мальчиков) и дошкольный возраст (преимущественно у девочек). В структуре ИМС преобладает острый цистит, однако наибольшую клиническую значимость имеет пиелонефрит (острый и хронический), как основная причина формирования вторичных сморщиваний почек и развития ХБП.

Врожденные аномалии развития органов мочевой системы (ВПР МВС) — вторая по значимости группа, на долю которой приходится 20–25 % всех заболеваний. Сюда относятся: гидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), мультикистозная и поликистозная болезнь почек, дистопии, удвоения и гипоплазии почек. Благодаря рутинному пренатальному УЗИ, большинство этих пороков диагностируется еще до рождения ребенка, что позволяет планировать раннее наблюдение и лечение [2, 4].

Гломерулопатии: на их долю приходится около 5–7 % заболеваний. К ним относятся гломерулонефриты (острый постстрептококковый и хронический), наследственный нефрит (синдром Альпорта), IgA-нефропатия. Хотя эти заболевания встречаются реже, они часто имеют тяжелое прогрессирующее течение и являются одной из ведущих причин ТПН у подростков и молодых взрослых [1].

Тубулопатии и наследственные нефропатии: (наследственный нефрит, цистиноз, синдром Фанкони и др.) — относительно редкие заболевания (1–2 %), но имеющие серьезный прогноз и требующие специализированной помощи. Также, важную роль играют дисметаболические нефропатии — нарушения обмена веществ с кристаллурией (оксалатно-кальциевая, уратная, фосфатная) выявляются у значительного числа детей (до 30 % в по-

пуляции), но лишь у части из них приводят к формированию камней, интерстициальному нефриту и ИМС. Травмы и объемные образования (опухоли) — составляют менее 1 % в общей структуре [6].

С возрастом меняется соотношение патологий: у подростков на первый план, помимо последствий врожденных аномалий и хронического пиелонефрита, выходят гломерулопатии, начинают проявляться наследственные формы, а также возрастает роль факторов образа жизни.

Факторы риска можно классифицировать на несколько групп:

1) Генетические и наследственные факторы: наличие у близких родственников врожденных аномалий почек, ПМР, поликистоза, мочекаменной болезни, синдрома Альпорта или ранней ХБП значительно повышает риск аналогичной патологии у ребенка. Многие тубулопатии и метаболические нарушения имеют моногенную природу.

2) Перинатальные факторы: неблагоприятное течение беременности (гестозы, инфекции, угроза прерывания), фетоплацентарная недостаточность, недоношенность, задержка внутриутробного развития, асфиксия в родах — все это может негативно сказаться на формировании и функции почек, создавая предпосылку для развития дисметаболических нарушений и снижения резерва органа.

3) Анатомо-функциональные факторы: любые врожденные аномалии, приводящие к нарушению уродинамики (обструкция, рефлюкс), являются главным фактором риска рецидивирующих ИМС и развития вторичного рефлюкс-нефрита с последующим склерозированием почечной паренхимы.

4) Инфекционно-воспалительные факторы: перенесенные ИМС, особенно пиелонефрит, являются прямым фактором повреждения почечной ткани. Частые респи-

раторные инфекции, хронические очаги (тонзиллит, кариес) могут провоцировать развитие или обострение гломерулонефрита через механизмы иммунного воспаления.

Распространенность заболеваний почек у детей и подростков остается высокой, имея тенденцию к росту за счет улучшения диагностики. В структуре патологии доминируют инфекции мочевой системы и врожденные аномалии развития. Однако именно гломерулопатии и прогрессирующие наследственные формы зачастую определяют тяжелые исходы в виде ХБП. Факторы риска многообразны и действуют комбинированно, начиная с генетической предрасположенности и перинатального периода и заканчивая поведенческими установками подростков.

Основными направлениями профилактики должны стать:

Аntenатальная: тщательное УЗИ-наблюдение за плодом для выявления ВПР; постнатальная: обязательный скрининг (анализы мочи) у детей первого года жизни и группы риска, своевременная вакцинация против стрептококковой и других инфекций; диспансерное наблюдение: за детьми с выявленной патологией, коррекция метаболических нарушений, профилактика рецидивов ИМС; санация хронических очагов инфекции (ЛОР-органы, зубы); формирование здорового образа жизни: адекватный питьевой режим, рациональное питание, умеренная физическая активность, соблюдение гигиены, просветительская работа с подростками о вреде самолечения и употребления психоактивных веществ.

Только комплексный междисциплинарный подход, объединяющий усилия неонатологов, педиатров, нефрологов, урологов и самих семей, позволит снизить бремя заболеваний почек в детском возрасте и предотвратить их тяжелые отдаленные последствия.

Литература:

1. Игнатова, М. С. Распространенность хронической болезни почек у детей в Российской Федерации: данные регистра / М. С. Игнатова, Н. А. Коровина, О. В. Комарова. — Текст: непосредственный // Нефрология и диализ. — 2021. — № Т. 23, № 3. — С. 224–235.
2. Малкоч, А. В. Современные аспекты эпидемиологии инфекций мочевой системы у детей / А. В. Малкоч, С. С. Паунова, Н. Д. Савенкова. — Текст: непосредственный // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. — 2022. — № Т. 101, № 4. — С. 123–129.
3. Папаян, А. В. Клиническая нефрология детского возраста: руководство для врачей / А. В. Папаян, Н. Д. Савенкова. — СПб.: СпецЛит, 2020. — 687 с. — Текст: непосредственный.
4. Игнатова, М. С. Российский консенсус по ведению детей с хронической болезнью почек / М. С. Игнатова, О. В. Комарова. — Текст: непосредственный // Вопросы современной педиатрии. — 2020. — № 19, № 1. — С. 7–40.
5. Смирнов, А. В. Эпидемиология хронической болезни почек: глобальные тенденции и региональные особенности / А. В. Смирнов, В. А. Добронравов, И. Г. Каюков. — Текст: непосредственный // Клиническая нефрология. — 2019. — № 3. — С. 4–10.
6. Минздрав, России Отчет о деятельности Минздрава России в 2022 году / России Минздрав. — Текст: электронный // minzdrav.gov.ru: [сайт]. — URL: <https://minzdrav.gov.ru> (дата обращения: 17.01.2026).
7. Шабалов, Н. П. Детские болезни / Н. П. Шабалов. — 8-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 688 с. — Текст: непосредственный.

Факторы, способствующие развитию ожирения у детей и подростков

Вахитова Гузалия Амировна, студент;

Захарян Надежда Нверовна, студент;

Макеева Ксения Ивановна, студент;

Медетова Дильназ Сериковна, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается актуальная проблема ожирения детей и подростков, имеющая пандемический характер. По данным ВОЗ, распространенность ожирения среди детей и подростков в последние годы только возрастает. Цель исследования — выявить и оценить факторы риска, влияющие на показатели ожирения. Решаются задачи определения ключевых групп факторов риска, разработки рекомендаций по снижению данной проблемы в здравоохранении и возможных осложнений. Объект исследования: процесс формирования избыточной массы тела у детей и подростков, предмет исследования: совокупность факторов, определяющих риск развития ожирения.

Ключевые слова: дети, подростки, ожирение, факторы риска.

Понятие об ожирении

Ожирение — это избыточное накопление жировой ткани в организме. Ожирение — это состояние, при котором масса тела превышает возрастную норму на 15 % и более, а индекс массы тела ≥ 30 . Количество детей, страдающих ожирением, растет с каждым годом. Избыточная масса тела и ожирение — это наиболее распространенные эндокринные нарушения у детей и подростков. Причем у мальчиков избыточная масса тела встречается чаще, чем у девочек. Несмотря на то, что у детей меньше проблем со здоровьем, связанных с ожирением, чем у взрослых, есть риск, что с возрастом проблема лишнего веса сохранится и усугубится. Важно заметить, что дети, которые живут в городах чаще болеют, чем дети, живущие в сельских регионах, так как в селах они больше подвержены физическим нагрузкам. [1]

Генетическая предрасположенность к лишнему весу

Под наследственностью понимают передачу генетической информации от родителей к детям. Наши гены — это участки молекулы ДНК, которые содержат «инструкции» для синтеза белков и влияют на различные особенности организма. Именно гены во многом определяют наш рост, цвет глаз, некоторые черты обмена веществ. Когда говорят о наследственной склонности к лишнему весу, имеют в виду генетическую предрасположенность — наличие у человека таких вариантов генов, которые могут способствовать набору веса.

Миф о «плохой генетике». В обществе распространено мнение: если многие родственники полные, то и человеку «суждено» иметь лишний вес. На самом деле все не так однозначно. Чисто генетические нарушения являются причиной лишь около 5 % случаев избыточного веса. Например, известны редкие наследственные синдромы, при которых из-за мутации одного гена развивается тяжелое

ожирение с детства. Но в подавляющем большинстве случаев лишний вес — это мультифакториальное состояние, то есть результат сложного взаимодействия множества генов и факторов окружающей среды. Семейные привычки питания и образ жизни зачастую влияют на вес больше, чем генетика. Дети полных родителей нередко тоже имеют проблемы с весом — но тут играет роль не только наследование генов, сколько перенятие образа жизни в семье. [2]

Моногенные формы ожирения. Редкие, но тяжелые случаи ожирения, вызванные мутацией в одном из генов, участвующих в регуляции пищевого поведения и энергетического обмена. В данном случае у ребенка развивается выраженное ожирение с первых дней жизни.

Основные гены, связанные с ожирением

Ученые обнаружили сотни генов, влияющих на вес. Но три из них играют ключевую роль. Эти гены часто называют «генами полноты» или «генами ожирения».

1) Ген лептина (LEP) и его рецептор (LEPR) отвечают за чувство насыщения. Лептин — это «гормон сытости». Он сообщает мозгу: «хватит есть, запасов достаточно». Когда в гене LEP происходит некий сбой, человек постоянно чувствует голод даже после плотного обеда. Такие мутации крайне редки.

2) Ген меланокортинового рецептора 4 типа (MC4R) — самая частая генетическая причина тяжелого ожирения. MC4R работает в мозге и регулирует аппетит. Люди с мутациями в MC4R обычно имеют повышенный аппетит с раннего детства и быстро набирают вес.

3) Ген FTO — отвечает за регуляцию энергетического баланса. [3]

Полигенные формы. Более распространенный вариант, когда множество разных генов предрасполагают к избыточной массе тела. По современным представлениям вклад каждого из генов в предрасположенность к ожирению относительно невелик.

Перинатальные факторы

Факторы, зависящие от матери и ее образа жизни во время беременности:

1) Курение матери во время беременности. Оно, а также воздействие пассивного курения на ребенка, повышают риск развития у него ожирения как в детском возрасте, так и в будущем. Это происходит из-за негативного воздействия никотина на метаболизм плода, а также из-за эпигенетических изменений, которые могут скажаться на регуляции веса ребенка в течение всей жизни

2) Сахарный диабет у матери. Диабет у матери, в том числе гестационный, увеличивает риск ожирения у ребенка, так как повышенный уровень глюкозы и инсулина в крови матери во время беременности может способствовать метаболическим изменениям у плода. Это влияет на развитие в ребенке избыточного веса, сахарного диабета 2-го типа и других заболеваний в будущем.

3) Искусственное вскармливание. Оно может повышать риск развития ожирения у ребенка по сравнению с грудным вскармливанием из-за ряда факторов, включая возможное перекармливание, отличающийся состав смесей и меньшую способность младенцев регулировать потребление энергии. Исследования показывают, что длительное грудное вскармливание связано со снижением вероятности ожирения в будущем, при этом искусственное ассоциируется с более высоким риском быстрого набора веса

4) Фактором риска возникновения ожирения считается и недоношенность. [4]

Гормональные проблемы

Многие люди, даже занимаясь спортом и правильно питаясь, не могут сбросить вес, что еще может влиять на вес.

