ISSN 2072-0297

МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

4 2026
ЧАСТЬ II

16+

Молодой ученый

Международный научный журнал

№ 4 (607) / 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

© ООО «Издательство «Молодой ученый», 2026

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 Максутович, 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 *Амвросий Амбруазович Выбегалло*, профессор, вымышленный персонаж повестей братьев Стругацких «Понедельник начинается в субботу» и «Сказка о Тройке».

Выбегалло представляет собой сатирическое изображение распространенного типа политического демагога и псевдоученого, функционирующего в официальной научной сфере: предельно невежественного приспособленца от науки, который, несмотря на весьма низкий научный потенциал, уверенно владеет «идеологически правильной» терминологией, умеет создать себе имя в прессе и пользуется популярностью среди обывателей и авторов поверхностных газетных статей.

Главным прототипом профессора Выбегалло был, по утверждению авторов, идеолог «мичуринской агробиологии» Трофим Лысенко, а второстепенным — писатель-фантаст Александр Казанцев.

Внешность и поведение профессора Выбегалло утрированно «народны»: у него «седоватая нечистая борода», волосы он стрижет под горшок, ходит «в валенках, подшитых кожей, в пахучем извозчицком тулупе». Говорит он «на французско-нижегородском диалекте» (все французские фразы которого позаимствованы из речи героини романа Льва Толстого «Война и мир» Анны Павловны Шерер), причем наряду с оборотами вроде «компрене ву» (от фр. «Comprenez-vous?» — «Вы понимаете?») его лексикон включает просторечные слова «эта» и «значить». Деятельность Выбегалло вызывает сомнения у руководителей института, однако членам ревизионной комиссии профессор предъявляет две справки: о том, что «трое лаборантов его лаборатории ежегодно выезжают работать в подшефный совхоз» и что он сам «некогда был узником царизма».

Сама фамилия Выбегалло, составленная из экзотического для России окончания «-лло», которое встречается в итальянских (Донателло, Уччелло), литовских и малороссийских фамилиях (Гастелло, Гегелло, Довгялло, Забелло, Тропилло и пр.), и корня русского глагола «выбегать», для русского читателя звучит комически и ассоциируется с понятием «выскочка». Этот эффект усиливается тем, что авторы (устами персонажа «Понедельника…» Романа Ойры-Ойры) рифмуют ее с глаголом «забегалло» («Выбегалло забегалло?»), как бы придавая профессору средний род.

Темы исследований Выбегалло, являясь, по существу, псевдонаучными, вызывают интерес у поверхностного и не слишком образованного наблюдателя. Так, он создает и изучает троякую модель человека — кадавра: «человека, полностью неудовлетворенного», «человека, неудовлетворенного желудочно», «человека, полностью удовлетворенного», обосновывая общественную полезность своих исследований с помощью псевдомарксистской, демагогической риторики.

Конкретное содержание данного исследования Выбегалло несет на себе печать времени: сформулированный в начале 1960-х годов так называемый «Моральный кодекс строителя коммунизма» как раз и предполагал рождение в стране победившего социализма «нового человека», в котором материальные и духовные потребности будут «гармонически сочетаться». Определенные аллюзии в данном исследовании есть и к пирамиде Маслоу, и к лозунгу Лысенко «Всё живое хочет кушать».

Среди других проектов Выбегалло — самонадевающиеся ботинки (которые стоили дороже мотоцикла и боялись пыли и сырости), самовыдергивающе-самоукладывающаяся в грузовики морковь, выведение путем перевоспитания самонадевающегося на рыболовный крючок дождевого червя и так далее.

Антагонистами профессора Выбегалло в повестях дилогии о НИИЧАВО выступают молодые ученые-энтузиасты института: Александр Привалов, Виктор Корнеев, Роман Ойра-Ойра и другие.

Следует также заметить, что ироническая критика Выбегалло устами авторов достаточно хорошо согласуется с официальными советскими идеологическими установками того времени: развенчание «потребительства», «мещанства» и так далее.

В современной публицистике имя Выбегалло стало нарицательным и часто используется для обозначения невежественного псевдоученого-демагога.

В 2016 году Выбегалло стал одним из трех первых почетных академиков ВРАЛ (вымышленной «ВРунической Академии Лженаук»), будучи удостоен (виртуально) антипремии «за выдающийся вклад в развитие и распространение лженауки и псевдонауки» — вкупе со своим прототипом Лысенко и с Джуной, награжденными посмертно.

Информацию собрала ответственный редактор
Екатерина Осянина

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНА

Духанин И. В., Салямова И. И., Ахмерова К. А., Исмайлова А. А.
Медико-социальные аспекты злокачественных новообразований: роль условий и образа жизни в развитии заболеваний 69

Ибраева А. Б., Тасмухамбетова А. Е., Черныш А. А., Щамхалова Д. Р.
Нервно-психическая заболеваемость: влияние условий и образа жизни, динамика распространенности, организация психоневрологической помощи в Российской Федерации 71

Илембетов И. А., Абсалямов Д. Р., Аржеваров А. Н., Мусаев М. А.
Современное состояние и основные тенденции демографических процессов в РФ и зарубежных странах за последнее десятилетие 73

Ишбулдина Э. Р., Мадумаров Ш. У.
Организация санитарно-курортной помощи в России 75

Камнева А. А., Хамзина Р. Ф.
Щитовидная железа и ее патологии 76

Карцев Г. В., Гупалова М. А., Нургалеев К. Б.
Причины и условия изменения рождаемости в России на современном этапе 79

Кирпичева В. В.
Когнитивная холодность лидера организованного преступного сообщества: объяснение тактики манипулирования Сергея Цапка через нейробиологическую модель дефицита аффективной эмпатии (миндалевидное тело/медиальная префронтальная кора) 81

Кияков Е. С.
Специфика заболеваемости населения, проживающего в сельской местности 85

Копличенко У. Е., Выровщиков Е. С., Суханов Д. А., Агишев Д. И.
Болезни органов дыхания как медико-социальная проблема. Факторы риска хронических неспецифических заболеваний легких 87

Кривошеева М. Д., Сагдиева Р. А.
Заболеваемость туберкулезной инфекцией до и во время пандемии COVID-19 в Оренбургской области 89

Куликова Н. А.
Изучение факторов риска и состояния здоровья у студентов младших курсов медицинского вуза 93

Ленкова Д. В., Макенова С. И., Матросова С. Д.
Медико-социальные аспекты хронических неспецифических заболеваний легких: анализ факторов риска 96

Лукин Д. Е.
ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема (на примере Оренбургской области) 98

Малыгин И. С.
Онкологическая заболеваемость как медико-социальная проблема в Российской Федерации 101

Маматова Ш. Р.
Клинико-диагностическая шкала оценки острого риносинусита у детей до 3 лет 104

Матющенко Н. О., Завершинская Н. Н., Утенбергенов С. М.
Туберкулез как медико-социальная проблема. Методы выявления, профилактика 106

Попов С. С., Ушурбакиев М. А., Сенников К. О., Корецкий Р. В.
Зависимости, их особенности, различия, последствия и профилактика 108

Сарсынбаева С. М., Шамилев А. Ж.
Новая парадигма профилактики: ключевые детерминанты ожирения в детском и подростковом возрасте 110

Сарыева Х. Г., Быков А. С., Асмандиярова Д. Р.
Алкогольная, наркотическая и токсикоманическая зависимости: влияние на общество и здоровье, тенденции распространения в различных группах населения 112

Урозбаева Д. М.
Туберкулез как медико-социальная проблема. Система мероприятий по борьбе с туберкулезом 114

Фадеев М. А., Вахитов Д. Р., Жумагазин Р. Н., Леньшин Е. А.
Психические расстройства как проблема общественного здоровья..... 117

Федорова А. А., Гафарова А. Р., Мукасова К. В.
Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная проблема..... 118

Хворостенко Н. В.
Клинический случай молодого пациента с впервые выявленным сахарным диабетом, отнесенным к кластеру SIDD, демонстрирующий потенциал использования кластерного анализа сахарного диабета..... 120

Цирихова М. Г., Абдуева И. У.
Хирургическое лечение рака ободочной кишки: анализ оперативных доступов и непосредственных результатов 125

Цыганова В. Б., Стебнева А. А., Савицкая Д. Р., Тоноян М. Г.
Эпидемиология заболеваний щитовидной железы в современных условиях: анализ тенденций и приоритеты профилактики 126

Щербакова Н. С., Утарбаева А. С., Байтемирова А. М., Помилуйко А. Ю.
Организация медицинской помощи при онкологических заболеваниях. Отделения паллиативной помощи..... 129

Юсупова Р. Г., Стебнева Д. А., Потокина А. А.
Наркомания, токсикомания и алкоголизм как медико-социальная проблема. Возрастно-половые региональные особенности, медицинские и социальные последствия, динамика распространения 132

Яикова Э. С., Муллагалиева Н. А., Калипова А. Б.
Отравления суррогатным алкоголем как значимый фактор смертности: анализ и стратегии профилактики 134

МЕДИЦИНА

Медико-социальные аспекты злокачественных новообразований: роль условий и образа жизни в развитии заболеваний

Духанин Иван Валерьевич, студент;
Салямова Илина Ильгизовна, студент;
Ахмерова Камилла Ануровна, студент;
Исмайлова Аида Алмазовна, студент
Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье проводится комплексный анализ злокачественных новообразований как одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества. Рассматриваются эпидемиологические показатели заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний в мире и в Российской Федерации на основе актуальных данных за 2020–2025 годы. Особое внимание уделяется доказанному влиянию модифицируемых факторов, связанных с условиями и образом жизни (курение, питание, гиподинамия, алкоголь, экология, профессиональные вредности), на онкологический риск. Подчеркивается важность первичной профилактики как ключевого направления для снижения медико-социального и экономического бремени рака. Статья предназначена для широкого круга читателей, интересующихся вопросами общественного здоровья и профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

Ключевые слова: *злокачественные новообразования, медико-социальная проблема, онкологическая заболеваемость, образ жизни, факторы риска, первичная профилактика, эпидемиология рака.*

Актуальность темы обусловлена устойчивой тенденцией к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) во всем мире, что превращает онкологию в одну из главных угроз общественному здоровью и национальной безопасности. Рак является второй ведущей причиной смертности глобально после сердечно-сосудистых заболеваний. По данным Международного агентства по изучению рака (IARC), в 2022 году в мире было зарегистрировано около 20 миллионов новых случаев онкологических заболеваний и 9,7 миллионов смертей от них. В России, несмотря на прогресс в диагностике и лечении, онкологическая патология остается острой проблемой: ежегодно выявляется более 600 тысяч новых случаев, а накопленная численность пациентов, состоящих на учете, приближается к 4 миллионам человек [3].

Помимо трагических человеческих потерь, онкологические заболевания наносят колоссальный экономический ущерб, связанный с затратами на лечение, реабилитацию, потерей трудоспособности и необходимостью социальной поддержки. В этом контексте понимание роли управляемых факторов риска, напрямую связанных с условиями и образом жизни, становится основой для разработки эффективных профилактических стратегий.

Цель данной статьи — проанализировать злокачественные новообразования как комплексную медико-социальную проблему с акцентом на влияние модифицируемых факторов образа жизни на заболеваемость.

Задачи: представить современные эпидемиологические данные по заболеваемости и смертности от ЗНО в мире и РФ; систематизировать и детально рассмотреть основные факторы образа жизни и условий среды, повышающие онкологический риск; обосновать приоритетность первичной профилактики в снижении бремени онкологических заболеваний.

Согласно последнему изданию глобальной статистики GLOBOCAN 2022, онкологическая нагрузка продолжает расти, отчасти из-за старения населения и распространения факторов риска, связанных с социально-экономическим развитием. Наиболее распространенными в мире видами рака (по числу новых случаев) являются: рак молочной железы, рак легких, колоректальный рак, рак предстательной железы и рак желудка. По смертности лидируют рак легких, колоректальный рак, рак печени, рак желудка и рак молочной железы. В Российской Федерации структура заболеваемости имеет свои особенности [1, 6].

По данным МНИОИ им. П. А. Герцена (2023 г.), у мужчин на первых местах стоят рак трахеи, бронхов,

легкого (14,5 %), рак предстательной железы (13,7 %), рак кожи (10,1 %), колоректальный рак (10,0 %) и рак желудка (6,8 %). У женщин лидирует рак молочной железы (23,2 %), далее идут рак кожи (14,8 %), рак тела матки (8,3 %), колоректальный рак (7,8 %) и рак шейки матки (5,3 %). Показатель заболеваемости в целом по России в 2022 году составил около 485 случаев на 100 тыс. населения [2]. Хотя показатель смертности от ЗНО в России имеет тенденцию к медленному снижению (около 200 на 100 тыс. в 2022 г.), он все еще превышает средние показатели по Европейскому союзу. Это делает профилактику, особенно направленную на управляемые факторы, критически важной.

По оценкам ВОЗ и IARC, от 30 % до 50 % всех случаев рака можно предотвратить, устранив или минимизировав ключевые факторы риска, связанные с поведением и окружающей средой. Курение табака — самый значительный устранимый фактор, ответственный примерно за 22 % всех смертей от рака в мире. Табачный дым содержит более 70 известных канцерогенов. Курение является ведущей причиной рака легкого, гортани, полости рта, пищевода, мочевого пузыря, поджелудочной железы, почки и других органов. Даже пассивное курение повышает риск.

Несбалансированный рацион, богатый переработанным красным мясом, насыщенными жирами, простыми углеводами и бедный клетчаткой, фруктами и овощами, ассоциирован с повышенным риском колоректального рака, рака желудка, пищевода, молочной железы (в постменопаузе) и тела матки. Ожирение, признанное хроническим заболеванием, является независимым фактором риска для многих видов ЗНО. Адипозная ткань продуцирует воспалительные цитокины и гормоны (например, эстрогены), способствующие канцерогенезу.

Недостаточная физическая активность (менее 150 минут умеренной нагрузки в неделю) косвенно способствует ожирению, а также самостоятельно влияет на гормональный и метаболический профиль, увеличивая риски рака толстой кишки, молочной железы и эндометрия.

Употребление алкоголя также наносит огромный вред для здоровья человека. Этанол и его метаболит ацетальдегид являются прямыми канцерогенами. Регулярное потребление алкоголя повышает риск развития рака полости рта, глотки, гортани, пищевода, печени, колоректального рака и рака молочной железы. Риск дозозависим: чем больше потребление, тем выше риск.

Профессиональные и экологические канцерогены: контакт с асбестом, мышьяком, бензолом, формальдегидом, радиацией, выхлопными газами и другими химическими или физическими агентами на рабочем месте или в окружающей среде вносит вклад в общую онкологическую заболеваемость (рак легкого, мезотелиома, лейкозы и др.). Также, инфекционные агенты. Около 13 % всех случаев рака в мире связаны с инфекциями, такими как Helicobacter pylori (рак желудка), вирусы папилломы человека (рак шейки матки, аногенитальный рак, рак ротоглотки), вирусы гепатита B и C (рак печени). Образ жизни, включая сексуальное поведение и вакцинопрофилактику, играет ключевую роль в предотвращении этих видов рака. Избыточное воздействие УФ-излучения (солнечного или в соляриях) — основная причина рака кожи, включая меланому.

Онкологическое заболевание — это не только биомедицинский, но и тяжелый социальный феномен. Пациент и его семья сталкиваются с психологическим стрессом, социальной дезадаптацией, финансовыми трудностями (катастрофические расходы на лечение, потеря работы). Система здравоохранения несет огромные финансовые затраты на высокотехнологичную диагностику, дорогостоящие лекарства (таргетная, иммунотерапия) и лучевое лечение. Общество теряет трудоспособных членов. Существует и проблема неравенства: уровень заболеваемости и доступ к качественному лечению часто коррелируют с социально-экономическим статусом, уровнем образования и местом проживания (город/село). Более бедные и менее образованные слои населения, как правило, в большей степени подвержены влиянию поведенческих факторов риска (курение, нездоровое питание) и имеют меньше возможностей для ранней диагностики и получения современных видов терапии [5, 6].

Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы:

1. Злокачественные новообразования представляют собой одну из наиболее серьезных современных медико-социальных проблем, характеризующуюся высокими показателями заболеваемости и смертности, значительным экономическим ущербом и глубоким социальным воздействием на пациентов и их семьи.

2. Эпидемиологическая ситуация с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации остается напряженной, несмотря на заметные усилия системы здравоохранения по совершенствованию медицинской помощи.

3. Доказано, что значительная доля (до половины) случаев рака обусловлена модифицируемыми факторами риска, непосредственно связанными с условиями и образом жизни: потреблением табака и алкоголя, нерациональным питанием, низкой физической активностью, ожирением, воздействием канцерогенов окружающей среды и инфекционных агентов.

4. Учитывая вышеизложенное, стратегическим приоритетом в борьбе с онкологическими заболеваниями должна стать первичная профилактика, направленная на популяризацию здорового образа жизни и создание среды, способствующей здоровью. Это включает в себя комплекс мер: жесткий контроль табака и алкоголя, пропаганду физической активности и здорового питания, вакцинопрофилактику (ВПЧ, гепатит B), охрану окружающей среды и безопасность труда, а также широкое просвещение населения.

Инвестиции в профилактику не только более гуманны, но и экономически эффективны по сравнению с колоссальными затратами на лечение уже развившегося заболевания. Только через интеграцию усилий системы здраво-

охранения, государства, работодателей, средств массовой информации и самого общества можно добиться реального снижения медико-социального бремени злокачественных новообразований.

Литература:

1. Международное агентство по изучению рака (IARC). GLOBOCAN 2022: Cancer Today. [Электронный ресурс]. URL: https://gco.iarc.fr/today (дата обращения: 12.01.2026).
2. Всемирная организация здравоохранения. Рак. [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer (дата обращения: 09.01.2026).
3. Каприн А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Злокачественные новообразования в России в 2022 году (заболеваемость и смертность). — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2023. — 252 с.
4. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. [Электронный ресурс]. URL: https://www.wcrf.org/dietandcancer (дата обращения: 12.01.2026).
5. Жукова Н. В., Мерабишвили В. М., Харченко О. Н. и др. Профилактика злокачественных новообразований: возможности и перспективы // Онкология. Журнал им. П. А. Герцена. — 2021. — Т. 10, № 3. — С. 189–197.
6. Gandini S., Botteri E., Iodice S. et al. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis // International Journal of Cancer. — 2008. — Vol. 122, № 1. — P. 155–164.
7. Румянцев А. Г., Мойсейко О. Б., Поддубная И. В. Организация онкологической помощи населению Российской Федерации. Медико-социальные и экономические аспекты // Социальные аспекты здоровья населения. — 2022. — Т. 68, № 4. — С. 1–14.

Нервно-психическая заболеваемость: влияние условий и образа жизни, динамика распространенности, организация психоневрологической помощи в Российской Федерации

Ибраева Айгуль Бисенгалеевна, студент;
Тасмухамбетова Адия Ермековна, студент;
Черныш Артемий Алексеевич, студент;
Щамхалова Джамиля Руслановна, студент
Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается влияние условий жизни и образа жизни населения на нервно-психическую заболеваемость, что является актуальной медико-социальной проблемой. Оценивается роль различных факторов, таких как стрессовые условия труда, социальное положение, экологическая обстановка, питание и физическая активность, в формировании рисков психических и неврологических заболеваний. Особое внимание уделяется динамике распространенности нервно-психических расстройств в Российской Федерации и зарубежных странах, а также современным подходам к организации психоневрологической помощи. В статье рассматриваются меры профилактики, раннего выявления и комплексной реабилитации пациентов, направленные на снижение заболеваемости и повышение качества жизни больных.

Ключевые слова: *нервно-психическая заболеваемость, психические расстройства, неврологические заболевания, динамика, социальные и экологические факторы, профилактика, организация психоневрологической помощи, реабилитация.*

Влияние условий жизни и образа жизни на нервнопсихическую заболеваемость является предметом интенсивного изучения в современной медицине и общественном здравоохранении, поскольку психические и неврологические расстройства существенно влияют на качество жизни населения и трудоспособность общества. Нервнопсихическая заболеваемость представляет собой совокупность психических, поведенческих и эмоциональных нарушений, которые развиваются под воздействием как биологических, так и социальных, экологических и поведенческих факторов [1]. По данным официальной статистики, в России в 2024 году было зарегистрировано более 4 011 508 человек с психическими расстройствами и расстройствами поведения, при этом ежегодный прирост составил порядка 30 000 человек, что свидетельствует о значительном росте заболеваемости

в последние годы. Динамика числа зарегистрированных больных имеет волнообразный характер: если до 2020 года наблюдалось снижение показателей, то с 2021 года зарегистрирован устойчивый ежегодный рост этой группы населения [3].

Состояние психического здоровья населения определяется сложным взаимодействием множества факторов, среди которых ключевую роль играют условия и образ жизни. Условия труда, социальные стрессоры, жизненные неурядицы, семейные конфликты, экономическая нестабильность и нагрузки социальных ожиданий оказывают значительное влияние на риск развития психических расстройств [2]. Современный образ жизни, зачастую характеризующийся низкой физической активностью, нарушением сна, высоким уровнем стресса и дефицитом социальной поддержки, также способствует увеличению частоты тревожных и депрессивных состояний. Глобальные данные, приведённые Всемирной организацией здравоохранения, показывают, что более 1 миллиарда человек во всём мире живут с нарушениями психического здоровья, среди которых тревожные расстройства и депрессия являются одними из самых распространённых. Эти данные отражают глобальный масштаб проблемы и подчеркивают значимость факторов образа жизни для психического благополучия [4].

Стрессовые условия жизни и труда являются одним из ведущих факторов риска психоэмоциональных расстройств. Повышенная конкуренция на рабочем месте, длительные рабочие часы, отсутствие баланса между работой и отдыхом, а также недостаточная организация рабочего времени способствуют развитию эмоционального истощения, синдрома выгорания и тревожных расстройств. Важную роль играют и социальные факторы, такие как низкий уровень социальной поддержки, одиночество, недостаточное качество межличностных отношений и социальное давление, что также отражается на уровне нервнопсихической заболеваемости в обществе [1].

Немаловажным фактором является влияние перенесённых инфекционных заболеваний, включая последствия COVID19, на психическое здоровье. Современные исследования показывают связь между перенесёнными инфекциями COVID19 и последующим развитием нервнопсихических расстройств, таких как депрессия, тревожные расстройства и когнитивные нарушения [4]. Пандемия усилила психологическое напряжение, что привело к росту количества людей, испытывающих симптомы психических нарушений, и поставило дополнительные требования к системе здравоохранения по оказанию психоневрологической помощи [3].

Возрастные и демографические особенности также оказывают значительное влияние на распространённость нервнопсихических заболеваний. Так, тревожные и депрессивные расстройства чаще встречаются среди подростков и молодых взрослых, что отражает особенности восприятия стрессов и адаптации к жизненным требованиям в этой возрастной группе. Эти данные подчеркивают необходимость разработки специальных программ поддержки молодёжи и интеграции психического здоровья в систему образования и подросткового здравоохранения [4].

Организация психоневрологической помощи в Российской Федерации представляет собой сложную систему, направленную на диагностику, лечение и реабилитацию людей с психическими расстройствами. Правовое регулирование этого направления осуществляется с учётом приоритетов Минздрава России и международных стандартов. Одним из ключевых нормативных документов является приказ Минздрава от 14 октября 2022 года № 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», который определяет организацию помощи как на уровне первичной медикосанитарной помощи, так и в специализированных учреждениях [3].

Психоневрологическая помощь в России предоставляется в различных формах: экстренная, неотложная и плановая. Она оказывается как в стационарных условиях, так и амбулаторно, включая психиатрические кабинеты в учреждениях здравоохранения, специализированные диспансеры и центры психологопедагогической реабилитации [1]. Диагностика нервнопсихических расстройств предполагает комплексный подход, включающий сбор анамнеза, медицинский осмотр и специализированное психиатрическое обследование, что обеспечивает точную постановку диагноза и разработку плана лечения [2].

Несмотря на наличие нормативной базы и сети медицинских учреждений, доступность психоневрологической помощи остаётся важной проблемой. Согласно современным исследованиям, существенное количество людей с психическими нарушениями не получает качественной или своевременной помощи, что связано как с нехваткой специалистов, так и с низким уровнем психической грамотности населения. Это отражает одну из ключевых трудностей в сфере психического здоровья: значительная часть людей с симптомами тревоги и депрессии либо не обращается за помощью, либо не получает адекватного лечения, что усугубляет бремя заболевания на уровне общества. Организация профилактических мероприятий и программ, направленных на укрепление психического здоровья населения и снижение риска развития нервнопсихических заболеваний, становится неотъемлемой частью стратегии государственной политики в области здравоохранения [4].

Таким образом, влияние условий и образа жизни на нервнопсихическую заболеваемость является сложным и многофакторным процессом, в котором участвуют биологические, социальные, экологические и поведенческие компоненты. Эффективная организация психоневрологической помощи в Российской Федерации требует постоянного развития системы здравоохранения, повышения доступности услуг, расширения программ профилактики, а также формирования благоприятных соци-

альных условий и улучшения психической грамотности населения, что позволит уменьшить негативные последствия нервнопсихических расстройств и повысить качество жизни граждан.

Литература:

1. Панюкова А. Н., Статистика заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации / А. С. Панюкова // Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова. — 2019. — С. 1–15.
2. Макушкина О. А., Яздовская А. В. Психиатрическая служба Российской Федерации: вопросы организации и мониторинг показателей (20112021 гг.) / О. А. Макушкина, А. В. Яздовская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2022. — № 4 (117). — С. 72–82.
3. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Здравоохранение в России. — М.: Росстат, 2023. — 456 с.
4. Фрейзе В. В. Заболеваемость детского населения психическими расстройствами и субъекты Российской Федерации / В. В. Фрейзе // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2025. — Т. 59, № 2. — С. 3–14.

Современное состояние и основные тенденции демографических процессов в РФ и зарубежных странах за последнее десятилетие

Илембетов Ильяс Алмазович, студент;
Абсалямов Денис Русланович, студент;
Аржеваров Абдул-Рахим Назирович, студент;
Мусаев Магамед Абакарович, студент
Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается современное состояние демографических процессов в Российской Федерации и зарубежных странах за последние десять лет, что является важной темой для анализа в контексте медико-социальных аспектов. Оцениваются основные показатели рождаемости, смертности, естественного прироста населения, миграционных процессов, а также изменения в возрастно-половом составе населения. Особое внимание уделяется выявлению ключевых тенденций демографического развития, факторов, влияющих на формирование этих показателей, включая экономические условия, уровень образования, занятость населения и доступность медицинской помощи. Также анализируются последствия демографических изменений для системы здравоохранения, пенсионного обеспечения, трудовых ресурсов и социальной политики в целом.

Ключевые слова: *демографические процессы, рождаемость, смертность, естественный прирост, миграция, возрастно-половая структура, социальные и экономические факторы, демографическая политика, государственная поддержка населения.*

Современное состояние демографических процессов в Российской Федерации и зарубежных странах отражает сложный и неоднородный характер социальных изменений, происходящих в XXI веке. Демография как наука изучает динамику населения, включая такие ключевые показатели, как рождаемость, смертность, естественный прирост, миграция и возрастно-половая структура населения. Эти процессы оказывают непосредственное влияние на социальноэкономическое развитие стран, формирование трудовых ресурсов, пенсионную систему, здравоохранение и социальную политику в целом [1]. В последние десятилетия демографические тенденции характеризуются замедлением темпов естественного прироста, старением населения и изменением миграционных потоков как в развитых, так и в развивающихся государствах.

В Российской Федерации демографическая ситуация на протяжении последних десятилетий претерпевает существенные изменения, характеризующиеся устойчивой естественной убылью населения и постоянным сокращением численности граждан. По данным Росстата, уже в начале 2023 года постоянное население России составляло около 146,3 млн человек, при этом наблюдалось снижение численности на 157,4 тыс. человек за начало года, что отражает продолжающийся тренд естественной убыли населения [4]. Важным фактором здесь является разрыв между показателями рождаемости и смертности, при котором смертность превышает рождаемость, что влечёт за собой отрицательный естественный прирост. Причинами такой динамики выступают низкий уровень рождаемости, высокая смертность, особенно среди мужчин

трудоспособного возраста, и недостаточные темпы миграционного прироста, не компенсирующие естественные потери населения [2].

Статистические данные отражают, что суммарный коэффициент рождаемости в России в последние годы находится на низком уровне, стабилизировавшись на отметке около 1,4–1,5 детей на одну женщину, что значительно ниже уровня простого воспроизводства населения (2,1) и характеризует отрицательный демографический баланс. Для сравнения, в мире средний уровень рождаемости составляет около 2,25 живорождений на одну женщину, что также ниже показателей предыдущих поколений, но выше российской динамики [2].

Высокий уровень смертности является ещё одним важным элементом демографической картины. В России смертность остаётся выше уровня рождаемости, что приводит к естественной убыли населения. Одной из причин этого является значительная смертность среди лиц трудоспособного возраста, что связано с причинами, такими как болезни системы кровообращения, внешние причины и последствия хронических заболеваний. Эти негативные показатели усугубляются социальноэкономическими факторами, низким уровнем здоровья населения и стрессовыми условиями жизни, что в совокупности оказывает давление на общую демографическую устойчивость страны [4].

Возрастнополовая структура российского населения также демонстрирует тенденцию старения. Согласно международным критериям, население считается стареющим, когда доля лиц в возрасте 65 лет и старше превышает 7 %, тогда как в современной России эта доля значительно выше и составляет десятки процентов, что свидетельствует о том, что значительная часть населения относится к пожилой возрастной категории. Старение населения отражает падение уровня рождаемости и рост продолжительности жизни, что влечёт увеличение доли пенсионеров и создание дополнительной нагрузки на социальные и пенсионные системы [3].

Миграционные процессы также играют существенную роль в демографической динамике. В последние годы Россия является привлекательной страной для миграционных потоков, особенно из стран СНГ, что позволяет частично компенсировать естественную убыль населения [4]. Однако миграционный приток не всегда обладает достаточной масштабностью для существенного улучшения демографической ситуации, особенно учитывая социальные и экономические вызовы интеграции мигрантов и обеспечения их социальной адаптации [1].

На международном уровне демографические процессы в разных странах имеют свои особенности, но многие из них демонстрируют схожие тенденции, связанные с переходом к низким уровням рождаемости и старением населения. Так, во многих развитых странах Европы наблюдается устойчивое снижение рождаемости. Например, во Франции в 2025 году впервые с конца Второй мировой войны число смертей (651 000) превысило число рождённых (645 000), при том что коэффициент рождаемости упал до 1,56 детей на одну женщину, что ниже уровня простого воспроизводства и отражает структурные изменения, связанные с экономическими трудностями, высокой стоимостью воспитания детей и старением населения [2].

Аналогичная тенденция наблюдается в Италии, где в 2024 году число родившихся достигло исторического минимума за весь период наблюдения — всего около 370 000 новорождённых, что на 35,8 % ниже уровня 2008 года, а уровень фертильности снизился до 1,18 детей на одну женщину. В результате в стране число смертей превышало число рождений, и естественная убыль населения привела к сокращению общей численности жителей до примерно 58,93 млн человек [3].

В то же время в некоторых странах происходят попытки изменения демографической динамики. Так, в Южной Корее в 2024 году впервые за девять лет был зафиксирован рост числа рождений — 238 300 детей, что на 8 300 больше, чем в 2023 году, а коэффициент рождаемости вырос с 0,72 до 0,75 детей на женщину. Хотя этот показатель остаётся крайне низким по мировым меркам, он рассматривается как возможный признак начального сдвига в демографической ситуации этой страны, где государственные меры поддержки молодых семей активно обсуждаются и внедряются [2].

Современное состояние и тенденции демографических процессов указывают на необходимость комплексных мер государственной политики, направленных на стимулирование рождаемости, поддержку семей с детьми, повышение качества и доступности медицинской и социальной помощи, а также создание условий, способствующих улучшению качества жизни населения. В условиях старения общества и снижения естественного прироста демографическая политика становится ключевым элементом устойчивого развития государства, требующим междисциплинарных подходов и учета международного опыта.

Литература:

1. Аракчеева О. В., Кривдина И. Ю. Современная демографическая ситуация в Российской Федерации: региональный аспект // Натуральные науки. — 2025. — Т. 22, № 1. — С. 15–32.
2. Безфамильный Д. А. Демографическое благополучие постсоветских стран в динамике // ДЕМИС. Демографические исследования. — 2025. — Т. 5, № 4. — С. 216–237.
3. Лещенко Я. А. Демографические процессы в России в свете глобальных тенденций // CyberLeninka. Демография. — 2025. — С. 1–19.
4. Росстат. Демографический сборник Российской Федерации 2024 / Федеральная служба государственной статистики. — М.: Росстат, 2025. — 148 с.

Организация санитарно-курортной помощи в России

Ишбулдина Эльмира Рашитовна, студент;
Мадумаров Шохрух Уразматович, студент
Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье проводится комплексный анализ организации санитарно-курортной помощи в Российской Федерации. Рассматриваются исторические предпосылки становления курортного дела, современная нормативно-правовая база, структура и типы курортных учреждений. Особое внимание уделено механизмам финансирования, включая роль системы обязательного медицинского страхования (ОМС), и вопросам обеспечения доступности услуг для различных слоев населения. Выявлены ключевые проблемы отрасли, такие как территориальная неравномерность, износ инфраструктуры и кадровый дефицит. На основе анализа современных тенденций и государственных программ предложены направления для дальнейшего развития санаторно-курортного комплекса, в том числе развитие медицинской реабилитации, внедрение цифровых технологий и кластеризация.

Ключевые слова: *санитарно-курортная помощь, курортное дело, медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение, оздоровление, природные лечебные ресурсы, ОМС, курортная инфраструктура.*

Система санитарно-курортной помощи представляет собой уникальный сегмент российского здравоохранения, интегрирующий лечебно-профилактические технологии с использованием целебных сил природы. Актуальность темы обусловлена возрастающей ролью медицинской реабилитации и профилактики в условиях роста хронических неинфекционных заболеваний, а также необходимостью восстановления населения после перенесенных заболеваний, в том числе новой коронавирусной инфекции COVID-19 [1]. Эффективная организация этой помощи является междисциплинарной задачей, затрагивающей вопросы здравоохранения, регионального развития, туризма и социальной политики. Целью данной работы является анализ современной модели организации санитарно-курортной помощи в РФ, выявление ее системных проблем и формулирование перспективных направлений развития.

В советский период санаторно-курортное лечение было массово интегрировано в систему государственного здравоохранения и социального обеспечения через систему профсоюзных и ведомственных путевок. Современная правовая база организации санаторно-курортной помощи основывается на нескольких уровнях регулирования. Федеральный уровень представлен, прежде всего, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 40), определяющим санаторно-курортное лечение как вид медицинской помощи, и Федеральным законом «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» [2]. Развитие отрасли осуществляется в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» и национальных проектов [3]. Порядок организации помощи регламентируется приказами Министерства здравоохранения РФ.

Современный санаторно-курортный комплекс России представляет собой разнородную сеть учреждений различной ведомственной подчиненности и форм собственности. Ключевым классифицирующим признаком является тип используемых природных лечебных ресурсов, что отражено в типологии курортов.

Финансирование санитарно-курортной помощи в России носит многоканальный характер. Значимым каналом стали средства обязательного медицинского страхования (ОМС), поскольку с 2014 года медицинская реабилитация в санаторных условиях включена в базовую программу ОМС [3]. Традиционным источником являются средства федерального бюджета, направляемые на обеспечение льготных путевок для отдельных категорий граждан, а также региональные бюджеты. Определенную роль играют средства Фонда социального страхования

Таблица 1. **Характеристика основных типов курортов в Российской Федерации**

Тип курорта	Ключевые лечебные факторы	Основные медицинские профили	Ведущие курортные регионы
Бальнеологический	Минеральные воды	Болезни органов пищеварения, обмена веществ	Кавказские минеральные воды
Грязевой	Лечебные пелоиды	Заболевания нервной системы, кожи	Геленджик, Анапа
Климатический	Морской, горный, степной и лесной климат	Заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы	Черноморское побережье, Горный Алтай, Южное Прибайкалье

(ФСС) и личные средства граждан через рынок коммерческих путевок и добровольного медицинского страхования (ДМС). Однако ключевой проблемой остается территориальная и финансовая доступность. Основная часть высокотехнологичной курортной инфраструктуры сосредоточена в ограниченном числе регионов, что делает лечение труднодоступным и дорогостоящим для жителей удаленных территорий. Также наблюдается дефицит и длительные очереди на получение льготных путевок [4].

Анализ текущего состояния отрасли позволяет выявить ряд системных проблем. Во-первых, это физический и моральный износ инфраструктуры многих санаториев, построенных в советский период, которые требуют капитального ремонта и переоснащения. Во-вторых, сохраняется кадровый дефицит врачей-курортологов и смежных специалистов. В-третьих, отмечается резкая неравномерность развития курортной сети между всероссийскими здравницами и местными санаториями во многих индустриальных регионах. К числу проблем также относятся административные барьеры, связанные с лицензированием и согласованиями на особо охраняемых природных территориях, а также конкуренция с рекреационным туризмом в популярных локациях.

Для преодоления указанных проблем и устойчивого развития отрасли необходима реализация комплекса мер. Перспективным представляется глубокая интеграция с системой здравоохранения через расширение перечня показаний для лечения по ОМС и развитие преемственности между стационаром и санаторием, с акцентом на медицинскую реабилитацию. Важную роль может сыграть привлечение частных инвестиций через механизмы государственно-частного партнерства (ГЧП) для модернизации инфраструктуры. Целесообразно стимулирование развития местных и региональных курортов для повышения доступности помощи. Внедрение цифровых технологий, таких как телемедицина и единые информационные системы учета, позволит повысить эффективность управления и качество сопровождения пациентов [5]. Создание многофункциональных оздоровительных кластеров, сочетающих лечение и туризм, способно повысить экономическую устойчивость курортов. Не менее важно дальнейшее совершенствование стандартизации и контроля качества предоставляемых медицинских услуг.

Таким образом, организация санитарно-курортной помощи в России является сложной, исторически обусловленной системой, находящейся на этапе трансформации. Переход от модели массового социального оздоровления прошлого к современной, экономически эффективной и медицински ориентированной модели сопряжен с существенными трудностями. Успех этого перехода будет зависеть от скоординированных действий государства, направленных на укрепление нормативно-правовой базы, целевое финансирование инфраструктурных проектов и интеграцию курортного лечения в непрерывный процесс оказания медицинской помощи. Развитие отечественного курортного дела, основанного на богатейших природных ресурсах, способно внести значительный вклад в улучшение здоровья нации и устойчивое региональное развитие.

Литература:

1. Разумов А. Н., Бобровницкий И. П. Организация и нормативно-правовые основы санаторно-курортной помощи в Российской Федерации // Вестник восстановительной медицины. — 2020. — № 1 (95). — С. 42–48.
2. Федеральный закон от 23.02.1995 № 26-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07 июня 2018 г. № 321н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
4. Ахмеджанов Э. Р., Сидорова И. Г. Современные тенденции в развитии санаторно-курортного комплекса Уральского региона // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2022. — Т. 30, № S1. — С. 1123–1128.
5. Ермакова Д. Ю. Цифровая трансформация курортной отрасли: мировые тренды и российская практика // Курортные ведомости. — 2023. — № 1 (78). — С. 34–42.

Щитовидная железа и ее патологии

Камнева Анна Александровна, студент;
Хамзина Руфина Фаузатовна, студент
Оренбургский государственный медицинский университет

Эпидемиология заболеваний щитовидной железы в Российской Федерации складывается на пересечении популяционных рисков и практики выявления. Среди управляемых факторов ключевое место занимает йодная обеспеченность, определяющая территориальные различия и структуру зобной и узловой патологии. Существенный вклад в общую кар-

тину вносят аутоиммунные тиреопатии, а онкологический компонент чувствителен к диагностической активности и единым клиническим маршрутам. Цель статьи — обобщить сведения о распространённости, структуре и динамике заболеваний щитовидной железы и показать, почему одни и те же тенденции могут по-разному выглядеть в санитарно-эпидемиологической и медицинской статистике.

Ключевые слова: *щитовидная железа, эпидемиология, распространённость, структура, динамика, йодная обеспеченность, аутоиммунные тиреопатии, узловой зоб, рак щитовидной железы.*

Введение. Заболевания щитовидной железы редко начинаются с симптомов, по которым пациент сразу связывает ухудшение самочувствия с эндокринной причиной. Узлы небольших размеров, умеренная гиперплазия ткани, ранние формы гипотиреоза и тиреотоксикоза могут проявляться утомляемостью, колебаниями веса, раздражительностью, нарушением сна, сердцебиением, снижением толерантности к физической нагрузке. По этой причине значительная часть случаев выявляется при обследованиях, назначенных по поводу неспецифических жалоб, а также в ходе профилактических осмотров и диспансеризации. Это создаёт разрыв между истинной частотой тиреоидной патологии и тем, что попадает в официальную регистрацию: рост выявляемости нередко означает расширение лабораторной диагностики и УЗ-обследований, а не внезапное «ухудшение» популяционного здоровья.