Кортизол — это гормон, синтезируемый корой надпочечников, с его помощью наш организм справляется со стрессом и приспосабливается к изменениям в окружающей среде. Кортизол обеспечивает быстрое поступление в кровь глюкозы — самого легкоусвояемого источника энергии. Он подавляет действие обратного по эффекту гормона — инсулина, который помогает глюкозе попасть внутрь клеток. Кортизол еще можно назвать гормоном бодрости, он в значительной степени контролирует: утреннее пробуждение; мозговую активность; чувство голода и пищеварение; кровяное давление; энергетический обмен, в том числе жировой; физическую активность. Если острый стресс длится долго, и кортизол постоянно находится на высоком уровне, это может привести к тому, что человек хочет постоянно есть, потому что кортизол посылает сигналы мозгу о том, что организму нужно как можно больше энергетических ресурсов. Хронически повышенный кортизол снижает чувствительность клеток к инсулину, что приводит к развитию инсулинорезистентности. В результате невостреванная глюкоза, а она

чаще всего остается именно таковой, не может вернуться назад в клетки. Избыток сахара в крови формирует висцеральные жировые отложения. Висцеральный жир откладывается не под кожей, а вокруг внутренних органов, от него сложнее всего избавиться, и он представляет наибольшую опасность для здоровья.

Эстроген. Существует распространенное представление о том, что с возрастом метаболизм замедляется. Это не совсем верно — согласно исследованиям, с 20 до 60 лет метаболизм взрослого человека практически стабилен, и лишь потом скорость обмена веществ начинает падать на 0,7 % в год. И все-таки личный опыт большинства из нас подсказывает что в 45 худеть несколько сложнее, чем в 20. Особенно это касается женщин, так как с 40–45 женский организм начинает постепенно готовиться к менопаузе — снижается функция яичников. В результате яичники синтезируют меньше женских половых гормонов — эстрогенов, но только от их уровня зависит многое, поэтому организм начинает наращивать производство эстрогенов в других клетках, которые умеют выполнять эту функцию. Жировые ткани — не только наш запас энергии, но и полноценный эндокринный орган. Это только некоторые гормоны, которые могут повлиять на набор массы тела, но их достаточно много. [5]

Образ жизни

Неправильное питание. Если ребенок в избытке употребляет простые углеводы: хлебобулочные изделия, фастфуд, лапшу быстрого приготовления и т. д. и если к этому добавляются сладкие газированные напитки, мороженое, десерты с кремом и другие сладости, риск ожирения возрастает в разы. Такая еда вызывает привыкание и она не обеспечивает длительного чувства насыщения, и через короткое время после приема пищи ребенок хочет есть снова. Если говорить о порции еды, то врачи советуют доверять своему ребенку, если ребенок сыт, не надо заставлять его доедать. В течение дня нужно принимать пищу в небольших порциях, не наедаясь перед сном это приводит не только к ожирению, но к сахарному диабету 2 типа. Дети все больше начинают питаться фастфудом, который вреден не только своей калорийностью, но и высоким содержанием искусственных трансжиров, которые практически не усваиваются организмом человека, нарушают липидный профиль, повышают уровень «плохого» холестерина в организме и снижают уровень «хорошего», а также вызывают нарушения обмена веществ и проблемы с сердечно-сосудистой системой организма.

Низкий уровень физической активности. Дети большинство свободного времени проводят сидя или лежа (просмотр телевизора, компьютерные игры, просмотр видео в телефоне, чтение книг, подготовка домашнего задания и экзаменов) это ведет к ожирению и к подавленному психологическому состоянию. Чаще всего, сопровождая это занятие перекусами нездоровой пищей, которая откладывается в жировую ткань, а если это не сопрово-

ждается умственной деятельностью, то энергия, полученная от пищи не затрачивается.

Недостаток сна. Страдающие недосыпом дети обычно едят больше сладкого и мучного, чем их высыпавшие нормы сверстники. Так дефицит сна может привести к повышению уровня сахара в крови и риску диабета.

Во сне мозг подпитывается глюкозой, при недостатке сна он нуждается в углеводах. Так из-за недостатка сна организм попадает в преддиабетическое состояние и заставляет чувствовать себя голодным, даже когда человек уже поел. Когда организму не хватает сна, страдает выработка лептина — гормона, который подает мозгу сигнал о насыщении пищей, и повышается продуцирование грелина — гормона, который вызывает чувство голода.

Стресс. Часто ребенок начинает заедать свои психологические проблемы, например, отсутствие коммуникации со сверстниками, плохие отношения с родителями, недостаток внимания от родителей, а если ребенок страдает уже от ожирения, то это ухудшает его ситуацию. Некоторые дети ранимы и чувствительны, им проще заесть свои проблемы, чем их решить. Стресс еще связан с ситуациями, требующие усиленной деятельности и повышенного напряжения (например, подготовка к экзаменам), пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к перееданию или курению.

Нездоровые привычки родителей. Ожирение может быть следствием особых моделей пищевого поведения в семье. Родители являются примером здорового и нездорового образа жизни. Они часто проявляют свою любовь и заботу через еду, причем не самую полезную. Еду используют как награду или утешение, если ребенок хорошо себя вел или расстроен, то ему дают «вкусняшку». Также родители очень часто хвалят детей, что они доедают всю порцию, даже если они уже насытились или наоборот ругают за то, что ребенок не доел. Таким образом, у ребенка складывается убеждение: любовь к еде = любовь к родителям. Не следует сильно ограничивать детей, сажать на жесткую диету, потому что ребенок сорвется и это приведет к перееданию. Если же ребенок принимает пищу, параллельно смотря телевизор или используя другие гаджеты, то он не концентрируется на процессе и не пони-

мает, когда пришло чувство насыщения и как итог — переедает. [6]

Рекомендации

Сначала нужно узнать причину избыточной массы тела, если есть подозрения на болезнь, то конечно первым делом нужно обратиться к врачу, так как это может быть связано на генетическом уровне или с уровнем определенных гормонов. Но самой частой проблемой лишнего веса и ожирения является не заболевания или другие нарушения в организме, а уровень потребляемых калорий, который дети или подростки не расходуют в течение дня. Для этого важно вести здоровый образ жизни, а именно полезная здоровая еда (ограничить потребление полуфабрикатов, соусов и заправок, промышленной выпечки, фастфуда), регулярные физические нагрузки (на свежем воздухе лучше всего), соблюдать режим дня (уделять достаточно времени на сон), по максимуму оградить ребенка от стресса, родители должны больше проводить времени с ребенком, общие занятия, например, совместные прогулки, занятия физкультурой. Важно исключить вредные привычки, для начала родители должны начать с себя, привычное пищевое поведение, о котором писалось ранее.

Осложнения

Ожирение вызывает осложнения во всех системах организма: сердечно-сосудистые (гипертония, инфаркт, инсульт), эндокринные (сахарный диабет 2 типа), опорно-двигательные (артроз, боли в спине), дыхательные (апноэ во сне, одышка), пищеварительные (рак, желчнокаменная болезнь, жировой гепатоз), репродуктивные (бесплодие, нарушение цикла), психологические (депрессия, социальная изоляция)

Избыточная масса тела — это системное заболевание, увеличивающее риск к преждевременной смерти. Наиболее распространенный фактор риска ожирения — это калорийная вредная еда и неподвижный образ жизни. Родителям важно прививать с детства правильный образ жизни.

Литература:

1. <https://cgon.rosпотребнадзор.ru/naseleniyu/zdorovyy-obraz-zhizni/detskoe-ozirenie/>
2. <https://repclinica.ru/publication/kontrol-vesa/peredaetsya-li-sklonnost-k-lishnemu-vesu-po-nasledstvu/>
3. <https://miin.ru/blog/genetika-i-ozhirenie-kak-geny-vliyayut-na-ves-i-mozhno-li-izmenit-nasledstvennost>
4. <https://spb.medsu.ru/articles/ozhirenie-u-detey-i-podrostkov-profilaktika-i-rekomendatsii-po-lecheniyu/>
5. <https://www.med157.ru/articles/kak-gormony-vliyayut-na-lishnij-ves-u-zhenshchin>
6. <https://www.takzdorovo.ru/stati/prichiny-detskogo-i-podrostkovogo-ozhireniya/>

Психические расстройства и расстройства поведения как медико-социальная проблема

Висягина Арина Павловна, студент;

Чебоксарцева Екатерина Игоревна, студент;

Терехина Светлана Николаевна, студент;

Чубарева Екатерина Сергеевна, студент

Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются психические расстройства и расстройства поведения как значимая медико-социальная проблема современного общества. Анализируются показатели распространённости и заболеваемости психическими расстройствами, их динамика в различных возрастных и социальных группах населения. Оценивается влияние биологических, психологических и социальных факторов, включая наследственность, стрессовые воздействия, социально-экономические условия, уровень образования и доступность психиатрической и психологической помощи. Особое внимание уделяется социальным последствиям психических расстройств, таким как инвалидизация, снижение трудоспособности, ухудшение качества жизни пациентов и их семей, а также рост социальной дезадаптации.

Ключевые слова: психические расстройства, расстройства поведения, медико-социальная проблема, распространённость, инвалидизация, социальная дезадаптация, профилактика, реабилитация, психиатрическая помощь.

Психические расстройства и расстройства поведения в настоящее время занимают одно из ведущих мест среди медико-социальных проблем, оказывая существенное влияние как на состояние здоровья населения, так и на социально-экономическое развитие общества. Их значимость обусловлена высокой распространённостью, тенденцией к хронизации, ранним началом многих заболеваний, а также выраженными социальными последствиями, включая инвалидизацию, снижение трудоспособности, рост уровня социальной дезадаптации и увеличение нагрузки на системы здравоохранения и социальной защиты [2].

Психические расстройства представляют собой обширную группу заболеваний и патологических состояний, характеризующихся нарушениями мышления, эмоций, поведения и восприятия реальности. В структуру данной группы входят депрессивные и тревожные расстройства, шизофрения и другие психотические состояния, расстройства личности, умственная отсталость, расстройства аутистического спектра, а также поведенческие синдромы, связанные с употреблением психоактивных веществ [1].

Одной из ключевых характеристик психических расстройств как медико-социальной проблемы является их высокая распространённость. По данным эпидемиологических исследований, в течение жизни с теми или иными формами психических расстройств сталкивается значительная часть населения. Особенно тревожной является тенденция к росту числа психических и поведенческих расстройств среди детей и подростков, что связано с воздействием неблагоприятных социальных факторов, ускоренным темпом жизни, информационной перегрузкой, семейными проблемами и снижением уровня психологической устойчивости [3].

Важную роль в формировании психических расстройств играют биологические факторы. К ним отно-

сятся генетическая предрасположенность, особенности нейрохимических процессов в центральной нервной системе, внутриутробные и перинатальные поражения мозга, а также соматические заболевания, оказывающие влияние на психическое состояние. Однако биологические механизмы редко действуют изолированно. В большинстве случаев развитие психических расстройств является результатом сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов [1].

Социальные детерминанты психического здоровья имеют особое значение в современном обществе. Низкий уровень доходов, безработица, неблагоприятные жилищные условия, социальная нестабильность, миграционные процессы и урбанизация создают хронический стресс, который повышает риск развития психических нарушений. Существенное влияние оказывает и семейная среда. Конфликты в семье, насилие, эмоциональная депривация, алкоголизм или психические заболевания родителей значительно увеличивают вероятность формирования расстройств поведения и эмоциональных нарушений у детей [4].