Цель исследования — представить аналитический обзор эпидемиологии заболеваний щитовидной железы в России с акцентом на распространённость, структуру и динамику показателей, а также на причины региональной неоднородности. Задачи включали сопоставление официальных источников и профильных публикаций, выделение ведущих детерминант (йодная обеспеченность, аутоиммунные механизмы, диагностическая активность) и формулирование практических ориентиров для профилактики и организации медицинской помощи. Рабочая гипотеза состояла в том, что изменения регистрируемых показателей в ряде случаев отражают прежде всего изменение диагностической активности и правил маршрутизации, тогда как популяционные факторы риска обеспечивают долгосрочный фон и территориальную неоднородность.

Материалы и методы. Работа выполнена в формате аналитического обзора. Использованы федеральные отчётные материалы о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, статистический сборник по здравоохранению, клинические рекомендации по раку щитовидной железы и научные публикации, посвящённые йодному дефициту, его мониторингу и аутоиммунным заболеваниям щитовидной железы. При интерпретации данных учитывались различия в природе источников: санитарно-эпидемиологические документы характеризуют популяционные факторы риска и меры профилактики, медицинская статистика отражает диагностику и учёт обращаемости, а клинические рекомендации задают стандарты ведения, влияющие на сопоставимость наблюдений между регионами.

Основная часть. Популяционный фон тиреоидной патологии тесно связан с питанием и условиями среды, определяющими поступление йода. Для эндокринных заболеваний это принципиально: при дефицитной обеспеченности изменения развиваются медленно, но затрагивают большие группы населения и формируют устойчивые региональные различия. Санитарно-эпидемиологический подход рассматривает такие риски как предмет постоянного надзора, поскольку профилактика дефицитных состояний опирается на массовые меры, санитарное просвещение и оценку факторов питания. В государственной отчётности санитарно-эпидемиологической службы логика мониторинга условий, влияющих на здоровье населения, позволяет «привязать» эндокринные риски к территории и к профилактическим решениям, что хорошо прослеживается в государственном докладе о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения за 2023 год [1].

Медицинская статистика демонстрирует иной срез проблемы — сколько людей дошли до врача, прошли обследование и получили диагноз, отражённый в учётной системе. Здесь на первый план выходит организация диагностики: лабораторная база, доступность ультразвукового исследования, кадровое обеспечение первичного звена и эндокринологической службы, практика направления на обследования. Изменение этих условий способно заметно менять регистрируемую заболеваемость, особенно по состояниям, которые часто протекают субклинически. Агрегированные статистические сведения по здравоохранению позволяют видеть общие тренды по эндокринному классу и оценивать, как меняются показатели на фоне перестройки первичного звена и профилактических программ, что следует учитывать при анализе данных официальной статистики [2].

Динамика показателей при заболеваниях щитовидной железы зависит от того, какие именно индикаторы сравниваются. Заболеваемость отражает поток новых случаев, но для хронических состояний, где пациент наблюдается годами, более чувствительным параметром становится распространённость. Она увеличивается, если расширяется выявление субклинических форм, растёт доля пациентов, проходящих профилактические осмотры, и меняется тактика ведения, когда заместительная терапия начинается на более ранних этапах и наблюдение становится длительным по стандарту. Поэтому рост распространённости не всегда означает ухудшение популяционного здоровья; иногда он описывает улучшение доступности диагностики и более системную работу с хроническими пациентами.

Влияние диагностической активности хорошо видно на примере узловой патологии. Широкое использование

УЗИ делает узлы заметными даже у пациентов без жалоб, а дальнейшая тактика зависит от качества протокола, применения систем стратификации риска и доступности биопсии. При ограниченной возможности морфологической верификации возрастает число пациентов, которые годами наблюдаются с формулировкой «узловой зоб» без уточнения природы узла. При высокой доступности биопсии увеличивается доля уточнённых диагнозов и растёт выявление малых опухолей, но одновременно возрастает риск избыточной медицинализации находок, клиническое значение которых минимально.

Возрастно-половая структура населения также меняет эпидемиологическую картину. Женщины чаще обращаются за медицинской помощью и чаще обследуются по поводу неспецифических жалоб, поэтому среди выявленных случаев их доля обычно выше. Сдвиг населения в сторону старших возрастов увеличивает вероятность узловых изменений и повышает частоту сопутствующих заболеваний, при которых тиреоидные гормоны проверяются попутно. На этом фоне сравнение регионов корректнее выполнять с поправкой на возраст и на организацию профилактических осмотров, иначе разница между территориями будет отражать не только биологические факторы, но и различия в доступности обследований.

Йодный дефицит остаётся главным управляемым фактором риска, который способен объяснить значительную долю территориальной неоднородности. В клинико-эпидемиологической логике дефицит приводит к компенсаторной стимуляции щитовидной железы: при недостатке субстрата для синтеза гормонов усиливается воздействие тиреотропного гормона, формируются гиперплазия ткани и диффузное увеличение органа, а при длительном существовании дефицита повышается вероятность узлообразования. В результате структура тиреоидной патологии смещается в сторону зобных и узловых форм, которые затем становятся «материалом» для диагностики и наблюдения. Описание современного состояния проблемы йодного дефицита в России подчёркивает её неоднородность по территориям и зависимость от практик питания и профилактики, что помогает объяснять региональные различия и прогнозировать нагрузку на здравоохранение [5].

Оценка динамики йодной обеспеченности требует сопоставимых наблюдений, выполненных по единым методикам, иначе сравнение регионов превращается в сравнение разных подходов к измерению. Федеральный мониторинг ценен тем, что он задаёт методологию и позволяет отслеживать тенденции во времени, связывая их с профилактическими программами и изменениями питания. Для эпидемиологии щитовидной железы это особенно важно: снижение или усиление дефицита отражается на структуре патологии не мгновенно, поэтому нужны наблюдения, позволяющие видеть тренды на длинном горизонте. Данные федеральных исследований по мониторингу йодного дефицита дают основу для таких сопоставлений и позволяют обсуждать не только «факт дефицита», но и устойчивость групп риска [6].

Профилактика йодного дефицита и оценка её эффективности требуют длинного горизонта наблюдения. Массовые меры через йодированную соль и целевые рекомендации для групп риска дают эффект не мгновенно, потому что структура тиреоидной патологии меняется постепенно. Попытка оценивать профилактику по ближайшим годам приводит к неверным управленческим выводам: в коротком интервале показатели сильнее зависят от охвата обследованиями и методики учёта. Для эпидемиологии щитовидной железы надежнее сопоставлять территориальные тренды на фоне данных мониторинга и наблюдать, как меняется частота зоба и узловой патологии через несколько лет после внедрения профилактических мер.

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы формируют отдельный контур эпидемиологии, который нельзя свести к йодному статусу. Их распространённость связана с возрастно-половыми особенностями и иммунологическими механизмами, а регистрируемая частота зависит от диагностической стратегии: когда и кому назначаются исследования антител, как интерпретируются субклинические формы гипотиреоза, насколько системно организовано длительное наблюдение. Для практического здравоохранения это означает, что рост выявляемости аутоиммунных тиреопатий может быть связан с расширением лабораторной диагностики, но при этом реальная потребность в наблюдении и коррекции гормонального статуса остаётся высокой из-за хронического течения и риска прогрессирования функциональных нарушений. Эпидемиологическая характеристика аутоиммунных заболеваний щитовидной железы, представленная в российской публикации, даёт ориентиры для оценки их вклада в общую структуру тиреоидной патологии [4].

Онкологический компонент тиреоидной патологии, прежде всего рак щитовидной железы, имеет свою эпидемиологическую специфику. Показатели здесь особенно чувствительны к диагностике узловых образований: активное применение УЗИ и тонкоигольной аспирационной биопсии увеличивает выявляемость опухолей малых размеров, меняет структуру стадий и увеличивает число пациентов, которые нуждаются в длительном наблюдении после лечения. Для здравоохранения принципиальна предсказуемость маршрута пациента и единые критерии диагностики, иначе эпидемиологические показатели становятся заложниками разнородных практик. Клинические рекомендации по раку щитовидной железы фиксируют диагностический алгоритм и подходы к ведению, что влияет на сопоставимость данных и на организацию наблюдения пациентов после лечения [3].

Качество эпидемиологических выводов зависит от сопоставимости диагностических критериев. Для части состояний граница между нормой и болезнью определяется лабораторными референсами и клиническими решениями: один и тот же уровень тиреотропного гормона может трактоваться как вариант нормы, субклинический гипотиреоз или показание к терапии в зависимости

от контекста. Такой пороговый эффект усиливает влияние клинических рекомендаций и локальных протоколов на регистрируемую частоту. Чем единообразнее применяются критерии и чем прозрачнее маршрутизация, тем лучше сопоставимы данные между регионами и между годами.

Для практического здравоохранения полезна стратификация задач по уровням. На популяционном уровне приоритетом остаётся поддержание профилактики йодного дефицита, санитарное просвещение и контроль факторов питания. На уровне первичной помощи важны доступность тиреотропного гормона и УЗИ, грамотная интерпретация субклинических форм и разумные направления на биопсию, чтобы снижать как риск пропуска клинически значимых случаев, так и риск избыточных обследований. На уровне специализированной помощи акцент смещается на качество морфологической верификации, унификацию хирургической тактики и организацию длительного наблюдения пациентов после лечения.

Перспективный источник уточнения эпидемиологии — региональные регистры и когортные исследования, где фиксируются не только диагнозы, но и контекст выявления: повод для обследования, исходные уровни гормонов, результаты УЗИ и биопсии, этапы лечения. Такие данные позволяют отделять истинные изменения частоты заболеваний от изменений в диагностике и учёте. Для щитовидной железы это особенно актуально, потому что значительная часть состояний выявляется при профилактическом обследовании, а клиническая значимость находок неоднородна. Совмещение регистров с данными мониторинга питания и санитарного надзора даёт более устойчивую основу для планирования профилактики и расчёта потребности в эндокринологической помощи.

Заключение. Эпидемиология заболеваний щитовидной железы в России определяется взаимодействием управляемых популяционных факторов и практики выявления. Йодная обеспеченность остаётся ключевым объяснителем региональных различий и влияет на зобный и узловой контур тиреоидной патологии, поэтому профилактика и мониторинг имеют прямой эпидемиологический эффект. Аутоиммунные тиреопатии формируют значимую долю хронических функциональных нарушений и увеличивают потребность в длительном наблюдении, причём динамика показателей чувствительна к диагностической стратегии и доступности лабораторных исследований. Онкологический компонент наиболее зависим от качества маршрутизации и унификации диагностических критериев. Для корректной интерпретации статистики по тиреоидным заболеваниям требуется учитывать источник данных и контекст выявления, разделяя популяционный риск и особенности диагностического «фильтра».

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. — М.: Роспотребнадзор, 2024. — 368 с. — Текст: непосредственный.
2. Федеральная, служба государственной статистики Здравоохранение в России. 2023: статистический сборник / служба государственной статистики Федеральная. — Текст: непосредственный — М.: Росстат, 2023. — С. 179.
3. Ассоциация, о. Р. Клинические рекомендации. Рак щитовидной железы / о. Р. Ассоциация, общество специалистов по опухолям головы и шеи Российское. — Текст: непосредственный — М., 2023. — С. 64.
4. Макарова, О. Б. Эпидемиологическая характеристика аутоиммунных заболеваний щитовидной железы в Российской Федерации / О. Б. Макарова, Н. В. Иванов. — Текст: непосредственный // Врач. — 2023. — № 34, № 4. — С. 15–20.
5. Платонова, Н. М. Йодный дефицит: современное состояние проблемы в Российской Федерации / Н. М. Платонова. — Текст: непосредственный // Медицинский совет. — 2022. — № 6. — С. 12–19.
6. Трошина, Е. А. Мониторинг йодного дефицита в Российской Федерации: данные федеральных исследований / Е. А. Трошина, Ф. М. Абдулхабирова. — Текст: непосредственный // Проблемы эндокринологии. — 2021. — № 67, № 2. — С. 10–19.

Причины и условия изменения рождаемости в России на современном этапе

Карцев Глеб Викторович, студент;
Гупалова Мария Александровна, студент;
Нургалеев Карим Булатович, студент
Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье проведён комплексный анализ факторов, определяющих уровень рождаемости в Российской Федерации в текущий период. Авторы рассматривают взаимосвязь социально-экономических условий, трансформации семейных цен-

ностей и эффективности государственной демографической политики. Особое внимание уделяется влиянию внешних шоковых событий на репродуктивные планы граждан. На основе данных официальной статистики, социологических опросов и научных публикаций сделан вывод о структурном характере низкой рождаемости, связанном с вступлением общества в фазу второго демографического перехода. Раскрыта ограниченность исключительно финансовых мер поддержки и обоснована необходимость формирования комплексной среды, благоприятствующей рождению детей.

Ключевые слова: *рождаемость, репродуктивное поведение, демографическая политика, материнский капитал, отложенное родительство, второй демографический переход, семейные ценности, региональные различия.*

Демографическая динамика, в частности уровень рождаемости, остаётся одним из ключевых факторов устойчивого развития страны. После периода относительного роста в 2007–2015 гг., обусловленного как мерами государственной поддержки, так и особенностями возрастной структуры населения, в России наблюдается устойчивая негативная тенденция. Суммарный коэффициент рождаемости к 2023 году снизился до 1,41, что существенно ниже уровня, необходимого для простого воспроизводства населения [3]. Данная ситуация формируется под влиянием комплекса причин, включая исчерпание демографического потенциала прошлых десятилетий, глубокие социокультурные сдвиги, экономическую нестабильность и последствия глобальных кризисов. Целью исследования является выявление и оценка основных детерминант репродуктивного выбора в современной России. Для её достижения решались задачи анализа статистических тенденций, оценки влияния социально-экономических условий, изучения эволюции общественных установок, а также анализа эффективности государственных мер поддержки семей с детьми.

Относительный подъём рождаемости в конце 2000-х — середине 2010-х годов во многом был связан с реализацией отложенных решений о втором ребёнке на фоне введения программы материнского капитала. После пика 2014–2015 гг. началось снижение, достигшее минимальных значений за два десятилетия в 2022 году [2]. Незначительный рост числа рождений в 2023 году носит, по всей видимости, компенсаторный характер и не означает перелома общей тенденции.

Ключевой структурной особенностью является последовательное увеличение возраста матери при рождении первого ребёнка, который приблизился к 27 годам. Наибольшая фертильная активность сместилась в группу 25–34 года. Растёт доля первых рождений после 30 лет, что соответствует модели отложенного родительства [3]. Одновременно сокращается вклад многодетных семей в общий показатель, что свидетельствует об исчерпании стимулирующего эффекта мер, нацеленных на вторые и последующие рождения. Центральной проблемой становится уменьшение числа лиц, принимающих решение о рождении первого ребёнка.

Материальное положение семьи продолжает оставаться значимым, но не единственным фактором репродуктивных планов. Несмотря на статистический рост доходов, для многих актуальным остаётся субъективное ощущение финансовых рисков, связанных с появлением детей. Вопрос обеспечения жильём представляет собой одно из основных препятствий, особенно для молодых пар [4]. Существующие программы льготной ипотеки зачастую малодоступны для данной категории из-за требований к первоначальному взносу и подтверждению доходов, а динамика цен на недвижимость нивелирует эффект таких мер.

Усиление экономической неопределённости и инфляционных процессов в 2022–2023 гг. оказало сдерживающее влияние даже на относительно обеспеченные домохозяйства. Для женщин критически важной остаётся возможность совмещения профессиональной реализации и материнства. Высокий уровень занятости женщин, включая обладательниц высшего образования, вступает в противоречие с традиционной моделью распределения семейных обязанностей и недостатком гибких форм занятости [5]. Сохраняет актуальность проблема доступности мест в учреждениях для детей раннего возраста, рассматриваемая не только с точки зрения количества, но и качества, удобства расположения и стоимости услуг.

Наблюдаются значительные региональные различия. В экономически развитых регионах Центра и Северо-Запада ограничивающими факторами часто выступают карьерные стратегии и высокие субъективные стандарты расходов на ребёнка. В менее благополучных субъектах РФ основными барьерами являются бедность и ограниченность жизненных перспектив. В ряде национальных республик с традиционным укладом сохраняются более высокие показатели рождаемости, что демонстрирует устойчивость культурных норм перед общероссийскими тенденциями [1].

Российское общество, особенно в крупных урбанизированных центрах, демонстрирует черты «второго демографического перехода», для которого характерен приоритет ценностей самореализации и индивидуального выбора [5]. Это находит выражение в нескольких аспектах: расхождении между декларируемым идеалом двухдетной семьи и реальными планами, которые всё чаще ограничиваются одним ребёнком; изменении института брака, который всё более рассматривается как союз, основанный на эмоциональной близости, а не исключительно на деторождении; формировании новой последовательности жизненных этапов, где образовательные, карьерные и личные цели предшествуют родительству. Такая логика сокращает эффективный репродуктивный период и снижает вероятность появления в семье трёх и более детей.

С 2007 года в стране действует разветвлённая система мер поддержки семей с детьми, ядром которой является программа материнского капитала. К ней добавились льготная ипотека, ежемесячные выплаты и иные виды помощи. Данные меры оказали положительное влияние, особенно на рост повторных рождений в начальный период, и продолжают выполнять важную социальную функцию. Однако их потенциал для кардинального изменения долгосрочного тренда в условиях малодетности ограничен. Политика в основном компенсирует прямые расходы, но не решает глубинных проблем, связанных с балансом работы и семьи, гендерным неравенством в бытовой сфере и качеством человеческого капитала. Финансовые выплаты постепенно начинают восприниматься как стандартная государственная поддержка, а их стимулирующий эффект снижается.

Пандемия COVID-19 и события 2022 года стали мощными экзогенными шоками для демографической системы. Пандемия привела к росту смертности, экономическим трудностям и усилению тревожности, что заставило многие домохозяйства пересмотреть краткосрочные планы. Специальная военная операция и её социально-экономические последствия усугубили кризис, создав обстановку высокой неопределённости, которая негативно сказывается на принятии долгосрочных жизненных решений, таких как рождение ребёнка [2]. Социологические исследования фиксируют увеличение доли респондентов, откладывающих или отказывающихся от реализации репродуктивных намерений.

Низкий уровень рождаемости в современной России является результатом сложного взаимодействия множества факторов, среди которых фундаментальные социокультурные изменения играют определяющую роль. Экономические детерминанты сохраняют своё значение, но действуют в рамках новой системы ценностей, где родительство конкурирует с иными формами личной реализации. Государственная поддержка, сфокусированная на финансовой помощи, смягчает последствия, но не устраняет коренные причины малодетности. Кризисные события последних лет выступают в роли катализаторов, усиливающих существующие негативные тенденции.

Для изменения ситуации требуется переход от политики денежных компенсаций к созданию комплексной институциональной и социальной среды, благоприятствующей семьям с детьми. Это подразумевает развитие гибкого рынка труда, сокращение гендерного разрыва в распределении домашних обязанностей, существенные инвестиции в качественную социальную инфраструктуру (образование, здравоохранение, досуг), а также работу по формированию просемейных ценностей. Без учёта глубины социокультурных трансформаций и соответствующей адаптации политических подходов достижение уровня рождаемости, обеспечивающего воспроизводство населения, представляется маловероятным.

Литература:

1. Демографический ежегодник России. 2023: Стат. сб. / Росстат. М., 2023. 299 с.
2. Захаров С. В. Рождаемость в России: первый и второй демографический переход // Демографическое обозрение. 2023. Т. 10, № 3. С. 4–31.
3. Бирюкова С. С., Козлов В. А. Демографические исследования в современном контексте: долгосрочные тренды развития и влияния внешний шоков // Народонаселение. 2023. № 1. С. 47–59.
4. Зайцева, Н. В. Влияние мер семейной политики на рождаемость в России: оценка эффективности 2007–2020 гг. / Н. В. Зайцева, П. В. Ростовцев // Экономическая политика. — 2022. — Т. 17, № 1. — С. 32–59.
5. Архангельский, В. Н. Факторы рождаемости: монография / В. Н. Архангельский. — Москва: ТЕИС, 2006. — 431 с.
6. Народонаселение России 2022: Двадцать девятый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. С. В. Захаров. — Москва: Издательский дом Высшей школы экономики, 2023. — 328 с.

Когнитивная холодность лидера организованного преступного сообщества: объяснение тактики манипулирования Сергея Цапка через нейробиологическую модель дефицита аффективной эмпатии (миндалевидное тело/медиальная префронтальная кора)

Кирпичева Вера Викторовна, студент магистратуры
Российский государственный университет правосудия имени В. М. Лебедева (г. Москва)

В статье исследуются механизмы взаимодействия между психическими и нейронными состояниями когнитивной холодности и манипулятивных тактик, характерных для лидеров организованных преступных группировок, на примере поведенческого профиля лидера ОПГ Цапки и организатора массового убийства в станице Кущевская — Сергея Цапка.

Ключевые слова: *организованная преступность, преступное сообщество, личность лидера, криминология, нейронауки, мозг, миндалевидное тело, амигдала, медиальная префронтальная кора, МПФК, аффективная эмпатия.*

Целью является объяснение его устойчивости к моральным нормам через призму дефицита аффективной эмпатии. Анализ строится на теоретической модели, предполагающей дисфункцию вентральных отделов мозга: миндалевидного тела (отвечающего за эмоциональную реакцию на чужую боль) и медиальной префронтальной коры (МПФК) (интегрирующей эмоции и моральные суждения). Предположительно, дефицит аффективной, но сохранной когнитивной эмпатии, связанный с этой нейронной аномалией, позволял Цапку принимать хладнокровные, дегуманизирующие решения. Результаты исследования подчёркивают необходимость интеграции нейронаук в криминальную психологию для полного понимания психопатических форм поведения в криминогенной среде.

Изучение механизмов, лежащих в основе поведения лидеров организованных преступных группировок (ОПГ), является ключевым для криминологии и криминальной психологии. Лидеры, подобные Сергею Цапку, демонстрируют высокий уровень антисоциального поведения, характеризующегося не только агрессией, но и изощренной способностью манипулировать участниками своей банды и внешними фигурами (часть которых составляли коррумпированные чиновники).

Традиционный криминологический анализ часто описывает эти черты как проявления «социопатии» или «психопатии», фокусируясь на поведенческих паттернах. Однако, чтобы понять глубинные причины когнитивной холодности и её эффективность в удержании власти, необходимо обратиться к опыту нейронаук. Ведь, исследования в области антисоциального поведения показывают, что часто такие черты связаны с комбинацией биологических и социальных факторов, то есть работой головного мозга/генетикой и внешней формирующей средой. Таким образом, данная научная статья посвящена рассмотрению дефицита аффективной эмпатии как главного фактора, позволяющего лидеру организованного преступного сообщества совершать асоциальная, а в случае Цапка, часто жестокие и нелогичные поступки.

Актуальность работы заключается в демонстрации того, как предполагаемая дисфункция ключевых структур мозга — миндалевидного тела и медиальной префронтальной коры (МПФК) — обеспечивает биологическую основу для антисоциального лидерства, ярко проявившегося в случае с Сергеем Цапкой. Таким образом, интеграция нейробиологической модели в анализ криминального кейса позволяет глубже понять природу когнитивной холодности ее лидера. Для того, чтобы эффективно изучить детерминант экстремального насилия и антисоциального поведения необходима интеграция психологических и нейробиологических подходов.

Лидер организованного преступного сообщества (ОПГ) Сергей Цапок, чья деятельность достигла кульминации после массового убийства 12 человек в станице Кущёвской в 2010 году, представляет собой яркий пример когнитивной холодности, то есть способности к высокоорганизованному, циничному манипулированию и жестокости, сопровождающейся полным отсутствием аффективного отклика на страдания других. Более того, личность Цапка можно обозначить как противоречивую.

С одной стороны Цапок С. В. был уважаемым человек не только в станице Кущевской, но и на территории Краснодарского края. Его знали как мецената, предпринимателя (чье предприятие «Артекс-Агро» получало многомиллионные субсидии из государственного бюджета), депутата райсовета, кандидата социологических наук [13], отца двух детей. Однако, помимо официальной законной части жизни Сергея Цапка, следствием было установлено, что Цапок С. В. 1976 года рождения, на протяжении более 10 лет являлся лидером организованной преступной группировки, причастной к таким преступлениям как: убийства, изнасилования, причинение тяжкого вреда здоровью, вымогательства, мошенничество и т. д. [10].

Апогеем преступной деятельности банды стало массовое убийство 12 человек, включая 4 детей, в ноябре 2010 года. Преступление получило большой общественный резонанс, в том числе, из-за его жестокой немотивированной бессмысленности. Сергей Цапок был одержим идеей найти убийцу своего родного брата Николая Цапка[1]. Не имея достаточных сведений о заказчике преступления, Сергей Цапок сделал вывод, что заказчиком убийства брата был житель Кущевской Сервер Аметов, с которым тот конфликтовал с середины 1990-х гг. Однако, лидер банды был жесток не только к конкурентам по бизнесу или потенциальным убийцам брата, но и к членам собственной банды, которые находились в его прямом подчинении и полностью зависели от него. С помощью манипуляций, страха и денежных расчетов Цапок подавлял волю, и без того, асоциальных членов банды, несколько из которых (в частности, Вячеслав Рябцев) предпринимали безуспешные попытки выйти из банды [9].

Эмоциональная холодность Цапка, как я полагаю, может быть коррелирована с дисфункцией ключевых нейронных структур, ответственных за эмоциональную об-

[1] Прим.: убит в 2002 году

работку и моральное суждение, в частности, миндалевидного тела (amygdala) и медиальной префронтальной коры (mPFC) [8]. Что, в целом, свойственно носителям антисоциальных поведенческих тенденций [1], в том числе и высокофункциональным (способным на социальную реализацию). Таким образом, делая краткий вывод о ключевых отличиях поведения Цапка выделю:

– **Когнитивная холодность:** стратегическое, инструментальное использование жестокости без сопутствующей эмоциональной реакции (страха, вины, сочувствия).

– **Аффективная эмпатия:** способность чувствовать эмоции другого человека (зеркальное отражение эмоционального состояния).

– **Когнитивная эмпатия:** способность понимать мысли и намерения другого человека (интеллектуальное считывание).

Поведение Цапка, демонстрировавшее высочайший уровень когнитивной эмпатии (позволявшей эффективно манипулировать жертвами и подчиненными) при полном отсутствии аффективной эмпатии, становится предметом анализа через предложенную ниже нейромодель.

Но, для начала, более подробно рассмотрим, что представляет из себя эмпатия. Эмпатия — это многокомпонентный процесс, включающий как эмоциональные, так и когнитивные аспекты [4]. Нейробиологически этот процесс обеспечивается сложной сетью взаимодействий.

Роль миндалевидного тела (Amygdala)

Миндалевидное тело является ключевым центром обработки эмоций, особенно страха и угрозы. В контексте эмпатии миндалина активируется, когда мы наблюдаем страдание другого [2], вызывая тем самым аффективный резонанс. У людей с дефицитом аффективной эмпатии (например, у людей с выраженными антисоциальными тенденциями) наблюдается сниженная реактивность миндалины на негативные стимулы (например, выражения страха или боли), что препятствует автоматическим распознаваниям чужих эмоций. Это позволяет им рассматривать других как объекты без эмоционального учета.

Роль Медиальной Префронтальной Коры (mPFC). mPFC играет критическую роль в интеграции эмоциональной информации с когнитивными процессами [3], принятием моральных решений, а также в обработке самореферентной информации и теории разума. В частности, mPFC, взаимодействуя с островковой долей и передней поясной корой (ACC), участвует в когнитивном контроле над аффективными реакциями и формировании морального суждения. Дисфункция этой области может приводить к нарушению способности применять эмоциональные знания для формирования социально приемлемого поведения, даже если когнитивное понимание норм сохранено.

Разграничение Аффективной и Когнитивной Эмпатии. Нейробиологически эти два типа эмпатии часто отделены [5]:

Аффективная эмпатия сильно зависит от ранней активации лимбической системы (миндалина, инсула). Дефицит аффективной эмпатии, сохраняя при этом высокий уровень когнитивной эмпатии, создает идеальные условия для развития инструментальной жестокости — способности понимать, как заставить другого чувствовать, не испытывая при этом собственного дискомфорта. Когнитивная эмпатия в большей степени задействует области префронтальной коры (включая mPFC), связанные с рабочей памятью, планированием.

Психологический портрет лидера ОПГ: Поведенческие проявления «Холодности» Цапка. Лидерство в криминальной среде требует не только силы, но и специфического набора личностных черт, которые Цапок демонстрировал в полной мере.

Манипуляция и Инструментальная Агрессия. Цапок обладал исключительной способностью к инструментальной агрессии — планированию и выполнению насильственных действий как средства достижения цели (власть, деньги, устранение конкурентов). Его действия были расчетливы и лишены импульсивности, что указывает на эффективную работу префронтальных областей, отвечающих за планирование, но без тормозящего влияния аффективной сферы. При этом, парадоксально, Цапок мог срываться и проваливаться в состояние аффекта, чему могла способствовать затяжная алкогольная зависимость [11].

Отсутствие Раскаяния и Вины. Наиболее яркий маркер эмоциональной бедности — полное отсутствие видимых признаков вины [7], стыда или раскаяния, даже после совершения актов массового насилия. В частности, даже во время судебных процессов над бандой Цапок вел себя вызывающе, в том числе и по отношению к родственникам убитых [12]. С точки зрения психологии, это классический признак антисоциального расстройства личности, где нарушена способность к формированию просоциальных привязанностей и эмпатического отклика.

Иерархическая жестокость. Поведение Цапка по отношению к своим подчиненным также было репрессивным и основано на страхе, а не на лояльности. Использование жестокости для поддержания порядка и устранения потенциальных предателей свидетельствует о том, что для него люди были взаимозаменяемыми ресурсами. Этот взгляд на человеческие жизни, как на инструменты, согласуется с нейробиологической неспособностью присвоить этим «инструментам» внутреннюю эмоциональную ценность.

Интеграция: Объяснение поведения через дефицит нейронных связей. Нейробиологическая модель позволяет объяснить, как когнитивная холодность Цапка могла быть обеспечена специфическим профилем дисфункции мозга.

Сопоставление поведенческих черт и нейронной дисфункции:

Поведенческие черты Цапка	Нейробиологическая корреляция (Гипотеза)	Следствие
Отсутствие страха/вины (Холодность)	Сниженная реактивность Миндалевидного Тела (Amygdala) на стимулы, связанные со страданием или угрозой наказания.	Неспособность генерировать аффективный сигнал тревоги или дистресса при мысли о насилии, что устраняет внутренний тормоз.
Высокий уровень манипуляции	Сохранение высокой активности областей, отвечающих за Когнитивную Эмпатию (тест теории разума в префронтальной коре).	Возможность точно считывать страхи и уязвимости жертв и оппонентов для эффективного контроля.
Инструментальность насилия	Слабая функциональная связь между Миндалевидным Телом и Медиальной Префронтальной Корой (mPFC).	Эмоциональный сигнал о неприемлемости действия не достигает «центра принятия решений» (mPFC). Насилие рассматривается как чисто логистический, не обремененный эмоциями шаг.
Неспособность к раскаянию	Дисфункция mPFC, участвующей в интеграции социального контекста и саморефлексии.	Отсутствие внутреннего механизма, который бы «переоценивал» совершенное деяние с точки зрения долгосрочных социальных последствий или моральной оценки.

Специфика массового убийства в Кущёвской

Массовое убийство, требующее от исполнителя подавления естественного отвращения к акту лишения жизни стольких людей, является показательным примером. Если миндалина Цапка не реагировала адекватно на крики или вид жертв (дефицит аффективной эмпатии), то мозг функционировал в режиме чисто когнитивного планирования: устранение свидетелей, сокрытие следов, обеспечение безопасности режима. Отсутствие аффективного “шума” позволило ему сохранять максимальную концентрацию на оперативных задачах.

Заключение и выводы

Настоящая работа показала, что когнитивная холодность Сергея Цапка может быть адекватно объяснена через нейробиологическую модель дефицита аффективной эмпатии, основанную на дисфункции оси миндалевидное тело / медиальная префронтальная кора.

Тезис подтвержден: Лидерские и манипулятивные тактики Цапка, характеризующиеся экстремальной жестокостью без признаков вины, согласуются с профилем, где сохранена способность к когнитивному пониманию эмоций (для манипуляции), но отсутствует автоматический аффективный резонанс (из-за сниженной активности миндалины и нарушенной интеграции с mPFC).

Практическое значение

Применение данной нейромодели позволяет не просто классифицировать Цапка как антисоциального элемента, но и понять биологический механизм, лежащий в основе его антисоциальной эффективности.

Ограничения исследования

Главным ограничением является отсутствие прямого нейровизуализационного сканирования (МРТ, ПЭТ[2]) Сергея Цапка. Все выводы построены на экстраполяции поведенческих данных на общепринятые нейробиологические корреляты психопатии и антисоциального поведения.

Литература:

1. Антисоциальное поведение: нейропсихологические корреляты и роль неврологических факторов. — Текст: электронный // cyberleninka.ru: [сайт]. — URL: https://cyberleninka.ru/article/n/antisotsialnoe-povedenie-neyropsihologicheskie-korrelyaty-i-rol-neyrobiologicheskih-faktorov (дата обращения: 21.01.2026).
2. Ахмадеев А. В., Калимуллина Л. Б. Миндалевидный комплекс как нейроэндокринный репродуктивный центр мозга: фундаментальные закономерности структурно-функциональной организации как основа для развития прикладных разработок и новых инновационных технологий // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2016. — № 6. — С. 15–31.
3. Боголюбова, О.Н., Шестакова, А.Н. — Текст: электронный // psyjournals.ru: [сайт]. — URL: https://psyjournals.ru/journals/exppsy/archive/2015_n2/Bogolyubova_Shestakova?ysclid=mko3yzrs30884222986 (дата обращения: 21.01.2026).

[2] МРТ (магнитно-резонансная томография) и ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография)

4. Единство интеллекта и аффекта в множественной регуляции эмпатии. — Текст: электронный // cyberleninka.ru: [сайт]. — URL: https://cyberleninka.ru/article/n/edinstvo-intellekta-i-affe-kta-v-mnozhestvennoy-regulyatsii-empatii?ysclid=mko3o41kks241966215 (дата обращения: 21.01.2026).
5. Когнитивная и аффективная эмпатия: апробация опросника на российской выборке. — Текст: электронный // cyberleninka.ru: [сайт]. — URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnaya-i-affektivnaya-empatiya-aprobatsiya-oprosnika-na-rossiyskoy-vyborke?ysclid=mko46gt0bx378833528 (дата обращения: 21.01.2026).
6. Гараджаев, М. А. Нейробиологические корреляты резилентности: понимание механизмов мозга, лежащих в основе адаптивных стратегий совладания / М. А. Гараджаев, О. Д. Нияздурдыева. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2024. — № 14 (513). — С. 309–311. — URL: https://moluch.ru/archive/513/112644.
7. Психологический портрет организатора преступного сообщества. — Текст: электронный // cyberleninka.ru: [сайт]. — URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskiy-portret-organizatora-prestupnogo-soobschestva (дата обращения: 21.01.2026).
8. Роль миндалевидного тела в формировании страха и тревожности: структурно-функциональный анализ и молекулярные мишени. — Текст: электронный // naukamirowozreniya.ru: [сайт]. — URL: https://naukamirowozreniya.ru/public/202511/application/1764226280089499981/rol-mindalevidnogo-tela-v-formirovanii-straha-i-trevozhnosti-strukturno-funkcionalnyj-analiz-i-molekulyarnye-misheni.pdf (дата обращения: 21.01.2026).
9. «Записки Рябцева»: Рассказ участника резни в Кущевской. — Текст: электронный // yuga.ru: [сайт]. — URL: https://www.yuga.ru/articles/society/6567.html (дата обращения: 21.01.2026).
10. Кущевке 15 лет. — Текст: электронный // lenta.ru: [сайт]. — URL: https://lenta.ru/news/2025/11/04/kuschevke-15-let/ (дата обращения: 21.01.2026).
11. Прокуратура: Сергей Цапок лечился от хронического алкоголизма. — Текст: электронный // rg.ru: [сайт]. — URL: https://rg.ru/2013/11/12/reg-ufo/prenya-anons.html?ysclid=mko524uhz859895852 (дата обращения: 21.01.2026).
12. Родственники убитых в Кущевской: «В суде цапки ведут себя так же, как и на свободе, — по-хамски!». — Текст: электронный // kuban.kp.ru: [сайт]. —URL: https://www.kuban.kp.ru/daily/25978/2912944/?ysclid=mko59xtsjl819303852 (дата обращения: 21.01.2026).
13. Сергей Цапок: криминальная биография лидера ОПГ станицы Кущевская. — Текст: электронный // fondpp.org: [сайт]. — URL: https://fondpp.org/news/o-glavnom/sergej-capok-kriminalnaya-biografiya-lidera-opg-stanicy-kushhevskaya/ (дата обращения: 21.01.2026).

Специфика заболеваемости населения, проживающего в сельской местности

Кияков Ерлан Сагидуллаевич, студент
Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются особенности заболеваемости населения, проживающего в сельской местности, и их значение для оценки состояния общественного здоровья в контексте медико-социальных проблем. Анализируются различия в уровне и структуре заболеваемости сельского и городского населения, а также динамика основных классов заболеваний. Особое внимание уделяется распространенности хронических неинфекционных заболеваний, инфекционной патологии, болезней системы кровообращения, органов дыхания и опорно-двигательного аппарата среди сельского населения. В статье также рассматриваются проблемы раннего выявления заболеваний, профилактики и диспансеризации в сельской местности, а также меры государственной политики, направленные на снижение неравенства в состоянии здоровья и повышение доступности и качества медицинской помощи для сельского населения.

Ключевые слова: *заболеваемость населения, сельская местность, структура заболеваемости, динамика заболеваний, социально-экономические факторы, доступность медицинской помощи, профилактика, здравоохранение в сельской местности.*

Особенности заболеваемости населения, проживающего в сельской местности, являются важным объектом изучения в системе общественного здоровья и социальной медицины, поскольку состояние здоровья сельских жителей в значительной степени отражает уровень социально-экономического развития территорий, доступность медицинской помощи и эффективность профилактических мероприятий. Сельское население характеризуется особыми условиями жизни, труда и быта, которые напрямую влияют на структуру и уровень заболеваемости. В Российской Федерации доля сельского населения составляет около 25 процентов от общей численности населения,

что делает проблему сельского здоровья социально значимой и требующей комплексного анализа [4].

Общий уровень заболеваемости сельского населения традиционно ниже, чем у городских жителей, однако данный показатель не всегда объективно отражает реальное состояние здоровья. По данным официальной статистики, в 2022 году общий показатель заболеваемости сельского населения составлял около 129 700 случаев на 100 000 человек, в то время как среди городского населения этот показатель превышал 187 000 случаев на 100 000 человек. Более низкие показатели регистрируемой заболеваемости в сельской местности во многом связаны с недостаточной доступностью медицинской помощи, меньшим охватом профилактическими осмотрами и поздним обращением за медицинской помощью.

Структура заболеваемости сельского населения имеет ряд характерных особенностей. Наибольшую долю в общей структуре занимают болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, заболевания органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. Болезни органов дыхания стабильно занимают первое место и составляют до 35 процентов всех зарегистрированных случаев. Это обусловлено как климатическими условиями, так и спецификой сельского труда, связанного с воздействием пыли, аллергенов и неблагоприятных метеорологических факторов [1].

Болезни системы кровообращения занимают второе место в структуре заболеваемости и являются одной из ведущих причин временной и стойкой утраты трудоспособности, а также смертности среди сельских жителей. Уровень заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в сельской местности составляет около 16 000–18 000 случаев на 100 000 населения. Высокая распространенность данной группы заболеваний связана с возрастной структурой сельского населения, где доля лиц старше трудоспособного возраста значительно выше, чем в городах.

Заболевания органов пищеварения также занимают значительное место в структуре сельской заболеваемости и составляют около 10–12 процентов всех случаев. Распространенность данной патологии связана с особенностями питания, ограниченным доступом к качественным продуктам, употреблением пищи с высоким содержанием жиров и углеводов, а также недостаточной медицинской профилактикой [3]. Существенной особенностью заболеваемости сельского населения является высокая распространенность хронических заболеваний. Хронические патологии составляют более 60 процентов всех зарегистрированных заболеваний у сельских жителей. Это связано с поздней диагностикой, нерегулярным медицинским наблюдением и ограниченным доступом к специализированной помощи [4]. По данным медицинских наблюдений, около 40 процентов сельских пациентов с хроническими заболеваниями обращаются за медицинской помощью уже на стадии выраженных осложнений.

Возрастно-половые особенности заболеваемости сельского населения также имеют выраженную специфику. Мужчины трудоспособного возраста в сельской местности чаще страдают заболеваниями органов дыхания, травмами и болезнями костно-мышечной системы, что связано с физически тяжелыми условиями труда. Женщины чаще имеют заболевания эндокринной системы, системы кровообращения и органов пищеварения. Среди детей, проживающих в сельской местности, наиболее распространены болезни органов дыхания, инфекционные заболевания и нарушения питания. Уровень заболеваемости детей в сельских районах составляет около 160 000 случаев на 100 000 детского населения, что несколько ниже городских показателей, однако это также связано с недостаточной выявляемостью [2].