Психические расстройства оказывают выраженное влияние на трудоспособность населения. Значительная часть пациентов испытывает трудности с получением образования, трудоустройством и удержанием рабочего места. Даже при относительно легких формах заболеваний могут наблюдаться снижение концентрации внимания, быстрая утомляемость, эмоциональная нестабильность и трудности в межличностном общении. При тяжелых и хронических расстройствах утрата трудоспособности может быть полной, что приводит к формированию инвалидности и экономической зависимости от государства или семьи [2].

Инвалидизация вследствие психических расстройств представляет собой серьезную социальную проблему.

В отличие от многих соматических заболеваний, психические расстройства часто сопровождаются стигматизацией и дискриминацией. Общественные стереотипы и предвзятое отношение к людям с психическими заболеваниями затрудняют их социальную интеграцию, ограничивают доступ к трудовой деятельности и полноценному участию в общественной жизни [2].

Особое место среди психических и поведенческих расстройств занимают зависимости, связанные с употреблением алкоголя, наркотических веществ и других психоактивных соединений. Эти расстройства не только наносят вред физическому и психическому здоровью человека, но и сопровождаются выраженными социальными последствиями, включая рост преступности, семейное неблагополучие, травматизм и преждевременную смертность. Зависимости часто сочетаются с другими психическими расстройствами, что усложняет диагностику и лечение и требует комплексного медико-социального подхода [1].

Система оказания психиатрической помощи играет ключевую роль в снижении бремени психических расстройств. Однако во многих регионах сохраняются проблемы, связанные с недостаточной доступностью специализированной помощи, дефицитом квалифицированных кадров, ограниченными возможностями амбулаторного наблюдения и реабилитации. Недостаточное внимание к психическому здоровью на уровне первичной медико-санитарной помощи приводит к позднему выявлению заболеваний и утяжелению их течения [3].

Профилактика психических расстройств является одним из приоритетных направлений медико-социальной политики. Она включает мероприятия, направленные на формирование психологической устойчивости, снижение уровня стресса, улучшение условий жизни и труда,

а также поддержку семей с детьми. Особое значение имеет раннее выявление психических и поведенческих нарушений, особенно в детском и подростковом возрасте [2].

Реабилитация лиц с психическими расстройствами должна носить комплексный характер и включать медицинские, психологические и социальные компоненты. Медицинская реабилитация направлена на стабилизацию состояния и профилактику обострений, психологическая на восстановление когнитивных и эмоциональных функций, а социальная на развитие навыков самостоятельной жизни, трудовую адаптацию и восстановление социальных связей [4].

Государственная поддержка лиц с психическими расстройствами является важным элементом системы социальной защиты. Она включает предоставление социальных выплат, обеспечение доступного медицинского обслуживания, создание условий для получения образования и трудоустройства, а также развитие программ сопровождаемого проживания. Реализация данных мер способствует снижению уровня социальной изоляции и повышению качества жизни пациентов [3].

Таким образом, психические расстройства и расстройства поведения представляют собой сложную и многогранную медико-социальную проблему, требующую системного и межсекторального подхода. Эффективное решение данной проблемы возможно лишь при условии интеграции усилий системы здравоохранения, социальной защиты, образования и общества в целом [3]. Повышение уровня информированности населения, снижение стигматизации, развитие профилактических и реабилитационных программ являются ключевыми направлениями, способствующими улучшению психического здоровья населения и снижению социального бремени психических расстройств.

Литература:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 496 с.
2. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Социальная психиатрия: учебное пособие. — М.: Медицина, 2016. — 320 с.
3. Кекелидзе З. И. Психическое здоровье населения Российской Федерации: состояние и перспективы // Психиатрия. — 2020. — № 4. — С. 4–12.
4. Краснов В. Н. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика, лечение. — М.: Практическая медицина, 2019. — 384 с.

Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Влияние условий и образа жизни на онкологическую заболеваемость

Головина Елизавета Владимировна, студент;

Платова Александра Евгеньевна, студент;

Тихоступ Варвара Сергеевна, студент

Научный руководитель: Чехонадская Юлия Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

Злокачественные новообразования формируют значимую нагрузку на систему здравоохранения и экономику за счёт высокой распространённости, длительности лечения и последствий для трудоспособности. В статье показано, как условия жизни и поведенческие практики влияют на онкологический риск, а также почему профилактика остаётся управляемым направлением, даже когда речь идёт о сложных многофакторных заболеваниях. Материал построен на российских нормативных и аналитических источниках и публикациях по профилактике и модифицируемым факторам риска.

Ключевые слова: онкологические заболевания, социальные детерминанты здоровья, поведенческие факторы риска, алкоголь, профилактика, первичная профилактика, медико-социальные последствия.

Введение

Онкологическая заболеваемость редко воспринимается обществом как результат «обычной» профилактической работы. Рак кажется случайностью, наследственной предопределённостью или итогом неблагоприятной экологии, которую невозможно контролировать. В реальной эпидемиологии картина сложнее: часть факторов действительно немодифицируема, однако значимый вклад дают поведение, пищевые привычки, потребление алкоголя, характер труда, доступность медицинской помощи и качество профилактических программ. Это превращает тему в медико-социальную: решающее значение имеет не только то, как лечат уже выявленные случаи, но и то, как устроена среда, формирующая риск.

Проблема затрагивает и здравоохранение, и социальную сферу. Онкологические заболевания требуют длительной диагностики и лечения, высоких затрат на лекарственное обеспечение, хирургические вмешательства, лучевую терапию, реабилитацию. Потери отражаются и в трудоспособности, и в семейной структуре ухода, и в психологическом фоне домохозяйств. Поэтому разговор об образе жизни здесь не про морализаторство, а про управляемые причины, которые можно снижать системно: через регулирование, санитарное просвещение, первичную медико-санитарную помощь и выстроенные профилактические маршруты.

Материалы и методы

Проведён обзор нормативных и аналитических документов и научных источников, посвящённых профилактике хронических неинфекционных заболеваний и онкологической помощи, включая государственный санитарно-эпидемиологический доклад, документы по снижению потребления алкоголя, клинические рекомендации по профилактике ХНИЗ, руководства по профилактике зло-

качественных новообразований, а также отчёт о состоянии онкологической помощи в России. Анализ выполнен с выделением логических связей между поведенческими и средовыми факторами и показателями онкологической заболеваемости и нагрузки на систему помощи.

Онкологические заболевания демонстрируют устойчивую социальную привязку. Риск «распределён» неравномерно: выше там, где хуже питание, выше доля вредных привычек, ниже доступность профилактики и ранней диагностики, больше профессиональных вредностей и хронического стресса. Такая картина характерна для многих хронических болезней, но в онкологии она особенно заметна из-за позднего выявления и тяжёлых исходов. Система помощи отражает это неравенство: чем позже выявлен опухолевый процесс, тем дороже лечение, тем ниже вероятность длительной ремиссии и тем выше потребность в паллиативной поддержке. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году описывает структуру ресурсов и результатов службы и позволяет увязать профилактический контур с реальной нагрузкой на онкологию как отрасль здравоохранения [5].

Ключевой смысл медико-социального подхода в том, что онкологический риск складывается из нескольких «слоёв». Первый слой — образ жизни. Второй слой — условия жизни и труда, влияющие на выбор поведения и доступность здоровья. Третий слой — организация медицинской помощи, которая либо ловит болезнь на ранних этапах, либо фиксирует её уже в стадии осложнений. Роспотребнадзор в государственном докладе о санитарно-эпидемиологическом благополучии описывает комплекс факторов, влияющих на здоровье населения, включая условия среды и поведенческие практики, которые закрепляются на уровне популяции через социальные механизмы [2]. Для онкологии это означает простую вещь: профилактика начинается не в кабинете онколога, а в том, как живёт человек, чем он питается, где работает и насколько регулярно обращается за медицинской помощью.

Алкоголь — один из самых спорных факторов в общественном восприятии и один из наиболее управляемых в государственной политике. В дискуссиях часто звучит аргумент про «культуру потребления», но эпидемиологический риск определяется не культурой как таковой, а частотой и дозой употребления, формированием регулярных паттернов и сочетанием алкоголя с другими факторами. Работа, посвящённая модифицируемым факторам риска ХНИЗ, показывает связь алкоголя с онкологическим риском и подчёркивает, что вклад потребления алкоголя выходит за пределы травм и заболеваний печени [6]. Для системы общественного здоровья это означает, что сокращение потребления алкоголя является не только профилактикой социального неблагополучия, но и вкладом в снижение онкологических потерь.

Государственные меры в этой сфере приобретают смысл тогда, когда они формируют устойчивое снижение потребления на уровне популяции. Концепция сокращения потребления алкоголя до 2030 года задаёт рамку государственной политики, где подразумеваются ограничения доступности, профилактика злоупотребления и формирование мотивации к снижению потребления [1]. В онкологической логике такие меры работают как «дальняя профилактика»: эффект проявляется не завтра, а в горизонте лет, поскольку изменения в заболеваемости от поведенческих факторов имеют лаг по времени. Это неудобно для отчётности, но важно для демографического и экономического результата.

Профилактика онкологических заболеваний отличается от профилактики инфекций тем, что она никогда не сводится к одной интервенции. Руководство по профилактике злокачественных новообразований описывает подход, где значимы отказ от табака, контроль алкоголя, рацион питания, профилактика ожирения, физическая активность, защита от некоторых профессиональных канцерогенов и использование организованных программ скрининга [3]. Важно, что эти меры не являются «частными советами» для пациента. Они превращаются в результативную практику только тогда, когда их поддерживает инфраструктура: доступные кабинеты профилактики, маршрутизация на диспансеризацию, понятные стандарты коммуникации, работа с группами риска и последовательное сопровождение.

Тема условий жизни проявляется через доступность выбора. Даже при высокой медицинской грамотности человек не всегда способен реализовать «правильный» образ жизни, если среда устроена иначе: работа посменная, питание нерегулярное, физическая активность вытеснена транспортом и нагрузкой, стресс поддерживается финансовой нестабильностью, а поликлиника воспринимается как бюрократический барьер. Поэтому профилактические рекомендации должны учитывать, что у разных социальных групп разная «стоимость» здорового поведения. Клинические рекомендации по профилактике хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации формируют общий контур работы с модифи-

цируемыми факторами риска и переводят профилактику в стандартизированную деятельность здравоохранения, а не в область индивидуальных усилий [4]. Для онкологии это полезно тем, что позволяет встроить профилактику рака в общую систему борьбы с ХНИЗ: одинаковые факторы формируют риск и для сердечно-сосудистых болезней, и для ряда локализаций рака, а значит, часть профилактики может быть единой.

Социальное измерение онкологии проявляется и в том, как люди обращаются за помощью. Позднее выявление часто связано с недоверием к системе, отсутствием времени на обследования, страхом диагноза и экономическими причинами. Здесь образ жизни становится не только источником риска, но и барьером к ранней диагностике. Даже при наличии возможностей диспансеризации человек может не дойти до обследования, если у него нет ресурсов — времени, поддержки семьи, транспорта, ощущения безопасности в контакте с медицинской системой. В итоге формируется порочный круг: уязвимые группы чаще сталкиваются с поздней диагностикой, а поздняя диагностика усиливает социальные последствия, выводя человека из рынка труда и повышая зависимость от помощи.

Профилактика рака на уровне региона опирается на конкретные управленческие решения. Регулирование алкоголя и табака, санитарное просвещение, доступность диспансеризации, развитие центров амбулаторной онкологической помощи, снижение потерь времени между выявлением подозрения и началом лечения — это разные части одной цепи. Когда цепь разорвана, профилактика превращается в декларацию, а онкологическая служба получает рост нагрузки на стационары и федеральные центры. Отчёт об онкологической помощи показывает, что организационные решения в системе онкологии тесно связаны с ранней диагностикой и распределением ресурсов, а значит профилактика и организационный контур лечения должны рассматриваться вместе [5].