Региональные различия заболеваемости сельского населения остаются значительными. В северных и восточных регионах страны уровень заболеваемости сельского населения выше среднероссийских значений, что связано с суровыми климатическими условиями, удаленностью населенных пунктов и дефицитом медицинских кадров. В южных и центральных регионах показатели несколько ниже, однако сохраняется высокая доля хронических заболеваний [3].

Социально-экономические факторы оказывают существенное влияние на формирование заболеваемости сельского населения. По статистическим данным, уровень бедности среди сельского населения в среднем на 30–40 процентов выше, чем среди городских жителей. Это напрямую отражается на состоянии здоровья и уровне обращаемости за медицинской помощью [2]. Особое значение имеет доступность медицинской помощи в сельской местности. Обеспеченность врачами в сельских районах в 2–3 раза ниже, чем в городах. В среднем на 10 000 сельских жителей приходится около 14 врачей, тогда как в городах этот показатель превышает 35 врачей. Нехватка медицинских кадров, закрытие фельдшерско-акушерских пунктов и значительная удаленность медицинских учреждений приводят к снижению эффективности профилактики и раннего выявления заболеваний [4].

Инфекционная заболеваемость в сельской местности имеет свои особенности. С одной стороны, меньшая плотность населения способствует снижению распространения ряда инфекций. С другой стороны, ограниченный доступ к вакцинации и профилактическим осмотрам повышает риск вспышек инфекционных заболеваний. В период пандемии COVID-19 уровень зарегистрированной заболеваемости среди сельского населения был ниже, чем в городах, и составлял около 2 000 случаев на 100 000 населения в 2020 году, однако специалисты отмечают, что это во многом связано с недостаточным уровнем диагностики и тестирования [1].

Таким образом, особенности заболеваемости населения, проживающего в сельской местности, формируются под влиянием комплекса демографических, социально-экономических, медицинских и экологических факторов. Несмотря на относительно более низкие официальные показатели заболеваемости, реальное со-

стояние здоровья сельских жителей остается менее благоприятным по сравнению с городским населением. Высокая доля хронических заболеваний, выраженные региональные различия, ограниченный доступ к медицинской помощи и неблагоприятные социальные условия требуют разработки и реализации целевых программ, направленных на укрепление здоровья сельского населения и развитие первичной медико-санитарной помощи.

Литература:

1. Анализ медико-демографических показателей сельского населения / под ред. А. А. Калининской // Медицинские и демографические исследования. — 2024. — № 4. — С. 45–60.
2. Блынина С. Г. Особенности заболеваемости сельского населения Российской Федерации в условиях пандемии COVID-19: региональный аспект / С. Г. Блынина // Экология человека. — 2024. — Т. 31. — № 1. — С. 7–22.
3. Калининская А. А. Стратегические задачи противодействия рискам для здоровья сельского населения / А. А. Калининская // Вестник Национального исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко. — 2024. — № 4. — С. 89–102.
4. Калининская А. А., Лазарев А. В., Смирнов А. А., Шляфер С. И. Анализ медико-демографических показателей сельского населения Российской Федерации / А. А. Калининская [и др.] // Проблемы социальной гигиены, общественного здоровья и истории медицины. — 2024. — Т. 32. — № 6. — С. 1227–1233.

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

Копличенко Ульяна Евгеньевна, студент;
Выровщиков Евгений Сергеевич, студент;
Суханов Дмитрий Алексеевич, студент;
Агишев Данила Ильдусович, студент
Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются заболевания органов дыхания как значимая медико-социальная проблема, оказывающая существенное влияние на состояние общественного здоровья и качество жизни населения. Анализируется распространённость хронических неспецифических заболеваний лёгких и их динамика в различных возрастных группах. Оценивается влияние факторов риска, включая неблагоприятные экологические условия, табакокурение, профессиональные вредности, уровень загрязнения атмосферного воздуха и социально-экономические условия жизни. Особое внимание уделяется роли профилактики, ранней диагностики и своевременного лечения в снижении заболеваемости и предупреждении развития хронических форм заболеваний органов дыхания.

Ключевые слова: *заболевания органов дыхания, хронические неспецифические заболевания лёгких, факторы риска, экологические условия, табакокурение, профилактика, ранняя диагностика, медико-социальные аспекты.*

Болезни органов дыхания являются одной из наиболее распространённых групп заболеваний, существенно влияющих на состояние здоровья населения, экономическую активность и качество жизни людей. В структуре заболеваемости населения Российской Федерации патология дыхательной системы традиционно занимает высокие позиции среди всех классов заболеваний, оказывая значительное бремя на систему здравоохранения и общество в целом. Несмотря на предпринимаемые усилия по профилактике и лечению, хронические неспецифические заболевания лёгких (ХНЗЛ), такие как хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), хронический бронхит и бронхиальная астма, сохраняют устойчивую распространённость и представляют собой серьёзную медико-социальную проблему [1].

По данным официальной статистики, в 2024 году общее число случаев заболеваний органов дыхания в России составило более 66 миллионов человек, что отражает значительную долю населения, страдающего от данной группы патологий. В структуре этих заболеваний на хронические неспецифические болезни лёгких приходятся значительные доли диагностированных патологий, включая ХОБЛ и бронхиальную астму, что подчёркивает важность комплексного изучения и контроля данных заболеваний в условиях системы здравоохранения [2]. Общий показатель заболеваемости болезнями органов дыхания по итогам 2024 года составил 26 642,34 случая на 100 000 населения, что на 3 % ниже, чем в 2023 году, при общем снижении заболеваемости за последние годы примерно на 4,1 %. Среди прочих ХОБЛ была диагностирована у 826,5

тысячи человек, что демонстрирует сохраняющуюся нагрузку на медицинские службы и необходимость целенаправленных профилактических мер [1].

Хронические заболевания лёгких оказывают серьёзное влияние не только на здоровье пациентов, но и на социально-экономическую сферу. Они способствуют инвалидизации, утрате трудоспособности и росту затрат на медицинское обслуживание. Например, ХОБЛ занимает одно из ведущих мест среди причин инвалидности и преждевременной смертности взрослых людей в мире, и тенденции, выявленные международными исследованиями, отражаются и на российской популяции. ХОБЛ и сопутствующие хронические респираторные заболевания часто приводят к частым обострениям, длительной госпитализации и снижению качества жизни пациентов [2].

Эпидемиологические исследования в России показывают высокую распространённость симптомов хронических заболеваний дыхательной системы среди взрослого населения. Так, согласно крупному популяционному исследованию, проведённому с участием 7 164 человек из 12 регионов РФ, признаки астмы наблюдались у 25,7 % респондентов, аллергического ринита у 18,2 %, хронического бронхита у 8,6 %, а распространённость ХОБЛ среди людей с респираторными симптомами оценивалась в 21,8 %. Эти данные свидетельствуют о высокой частоте респираторных симптомов и недооцененности истинного уровня заболеваний в официальной статистике, что связано как с проблемами диагностики, так и с низкой обращаемостью пациентов за медицинской помощью [3].

Одним из ключевых факторов риска развития хронических неспецифических заболеваний лёгких является табакокурение. Международные организации, в том числе Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), выделяют курение как ведущий поведенческий фактор, способствующий развитию ХОБЛ, бронхита и других хронических патологий дыхательной системы. Согласно данным ВОЗ, значительная часть случаев ХОБЛ связана с воздействием табачного дыма, а отказ от курения остаётся наиболее эффективной мерой первичной профилактики этих заболеваний [2].

Другой важный фактор риска — загрязнение атмосферного воздуха. Высокий уровень загрязнения в промышленных зонах и городах увеличивает риск воспалительных процессов в лёгких и усугубляет течение хронических заболеваний дыхательной системы. Региональные различия в показателях заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания в России также коррелируют с уровнем загрязнённости воздуха. Так, в ряде субъектов РФ, особенно на Севере страны, отмечается значительно более высокая заболеваемость респираторной патологией по сравнению с общероссийскими показателями, что связано с особенностями климата, промышленной активности и уровнем экологической нагрузки [4].

Социально-экономические условия жизни населения также оказывают существенное влияние на распространённость и исходы хронических заболеваний лёгких. Низкий уровень дохода, ограниченный доступ к качественной медицинской помощи, недостаточный уровень информированности населения о факторах риска и мерах профилактики способствуют более тяжёлому течению заболеваний и худшим исходам. Помимо непосредственных медицинских последствий, хронические болезни лёгких ведут к снижению трудоспособности, увеличению расходов на лечение и диспансерное наблюдение, что оказывает дополнительное давление на экономику и систему социальной защиты [2].

Возраст и пол также являются значимыми детерминантами риска. ХОБЛ чаще диагностируется у лиц старшего возраста, особенно у тех, кто длительное время подвергался воздействию табачного дыма или профессиональных вредностей. Однако распространённость симптомов хронических заболеваний дыхательной системы, таких как кашель и одышка, может быть высокой и среди лиц трудоспособного возраста, что свидетельствует о необходимости раннего выявления и профилактики [2].

Современные исследования подчёркивают необходимость комплексного подхода к борьбе с медико-социальным бременем болезней органов дыхания. Ключевыми направлениями являются усиление усилий по контролю табакокурения, улучшение качества воздуха, повышение доступности медицинской помощи и диагностики, а также просвещение населения о методах профилактики. Государственные программы, такие как антитабачная политика и клинические рекомендации по диагностике и лечению ХОБЛ и бронхиальной астмы, способствуют улучшению эпидемиологической ситуации, но остаются значительные вызовы в обеспечении устойчивого снижения заболеваемости и смертности [3].

Таким образом, болезни органов дыхания, и, в частности, хронические неспецифические заболевания лёгких, остаются актуальной медико-социальной проблемой в Российской Федерации. Высокий уровень заболеваемости, тесная связь с поведенческими, экологическими и социально-экономическими факторами риска, а также значительное влияние на качество жизни населения требуют комплексных и целенаправленных мер профилактики, ранней диагностики и лечения. Только через интегрированные усилия медицинского сообщества, органов здравоохранения и общества в целом можно добиться устойчивого улучшения ситуации и снижения бремени хронических заболеваний дыхательной системы на уровне страны.

Литература:

1. Авдеев С. Н., Лещенко И. В., Айсанов З. Р. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (XOBL 2024). Клинические рекомендации / Респираторная медицина. 2025;1(2):5–16.

2. Заболеваемость взрослого населения Российской Федерации и её федеральных округах в 2016–2022 гг. / В. И. Стародубов, А. В. Поликарпов и др. // Статистика здравоохранения. — 2024. — С. 50–60.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Заболеваемость всего населения России в 2023 году с диагнозом, установленным впервые в жизни / Коллектив авторов; под ред. И. А. Деева. — М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2024. — 152 с.
4. Росстат. Здравоохранение в России 2023: статистический сборник / Федеральная служба государственной статистики РФ. — М., 2024. — 410 с.

Заболеваемость туберкулезной инфекцией до и во время пандемии COVID-19 в Оренбургской области

Кривошеева Мария Дмитриевна, студент;
Сагдиева Ралина Айратовна, студент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье представлен сравнительный анализ заболеваемости туберкулезной инфекцией до и во время пандемии COVID-19. Предположительно, условия пандемии не окажут сильного влияния на уровень заболеваемости туберкулезом в Оренбургской области, который в последние годы имел устойчивую тенденцию к снижению.

Ключевые слова: *туберкулез, COVID-19, заболеваемость, смертность, осмотр, инфекция, противотуберкулезные мероприятия.*

Введение

Туберкулез (ТБ) является значимой проблемой общественного здравоохранения как в России, так и во всем мире. Несмотря на устойчивую тенденцию к снижению заболеваемости туберкулезом последнее десятилетие, Россия по-прежнему входит в число стран с высоким уровнем туберкулеза. По данным доклада Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2023 год, Россия по абсолютному числу заболевших туберкулезной инфекцией заняла первое место в Европейском регионе. Оренбургская область исторически относится к регионам с напряженной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, что обусловлено комплексом социально-экономических факторов.

Пандемия COVID-19, начавшаяся в 2020 году, оказала разрушительное воздействие на проведение противотуберкулезных мероприятий в России, в первую очередь на организацию диагностических процедур, направленных на выявление ранней туберкулезной инфекции. Проблема выявляемости туберкулеза значительно повлияла на статистические показатели заболеваемости данной инфекцией и смертности. Именно поэтому влияние коронавирусной инфекции на заболеваемость туберкулезом в Оренбургской области является актуальной проблемой, которая имеет большую медико-социальную значимость.

Целью данного исследования будет являться сравнительный анализ статистических показателей заболеваемости ТБ и смертности от данной инфекции в периоды с 2015–2019 и с 2020–2024 годов и выявление зависимости пандемии COVID-19 на распространенность туберкулезной инфекции в Оренбургской области.

Материалы и методы

В процессе исследования мы использовали литературно-аналитический и обобщающий методы.

Нами были изучены 5 публикаций из научных медицинских баз данных Google Scholar, найденные, по ключевым словам, «туберкулез», «COVID-19», «заболеваемость», «статистика» в различных комбинациях на русском языке. Проанализированы статистические данные из единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС).

Для анализа динамики распространенности туберкулезной инфекцией мы использовали следующие показатели:

— охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез
— заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза на 100 тыс. населения
— смертность от туберкулеза

Все необходимые расчеты были произведены в прикладной программе Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Туберкулез (ТБ) — хроническое инфекционное бактериальное заболевание, вызываемое бактериями *Mycobakterium tuberculosis.* ТБ на сегодняшний день является значимой проблемой для российского общественного здравоохранения.

В России в структуру общего показателя заболеваемости ТБ входят заболеваемость ТБ пациентов, выявленных во время скрининга, направленного на раннее выявление ТБ среди населения (осмотры); заболеваемость ТБ пациентов на 100 тыс. населения, а также заболеваемость ТБ, диагностированная посмертно [5].

В новых условиях — условиях пандемии, своевременная диагностика и лечение больных COVID-19 было приоритетным, что непосредственно оказало влияние на выявление туберкулезной инфекции, ее распространенность и лечение данного заболевания.

До пандемии для диагностики туберкулезной инфекции использовались: микробиологическое и молекулярно-генетическое исследования мокроты, лучевое обследование органов грудной клетки. Но существующая необходимость проведения эпидемических мероприятий потребовала ограничений не только по проведению скрининга туберкулезной инфекции, но и по количеству профилактических осмотров на ТБ. (*Рисунок 1*)

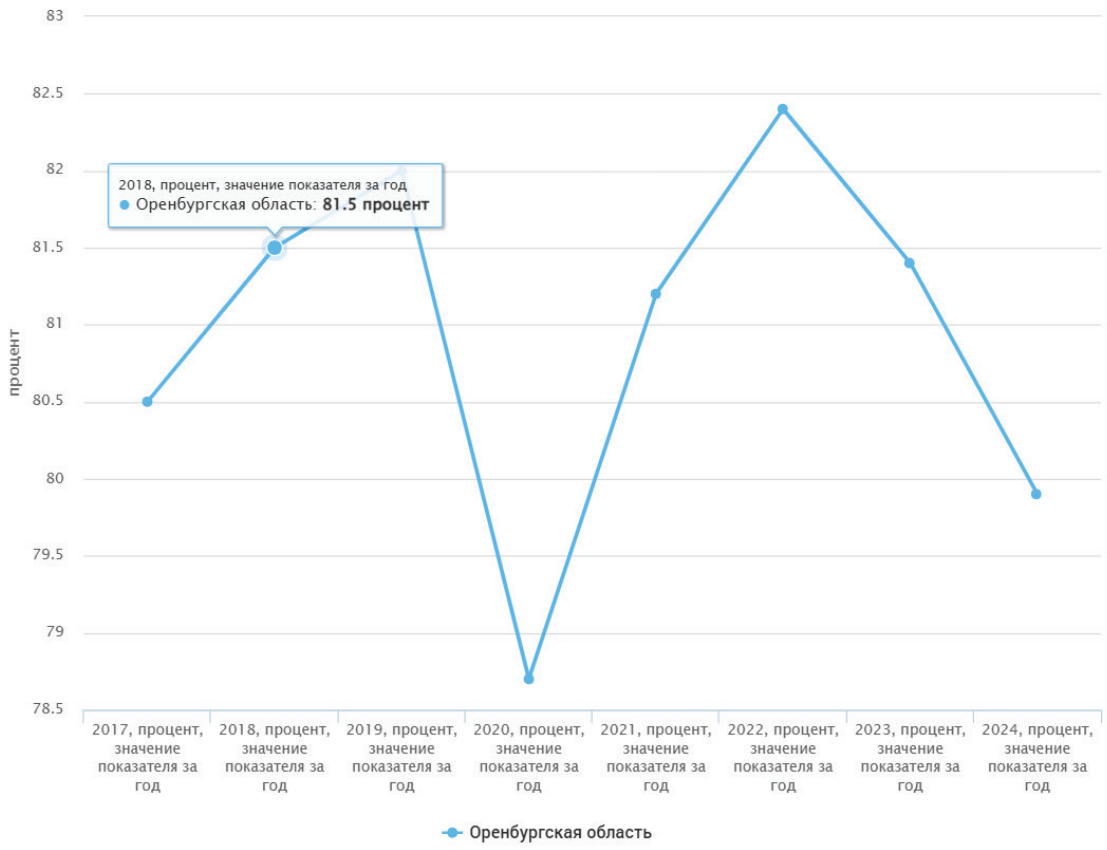

Рис. 1. **Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез в Оренбургской области**

Начиная с 2017 года доля населения, охваченная осмотрами, стабильно увеличивалась и составила в 2019 году 82 %. Самое малое количество осмотров было сделано в 2020 году, во время начала пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, тогда доля населения, охваченная осмотрами, составила 78,7 %. Средний показатель за 2017–2019 год составил 81,3 % доли населения, а за 2020–2024 год — 80,7 %, что на 0,0075 % меньше показателя за предыдущий период. (*Таблица 1*)

Таблица 1. **Количество профилактических осмотров на туберкулез в Оренбургской области**

	Год							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез (*значение показателя за год в %)*	80,5	81,5	82	78,7	81,2	82,4	81,4	79,9
	81,3			80,7				

За период 2014–2019 года заболеваемость ТБ на 100 тыс. населения имела тенденцию к снижению. (*Рисунок 2*)

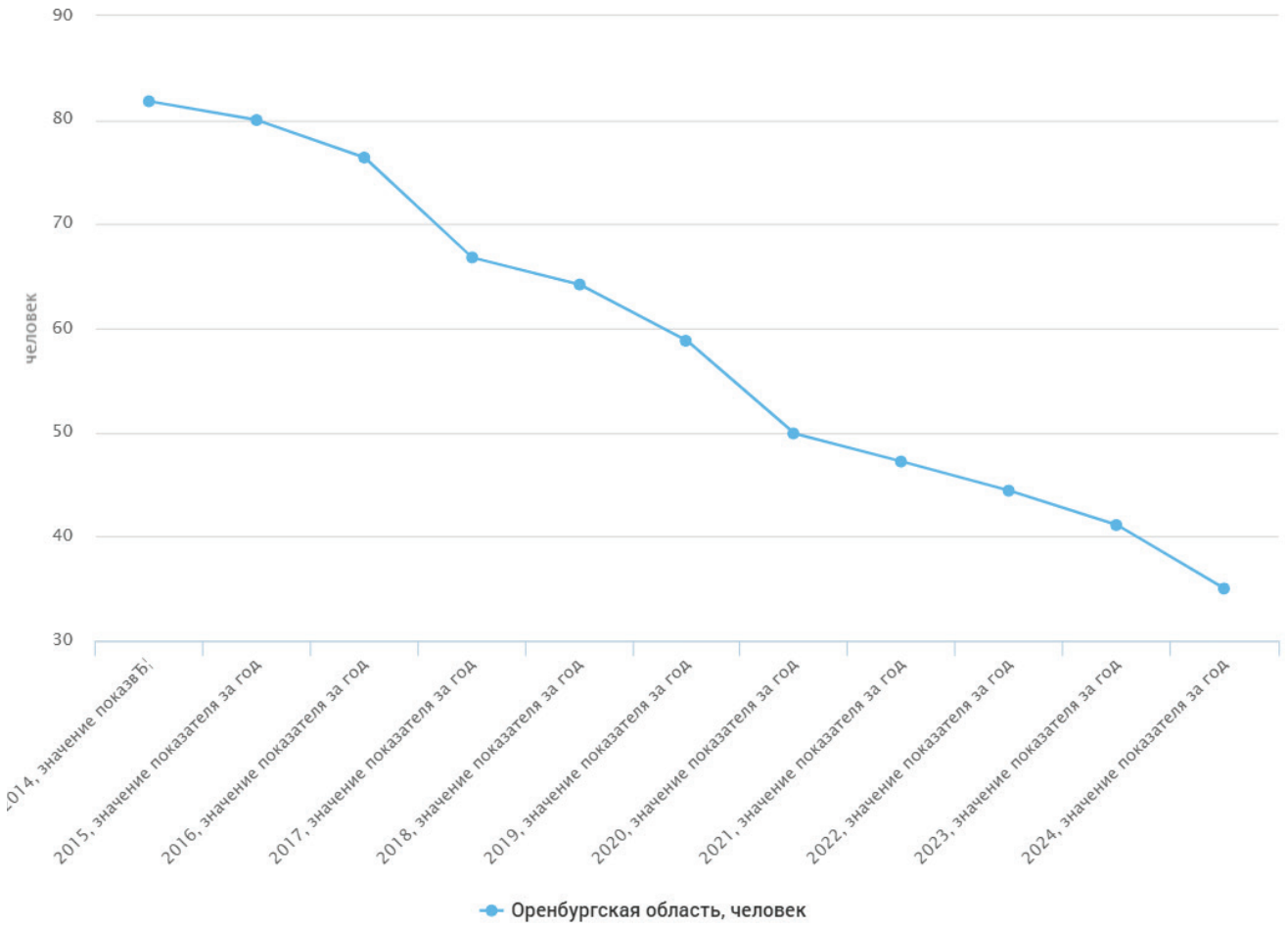

Рис. 2. **Заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза на 100 тыс. населения в Оренбургской области**

Темпы снижения находились в пределах от 81,8 до 35 тыс. человек на 100 тыс. населения. В 2020 году наблюдался резкий спад численности людей с заболеваемостью ТБ, что составило 49,9 тыс. человек. В 2024 году данный показатель составил — 35 тыс. человек. Средний показатель за 2020–2024 год — 43,5 тыс. человек на 100 тыс. населения, что на 39 % меньше, чем за период 2014–2019 год. (*Таблица 2*)

Таблица 2. **Заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза на 100 тыс. населения в Оренбургской области**

Год	Заболеваемость ТБ на 100 тыс. населения (человек)	Средний показатель за период
2014	81,8	71,3
2015	80	
2016	76,4	
2017	66,8	
2018	64,2	
2019	58,8	
2020	49,9	43,5
2021	47,2	
2022	44,4	
2023	41,1	
2024	35	

Заболеваемость ТБ, диагностированная посмертно, также снижалась и в 2022 году составила 5,6 тыс. человек. Средний показатель смертности от ТБ за период 2020–2022 год составил 6,43 тыс. человек, что на 23 % меньше, чем за 2014–2019 год в среднем значении. (*Таблица 3*)

Таблица 3. **Смертность от туберкулеза в Оренбургской области**

Год	Смертность от ТБ за год (человек)	Средний показатель за период (человек)
2014	10,9	8,37
2015	10,3	
2016	7,7	
2017	7,3	
2018	6,9	
2019	7,1	
2020	6,7	6,43
2021	7	
2022	5,6	

Проанализировав эпидемиологическую ситуацию ТБ в Оренбургской области, мы сделали следующие выводы:

1. Среднее количество осмотров уменьшилось во времена пандемии коронавирусной инфекции, что привело к снижению доли населения, охваченного профилактическими осмотрами на ТБ в Оренбургской области.
2. Показатели заболеваемости до и во время пандемии COVID-19 на 100 тыс. населения имели устойчивую тенденцию к снижению. По нашему предположению, на это могли повлиять: меньшее количество профилактических осмотров на ТБ и комплексная диагностика на COVID-19 И ТБ при поступлении пациентов с заболеваниями легких.
3. Смертность от ТБ в Оренбургской области к 2022 году значительно снизилась и составила 5,6 тыс. человек за год.
4. Наблюдается положительная динамика роста заболеваемости ТБ и уровня смертности от туберкулезной инфекции в Оренбургской области.

Заключение

Влияние пандемии COVID-19 на систему активного выявления больных туберкулезом в Российской Федерации было интенсивным, но кратковременным. Пандемия внесла разрушительные изменения в работу противотуберкулезных служб. Но не смотря на затруднительное эпидемиологическое положение, устойчивая тенденция к снижению заболеваемости ТБ и смертности от данного заболевания сохранилась, что говорит о качественной работе лечебных учреждений и противотуберкулезных служб.

Литература:

1. Боботина Н. А., Меньшова О. Н. Эпидемиологические аспекты заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации // Наука молодых — Eruditio Juvenium. 2023. № 4.
2. Васильева И. А., Тестов В. В., Стерликов С. А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в годы пандемии COVID-19–2020–2021 гг. // Туберкулёз и болезни лёгких. — 2022. — Т. 100, № 3. — С. 6–12.
3. Кульчавеня Е. В. Внелегочный туберкулез во время пандемии COVID-19: особенности выявления и течения. Consilium Medicum. 2021; 23 (7): 585–589.
4. Михайлова Ю. В., Стерликов С. А., Михайлов А. Ю. Оценка последствий влияния пандемии COVID-19 на систему активного выявления случаев туберкулёза в Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2023; 69(4):1.
5. Стародубов В. И., Цыбикова Э. Б., Котловский М. Ю., Лапшина И. С. Заболеваемость туберкулезом в России в период до и во время пандемии COVID-19 // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2023. Т. 12, № 3. С. 18–25.

Изучение факторов риска и состояния здоровья у студентов младших курсов медицинского вуза

Куликова Наталья Анатольевна, студент магистратуры
Научный руководитель: Афонина Наталья Александровна, кандидат медицинских наук, доцент
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

В статье представлены результаты исследования вегетативного статуса и функционального состояния сердечно-сосудистой системы в условиях покоя у студентов младших курсов медицинского вуза методом кардиоинтервалографии (КИГ). В исследовании приняли участие 120 практически здоровых студентов 2 курса в возрасте 18–20 лет. Проведена оценка исходного вегетативного баланса по спектральным и временным показателям вариабельности сердечного ритма (ВСР). Установлено преобладание исходного симпатического тонуса у 42 % обследованных, что свидетельствует о напряжении регуляторных систем. Эйтония выявлена у 35 %, ваготония — у 23 % студентов. Низкие значения общего спектра мощности (SDNN, TP) у значительной части студентов-медиков указывают на снижение адаптационного потенциала. Результаты отражают высокий уровень психоэмоционального напряжения и наличие нарушения вегетативного баланса у студентов-медиков на начальном этапе обучения.

Ключевые слова: *кардиоинтервалография, вариабельность сердечного ритма, студенты-медики, медицинский вуз, вегетативная нервная система, адаптация, симпатикотония, покой.*

Введение

Начальный период обучения в высшем учебном заведении является критическим этапом социально-психологической и физиологической адаптации. Для студентов медицинских вузов этот процесс усугубляется спецификой образовательной среды, характеризующейся высокой интенсивностью учебной нагрузки, необходимостью усвоения большого объема информации, ранним погружением в профессиональную тематику, что предъявляет повышенные требования к регуляторным системам организма [1, 2].

Ключевую роль в процессе адаптации играет вегетативная нервная система (ВНС), обеспечивающая гомеостаз и адаптационную реакцию на стрессогенные воздействия. Нарушения вегетативного баланса являются ранним маркером дезадаптации и могут предшествовать развитию донозологических состояний и сердечно-сосудистых заболеваний [3]. Одним из наиболее объективных и неинвазивных методов оценки состояния вегетативной регуляции является анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР), или кардиоинтервалография [4]. Метод основан на оценке вариабельности длительности последовательных кардиоинтервалов и позволяет количественно определить вклад симпатического и парасимпатического отделов ВНС в регуляцию сердечной деятельности, а также оценить общий адаптационный потенциал организма [5].

Исследование исходного вегетативного статуса в условиях физиологического покоя представляет особую ценность, так как отражает базовый уровень нейрогуморальной регуляции. Данные ВСР у студентов-медиков в состоянии покоя в начале их профессионального пути остаются недостаточно систематизированными, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: оценить факторы риска и состояние здоровья у студентов младших курсов медицинского вуза используя метод кардиоинтервалографии в условиях покоя.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 120 студентов 2 курса лечебного и педиатрического факультетов в возрасте 19–20 лет (средний возраст — 19,8±0,8 года), из них 25 мужчин и 95 женщин. Критерии включения: добровольное информированное согласие, отсутствие диагностированных хронических заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем по данным анкетирования и анамнеза. Критерии исключения: острые заболевания на момент обследования, прием лекарственных средств, влияющих на вегетативный тонус или сердечный ритм.

Оценка ВСР проводилась методом кардиоинтервалографии на аппаратно-программном комплексе «Варикард» (РАМЕНА, Россия) [4, 5]. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом РязГМУ Минздрава России (протокол ЛЭК № 14 от 11.04.2021 года).

Запись осуществлялась в первом стандартном отведении в течение 5 минут в положении сидя, в состоянии спокойного бодрствования, в утренние часы (9:00–11:00), после 15-минутного адаптационного периода. Обстановка соответствовала условиям сенсорного покоя.

Анализируемые показатели:

— Временные показатели: SDNN (мс) — стандартное отклонение всех нормальных интервалов NN (интегральный показатель общего спектра ВСР), RMSSD (мс) (отражает активность парасимпатического звена), pNN50 (%) — доля последовательных интервалов NN, различающихся более чем на 50 мс.

— Спектральные показатели (рассчитанные методом быстрого преобразования Фурье): TP (мс^2) — общая мощность спектра (полная дисперсия); мощность в диапазоне

HF (0,15–0,40 Гц, мс²) — высокочастотный компонент, маркер активности парасимпатической (вагусной) системы; мощность в диапазоне LF (0,04–0,15 Гц, мс²) — низкочастотный компонент, связанный преимущественно с симпатической активностью и барорефлекторной регуляцией; мощность в диапазоне VLF (0,003–0,04 Гц, мс²) — очень низкочастотный компонент, отражающий влияние вышележащих центральных контуров регуляции и гуморальных факторов; LF/HF — индекс вегетативного баланса (соотношение симпатической и парасимпатической активности).

— Индекс напряжения регуляторных систем (ИН, усл. ед.), рассчитываемый по методу Р. М. Баевского как показатель централизации управления ритмом сердца [5].

Статистический анализ данных проводился с использованием программы Statistica 12. Первичная проверка распределения количественных данных на нормальность проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Поскольку большинство показателей ВСР имели распределение, отличное от нормального, для последующего анализа были применены непараметрические методы. Данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха [Q1-Q3]. Для оценки силы и направления связи между отдельными показателями ВСР использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Анализ показателей ВСР в состоянии покоя позволил выделить три типологические группы студентов в зависимости от исходного вегетативного тонуса, определяемого по индексу LF/HF и согласующимся с ним временным и спектральным характеристикам.

Распределение по типам вегетативной регуляции:

— Группа с исходной симпатикотонией (LF/HF > 2.0): 50 человек (41,7 %).

— Группа с эйтонией (вегетативным балансом) (LF/HF в диапазоне 0,5–2,0): 42 человека (35,0 %).

— Группа с исходной ваготонией (LF/HF < 0.5): 28 человек (23,3 %).

Сравнительный анализ показателей ВСР между тремя группами с использованием критерия Краскела-Уоллиса выявил статистически значимые различия ($p < 0,001$) по всем изучаемым параметрам. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. **Сравнительный анализ показателей вариабельности сердечного ритма у студентов с разным типом вегетативного тонуса (Me [Q1-Q3])**

Показатель	Симпатикотония (n=50)	Эйтония (n=42)	Ваготония (n=28)	p-уровень
SDNN, мс	43,5 [34,8–52,1]	67,9 [58,2–81,4]	84.2 [72,5–98,3]	<0,001
RMSSD, мс	21,8 [15,9–28,5]	44.8 [33.1–56,2]	67,5 [52,4–79,8]	<0,001
pNN50, %	4,8 [1.9–9,5]	18.5 [12.3–24,8]	31,8 [24,2–39,5]	<0,001
TP, мс²	1850 [1420–2350]	2850 [2300–3450]	3650 [2950–4450]	<0,01
LF, мс²	950 [720–1180]	630 [480–810]	405 [280–540]	<0,01
HF, мс²	265 [188–350]	605 [430–790]	920 [710–1150]	<0,001
LF/HF, у.е	3.6 [2.7–4.4]	1.0 [0,7–1.3]	0.4 [0.3–0.5]	<0,001
ИН, у.е	185 [156–225]	88 [70–110]	52 [38–68]	<0,001

Примечание: p — **уровень указывает на значимость различий между тремя группами.**

Пост-хок анализ с поправкой Данна подтвердил наличие достоверных различий ($p < 0,05$) между всеми парами групп (симпатикотония-эйтония, симпатикотония-ваготония, эйтония-ваготония) по показателям RMSSD, pNN50, HF, LF/HF и ИН.

Для SDNN и TP значимые различия наблюдались между группами симпатикотонии и ваготонии, а также между группами симпатикотонии и эйтонии, но не между группами эйтонии и ваготонии. Для показателя LF были выявлены значимые различия между группой симпатикотонии и двумя другими группами.

Корреляционный анализ по Спирмену в общей выборке (n=120) выявил ожидаемые сильные статистически значимые связи: положительную корреляцию между показателями парасимпатического звена (RMSSD, HF, pNN50; $\rho = 0,82–0,91$, $p < 0,001$) и отрицательную корреляцию между индексом напряжения (ИН) и общей мощностью спектра (TP) ($\rho = -0,76$, $p < 0,001$).

Обсуждение

Результаты кардиоинтервалографического исследования выявили значительную неоднородность и выраженное напряжение вегетативной регуляции у значительной части студентов младших курсов медицинского вуза в состоянии покоя.

Довольно высокий процент студентов с исходной симпатикотонией является тревожным фактом. Данный тип регуляции характеризуется повышенным индексом LF/HF, высокими значениями ИН и сниженными показателями парасимпатической активности (RMSSD, pNN50, HF). Это прямо указывает на состояние напряжения адап-

тационных механизмов, что согласуется с данными многочисленных исследований, связывающих симпатикотонию в покое с высоким уровнем тревожности и академического стресса у студентов [6, 7]. Подобный вегетативный профиль рассматривается как неблагоприятный прогностический признак, ассоциированный с повышенным риском развития артериальной гипертензии и других дисрегуляторных расстройств в молодом возрасте [8].

Важным индикатором является снижение общих резервов адаптации, о чем свидетельствуют низкие значения интегральных показателей SDNN и TP почти у половины обследованных (45,8 %). Согласно концепции Р. М. Баевского, снижение общей мощности спектра ВСР отражает уменьшение функциональных резервов организма и возрастание роли центральных механизмов регуляции в ущерб автономным, что характерно для состояния напряженной адаптации [5]. Повышенный средний индекс напряжения в общей выборке также подтверждает этот вывод.

Выявленная группа студентов с исходной ваготонией (23,3 %) требует отдельного рассмотрения. Хотя повышенный парасимпатический тонус в покое традиционно ассоциируется с состоянием релаксации и хорошими функциональными возможностями, в контексте адаптации к интенсивной умственной деятельности он может сопровождаться повышенной утомляемостью, астенизацией и снижением общей реактивности, что отмечается в работах, посвященных вегетативному обеспечению учебной деятельности [9]. Необходимо также учитывать возможность конституционального (исходного) преобладания вагусных влияний у части лиц.

Полученные данные хорошо согласуются с результатами исследований, демонстрирующих негативное влияние факторов учебного процесса в медицинском вузе на вегетативный гомеостаз. В частности, В. И. Павлова и соавторы отмечали значительное повышение симпатической активности и индекса напряжения у студентов-медиков в период повышенных учебных нагрузок [10]. Наши результаты показывают, что состояние напряжения регуляторных систем может сохраняться и в фоновых условиях, что подчеркивает хронический характер адаптационного стресса.

Также для подтверждения выводов о динамике адаптационного процесса необходим лонгитюдный дизайн наблюдения.

Необходимо отметить ограничения исследования. Поперечный дизайн не позволяет установить причинно-следственные связи и проследить динамику вегетативного статуса у конкретного студента. Не оценивалось прямое влияние факторов образа жизни (сон, питание, физическая активность), а также не проводилось изучение параметров психоэмоционального статуса (уровня личностной тревожности, депрессии) методами валидизированных опросников для установления корреляционных связей. В дальнейших исследованиях возможно проведение лонгитюдного мониторинга ВСР в сочетании с оценкой психологического статуса и академической нагрузки.

Заключение

1. Кардиоинтервалографический анализ в состоянии покоя выявил преобладание неблагоприятного симпатикотонического типа вегетативной регуляции у 41,7 % студентов младших курсов медицинского вуза, что является объективным маркером хронического психоэмоционального напряжения и напряженной адаптации к учебному процессу.
2. У 45,8 % обследованных выявлено снижение общих адаптационных резервов, о чем свидетельствуют низкие значения интегральных показателей вариабельности сердечного ритма (SDNN, TP) и повышенный индекс напряжения регуляторных систем.
3. Полученные результаты обосновывают необходимость мониторинга вегетативного статуса у студентов-медиков на ранних этапах обучения как важного компонента системы охраны их здоровья. Своевременное выявление признаков вегетативной дезадаптации должно служить основанием для разработки и внедрения индивидуальных и групповых профилактических программ, направленных на оптимизацию режима труда и отдыха, обучение техникам стресс-менеджмента, коррекцию двигательной активности и психологическое сопровождение.

Полученные результаты подчеркивают необходимость внедрения программ психофизиологической профилактики и мониторинга функционального состояния студентов-медиков с первых курсов для предупреждения дезадаптации и сохранения здоровья будущих врачей.

Литература:

1. Агаджанян Н. А., Баевский Р. М., Берсенева А. П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. — М.: Издательство РУДН, 2006. — 284 с.
2. Р. М. Бердиев, В. А. Кирюшин, Т. В. Моталова, Д. И. Мирошникова. Состояние здоровья студентов-медиков и факторы его определяющие // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2017. Т. 25, № 2. С. 303–315.
3. Юдина М. А., Дык В. Е., Мокашева Е. Н., Мокашева Е. Н. Взаимосвязь уровня психофизиологической реакции на стресс и адаптационного потенциала студентов-медиков // European Journal of Natural History. 2021. № 3. С. 33–36;
4. Heart rate variability: standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // Circulation. — 1996. — Vol. 93 (5). — P. 1043–1065.

5. Баевский Р. М., Иванов Г. Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2001. — № 3. — С. 106–127.
6. Berntson G. G., Bigger J. T., Eckberg D. L. et al. Heart rate variability: origins, methods, and interpretive caveats // Psychophysiology. — 1997. — Vol. 34 (6). — P. 623–648.
7. Зашихина В. В., Цыганок Т. В. Психофизиологические аспекты адаптации студентов вузов // Фундаментальные исследования. 2014. № 2. С. 64–68.
8. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. — М.: МИА, 2003. — 752 с.
9. Михайлов В. М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения. Учебное пособие. — Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2002. — 200 с.
10. Пузырев В. Г., Ситдикова Д. И., Хузиханов Ф. В., Михайлова С. А., Иванова М. К., Ахметов А. М., Ситдикова А. В., Малеев М. В. Изучение показателей вегетативного гомеостаза у студентов высших учебных заведений // Практическая медицина. — 2024. — Т. 22, № 4. — С. 151–154.

Медико-социальные аспекты хронических неспецифических заболеваний легких: анализ факторов риска

Ленкова Дарья Васильевна, студент;
Макенова Самира Исатаевна, студент;
Матросова София Денисовна, студент
Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент
Оренбургский государственный медицинский университет

Статья посвящена комплексному анализу болезней органов дыхания как значимой медико-социальной проблемы современного общества. Рассматривается эпидемиологическая ситуация с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), к которым относятся хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, профессиональные заболевания легких и другие, наносящие существенный урон общественному здоровью и экономике.

Особое внимание уделяется детальному разбору факторов риска развития ХНЗЛ, которые классифицированы на модифицируемые и немодифицируемые. На основе современных статистических данных и научных публикаций обосновывается необходимость реализации комплексных профилактических программ на популяционном и индивидуальном уровнях для снижения бремени данной группы патологий. Статья подчеркивает, что эффективное противодействие ХНЗЛ требует межсекторального взаимодействия системы здравоохранения, социальной защиты, экологического контроля и усилий самого индивида.