Алкоголь в этой цепи занимает особое место, потому что государство способно управлять его доступностью и информационной средой. При этом эффект зависит от того, как меры сочетаются. Ограничения продаж без профилактической работы и поддержки уязвимых групп дают ограниченный результат, потому что часть потребления уходит в тень. Концептуальные документы ориентируют систему на комплексные подходы, где уменьшается доступность и одновременно развиваются профилактика и мотивация к отказу от злоупотребления [1]. В онкологической перспективе это особенно важно, потому что снижение алкоголизации уменьшает не только травматизм, но и долю тех поведенческих паттернов, которые сопряжены с ростом онкологического риска [6].

В практическом плане для общественного здоровья важна корректная постановка цели. Если цель звучит как «убедить всех жить правильно», результат будет нулевой. Если цель описана как снижение распространённости ключевых модифицируемых факторов риска в популяции,

появляется возможность измерения и управления: доля курящих, уровень потребления алкоголя, доля лиц с ожирением, охват диспансеризацией, доля ранних стадий при выявлении. Такой язык позволяет соединить профилактику и организацию медицинской помощи. Онкология здесь оказывается индикатором качества профилактической политики: рост доли ранних стадий и снижение смертности при сохранении выявляемости показывают, что профилактика и ранняя диагностика работают согласованно.

Заключение. Злокачественные новообразования представляют медико-социальную проблему, потому что их распространённость и тяжесть последствий зависят не только от возможностей лечения, но и от условий жизни

и устойчивых поведенческих практик. Модифицируемые факторы риска, включая потребление алкоголя, формируют значимую часть онкологического риска и поддаются управлению через комплекс профилактических и регуляторных мер. Санитарно-эпидемиологический мониторинг и государственная политика по снижению алкоголизации создают базу для популяционной профилактики, а клинические рекомендации по профилактике ХНИЗ позволяют встроить профилактику рака в стандартную работу первичного звена. Эффективность профилактики усиливается там, где она связана с ранней диагностикой и организацией онкологической помощи, поскольку именно раннее выявление снижает тяжесть социальных последствий и нагрузку на систему здравоохранения.

Литература:

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11.12.2023 № 3547-р. Об утверждении Концепции сокращения потребления алкоголя в Российской Федерации на период до 2030 года. — Текст: непосредственный // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2023. — № 51. -. Ст. 9425..
2. Федеральная, служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Государственный доклад. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году / служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Федеральная. — М.: Роспотребнадзор, 2024. — 368 с. — Текст: непосредственный.
3. Заридзе, Д. Г. Профилактика злокачественных новообразований: руководство для врачей / Д. Г. Заридзе. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2021. — 224 с. — Текст: непосредственный.
4. Национальное, общество профилактической кардиологии Клинические рекомендации. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации / общество профилактической кардиологии Национальное, общество профилактики неинфекционных заболеваний Российское. — М.: Силиция-Полиграф, 2022. — 186 с. — Текст: непосредственный.
5. Каприна, А. Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году / А. Д. Каприна, В. В. Старинский, А. О. Шахзадова. — Текст: непосредственный — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — фил. ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. — С. 262.
6. Драпкина, О. М. Модифицируемые факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний: алкоголь и онкологический риск / О. М. Драпкина, И. В. Самородская // Профилактическая медицина. — 2023. — Т. 26, № 4. — С. 7–14.

Влияние условий и образа жизни на нервно-психическую заболеваемость. Роль профилактики и реабилитации

Горлова Екатерина Константиновна, студент;

Терехова Ольга Алексеевна, студент;

Бекбаева Аида Сериккалиевна, студент;

Попова Ирина Ивановна, студент

Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются показатели нервно-психической заболеваемости среди различных групп населения и их динамика, что является актуальной темой для анализа в контексте медико-социальных аспектов. Оценивается влияние различных факторов, таких как условия проживания, образ жизни, уровень стресса, социально-экономическое положение и доступность психоневрологической помощи на уровень заболеваемости. Особое внимание уделяется динамике изменений нервно-психической заболеваемости, выявлению факторов риска и методам профилактики, направленным на снижение распространенности заболеваний. В статье также анализируются особенности организации психоневрологической помощи в Российской Федерации, включая доступность специализированной медицинской помощи,

программы раннего выявления заболеваний и меры государственной поддержки населения с психоневрологическими нарушениями.

Ключевые слова: нервно-психическая заболеваемость, факторы риска, условия жизни, образ жизни, профилактика заболеваний, психоневрологическая помощь, государственная поддержка.

Нервно-психические заболевания остаются одной из наиболее значимых проблем современного здравоохранения, оказывая существенное влияние на качество жизни населения и эффективность трудовой деятельности. На распространённость таких заболеваний существенно влияют как внутренние биологические факторы, включая генетическую предрасположенность и возрастные особенности организма, так и внешние условия, в которых проживает человек. Важнейшими внешними факторами являются условия проживания, социально-экономическое положение, качество питания, уровень физической активности, влияние стрессовых факторов и психоэмоциональной нагрузки, а также особенности образа жизни [1]. Исследования показывают, что неблагоприятные условия жизни, низкий уровень дохода, хроническое психоэмоциональное напряжение и недостаточный доступ к качественной медицинской помощи увеличивают риск развития психических расстройств и нейродегенеративных заболеваний.

Особое внимание уделяется влиянию социального окружения и условий труда на психическое здоровье. Длительные рабочие часы, высокая профессиональная нагрузка, конфликтные ситуации и недостаток поддержки со стороны коллег и руководства способствуют развитию синдрома эмоционального выгорания, тревожных состояний и депрессивных расстройств.

Одновременно негативное воздействие неблагоприятной экологической обстановки, включая шумовое, химическое и бытовое загрязнение, а также неудовлетворительные жилищные условия, увеличивает частоту психосоматических проявлений, снижает стрессоустойчивость и провоцирует соматические осложнения. Образ жизни, включающий питание, режим сна и отдыха, уровень физической активности, а также вредные привычки, такие как курение, злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами, также напрямую влияет на нервно-психическое здоровье [2]. Исследования показывают, что регулярные физические нагрузки и рациональное питание способствуют улучшению когнитивной функции, повышению устойчивости к стрессу и снижению вероятности развития тревожных и депрессивных расстройств.

Анализ современных эпидемиологических данных позволяет выделить ключевые группы риска, наиболее подверженные нервно-психическим расстройствам. В число таких групп входят люди трудоспособного возраста, испытывающие высокую профессиональную нагрузку и проживающие в условиях высокой социальной напряжённости, а также пожилые граждане, которые подвергаются изоляции и недостатку социального взаимодействия [3].

Дети и подростки также входят в группу риска, особенно при неблагоприятной семейной и социальной среде, при наличии хронического стресса и нарушений режима дня. Статистические данные свидетельствуют о росте заболеваемости тревожными и депрессивными расстройствами в крупных городах, где высокий уровень шума, загазованность, плотная застройка и социальная конкуренция создают неблагоприятные условия для психического здоровья [4].

Одним из основных направлений профилактики нервно-психических расстройств является работа с факторами образа жизни. Формирование здоровых привычек, поддержка режима сна и отдыха, регулярная физическая активность, контроль за уровнем стресса и психологическая поддержка в трудовых коллективах способствуют снижению распространённости заболеваний [2]. На региональном уровне внедряются образовательные и просветительские программы, направленные на повышение информированности населения о психическом здоровье, методах профилактики и доступных услугах психоневрологической помощи. Важным аспектом является также развитие служб психологической помощи и горячих линий поддержки, которые позволяют своевременно реагировать на стрессовые ситуации и предотвращать усугубление психических нарушений [1].

Помимо профилактики, значительное внимание уделяется реабилитации пациентов с нервно-психическими расстройствами. Программы реабилитации включают психотерапевтическое сопровождение, трудовую и социальную адаптацию, групповую терапию и работу с родственниками пациентов. Комплексный подход позволяет не только снизить проявления заболеваний, но и восстановить трудоспособность, социальную активность и качество жизни. При этом особое внимание уделяется мониторингу динамики состояния пациентов, оценке эффективности вмешательств и коррективке лечебных программ с учётом индивидуальных особенностей [3].

Эпидемиологические исследования показывают, что улучшение условий жизни и снижение уровня негативных стрессовых факторов оказывают значительное влияние на нервно-психическое здоровье населения. В то же время, недостаточная обеспеченность квалифицированными специалистами, ограниченный доступ к психоневрологической помощи в отдельных регионах и социальная стигматизация пациентов с психическими расстройствами остаются серьёзными проблемами. Решение этих задач требует комплексной стратегии, включающей меры государственной поддержки, развитие профилактических и реабилитационных программ, повышение информиро-

ванности населения и интеграцию психоневрологической помощи в систему первичной медицинской помощи [4].

Таким образом, влияние условий проживания, образа жизни и социально-экономических факторов на нервно-психическую заболеваемость является многоуровневой и комплексной проблемой, требующей согласованных действий со стороны государственных органов, медицинских учреждений и общественных организаций. Организация психоневрологической помощи в Российской Фе-

дерации предполагает сочетание профилактических мер, доступной диагностики, своевременного лечения и реабилитации, что обеспечивает снижение заболеваемости, повышение устойчивости населения к стрессу и улучшение качества жизни. Анализ современных исследований позволяет выявлять ключевые факторы риска и разрабатывать стратегии профилактики и коррекции психических нарушений, а также совершенствовать организацию медицинской помощи на всех уровнях.

Литература:

1. Митихина И. А., Митихин В. Г., Ястребов В. С., Лиманкин О. В. Психическое здоровье населения Российской Федерации в период 1992–2010 гг. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2013. — Т. 113, № 9. — С. 4–13.
2. Никифорова Т. Б., Семенова О. А. Ментальное здоровье населения России: проблемы и перспективы // Международный научноисследовательский журнал. — 2025. — № 1 (151). — С. 99–110.
3. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации: ресурсное обеспечение и динамика показателей / С. В. Шпорт, О. А. Макушкина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2024. — № 4 (125). — С. 82–96.
4. Семенова Е. Б. Социальнопсихологические факторы нервнопсихической заболеваемости в современном обществе // Психологическая наука и образование. — 2023. — № 4. — С. 45–57.

Анализ динамики заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации

Горобец Инна Александровна, студент;
Жакупов Искандер Урумбаевич, студент;
Ивлиева Лада Дмитриевна, студент;
Шайгородский Эмилия, студент
Оренбургский государственный медицинский университет

Туберкулёз остаётся управляемой инфекцией, но его динамика отражает не только работу фтизиатрической службы, а ещё качество выявления, охват профилактическими осмотрами, устойчивость лечения и распространённость коморбидных состояний. Текст посвящён анализу изменений заболеваемости туберкулёзом в России с опорой на официальные обзоры и статистику, а также на клинические и эпидемиологические источники. Цель — показать, какие элементы системы влияют на регистрируемую динамику и почему отдельные группы населения и территории дают разный вклад в общероссийские показатели.

Ключевые слова: туберкулёз, заболеваемость, динамика, эпидемиологический надзор, выявление, смертность, коморбидность, ВИЧ-инфекция.

Введение

Динамику туберкулёза обычно воспринимают как прямой показатель «успеха или неуспеха» службы, хотя сами показатели зависят от нескольких слоёв одновременно. На одном уровне находятся реальные изменения распространения инфекции, на другом — изменения выявляемости, маршрутизации и полноты регистрации, на третьем — социальные факторы, которые повышают риск позднего обращения и прерывания лечения. Поэтому анализ динамики заболеваемости корректнее вести как разбор причин, которые «двигают» статистику в разные стороны. Отдельного внимания требуют годы после пандемии COVID-19, когда профилактические

осмотры, обращаемость и нагрузка на систему здравоохранения менялись, а это неизбежно влияло на обнаружение новых случаев и структуру впервые выявленных пациентов.

Цель работы — описать динамику заболеваемости туберкулёзом в Российской Федерации и выделить факторы, которые определяют направления изменений. Задачи включали сопоставление данных официальной статистики и аналитических материалов, характеристику влияния санитарно-эпидемиологического контура и разбор клинических и организационных факторов, связанных с лечением и исходами. Гипотеза состояла в том, что устойчивое снижение заболеваемости поддерживается не одной мерой, а сочетанием раннего выявления,

непрерывности терапии и контроля коморбидных состояний в группах высокого риска.

Материалы и методы. Использован обзор по туберкулёзу в РФ за 2023 год как источник обобщённых тенденций и интерпретаций на уровне страны [1], материалы государственного доклада о санитарно-эпидемиологическом благополучии [2], статистический сборник Росстата [3], статья с анализом эпидемической ситуации за 2022–2023 годы [4] и публикация о влиянии ВИЧ-инфекции, алкоголизма и наркомании на смертность от туберкулёза в регионах [5].

В общероссийской оценке туберкулёз рассматривается как инфекция с длительной историей контроля и выраженной региональной неоднородностью: показатели формируются за счёт различий в миграционных потоках, плотности населения, социально-экономических условиях, доступности медицинской помощи и структуре групп риска. Аналитический обзор за 2023 год описывает ситуацию как продолжающийся процесс снижения основных показателей при сохранении сложных контингентов и необходимости удерживать качество выявления и лечения на стабильном уровне, потому что именно «качество процесса» определяет, станет ли статистическое улучшение устойчивым или временным [1]. Для практики это означает простую вещь: динамика заболеваемости не равна динамике истинного распространения, если ухудшается охват обследованиями или нарушается лечение.

Динамика заболеваемости в официальной статистике опирается на регистрацию впервые выявленных случаев. На неё влияют интенсивность профилактических осмотров, работа флюорографической сети, доступность лабораторной диагностики и скорость направления пациента в специализированную службу. В периоды, когда население реже обращается за медицинской помощью или профилактика «проседает», регистрируемая заболеваемость может снижаться даже при неизменной или ухудшающейся ситуации в реальности, а затем давать компенсаторный рост за счёт выявления более запущенных форм. Поэтому анализ динамики всегда требует оглядки на санитарно-эпидемиологический контекст и организацию надзора. Государственный доклад по санитарно-эпидемиологическому благополучию фиксирует место туберкулёза среди значимых инфекций и отражает работу системы мониторинга и профилактики на уровне факторов среды и условий, которые определяют эпидемиологические риски в популяции [2]. В этом контуре важны не только цифры, но и устойчивость механизмов наблюдения: регулярность обследований в организованных коллективах, контроль в учреждениях с повышенным риском и стабильность маршрутов диагностики.

Отдельный источник динамики — структурные изменения в составе впервые выявленных пациентов. Если в потоке становится больше лиц с сопутствующими заболеваниями, социальными проблемами или зависимостями, эффективность стандартных мер снижается: растёт доля прерываний терапии, осложняются схемы лечения, увеличивается вероятность позднего выявления. Результат

выражается не только в исходах, но и в статистике заболеваемости: такие контингенты чаще дают повторные обращения, рецидивы, длительные бактериовыделения и более выраженную эпидемиологическую опасность. Анализ эпидемической ситуации за 2022–2023 годы показывает, что оценка динамики должна учитывать факторы, влияющие на выявление и исходы, а также различия между регионами по напряжённости процесса и эффективности контроля [4]. Этот взгляд удобен тем, что он связывает «динамику показателей» с тем, как реально работает система на земле: где население обследуется регулярно, а где туберкулёз выявляется уже по клинике и осложнениям.

Статистические материалы Росстата важны как фон для сопоставления туберкулёза с другими направлениями здравоохранения и для понимания общей нагрузки на систему, включая показатели заболеваемости по классам болезней и ресурсы медицинской сети. В сборнике «Здравоохранение в России» можно увидеть общий контекст заболеваемости и организации медицинской помощи, который влияет на диагностику инфекций дыхательных путей и доступность специализированной помощи, особенно в регионах с дефицитом кадров и инфраструктуры [3]. Для туберкулёза этот контекст критичен: снижение доступности первичного звена или диагностических услуг неминуемо ведёт к позднему выявлению и «смещению» структуры впервые выявленных случаев в сторону более тяжёлых форм.

Клиническая составляющая динамики выходит за рамки кабинета врача и напрямую связана с эпидемиологией. Эффективность лечения определяет длительность бактериовыделения и вероятность повторного заражения окружающих, а значит — перспективу будущей заболеваемости. Когда подходы к терапии выполняются системно, снижается риск затяжного течения, уменьшается вероятность формирования лекарственной устойчивости, а это уже влияет на долгосрочную динамику: меньше источников инфекции в сообществе и меньше случаев, которые «тянутся» годами.

Самая «тяжёлая» часть динамики связана с коморбидностью и социальными факторами, потому что именно здесь формируются группы, которые одновременно чаще заболевают и чаще дают неблагоприятные исходы. ВИЧ-инфекция повышает риск развития активного туберкулёза и осложняет клиническое ведение, а зависимости и социальная дезадаптация снижают приверженность терапии и увеличивают вероятность позднего выявления. Исследование влияния коморбидности (ВИЧ-инфекция, алкоголизм, наркомания) на смертность от туберкулёза на уровне регионов показывает, что различия в распространённости этих состояний могут объяснять часть вариации смертности и, шире, «тяжесть» эпидемического процесса в территориях [5]. С практической точки зрения это означает, что динамику заболеваемости нельзя анализировать отдельно от динамики ВИЧ-инфекции, алкоголизации и наркотизации: при неблагоприятной ситуации в этих контингентах туберкулёз удерживается как проблема даже при хорошем общем уровне медицинской помощи.

Если собрать логическую цепочку целиком, динамика заболеваемости туберкулёзом складывается из трёх крупных механизмов. Первый — выявление: охват обследованиями, доступность диагностики, маршрутизация. Второй — лечение: непрерывность терапии, контроль эффективности, управление лекарственной устойчивостью. Третий — структура контингентов: доля пациентов с ВИЧ-инфекцией, зависимостями, социальными проблемами, миграционными факторами. Любой сбой в одном из механизмов может временно «улучшить» статистику за счёт недовыявления или, наоборот, дать рост за счёт накопленного скрытого контингента. Поэтому корректный анализ динамики должен смотреть не только на сам показатель заболеваемости, но и на то, какие процессы стояли за его изменением в конкретный период.

Литература:

1. Васильева, И. А. Туберкулез в Российской Федерации, 2023 год: аналитический обзор / И. А. Васильева, Е. М. Богородская, С. А. Стерликов. — М.: Сам Полиграфист, 2024. — 108 с. — Текст: непосредственный.
2. Федеральная, служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Государственный доклад. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году / служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Федеральная. — М.: Роспотребнадзор, 2024. — 368 с. — Текст: непосредственный.
3. Федеральная, служба государственной статистики (Росстат) Здравоохранение в России. 2023 / служба государственной статистики (Росстат) Федеральная. — Текст: непосредственный // статистический сборник. — М.: Росстат, 2023. — С. 179.
4. Нечаева, О. Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации: анализ данных за 2022–2023 гг. / О. Б. Нечаева. — Текст: непосредственный // Туберкулез и болезни легких. — 2023. — № 101, № 8. — С. 15–23.
5. Стерликов, С. А. Влияние коморбидности (ВИЧ-инфекция, алкоголизм, наркомания) на показатели смертности от туберкулеза в регионах России / С. А. Стерликов, В. В. Тестов. — Текст: непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. — 2022. — № Т. 68, № 2. — С. 5–12.

Заключение

Динамика заболеваемости туберкулёзом в России отражает управляемость инфекции при условии стабильной работы системы выявления и лечения, но остаётся чувствительной к организационным сбоям и к структуре групп высокого риска. Официальные аналитические материалы и эпидемиологические публикации показывают важность регионального разреза: общероссийская тенденция складывается из территорий с разной напряжённостью процесса и разной долей коморбидных пациентов. На устойчивость снижения заболеваемости сильнее всего влияет сочетание раннего выявления и завершённого лечения, а также работа с коморбидностью и социальными факторами, которые повышают риск позднего выявления и неблагоприятных исходов.

Современные тенденции в систематике и классификации психических заболеваний (на основе МКБ-11)

Григорьева Валерия Николаевна, студент;

Бычкова Анастасия Дмитриевна, студент;

Фефелова Ксения Алексеевна, студент

Научный руководитель: Чехонадская Юлия Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье приведены психические расстройства и расстройства поведения как медико-социальная проблема, выделена актуальность данной темы. Рассмотрены наиболее распространённые психические расстройства. Проведён анализ возрастно-половых особенностей среди людей, столкнувшихся с данной проблемой. Затронуты вопросы профилактики этих заболеваний.

Ключевые слова: психические расстройства, расстройства поведения, факторы, шизофрения, БАР, БА, СДВГ, ПРЛ, профилактика.

Актуальность. Психические расстройства и расстройства поведения являются не только медицинской, но и социальной проблемой, требующей комплексного под-

хода. Данные заболевания приводят к снижению уровня качества жизни человека и увеличивает риск социального отчуждения.

Цель работы. Произвести анализ факторов, влияющих на распространённость психических заболеваний в различных группах населения и выяснить профилактику в целях уменьшения заболеваемости.

Задачи работы. Рассмотреть основные виды психических расстройств и их клинические проявления, затронуть возрастно-половые особенности заболеваний и установить меры профилактики, изучить влияние психических заболеваний на общественное здоровье и экономику.

Объект исследования: Психические расстройства и расстройства поведения.

Предмет исследования: распространённость в разрезе групп населения и профилактика психических расстройств.

Материалы и методы исследования: поиск сведений в научных библиотеках (ОРГМУ, Киберленинка), электронной библиотечной системе (Консультант студента), анализ и систематизация полученной информации.

Гипотеза: Эффективное выявление, комплексное лечение и профилактика данных состояний могут существенно снизить уровень инвалидизации, социальной дезадаптации и повысить качество жизни пациентов, а также уменьшить нагрузку на системы здравоохранения и социальной поддержки.

Психические расстройства и расстройства поведения, их виды

Психические расстройства — это группа патологий, характеризующихся нарушениями познавательных, эмоциональных и поведенческих функций, которые приводят к значительному ухудшению социальной адаптации и функциональной способности человека. Согласно МКБ-11 (Международной классификации болезней 11-го пересмотра), психические расстройства включают в себя состояния, при которых проявляются клинически выраженные изменения настроения, мышления, восприятия и поведения, нарушающие нормальное функционирование личности и её взаимодействие с окружающей средой.

Расстройства поведения — это совокупность психопатологических состояний, характеризующихся устойчивыми проявлениями антисоциального, деструктивного, нарушающего нормы поведения, которое выходит за границы возрастной нормы и общественных правил.

Согласно DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), расстройства поведения включают в себя устойчивые паттерны поведения, нарушающие социально приемлемые нормы, причиняющие значительный ущерб в сфере межличностных отношений, учёбы и социальной адаптации [1].