Ключевые слова: *хронические неспецифические заболевания легких, ХОБЛ, бронхиальная астма, медико-социальная проблема, факторы риска, табакокурение, загрязнение воздуха, профилактика.*

Актуальность темы обусловлена исключительно высоким распространением и тяжелыми последствиями болезней органов дыхания, в особенности их хронических форм. В глобальном масштабе респираторные заболевания входят в число ведущих причин заболеваемости, инвалидизации и смертности. По данным Глобального исследования бремени болезней (Global Burden of Disease Study), ХОБЛ является третьей по значимости причиной смерти в мире, а бронхиальная астма остается одним из самых частых хронических заболеваний у детей и взрослых. В Российской Федерации ситуация остается напряженной: показатели заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания устойчиво высоки, а прямые и косвенные экономические потери (стоимость лечения, выплаты по нетрудоспособности, снижение производительности труда) исчисляются сотнями миллиардов рублей ежегодно. ХНЗЛ трансформируют жизнь пациента, приводя к прогрессирующему снижению качества жизни, социальной дезадаптации и зависимости от системы здравоохранения, что и формирует их многогранную медико-социальную сущность.

Цель статьи: провести анализ болезней органов дыхания, в частности хронических неспецифических заболеваний легких как медико-социальной проблемы и систематизировать современные знания о ключевых факторах риска их развития.

Задачи:

1. Охарактеризовать медико-социальные аспекты ХНЗЛ (эпидемиология, экономическое бремя, влияние на качество жизни).
2. Систематизировать и детально описать основные модифицируемые и немодифицируемые факторы риска ХНЗЛ.
3. Обосновать приоритетность профилактических мер в снижении бремени респираторной патологии.

Медико-социальная проблема — это состояние, при котором широкое распространение определенного заболевания наносит ущерб не только здоровью населения, но и социально-экономическому развитию общества. ХНЗЛ полностью соответствуют этому определению [3].

Согласно отчетам Минздрава России и Росстата, болезни органов дыхания стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости населения, составляя около 20–25 % всех регистрируемых случаев [5]. В 2022–2024 гг. отмечался рост заболеваемости хроническими болезнями нижних дыхательных путей. ХОБЛ, по экспертным оценкам, страдает не менее 8–10 млн россиян, однако реальная распространенность может быть выше из-за гиподиагностики на ранних стадиях. Бронхиальная астма диагностирована более чем у 1.5 млн человек, при этом уровень контролируемой астмы остается недостаточным. Высокая распространенность ведет к значительному числу госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи и дней временной нетрудоспособности.

Бремя ХНЗЛ складывается из прямых и непрямых затрат. Прямые затраты включают стоимость лекарственной терапии (особенно дорогостоящих биологических препаратов при тяжелой астме), кислородотерапии, стационарного лечения, реабилитации [4]. Непрямые затраты связаны с потерей рабочего времени, досрочным выходом на инвалидность (при ХОБЛ — в трудоспособном возрасте), снижением продуктивности труда. Пациент с тяжелой формой ХОБЛ или неконтролируемой астмой зачастую не может выполнять даже простые бытовые задачи, что приводит к зависимости от родственников и социальных служб. Семья такого пациента также несет психологическую и финансовую нагрузку. На государственном уровне это выражается в выплате пенсий по инвалидности и необходимости организации специализированной помощи.

ХНЗЛ приводят к прогрессирующему ограничению физической активности из-за одышки, приступов удушья, кашля. Это вызывает социальную изоляцию, тревожные и депрессивные расстройства. Снижается социальная и профессиональная активность, что формирует порочный круг, усугубляющий течение болезни. Таким образом, ХНЗЛ не просто сокращают продолжительность жизни, но и значительно ухудшают ее качество на протяжении многих лет [6].

Факторы риска ХНЗЛ можно разделить на немодифицируемые (те, на которые нельзя повлиять) и модифицируемые (поддающиеся коррекции). Успех профилактики напрямую связан с воздействием на последние. Немодифицируемые факторы:

1) Наследственная предрасположенность: наиболее изучена роль генетики в развитии бронхиальной астмы (атопия, гиперреактивность бронхов) и некоторых редких форм ХОБЛ (дефицит альфа-1-антитрипсина). Наличие заболевания у близких родственников увеличивает индивидуальный риск.

2) Распространенность ХОБЛ значительно возрастает после 40 лет, достигая пика в старших возрастных группах. В традиционной статистике мужчины болели ХОБЛ чаще, однако в последние десятилетия рост заболеваемости среди женщин, связанный с увеличением распространенности курения среди них, нивелирует эту разницу.

3) Внутриутробное развитие и низкий вес при рождении. Нарушение развития легких во внутриутробном периоде и в раннем детстве является фактором риска снижения функции легких и развития ХОБЛ в будущем.

Модифицируемые факторы (ключевая мишень для профилактики):

Табакокурение: безусловно, ведущий фактор риска ХОБЛ (ответственен за 80–90 % случаев) и важный триггер астмы. Вред наносит как активное, так и пассивное курение. Новым вызовом стало распространение электронных систем доставки никотина (вейпы) и систем нагревания табака, долгосрочное влияние которых на развитие ХНЗЛ активно изучается, но уже сейчас они рассматриваются как опасные для респираторного здоровья [1].

Загрязнение воздуха. Включает:

1) Атмосферное загрязнение: взвешенные частицы (PM2.5, PM10), диоксид азота, озон, продукты сгорания топлива. Длительное воздействие связано с развитием астмы у детей и взрослых, обострениями ХОБЛ, снижением функции легких. По данным ВОЗ, 99 % населения мира дышит воздухом, превышающим нормы по содержанию загрязнителей.

2) Загрязнение воздуха внутри помещений: продукты сгорания биотоплива при готовке пищи и отоплении в плохо вентилируемых помещениях (актуально для сельской местности в ряде регионов мира и России), табачный дым, летучие органические соединения от строительных материалов, плесень, аллергены (клещи домашней пыли, шерсть животных). Это мощный фактор развития и обострения респираторных заболеваний.

3) Профессиональные вредности: контакт с промышленной пылью (угольной, кремниевой, асбестовой), химическими парами, аэрозолями, газами является причиной профессиональной астмы, хронического бронхита, пневмокониозов и вносит существенный вклад в развитие ХОБЛ. Миллионы рабочих во всем мире подвергаются этим рискам.

4) Респираторные инфекции в детском возрасте и рецидивирующие инфекции: частые бронхиты, пневмонии, перенесенные в детстве, могут предрасполагать к хронической бронхолегочной патологии во взрослой жизни. У взрослых инфекции являются частыми триггерами обострений ХОБЛ и астмы.

5) Низкий социально-экономический статус: является комплексным фактором, включающим повышенную вероятность воздействия профессиональных вредностей, проживания в экологически неблагополучных районах, плохого питания, ограниченного доступа к качественной медицинской помощи и, как следствие, поздней диагностики. Этот фактор тесно связан со всеми остальными.

Болезни органов дыхания, в особенности хронические неспецифические заболевания легких, представляют собой серьезную медико-социальную проблему XXI века. Их высокая распространенность, прогрессирующий

характер, тяжелые последствия в виде инвалидизации и смертности, а также колоссальное социально-экономическое бремя диктуют необходимость пересмотра подходов к борьбе с этими патологиями.

Как показывает анализ, в основе эпидемии ХНЗЛ лежит воздействие комплекса факторов риска, большинство из которых являются модифицируемыми. Табакокурение, загрязнение воздуха (как атмосферного, так и внутри помещений), профессиональные вредности и последствия респираторных инфекций составляют ядро проблем, на которые необходимо воздействовать [2, 7].

Таким образом, стратегия снижения бремени ХНЗЛ должна быть комплексной и многоуровневой. Она не может ограничиваться только усилиями системы здравоохранения, направленными на раннюю диагностику и эффективное лечение. Необходима консолидация усилий на государственном уровне: реализация последовательной антитабачной политики, ужесточение экологических стандартов и контроль за их соблюдением, совершенствование охраны труда, развитие программ первичной и вторичной профилактики, информирование населения о рисках. Только такой междисциплинарный и межсекторальный подход позволит изменить траекторию роста заболеваемости ХНЗЛ, улучшить качество жизни миллионов пациентов и снизить связанные с этими заболеваниями экономические потери для общества.

Литература:

1. Авдеев, С. Н. Хроническая обструктивная болезнь легких в Российской Федерации: время прийти к консенсусу / С. Н. Авдеев // Пульмонология. — 2023. — Т. 33, № 1. — С. 7–16.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (GOLD 2024 Report) [Электронный ресурс]. — URL: https://goldcopd.org/ (дата обращения: 12.01.2026).
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA 2024) [Электронный ресурс]. — URL: https://ginasthma.org/ (дата обращения: 11.01.2026).
4. Загрязнение воздуха и здоровье органов дыхания: информационный бюллетень ВОЗ [Электронный ресурс]. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2023. — URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets (дата обращения: 09.01.2026).
5. Здравоохранение в России. 2023: Статистический сборник / Росстат. — М., 2023. — 171 с.
6. Состояние санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году: Государственный доклад / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. — М., 2023. — 300 с.
7. Чучалин, А. Г. Респираторная медицина: руководство: в 3 т. / А. Г. Чучалин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — Т. 1. — 800 с.

ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема (на примере Оренбургской области)

Лукин Даниил Евгеньевич, студент
Научный руководитель: Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В данной статье автор анализирует структуру и динамику заболеваемости населения в Оренбургской области, Приволжском федеральном округе и Российской Федерации. Также рассматривается ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема, затрагивающая не только медицинскую сферу, но и социальные аспекты жизни общества.

Ключевые слова: *ВИЧ, инфекции, Оренбургская область, динамика, заболеваемость.*

Актуальность: Заболеваемость ВИЧ-инфекцией на сегодняшний день является важной медико-социальной проблемой, затрагивающая все общество в целом и является одной из наиболее серьезных угроз для социального благополучия и развития населения. Сложности в диагностике, отсутствие симптомов на ранних стадиях, продолжительный серонегативный период, отсутствие должного полового воспитания подростков — все это делает ВИЧ-инфекцию одной из важнейших общественных проблем.

Эффективная борьба с ВИЧ-инфекцией предусматривает непрерывное обновление профилактических и терапевтических программ, целью которых является уменьшение новой заболеваемости, повышение продолжительности и качества жизни инфицированных, а также усиление их психологической и социально-экономической устойчивости.

Цель исследования: Рассмотреть ВИЧ-инфекцию в контексте медико-социальной проблемы. А также из-

учение распространённости, динамики по Оренбургской области и факторов, влияющих на профилактику и доступность лечения населения.

Задачи:

1. Изучить общие понятие ВИЧ-инфекции, клинические проявления и её влияние на организм человека
2. Оценить уровень распространённости ВИЧ-инфекции в Оренбургской области, Приволжском федеральном округе и Российской Федерации
3. Рассмотреть медико-социальные характеристики и факторы, влияющие на заболеваемость ВИЧ-инфекцией в различных этнических группах.

Материалы и методы: Для исследования данной проблемы использовались статистические данные, представленные в Государственном докладе «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Оренбургской области в 2024 году»

Введение. ВИЧ-инфекция — хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, которое на сегодняшний день представляет собой одну из наиболее значимых глобальных угроз общественному здоровью и социальному благополучию. Это вирус, который поражает иммунную систему человека. Иммунодефицит приводит к повышенной чувствительности к обширному ряду инфекций и заболеваний, которым могут противостоять люди со здоровым иммунитетом.

Распространённость инфекции, её тенденции и особенности в различных регионах России обусловлены множеством факторов, таких как уровень информированности населения, доступность и качество медицинской помощи, социально-экономический статус, а также эффективность профилактических программ и мер по контролю.

Результаты исследования

Эпидемиология ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция — длительно текущая инфекционная болезнь, развивающаяся в результате инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). При ВИЧ-инфекции прогрессирует поражение иммунной системы, приводящее к состоянию, известному под названием «синдром приобретенного иммунного дефицита» (СПИД), при котором у больного развиваются «оппортунистические заболевания»: тяжелые формы инфекций, вызванных условно-патогенными возбудителями, и некоторые онкологические заболевания. [3, с. 7]

Возбудитель — вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) принадлежит к подсемейству лентивирусов семейства ретровирусов. На сегодняшний день описана циркуляция двух типов вируса иммунодефицита человека: ВИЧ-1 и ВИЧ-2, которые отличаются по структуре и антигенному составу. Он отнесен к семейству лимфотропных ретровирусов, известных способностью вызывать иммунодепрессивные и неопластические заболевания человека и животных. ВИЧ специфически поражает и разрушает Т-лимфоциты (особенно) хелперы, играющие главную роль в иммунологической реакции организма. [3, с. 8]

Механизм передачи ВИЧ-инфекции — контактный.

ВИЧ-инфекция передается естественными и искусственными путями: при половых контактах, при переливании инфицированной крови и ее препаратов, при использовании контаминированного ВИЧ медицинского инструментария, от инфицированной матери ребенку во время беременности и родов, а также во время грудного вскармливания от инфицированной матери ребенку и от инфицированного ребенка кормящей женщине. [3, с. 8]

За последнее десятилетие среди путей передачи преобладают парентеральный и половой, которые широко реализуются среди взрослого [3, с. 9]

Анализ статистических данных по Оренбургской области

По состоянию на 01.01.2025 общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (по данным персонифицированного учета) достигло 45 637, из них умерло по разным причинам 16 364 ВИЧ-инфицированных. [1, с. 145]

В 2024 г. ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая инфекционная больница» сообщено о 1 133 впервые выявленных случаях ВИЧ-инфекции, что на 17 % ниже уровня прошлого года (2023 г. — 1 335, 2022 г. — 1 690). [1, с. 145]

Областной показатель заболеваемости по-прежнему превышает аналогичный по Российской Федерации и Приволжскому федеральному округу, в том числе в 2024 г. в 1,7 и 1,5 раза соответственно. [1, с. 145]

Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией незначительно увеличился, составив 1530,00 на 100 тыс. населения (2023 г. — 1509,40, 2022 г. — 1385,50). Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех территориях области, в восьми из них показатели заболеваемости значительно превышают среднеобластной показатель. [1, с. 146]

В 2024 г. умерло 663 больных ВИЧ-инфекцией (2023 г. — 663, 2022 г. — 841). По причине СПИДА умер 231 ВИЧ-инфицированный, что на 17 % больше, чем в 2023 г. (2023 г. — 190, 2022 г. — 201). [1,с.146]

Заражение гетеросексуальным путем в анализируемый период составило 89,8 % (2023 г. — 90,0 %, 2022 г. — 88,0 %). ВИЧ-инфекция активно распространяется в общей популяции, при этом доля инфицированных за счет внутривенного введения наркотических средств нестерильным инструментарием снизилась до 8,4 %. Случаи заражения ВИЧ-инфекцией, связанные с оказанием медицинской помощи, не регистрируются с 2002 г.

Доля женщин среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных составила 42,8 % (2023 г. — 45,5 %, 2022 г. — 45,8 %), 97,8 % из них заразились половым путем. Отмечается снижение на 17 % числа медосвидетельствований жителей области на ВИЧ-инфекцию до 619 422 относительно 2023 г. (2023 г. — 641 285, 2022 г. — 606 174). [1,с.146]

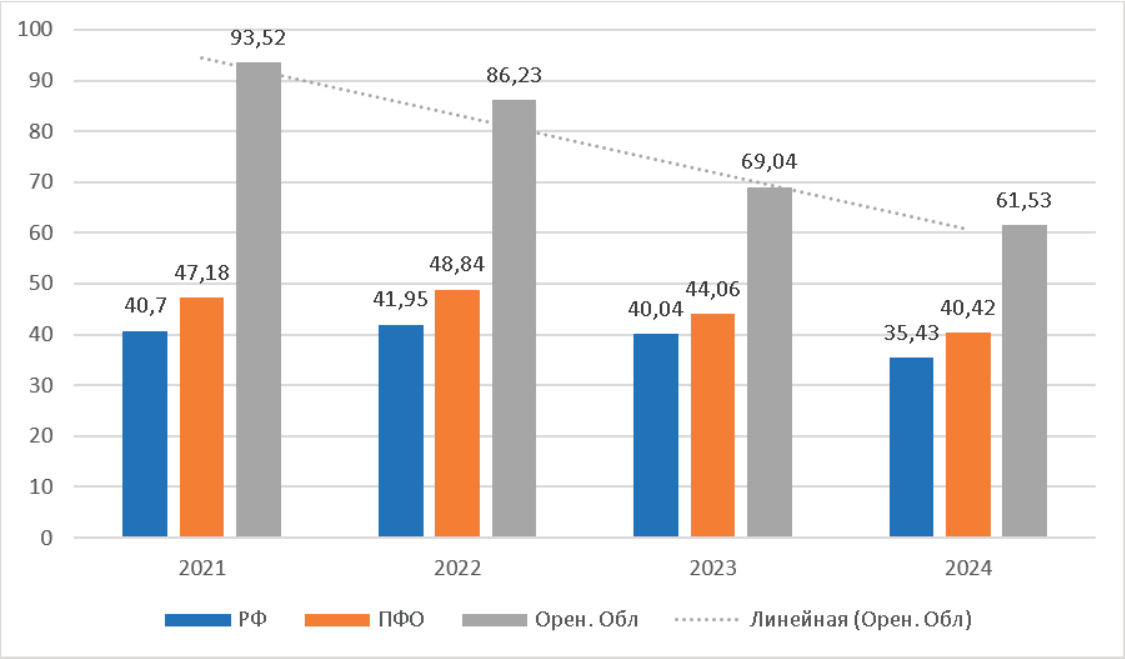

Рис. 1. **Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Оренбургской области, Приволжском федеральном округе и Российской Федерации (на 100 тыс. населения)**

Таблица 1. **Территории с высокими показателями заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2024 г**

Территории	Заболеваемость на 100 тыс. населения
Абдулинский муниципальный округ	67.50
Саракташский район	69.68
Гайский муниципальный округ	70.73
Гречевский район	74.23
Г. Оренбург	77.78
Г. Орск	82.21
Бузулукский район	86.37
Г. Новотроицк	136.3
Оренбургская область	61.53

Охват скрининговыми исследованиями составил 33,6 % от всего населения против 33,2 % в 2023 г. Дополнительно в 2024 г. было проведено 3 844 исследования на ВИЧ с применением простых/быстрых тестов и выявлено 69 позитивных результатов экспресс тестирования.

Доля представителей уязвимых и ключевых групп населения среди обследованных на ВИЧ-инфекцию остается низкой. Удельный вес данного контингента среди обследованных в 2024 г. уменьшился до 5,1 % (2023 г. — 5,6 %, 2022 г. — 7,1 %), где суммарно выявлено 20,1 % от всех новых случаев. [1, с. 146]

Практически все ВИЧ-инфицированные сосредоточены в максимально активной части населения, 98,6 % случаев ВИЧ-инфекции были впервые выявлены в возрасте старше 30 лет. В возрастной структуре ВИЧ-инфицированных ведущее место занимают возрастные группы от 31 до 40 лет и от 41 до 50 лет, удельный вес которых, составляет 36,1 % и 33,1 % соответственно. [1, с. 146]

Доля молодежи в возрасте 20–30 лет составила 9,2 %. В области значительно увеличилась доступность антиретровирусной терапии (далее — АРВТ). За 2024 г. 1 320 инфицированных ВИЧ были впервые взяты на терапию, 1 133 больных ВИЧ-инфекцией — на диспансерное наблюдение. [1, с. 146]

По состоянию на 31.12.2024 на диспансерном учете с ВИЧ-инфекцией состояло 20 393 чел. — 95,8 % от числа живущих с диагнозом ВИЧ-инфекция. Антиретровирусной терапией охвачены 93,3 % от числа состоявших на диспансерном наблюдении — 19 044 ВИЧ-инфицированных или 89,5 % от числа живущих с диагнозом ВИЧ-инфекция (2023 г. — 85,0 %, 2022 г. — 80,5 %). [1, с. 147]

Вирусная нагрузка подавлена у 82,2 % получавших лечение. Увеличился удельный вес беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин, завершившихся родами с 48 % в 2006 г. до 83,6 % в 2024 г. В целях профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку получили АРВТ 237 ВИЧ-инфицированных беременных женщин или 98,7 %

завершивших беременность родами (2023 г. — 99,2 %, 2022 г. — 98,0 %). [1, с. 147]

Из них полный трехэтапный курс профилактики прошли 97,5 % матерей (2023 г. — 96,6 %, 2022 г. — 93,1 %). Охват химиопрофилактикой детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, составил 99,6 % (2023 г. — 99,2 %, 2022 г. — 100 %). Благодаря высокому охвату тестированием на ВИЧ среди беременных женщин и предоставлению химиопрофилактики удалось значительно сократить количество заражений среди детей. [1, с. 147]

В 2024 г. родилось 246 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, диагноз ВИЧ-инфекция подтвержден у двух детей (0,8 %).