Основные характеристики расстройств поведения:

- Повторяющееся агрессивное или жестокое поведение.
- Нарушение правил и требований социума.
- Частые конфликты с законом и сверстниками.
- Отсутствие чувства вины и эмпатии.

Основные группы психических расстройств по современным классификациям [2]:

1. Невротические и стрессовые расстройства
 - Тревожные расстройства (панические атаки, генерализованное тревожное расстройство).
 - Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)
2. Расстройства настроения
 - Депрессивные расстройства (одноразовая или рецидивирующая депрессия)
 - Биполярные расстройства (маниакально-депрессивный психоз)
3. Психотические расстройства
 - Шизофрения и шизофреноподобные расстройства
4. Расстройства развития и детские психические расстройства
 - Расстройства аутистического спектра
 - Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)
5. Личностные расстройства
 - Антисоциальное, нарциссическое, пограничное расстройства личности
6. Нарушения, вызванные употреблением психоактивных веществ
 - Алкогольная зависимость
 - Наркомания и токсикомания
7. Нейродегенеративные и когнитивные расстройства
 - Болезнь Альцгеймера и другие деменции.

Психические заболевания их основные клинические проявления

Шизофрения — это хроническое психическое расстройство, при котором развиваются фундаментальные нарушения восприятия, мышления и эмоциональных реакций. Наиболее частыми признаками шизофрении являются бред, галлюцинации, апатия, нарушение мышления и др. [3].

Биполярное расстройство (биполярное аффективное расстройство, сокращённо БАР) — хроническое психическое заболевание, для которого характерны существенные и непредсказуемые изменения в настроении, уровне энергии и общей активности [4].

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) — это нейрокогнитивное расстройство поведенческого развития, наиболее часто наблюдаемое в детском и подростковом возрасте, которое часто распространяется и на взрослые годы [5].

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) (эмоционально неустойчивое расстройство личности) — психическое расстройство, характеризующееся нестабильностью в эмоциональной сфере, межличностных отношениях и самовосприятии [6].

Болезнь Альцгеймера (БА) — Болезнь Альцгеймера — это хроническое нейродегенеративное заболевание, с медленным началом и значительным ухудшением с течением времени. В 70 % случаев болезнь Альцгеймера приводит к деменции [7].

Возрастно-половые особенности заболеваний

Депрессия и тревожные расстройства чаще проявляются у молодых взрослых (18–35 лет), но у пожилых людей наблюдается высокий риск когнитивных расстройств и деменции. Шизофрения обычно возникает в позднем подростковом и раннем зрелом возрасте (мужчины чаще в 20–24 года, женщины — в 25–29 лет). Биполярное расстройство часто диагностируется в молодом возрасте, но симптомы могут варьироваться с возрастом.

Женщины существенно чаще страдают от депрессий и тревожных расстройств (примерно в 2 раза), что связано с гормональными, биологическими и социальными факторами. Мужчины чаще страдают от алкоголизма, антисоциального расстройства личности, и чаще совершают суицидальные попытки с фатальным исходом. Различия в проявлении симптомов и обращаемости за помощью влияют на диагностику и лечение.

Меры профилактики

Раннее выявление и вмешательство у подростков и молодых взрослых — психологическая поддержка, обучение стрессоустойчивости, антинаркотические программы. Поддержка пожилых людей — когнитивная стимуляция, социальная интеграция, контроль хронических заболеваний.

Гендерно-ориентированные подходы: для женщин — комплексная поддержка в периоды гормональных изменений (пубертат, послеродовой период, менопауза), для

мужчин — программы по снижению стереотипов, обучение эмоциональной грамотности и профилактика злоупотребления психоактивными веществами.

Общесоциальные меры: образовательные кампании по снижению стигмы психических заболеваний, развитие доступной психиатрической и психологической помощи, внедрение скринингов в первичной медико-санитарной помощи.

Влияние психических заболеваний на общественное здоровье и экономику

Общественное здоровье

Психические заболевания являются одной из ведущих причин инвалидности во всем мире. По данным ВОЗ, около 1 из 8 человек страдает от психических расстройств. Высокий уровень распространенности депрессии, тревожных расстройств, психозов ухудшает качество жизни и приводит к снижению производительности труда. Психические заболевания часто сопровождаются соматическими нарушениями, что усугубляет бремя болезней и увеличивает необходимость медицинской помощи. Суициды, нередко связанные с психическими расстройствами, занимают около 1,5 % всех смертей в мире, существенно влияют на социальные структуры. Нарушение психического здоровья ведет к социальной изоляции, ухудшению семейных отношений и увеличению криминального поведения [8].

Литература:

1. Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации: Депрессивные расстройства. — М., 2021.
2. Семке В. Я. Социальная психиатрия: Руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
3. Пилипенко, А. С. Современный взгляд на проблему шизофрении [Электронный ресурс] / А. С. Пилипенко, П. С. Гвоздецкий // Вестник Казахского национального медицинского университета. — 2013. — № 1. — С. 211–213.
4. Костюкова, Е. Г. Биполярное аффективное расстройство: особенности течения и поддерживающая фармакотерапия [Электронный ресурс] / Е. Г. Костюкова, С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. — 2007. — № 2. — С. 42–47.
5. Мороз, И. Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности, или СДВГ: медицинский взгляд на проблему / И. Н. Мороз // Здравоохранение. — 2017. — № 2. — С. 46–51.
6. Медведев, С. Э. Пограничное расстройство личности: к вопросу о диагнозе / С. Э. Медведев // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2013. — № 1 (11). — С. 102–110.
7. Алехин, А. Н. Болезнь Альцгеймера: от теории к практике / А. Н. Алехин, А. С. Кабанов, А. А. Сагитова [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2018. — № 1 (61). — С. 200–206.
8. Гербер, В. Э. Возрастные и половые особенности психического здоровья детей 10–11 лет / В. Э. Гербер, А. В. Литвинов, В. П. Дробышевский [и др.] // Вестник Российского государственного медицинского университета. — 2011. — № 4. — С. 60–62.

Семья как объект демографической политики. Роль семьи в формировании здорового образа жизни

Живайкин Артем Викторович, студент;

Козлов Даниил Алексеевич, студент;

Косумов Тамерлан Темергалиевич, студент;

Самохвалов Виктор Михайлович, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается семья как ключевой объект демографической политики государства и её роль в сохранении здоровья населения. Анализируются основные демографические показатели, связанные с семейными структурами, рождаемостью, смертностью и репродуктивным поведением. Оценивается влияние социально-экономических условий, уровня жизни, образовательного уровня родителей, а также доступности медицинской и социальной помощи на состояние здоровья членов семьи, особенно детей и подростков. Особое внимание уделяется роли семьи в формировании здорового образа жизни, профилактике заболеваний и воспитании ответственного отношения к собственному здоровью.

Ключевые слова: семья, демографическая политика, здоровье населения, рождаемость, социально-экономические факторы, здоровый образ жизни, профилактика заболеваний, государственная поддержка семьи.

Семья является важнейшим социальным институтом общества и одновременно ключевым объектом демографической политики государства. Именно в семье закладываются основы демографического воспроизводства населения, формируются установки на рождение детей, модели брачного и репродуктивного поведения, а также основы физического, психического и социального здоровья человека. В научных исследованиях подчеркивается, что устойчивость семьи напрямую связана с демографическим развитием общества и реализацией государственной демографической политики [1].

Демографическая политика представляет собой совокупность социально-экономических, правовых и организационных мер, направленных на регулирование демографических процессов, включая рождаемость, смертность, миграцию и структуру населения. Семья в данном контексте выступает не только как объект воздействия государственной политики, но и как активный субъект, от функционирования которого во многом зависят демографические показатели. Условия жизни семьи, уровень социальной защищенности и доступность медицинских и образовательных ресурсов оказывают значительное влияние на репродуктивное поведение и общее состояние здоровья населения [3].

Одной из важнейших функций семьи является репродуктивная функция, обеспечивающая воспроизводство населения. Решение о рождении детей, их количестве и интервалах между рождениями формируется под воздействием социально-экономических факторов, культурных традиций, уровня образования родителей, а также мер государственной поддержки семьи. Нестабильность доходов, жилищные проблемы и сложности совмещения трудовой деятельности и родительства часто приводят к снижению рождаемости, что отражается на демографической ситуации в стране [1, 3]. В связи с этим демогра-

фическая политика ориентирована на создание условий, способствующих укреплению семьи и повышению ее репродуктивного потенциала [4].

Здоровье семьи и каждого ее члена является важнейшим показателем общественного благополучия. Формирование здоровья начинается в семье задолго до рождения ребенка и определяется состоянием здоровья родителей, их образом жизни и уровнем медицинской грамотности. В период беременности особое значение имеет поддержка семьи, соблюдение рекомендаций по охране материнства и детства, а также своевременное медицинское наблюдение, что подчеркивается в исследованиях, посвященных здоровью детей в условиях социально-экономических преобразований [2].

Роль семьи в формировании здоровья ребенка проявляется с первых дней его жизни. Условия проживания, характер питания, режим дня, уровень физической активности и психологический климат в семье оказывают существенное влияние на физическое и психическое развитие ребенка. В семьях, ориентированных на профилактику заболеваний и здоровый образ жизни, отмечаются более высокие показатели здоровья детей и снижение риска развития хронических заболеваний [2].

Особое значение семья имеет в формировании поведенческих установок, связанных со здоровьем. Именно в семье ребенок усваивает модели питания, отношение к физической активности, режиму труда и отдыха, а также отношение к вредным привычкам. Пример родителей играет ключевую роль в формировании ценности здоровья у детей и подростков, тогда как неблагоприятная семейная среда может способствовать развитию психоэмоциональных расстройств и отклоняющегося поведения [2].

Социально-экономическое положение семьи является одним из ключевых факторов, влияющих на состояние здоровья ее членов. Уровень доходов определяет

возможности семьи в обеспечении качественного питания, медицинского обслуживания и условий для развития детей. Социально уязвимые семьи чаще сталкиваются с ограниченным доступом к медицинской помощи и профилактическим мероприятиям, что негативно отражается на показателях здоровья населения [2]. В этом контексте демографическая политика направлена на снижение социального неравенства и поддержку семей с детьми [4].

Важным аспектом является роль семьи в профилактике заболеваний. Семья выступает основным звеном первичной профилактики, формируя навыки самосохранительного поведения, регулярного обращения за медицинской помощью и соблюдения санитарно-гигиенических норм. Эффективная профилактика на уровне семьи способствует снижению заболеваемости и уменьшению нагрузки на систему здравоохранения [2].

Психологическое здоровье также во многом определяется семейной средой. Эмоциональная поддержка, доверительные отношения и стабильный психологический климат в семье способствуют формированию устойчивой

психики и социальной адаптации личности. В то же время неблагоприятные семейные условия могут приводить к развитию тревожных и депрессивных расстройств, что требует учета психосоциальных аспектов при реализации демографической политики [1].

Государственная демографическая политика Российской Федерации ориентирована на укрепление института семьи, повышение рождаемости и улучшение качества жизни населения. Реализуются меры государственной поддержки, включая финансовые выплаты, программы улучшения жилищных условий, развитие системы охраны материнства и детства. Данные направления рассматриваются как приоритетные в стратегических документах демографического развития страны [3].

Таким образом, семья занимает центральное место в системе демографической политики и играет ключевую роль в формировании здоровья населения. От устойчивости семейных отношений, уровня социальной защищенности и медицинской грамотности родителей зависит здоровье будущих поколений и демографическое развитие государства в целом [1].

Литература:

1. Исупова О. Г. Демографическая и семейная политика в разных странах: концептуальные подходы и практики // Демографическое обозрение. — 2020. — Т. 7, № 3. — С. 10–25.
2. Краснов Д. А. Демографическая политика Российской Федерации: проблемы и перспективы развития // Социально-политические науки. — 2021. — № 4. — С. 44–58.
3. Панфилова Т. Н. Семья как объект современной демографической политики // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. — 2009. — № 2. — С. 5–18.
4. Ростовская Т. К., Архангельский В. Н., Иванова А. Е., Кучмаева О. В., Семёнова В. Г. Семья и демографические процессы в современной России: монография. — Москва: Экон-Информ, 2021. — 257 с.

Ключевые факторы, определяющие уровень рождаемости в современной России

Жинтаева Сабина Акимгереевна, студент;

Садчик Анастасия Александровна, студент;

Тулешова Айжан Батырхановна, студент;

Шорохова Арина Евгеньевна, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье проведен многоаспектный анализ ключевых факторов, детерминирующих уровень и динамику рождаемости в Российской Федерации в период 2020-х годов. Акцент сделан на взаимодействии долгосрочных социокультурных трендов, текущих социально-экономических условий и мер государственной политики. Исследование опирается на актуальные данные Федеральной службы государственной статистики (Росстата), результаты мониторинговых и социологических исследований (НИУ ВШЭ, ФНИСЦ РАН), а также научные публикации в рецензируемых журналах. Особое внимание уделено анализу влияния экстраординарных событий — пандемии COVID-19 и специальной военной операции — на репродуктивные установки и поведение населения.

Доказывается, что несмотря на массивные финансовые вливания, демографическая политика сталкивается с системными ограничениями, связанными с изменением ценностных ориентаций, структуры занятости и моделей семейной жизни. Сформулированы выводы о структурном и устойчивом характере низкой рождаемости, являющейся следствием «второго демографического перехода», и необходимости пересмотра инструментов политики с учетом региональной дифференциации и запросов различных групп населения.

Ключевые слова: рождаемость, суммарный коэффициент рождаемости, СКР, демографическая политика, материнский капитал, репродуктивные установки, возраст материнства, социально-экономические факторы, второй демографический переход.

Демографическая ситуация, и, в частности уровень рождаемости, остается одним из наиболее острых вопросов национального развития и безопасности России. После периода относительного роста в 2007–2015 годах, обусловленного как мерами стимулирующей политики (прежде всего введением материнского капитала), так и благоприятной возрастной структурой, страна вступила в фазу устойчивого снижения показателей. К 2023 году суммарный коэффициент рождаемости (СКР) опустился до 1,41 ребенка на женщину, что не только значительно ниже уровня простого воспроизведения, но и ниже показателей 2010 года.

Современный этап характеризуется наложением нескольких сложных процессов: истощением демографического потенциала, сформированного в 1980-е годы; углублением фундаментальных социокультурных изменений, свойственных «второму демографическому переходу»; экономической волатильностью; а также последствиями глобальных и региональных кризисов. В этих условиях прежние модели прогнозирования и инструменты политики требуют критического переосмысления.

Актуальность данного исследования определяется необходимостью выделения ключевых факторов, влияющих на репродуктивные решения в текущих, крайне нестабильных условиях, и оценки их относительного веса. Цель статьи — выявить, систематизировать и проанализировать основные факторы, определяющие уровень рождаемости в современной России, с акцентом на период после 2020 года.

Для достижения цели поставлены следующие задачи:

1. Оценить современную динамику рождаемости на основе данных официальной статистики с выделением структурных сдвигов (возрастная модель, очередность рождений).
2. Исследовать влияние комплекса социально-экономических факторов, включая доходы, занятость, жилищные условия и субъективное экономическое самочувствие домохозяйств.
3. Проанализировать трансформацию социокультурных норм и репродуктивных установок в контексте теории второго демографического перехода.
4. Оценить эффективность и ограничения действующих мер государственной семейно-демографической политики.
5. Проанализировать краткосрочное и потенциальное долгосрочное влияние событий 2020–2022 годов (пандемия, СВО) на репродуктивные планы.

Период 2007–2015 годов в демографической истории России часто характеризуется как «бэби-бум», однако с точки зрения демографической теории это был скорее

временный подъем, связанный с реализацией отложенных рождений и ростом вторых рождений под влиянием мощных мер стимулирования. Пик абсолютного числа рождений (1,94 млн) и СКР (1,78) был пройден в 2014–2015 годах. С 2016 года начинается устойчивое снижение: в 2021 году родилось 1,40 млн человек, в 2022 — около 1,30 млн, что является минимумом за последние два десятилетия. Незначительный рост в 2023 году (примерно 1,33 млн) эксперты связывают не с разворотом тренда, а с календарными факторами и «наверстывающими» рожденьями после пандемии.

Ключевой структурный тренд — радикальное постарение возрастной модели рождаемости. Средний возраст матери при рождении первого ребенка приблизился к 27 годам, а максимальная интенсивность деторождения прочно сместилась в возрастную группу 25–34 года. Доля первых рождений у женщин старше 30 лет неуклонно растет, что является классическим маркером перехода к отложенному и мало-детному репродуктивному поведению. Параллельно снижается вклад третьих и последующих рождений, которые обеспечивали основной прирост в период действия материнского капитала [1].

Это свидетельствует о том, что эффект от мер, стимулирующих вторые и последующие рождения, постепенно исчерпывается, не решая проблемы низкой рождаемости в целом, так как сокращается база — число женщин, решившихся на первого ребенка.

Материальное благосостояние семьи продолжает оставаться одним из ключевых, хотя и не единственным, фактором при планировании детей. Официальная статистика фиксирует снижение уровня бедности и рост реальных доходов в докризисные годы, однако субъективное восприятие экономических рисков, связанных с рождением ребенка, остается высоким. Жилищный вопрос лидирует в списке барьеров для создания семьи и рождения (особенно первого и второго) ребенка. Несмотря на расширение льготных ипотечных программ («Семейная ипотека», ипотека для IT-специалистов), их доступность для молодых семей, не имеющих значительных накоплений или высокого официального дохода, ограничена. Рост цен на недвижимость в крупных агломерациях часто нивелирует эффект от льготной ставки.

Экономическая нестабильность и инфляция, резко усилившиеся в 2022–2023 годах, оказывают мощное демпфирующее воздействие на репродуктивные планы. Даже семьи с относительно высокими доходами склонны откладывать рождения из-за неуверенности в будущем. Для женщин критически важным является фактор занятости и карьеры. Российский рынок труда характеризуется высоким уровнем занятости женщин, в том числе и с высшим образованием [3, 6].

Рождение ребенка, особенно в условиях дефицита гибких форм занятости и сохраняющегося традиционного распределения домашних обязанностей, несет значительные риски профессиональной стагнации. Хотя проблема доступности яслей для детей до 3 лет была в значительной степени решена в количественном выражении, ее качественная составляющая (стоимость, режим работы, удаленность) остается болезненной для многих семей. Региональная дифференциация факторов колоссальна. Если в экономически развитых регионах Центра и Северо-Запада на первый план выходят карьерные амбиции и высокая стоимость «качества жизни» ребенка, то в депрессивных моногородах или сельской местности основной ограничитель — отсутствие экономических перспектив и бедность. При этом традиционно высокие показатели в ряде национальных республик (Чечня, Тыва) связаны с иными культурными и религиозными нормами, которые экранируют влияние общероссийских социально-экономических трендов [4].

Россия, особенно ее урбанизированная часть, необратимо встроилась в логику «второго демографического перехода». Его суть — смена парадигмы от детоцентричной семьи к индивидуалистической модели, где самореализация личности является высшей ценностью. Это проявляется в нескольких устойчивых трендах.

Во-первых, произошла трансформация репродуктивных установок: идеал двухдетной семьи остается декларативным, но реальные планы часто ограничиваются одним ребенком, а значительная часть молодых людей допускает для себя возможность бездетности. Во-вторых, изменилась институциональная основа деторождения: рождение ребенка все реже является целью и главным смыслом брака. Брак (или партнерство) становится союзом для эмоциональной близости и взаимной самореализации, в который дети могут «вписаться» при определенных условиях. Растет доля рождений вне зарегистрированного брака (около 25 % в 2022 году), что не всегда связано с неблагополучием, а часто отражает новую модель ответственного сожительства. В-третьих, сформировалась новая временная шкала жизни: образование, карьера, путешествия, обретение финансовой и жилищной самостоятельности — все эти этапы предшествуют рождению первенца. Такой сдвиг автоматически сокращает потенциальный репродуктивный период и делает маловероятным рождение более двух детей.

С 2007 года в России реализуется одна из самых финансово обеспеченных в мире программ стимулирования рождаемости. Ее ядром является программа материнского (семейного) капитала, которая неоднократно расширялась: увеличение размера, распространение на первого ребенка, возможность получения ежемесячной выплаты. К ней добавились льготная ипотека, расширение сети яслей, региональные капиталы и пособия. Безусловно, эти меры оказали существенное влияние, прежде всего на рост вторых рождений в конце 2000-х — начале 2010-х

годов, и продолжают поддерживать уровень жизни семей с детьми. Однако на современном этапе становятся очевидны их системные ограничения [7, 9].

Во-первых, меры носят преимущественно фискально-компенсационный характер, пытаясь снизить прямые затраты на ребенка, но не решая глубинных проблем совмещения карьеры и родительства, гендерного неравенства в распределении домашнего труда, качества социальной инфраструктуры и экологии. Во-вторых, политика в значительной степени реагирует на уже принятые решения (рождение ребенка), слабо влияя на мотивацию к самому родительству. В-третьих, наблюдается эффект привыкания: выплаты начинают восприниматься как обязательная государственная помощь, а не как решающий стимул. В условиях высокой инфляции их реальная покупательная способность и стимулирующий эффект размываются.

Пандемия COVID-19 и специальная военная операция стали мощными демографическими шоками, воздействие которых будет проявляться в течение многих лет. Пандемия привела к всплеску смертности, нарушению плановой медицинской помощи, экономическим потерям и глубокой социальной тревоге. Исследования показали, что в 2020–2021 годах значительная часть семей отложила рождение ребенка на неопределенный срок. Часть этих «отложенных» рождений реализовалась в 2022–2023 годах, но общий демографический ущерб был значительным. Специальная военная операция и последовавшие за ней санкции, мобилизация, геополитическая неопределенность наложили на эту картину еще более серьезный кризис.

Психологическая атмосфера страха, тревоги и скорби является крайне неблагоприятной для принятия решений о рождении детей. Мобилизация и эмиграция части мужчин репродуктивного возраста создают прямые демографические провалы в брачном рынке и потенциальном отцовстве. Экономические последствия в виде роста инфляции, сложностей с импортом товаров, перестройки рынка труда создают ощущение долгосрочной нестабильности [2]. В этих условиях даже самые щедрые выплаты не могут компенсировать глубинные страхи перед будущим. Данные социологических опросов фиксируют резкий рост доли людей, откладывающих рождение детей на неопределенный срок или вовсе отказывающихся от этих планов.

Проведенный анализ позволяет утверждать, что низкий уровень рождаемости в современной России является следствием сложного переплетения долгосрочных, среднесрочных и конъюнктурных факторов, причем базовой основой выступают фундаментальные социокультурные изменения, связанные со «вторым демографическим переходом». Экономическая мотивация, хотя и остается значимой, действует в рамках заданной ценностной парадигмы, в которой родительство конкурирует с иными формами самореализации и воспринимается как источник высоких рисков, а не безусловных благ.

Меры государственной поддержки, сфокусированные на материальной помощи семьям с уже родившимися детьми, в значительной степени исчерпали свой потенциал для преодоления тренда к малодетности. Они смягчают последствия, но не меняют причин. Современные кризисы (пандемия, СВО) выступают не как самостоятельные факторы, а как мощные катализаторы и усилители уже существующих негативных тенденций, углубляя неуверенность в завтрашнем дне и ускоряя откладывание рождений.

Таким образом, для выхода из демографической ловушки необходим переход от политики финансовой

компенсации затрат на детей к политике создания комплексной, дружественной к семье среды. Это подразумевает развитие гибкого рынка труда, реальное сокращение гендерного разрыва в домашних обязанностях, инвестиции в качество и доступность образования, здравоохранения, досуговой инфраструктуры для семей, а также тонкую работу с ценностными ориентирами через культуру и образование. Без признания глубины социокультурных изменений и пересмотра подходов к политике устойчивый рост рождаемости до уровня простого воспроизводства населения представляется крайне маловероятным в обозримой перспективе.

Литература:

1. Росстат. Демографический ежегодник России. 2023: Стат. сб. / Росстат. — М., 2023. — 263 с.
2. Архангельский В. Н., Зинькина Ю. В., Коротаев А. В. и др. Демографические вызовы России: тенденции, прогнозы, меры политики: аналитический доклад. — М.: Изд-во «Экон-Информ», 2022. — 118 с.
3. Захаров С. В. Демографический анализ эффектов мер семейной политики в России в 1980-х — 2010-х годах // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. — 2019. — № 25. — С. 7–38.
4. Митрофанова Е. С. Сдвиги в календаре рождений в России: от поколения к поколению // Демографическое обозрение. — 2021. — Т. 8, № 3. — С. 70–95.
5. Рязанцев С. В., Письменная Е. Е., Лукьянец А. С. Влияние пандемии COVID-19 на демографические процессы и миграцию в России и мире // Научное обозрение. Серия 2: Гуманитарные науки. — 2022. — № 2. — С. 108–124.
6. Синельников А. Б. Трансформация семьи и эволюция демографической политики в современной России // Социологические исследования. — 2023. — № 5. — С. 67–78.
7. Фонд «Общественное мнение». Семья и дети: отчет по результатам всероссийского опроса. — М.: ФОМ, 2023. — 45 с. — URL: <https://fom.ru> (дата обращения: 11.01.2026).
8. Шабунова А. А., Калашников К. Н. Репродуктивные планы населения в условиях современных вызовов (на примере Вологодской области) // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. — 2023. — Т. 16, № 1. — С. 203–219.
9. Lesthaeghe R. The Second Demographic Transition: A Concise Overview of Its Development // Proceedings of the National Academy of Sciences. — 2014. — Vol. 111, no. 51. — P. 18112–18115.

Роль новой коронавирусной инфекции COVID-19 в показателях общественного здоровья

Ибатулина Сабина Ильдаровна, студент;

Ивашенко Ангелина Алексеевна, студент;

Ильина Ульяна Сергеевна, студент;

Чепуркина Анастасия Николаевна, студент

Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается роль новой коронавирусной инфекции COVID-19 в формировании показателей общественного здоровья, что является актуальной темой для анализа современного состояния системы здравоохранения. Оценивается влияние различных факторов, включая возрастные и гендерные особенности, сопутствующие хронические заболевания, социально-экономический статус населения и доступность медицинской помощи, на распространенность COVID-19 и тяжесть течения заболевания. Особое внимание уделяется динамике заболеваемости, уровням госпитализации и смертности в различных регионах, а также влиянию пандемии на показатели здоровья населения в целом. В статье также рассматриваются меры государственной поддержки, профилактические программы, включая вакцинацию и санитарно-эпидемиологические мероприятия, направленные на снижение распространенности инфекции и смягчение медико-социальных последствий пандемии.

Ключевые слова: COVID-19, новая коронавирусная инфекция, показатели общественного здоровья, заболеваемость, смертность, профилактика, вакцинация, медико-социальные последствия.

Пандемия COVID-19 оказала беспрецедентное воздействие на показатели общественного здоровья во всем мире, изменив как структуру заболеваемости и смертности, так и организацию системы здравоохранения. Заболевание, вызываемое новым коронавирусом SARS-CoV-2, характеризуется высокой контагиозностью и разнообразием клинических проявлений, что создает серьезные сложности для оценки его влияния на здоровье населения. С начала пандемии было отмечено резкое увеличение заболеваемости респираторными инфекциями, рост числа госпитализаций и нагрузка на системы экстренной медицинской помощи. Эти факторы оказали прямое влияние на ключевые показатели общественного здоровья, включая показатели смертности, заболеваемости, продолжительности жизни и заболеваемости хроническими заболеваниями, обостряющимися на фоне инфекции [1].

Эпидемиологическая характеристика COVID-19 демонстрирует значительные различия в зависимости от возрастных групп, пола и наличия сопутствующих заболеваний. Наибольшая заболеваемость и тяжесть течения наблюдались среди пожилых людей, а также пациентов с сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом, хронической болезнью легких и ожирением. В то же время дети и молодые взрослые, как правило, переносили инфекцию в более легкой форме, однако оставались важными переносчиками вируса, способствуя его распространению в популяции. Различия по полу проявлялись в более высокой смертности среди мужчин, что связано с комплексом биологических, социально-поведенческих и сопутствующих факторов. Эти данные подчеркивают необходимость таргетированных профилактических стратегий и адаптации мер общественного здравоохранения с учетом демографических и клинических особенностей населения [2].

Динамика распространения COVID-19 существенно повлияла на систему здравоохранения, выявив ее уязвимости и недостатки. В условиях резкого увеличения числа заболевших возник дефицит ресурсов, включая койки интенсивной терапии, аппараты искусственной вентиляции легких, медицинские препараты и квалифицированный персонал. Перегрузка медицинских учреждений привела к снижению качества оказания медицинской помощи не только пациентам с COVID-19, но и лицам с другими острыми и хроническими заболеваниями, что способствовало росту осложнений и неблагоприятных исходов. Кроме того, пандемия стимулировала развитие дистанционных форм оказания медицинской помощи, включая телемедицину и онлайн-консультации, что в будущем может стать важным инструментом мониторинга и управления общественным здоровьем [3].

Показатели заболеваемости и смертности от COVID-19 варьировали в зависимости от географических и социаль-

но-экономических условий. В странах с ограниченным доступом к медицинской помощи и низким уровнем экономического развития наблюдалось более высокое число осложненных форм заболевания и смертельных исходов. В то же время в государствах с развитой системой здравоохранения и высоким охватом вакцинацией уровень тяжелых случаев и смертности оказался значительно ниже. Социальные факторы, такие как уровень образования, плотность населения, миграционные процессы и качество жилищных условий, также оказывали влияние на распространение инфекции и эффективность мер профилактики. Анализ этих показателей позволил выделить группы риска и разработать локальные стратегии контроля заболеваемости [4].

Важным аспектом влияния COVID-19 на общественное здоровье является его долгосрочное воздействие на качество жизни и функциональное состояние населения. Многие переболевшие пациенты отмечали синдром постковидного состояния, включающий хроническую усталость, дыхательную недостаточность, когнитивные нарушения и психоэмоциональные расстройства. Эти последствия приводили к снижению трудоспособности, увеличению числа нетрудоспособных граждан и повышению нагрузки на социальные и медицинские службы. Пандемия также оказала негативное влияние на психическое здоровье населения, способствуя росту тревожности, депрессивных состояний и социальной изоляции, что подтверждают многочисленные социологические и эпидемиологические исследования [3].

Роль профилактических мероприятий в контроле COVID-19 оказалась ключевой для снижения показателей заболеваемости и смертности. К ним относятся массовая вакцинация населения, соблюдение санитарно-гигиенических мер, использование средств индивидуальной защиты, изоляция заболевших и тестирование на инфекцию. Введение национальных программ вакцинации позволило существенно сократить число тяжелых случаев заболевания и летальных исходов, особенно среди уязвимых групп. Эффективность этих мер была также подтверждена снижением нагрузки на систему здравоохранения, уменьшением госпитализаций и сокращением распространения вируса в популяции. Динамическое моделирование заболеваемости показало, что своевременное применение комбинированных мер профилактики может предотвратить значительную часть случаев заболевания и снизить общий уровень угрозы для общественного здоровья [4].

Таким образом, пандемия COVID-19 оказала влияние и на глобальные показатели общественного здоровья, включая показатели смертности, продолжительности жизни и структуру заболеваемости. Рост смертности от инфекции, особенно среди лиц пожилого возраста и с хронической патологией, привел к временному снижению

средней продолжительности жизни в ряде стран. Одновременно обострились существующие проблемы здравоохранения, связанные с хроническими заболеваниями, поскольку переболевшие COVID-19 пациенты чаще сталкивались с ухудшением состояния сердечно-сосудистой,

дыхательной и эндокринной систем. В то же время пандемия стимулировала совершенствование эпиднадзора, улучшение отчетности о заболеваемости, разработку клинических рекомендаций и укрепление международного сотрудничества в области здравоохранения [1].

Литература:

1. Акимкин В. Г., Кузин С. Н., Семененко Т. А., и др. Характеристика эпидемиологической ситуации по COVID19 в Российской Федерации в 2020 г. / В. Г. Акимкин, С. Н. Кузин, Т. А. Семененко, В. Г. Запорожченко, Ю. И. Пшеничная // Вестник РАМН. — 2021. — Т. 76, № 4. — С. 412422.
2. Биличенко Т. Н., Быстрицкая Е. В., Мишарин В. М. Заболеваемость, летальность и смертность населения России по причине болезней органов дыхания за 2016–2021 гг. и COVID19 за 2020–2021 гг. / Т. Н. Биличенко, Е. В. Быстрицкая, В. М. Мишарин // Эпидемиология. — 2024. — Т. 26, № 3. — С. 113121.
3. Говоров С. В., Голубев Н. А., Поликарпов А. В., Латышова А. А. Заболеваемость сельского населения разных возрастных групп Российской Федерации при эпидемии новой коронавирусной инфекции COVID19 / С. В. Говоров, Н. А. Голубев, А. В. Поликарпов, А. А. Латышова // Профилактическая медицина. — 2021. — Т. 24, № 10. — С. 4752.
4. Драпкина О. М., Самородская И. В., Какорина Е. П., Семенов В. Ю. COVID19 и региональная смертность в Российской Федерации / О. М. Драпкина, И. В. Самородская, Е. П. Какорина, В. Ю. Семенов // Профилактическая медицина. — 2021. — Т. 24, № 7. — С. 1421.

Молодой ученый

Международный научный журнал

№ 3 (606) / 2026

Выпускающий редактор Г. А. Письменная
Ответственные редакторы Е. И. Осянина, О. А. Шульга, З. А. Огурцова
Художник Е. А. Шишков
Подготовка оригинал-макета П. Я. Бурьянов, М. В. Голубцов, О. В. Майер

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.
При перепечатке ссылка на журнал обязательна.
Материалы публикуются в авторской редакции.

Журнал размещается и индексируется на портале eLIBRARY.RU, на момент выхода номера в свет журнал не входит в РИНЦ.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-38059 от 11 ноября 2009 г., выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

ISSN-L 2072-0297

ISSN 2077-8295 (Online)

Учредитель и издатель: ООО «Издательство Молодой ученый». 420029, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.

Номер подписан в печать 28.01.2026. Дата выхода в свет: 04.02.2026.

Формат 60×90/8. Тираж 500 экз. Цена свободная.

Почтовый адрес редакции: 420140, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Юлиуса Фучика, д. 94А, а/я 121.

Фактический адрес редакции: 420029, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.

E-mail: info@moluch.ru; <https://moluch.ru/>

Отпечатано в типографии издательства «Молодой ученый», 420029, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.