По состоянию на 01.01.2025 на диспансерном учете состояло 525 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, из них у 429 подтверждена ВИЧ-инфекция (в том числе в 2024 г. — у 6 детей), 96 детей снято с диспансерного наблюдения с отрицательным результатом исследования на ВИЧ-инфекцию. [1, с. 147]

Вывод: Сейчас уже многим ясно, что ВИЧ-инфекция — одна из важнейших трагических проблем, возникших перед человечеством в конце XX века. Это сложнейшая научная проблема. До сих пор не ясны даже теоретические подходы к решению многих научных вопросов. [4]

ВИЧ-инфекция — это тяжелейшая экономическая проблема. Содержание и лечение больных и инфицированных, разработка и производство диагностических и лечебных препаратов, проведение фундаментальных научных исследований требует колоссальных материальных затрат — решение этих задач уже сегодня стоит миллиарды долларов. Не решена проблема защиты прав больных ВИЧ-инфекцией и инфицированных, их детей. [4]

ВИЧ-инфекция — это не только медицинская проблема, но и проблема ученых многих специальностей, государственных деятелей, экономистов, юристов, социологов. [4]

Проблема ВИЧ-инфекции вошла с нами в XXI век, мы уже много знаем, но еще больше мы должны знать о СПИДе — о его возникновении, клинических проявлениях, профилактике и лечении. [4]

Для повышения эффективности борьбы и ВИЧ-инфекцией в РФ была разработана Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, учитывающая современные аспекты эпидемического процесса заболевания и международный опыт борьбы с инфекцией. [2, с. 1]

Литература:

1. Миронова, М. С. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Оренбургской области 2024 / М. С. Миронова. — Текст: электронный — URL: https://56.rospotrebnadzor.ru/docs/documents/gosdoklad/gosdoklad_oren_oblast_2025.pdf?ysclid=mkjt6opvm8871208711 (дата обращения: 17.01.2026).
2. Распоряжение Правительства РФ от 21 декабря 2020 г. № 3468-р О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.. — Текст: электронный — URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400033496/?ysclid=mkjtrysalr52204690 (дата обращения: 18.01.2026).
3. Эпидемиология ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированной патологии / Т. А. Баянова. — Текст: электронный — URL: https://distantia.ru/med__educate/autorization/file/2modul/1.pdf (дата обращения: 17.01.2026).
4. Этиология, патогенез, особенности клиники и лечения отдельных нозологических форм патологии инфекционной природы Глава 6. ВИЧ-инфекция. — Текст: электронный — URL: https://rae.ru/ru/publishing/mono07_68.html?ysclid=mkju4efbck45210301 (дата обращения: 18.01.2026).

Онкологическая заболеваемость как медико-социальная проблема в Российской Федерации

Малыгин Иван Сергеевич, студент
Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье анализируется онкологическая заболеваемость как одна из приоритетных медико-социальных проблем Российской Федерации. Рассматриваются основные тенденции и динамика онкологических заболеваний, а также влияние демографических, экологических, социально-экономических факторов и образа жизни населения на уровень заболеваемости и смертности. Отдельное внимание уделяется вопросам ранней диагностики, профилактики и доступности специализированной онкологической помощи, а также роли государственных программ в снижении онкологического бремени и улучшении качества жизни пациентов.

Ключевые слова: *онкологическая заболеваемость, медико-социальная проблема, динамика заболеваемости, факторы риска, смертность от онкологических заболеваний, ранняя диагностика, профилактика, государственные программы.*

Онкологическая заболеваемость в Российской Федерации представляет собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества, что обусловлено устойчивым ростом числа онкологических заболеваний, высоким уровнем смертности, инвалидизации населения и значительными экономическими затратами на диагностику, лечение и реабилитацию пациентов. Злокачественные новообразования занимают ведущие позиции в структуре общей заболеваемости и смертности, уступая лишь болезням системы кровообращения, и оказывают существенное влияние на демографические показатели, продолжительность и качество жизни населения страны [4].

По данным официальной статистики, в Российской Федерации ежегодно регистрируется более 600 тысяч новых случаев злокачественных новообразований. За последние 10–15 лет отмечается устойчивая тенденция к росту первичной онкологической заболеваемости. Так, если в начале 2010-х годов показатель заболеваемости составлял около 350–370 случаев на 100 тысяч населения, то в последние годы он превышает 420–450 случаев на 100 тысяч. Рост показателей частично связан с реальным увеличением распространенности онкологических заболеваний, а также с улучшением диагностики, внедрением скрининговых программ и повышением онкологической настороженности врачей и населения [2].

В структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации лидирующие позиции занимают злокачественные новообразования кожи, включая меланому, рак молочной железы, рак легкого, рак предстательной железы, колоректальный рак и рак желудка. У женщин на первом месте по распространенности находится рак молочной железы, который составляет около 20 процентов всех онкологических заболеваний, за ним следуют новообразования кожи, тела матки и ободочной кишки. У мужчин наиболее часто диагностируются рак предстательной железы, рак легкого, новообразования кожи и желудка. Следует отметить, что рак легкого остается одной из основных причин онкологической смертности, особенно среди мужского населения, что во многом связано с высокой распространенностью табакокурения [1].

Онкологическая заболеваемость имеет выраженные возрастные особенности. Наибольшее число случаев злокачественных новообразований регистрируется в возрастной группе старше 60 лет. Более 60 процентов всех впервые выявленных онкологических заболеваний приходится на лиц пенсионного возраста. Это связано с процессами старения организма, накоплением мутаций, длительным воздействием канцерогенных факторов и наличием хронических заболеваний. Вместе с тем в последние годы отмечается рост онкологической заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, что усиливает социально-экономические последствия данной патологии и приводит к потере трудового потенциала страны [4].

Особую медико-социальную значимость имеет онкологическая смертность. В Российской Федерации ежегодно от злокачественных новообразований умирает более 280–300 тысяч человек. Показатель смертности составляет в среднем около 200 случаев на 100 тысяч населения. Несмотря на некоторое снижение смертности по отдельным локализациям за счет внедрения современных методов лечения, онкологические заболевания по-прежнему остаются одной из ведущих причин преждевременной смерти. Значительная доля летальных исходов приходится на пациентов трудоспособного возраста, что сопровождается серьезными демографическими и экономическими потерями [3].

Одной из ключевых проблем является поздняя выявляемость онкологических заболеваний. По данным онкологической службы, около 35–40 процентов злокачественных новообразований диагностируются на III-IV стадиях, когда возможности радикального лечения существенно ограничены, а прогноз для пациента неблагоприятен. Особенно высока доля поздних стадий при раке легкого, поджелудочной железы, желудка и пищевода. Поздняя диагностика обусловлена недостаточной онкологической настороженностью населения, низкой приверженностью к профилактическим осмотрам, а также неравномерной доступностью медицинской помощи, особенно в сельских и отдаленных регионах [2].

Онкологическая заболеваемость тесно связана с комплексом факторов риска, среди которых важную роль играют образ жизни, экологическая обстановка, профессиональные вредности и социально-экономические условия. По оценкам экспертов, до 40 процентов онкологических заболеваний ассоциированы с модифицируемыми факторами риска. Курение является ведущей причиной развития рака легкого, гортани, полости рта, пищевода и мочевого пузыря. Алкоголь увеличивает риск рака печени, пищевода, желудка и молочной железы. Нерациональное питание, ожирение и низкая физическая активность способствуют развитию колоректального рака, рака молочной железы и эндометрия. Экологические факторы, включая загрязнение атмосферного воздуха, воды и почвы, также вносят вклад в рост онкологической патологии, особенно в промышленных регионах [1].

Существенное значение имеет социальное неравенство в онкологической заболеваемости и смертности. Население с низким уровнем дохода и образования чаще сталкивается с поздней диагностикой, ограниченным доступом к высокотехнологичной медицинской помощи и худшими результатами лечения. В ряде регионов Российской Федерации сохраняются значительные различия

в показателях заболеваемости и смертности, что связано с неодинаковым уровнем развития системы здравоохранения, кадровым обеспечением и материально-технической базой онкологических учреждений [4].

Онкологические заболевания являются одной из ведущих причин инвалидизации населения. Значительная часть пациентов после радикального лечения нуждается в длительной реабилитации, социальной поддержке и психологической помощи. Ежегодно десятки тысяч человек впервые признаются инвалидами вследствие онкологической патологии. Это сопровождается снижением качества жизни, утратой трудоспособности, ростом нагрузки на систему социального обеспечения и семьи пациентов. Особую сложность представляет реабилитация пациентов трудоспособного возраста и лиц, перенесших калечащие операции или агрессивные методы лечения [3].

Экономическое бремя онкологических заболеваний для государства чрезвычайно велико. Значительные средства расходуются на диагностику, лекарственное обеспечение, хирургическое и лучевое лечение, а также на паллиативную помощь. По оценкам специалистов, суммарные прямые и косвенные затраты, связанные с онкологическими заболеваниями, составляют сотни миллиардов рублей ежегодно. Косвенные потери включают утрату трудового потенциала, снижение производительности труда и преждевременную смертность населения [2].

Важнейшим направлением снижения онкологической заболеваемости и смертности является профилактика и раннее выявление злокачественных новообразований. В Российской Федерации реализуются программы диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, направленные на выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях. Скрининговые мероприятия по раку молочной железы, шейки матки, колоректальному раку и раку предстательной железы позволяют выявлять заболевания на доклинических этапах и значительно улучшать прогноз. В то же время охват населения скринингом остается недостаточным, особенно среди мужчин и жителей сельской местности [2].

Государственная политика в области борьбы с онкологическими заболеваниями реализуется в рамках национальных проектов и федеральных программ, направленных на развитие онкологической службы, обновление оборудования, внедрение современных методов диагностики и лечения, а также подготовку медицинских кадров. Существенное внимание уделяется развитию онкологических центров, центров амбулаторной онкологической помощи и системы паллиативной помощи. Внедрение таргетной и иммунной терапии позволило улучшить выживаемость пациентов с рядом злокачественных новообразований, однако высокая стоимость таких методов лечения по-прежнему остается серьезной социальной проблемой [4].

Таким образом, онкологическая заболеваемость как медико-социальная проблема Российской Федерации характеризуется высокой распространенностью, значительным уровнем смертности и инвалидизации, выраженным социально-экономическим ущербом и необходимостью комплексного междисциплинарного подхода. Эффективная борьба с онкологическими заболеваниями требует сочетания профилактики, ранней диагностики, доступного и качественного лечения, реабилитации и социальной поддержки пациентов, а также активного участия государства и общества в формировании здорового образа жизни и снижении факторов риска.

Литература:

1. 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 / К. Р. Азнабаева, В. О. Кубасова, М. Э. Москаленко, А. О. Степанова // Молодой ученый. — 2026. — № 3 (606). — URL: https://moluch.ru/archive/606/132676 (дата обращения: 19.01.2026).
2. Гордиенко, В. П., Жуков, И. В., др. Заболеваемость и смертность населения от злокачественных новообразований: территориальные особенности / В. П. Гордиенко и др. // Сибирский онкологический журнал. — 2024. — С. 1–10. — URL: https://www.siboncoj.ru/jour/article/view/3188 (дата обращения: 20.01.2026).
3. Калинкин, Д. Е. Онкологическая смертность населения промышленного города как медико-социальная проблема / Д. Е. Калинкин // RUSMED: журнал медицинской науки. — 2015. — № 3. — С. 77–85.
4. Смирнов, И. В., Абдуллин, И. И., Диденко, В. В. Медико-социальная значимость распространения онкологической патологии в Российской Федерации / И. В. Смирнов, И. И. Абдуллин, В. В. Диденко // Вестник Медицинского института. — 2023. — № 1. — С. 15–22.

Клинико-диагностическая шкала оценки острого риносинусита у детей до 3 лет

Маматова Шахноза Рамизидиновна, ассистент
Ташкентский государственный медицинский университет (Узбекистан)

В статье представлена клинико-диагностическая шкала оценки острого риносинусита у детей раннего возраста (до 3 лет), основанная на балльной оценке клинических симптомов с учетом возрастных особенностей течения заболевания. Предложенная шкала позволяет дифференцировать вирусный, поствирусный и вероятный бактериальный риносинусит, а также определить степень тяжести заболевания. Шкала может быть использована в клинической практике и при разработке интеллектуальных систем поддержки принятия врачебных решений.

Ключевые слова: *острый риносинусит, дети раннего возраста, клиническая шкала, диагностика, искусственный интеллект.*

Введение

Острый риносинусит является одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью у детей раннего возраста. Особенности анатомического строения полости носа и околоносовых пазух, а также незрелость иммунной системы обусловливают высокую распространенность и вариабельность клинических проявлений данного заболевания у детей до 3 лет.

Вопросы клинической диагностики заболеваний верхних дыхательных путей у детей раннего возраста неоднократно освещались в работах отечественных авторов, в том числе в исследованиях Маматовой Ш. Р., посвящённых особенностям течения и диагностики Лор-патологии у детей [1, 2].

Диагностика острого риносинусита в данной возрастной группе затруднена в связи с невозможностью объективной оценки субъективных жалоб, включая болевой синдром. В этой связи актуальной является разработка стандартизированных клинико-диагностических инструментов, основанных на объективных и поведенческих признаках заболевания.

Целью настоящей работы явилась разработка клинико-диагностической шкалы оценки острого риносинусита у детей до 3 лет, пригодной для клинического применения и использования в интеллектуальных медицинских системах.

Материалы и методы

В ходе работы была разработана клинико-диагностическая шкала оценки острого риносинусита у детей раннего возраста. Шкала включает основные клинические проявления заболевания, оцениваемые в баллах в зависимости от степени выраженности симптомов.

Учитывались назальные симптомы, общее состояние ребенка, температурная реакция, динамика заболевания, а также факторы риска. Оценка болевого синдрома проводилась на основании косвенных поведенческих реакций, характерных для детей раннего возраста. Отдельно выделены признаки осложненного течения заболевания, наличие которых автоматически относило пациента к группе тяжелого течения.

Результаты

Клинико-диагностическая шкала оценки острого риносинусита

Таблица 1. **Клинико-диагностическая шкала оценки острого риносинусита у детей до 3 лет**

Клинический признак	Характеристика	Баллы
Заложенность носа	Отсутствует	0
	Умеренная	1
	Выраженная	2
Выделения из носа	Отсутствуют	0
	Серозные / слизистые	1
	Слизисто-гнойные	2
	Гнойные	3
Характер выделений	Односторонние	+1
	Неприятный запах	+1

Клинический признак	Характеристика	Баллы
Температура тела	Нормальная	0
	37,5–38 °C	1
	≥38 °C	2
Общее состояние	Удовлетворительное	0
	Беспокойство, нарушение сна	1
	Вялость, отказ от еды	2
Косвенные признаки боли	Наличие ≥1 признака*	2
Кашель (постназальный затек)	Отсутствует	0
	Ночной / после сна	1
Динамика заболевания	Улучшение к 5-му дню	0
	Симптомы более 10 дней	2
	Ухудшение после 5-го дня	3
Факторы риска	Каждый фактор**	1
Признаки осложнений	Наличие ≥1 признака***	Тяжелое течение

* Косвенные признаки боли: плач при пальпации лица, усиление беспокойства при наклоне головы, негативная реакция при умывании.

** Факторы риска: частые ОРВИ, аденоидная вегетация, аллергический анамнез, посещение детских коллективов.

*** Признаки осложнений: отек век, асимметрия лица, выраженная интоксикация, ограничение подвижности глазного яблока.

Интерпретация результатов

Суммарный балл рассчитывался путем сложения баллов по всем клиническим параметрам.

— 0–4 балла — острый вирусный риносинусит
— 5–8 баллов — острый пост вирусный риносинусит
— ≥9 баллов — вероятный бактериальный риносинусит

Оценка степени тяжести заболевания проводилась следующим образом:

— до 5 баллов — легкое течение;
— 6–9 баллов — среднетяжелое течение;
— 10 баллов и более, а также наличие признаков осложненного течения — тяжелое течение.

Заключение

Разработанная клинико-диагностическая шкала позволяет стандартизировать оценку острого риносинусита у детей до 3 лет с учетом возрастных особенностей клинической картины. Использование предложенной шкалы способствует объективизации диагностики, снижению субъективности клинической оценки и может быть рекомендовано для применения в клинической практике, научных исследованиях и при разработке систем искусственного интеллекта в педиатрии и оториноларингологии.

Полученные результаты согласуются с данными, представленными в работах Маматовой Ш. Р., где подчёркивается необходимость комплексной клинической оценки состояния ребёнка раннего возраста при воспалительных заболеваниях полости носа и околоносовых пазух [1].

Литература:

1. Маматова С. Р., Карабаев Х., Намаханов А. Ультразвуковое исследование риносинуситов у детей раннего возраста // Журнал биомедицины и практики. — 2023. — Т. 1, № 2. — С. 63–69. — https://doi.org/10.26739/218193002021210
2. Маматова С. Р., Низамова Е. С., Исматова К. А., Кахрамонова И. И. Вопросы диагностики и лечения риносинуситов у больных детей раннего возраста // Педиатрия. — 2023. — № 1(1). — С. 151–154. — URL: https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=XBqxSD0AAAAJ&citation_for_view=XBqxSD0AAAAJ:UebtZRa9Y70C
3. Маматова С. Р., и др. Определение маркеров микроорганизмов методом ГХМС и оценка эффективности при риносинусите // Наука и инновации в системе образования. — 2023. — Т. 2, № 2. — С. 13–15. — URL: https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=XBqxSD0AAAAJ&citation_for_view=XBqxSD0AAAAJ:3fE2CSJIrl8C

4. Маматова С. Р., Карабаев Х. Е., Исматова К. А. Этиологическая терапия при остром риносинусите у детей раннего возраста // Development and Innovations in Science. — 2024. — Т. 3, № 4. — С. 48–50. — URL: https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=XBqxSD0AAAAJ&citation_for_view=XBqxSD0AAAAJ:aqlVkmm33-oC
5. Маматова Ш. Р., Карабаев Х. Е., Исматова К. А., Исматова К. А. Текущие подходы к диагностике острого риносинусита у детей раннего возраста / Current Issues in Diagnosing Acute Rhinosinusitis in Early Childhood (конф. материалы) // Problems of PostCOVID Otorhinolaryngology (материалы конференции). — 2022. — С. XX–XX. — URL: https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=XBqxSD0AAAAJ&citation_for_view=XBqxSD0AAAAJ:_kc_bZDykSQC
6. Chiu T. F., Hu Y. L., Du J. C. Risk factors of acute bacterial paranasal sinusitis in children: a case control study // BMC Infectious Diseases. — 2025. — Vol. 25:1059. — DOI: 10.1186/s12879–025–11299–2.
7. Ramli F. S., Jumaat A. F., Zahedi F. D. The Unseen Threat: Paediatric MRSA Acute Rhinosinusitis Leading to Orbital Complication // Sinusitis. — 2025. — Vol. 9(2):21. — DOI: 10.3390/sinusitis9020021.
8. Lugo Machado J. A., Espinoza Morales D. I., Zazueta Cardenas A. Management of acute sinusitis in children: an umbrella review // Romanian Journal of Rhinology. — 2025. — Vol. 15, Issue 59, pp. 95–110. — DOI: 10.2478/rjr-2025–0016.
9. Karpova E. P., Belov V. A., Asmanov A. I., Tulupov D. A., Naumov O. G. Current approaches to the treatment of acute rhinosinusitis in children in outpatient practice // Pharmateca. — 2025. — Vol. 32, No. 7, pp. 31–38. — DOI: 10.18565/pharmateca.2025.7.31–38.
10. Erofeeva S. B. Acute sinusitis (acute rhinosinusitis) in adults and children. Diagnostic and treatment algorithm // Pharmateca. — 2025. — Vol. 32, No. 1, pp. 250–261. — DOI: 10.18565/pharmateca.2025.1.250–261.

Туберкулез как медико-социальная проблема. Методы выявления, профилактика

Матющенко Надежда Олеговна, студент;
Завершинская Нина Николаевна, студент;
Утенбергенов Султан Муратпаевич, студент
Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент
Оренбургский государственный медицинский университет

В данной статье рассматривается туберкулез как комплексная проблема, выходящая за рамки чисто медицинской дисциплины. Автор анализирует взаимосвязь между эпидемиологическими показателями и социально-экономическими факторами развития общества. Особое внимание уделяется современной системе мероприятий по борьбе с заболеванием, включая методы раннего выявления (скрининг), профилактику и организацию специализированной помощи. В работе подчеркивается необходимость междисциплинарного подхода и активного государственного участия в профилактике распространения инфекции.

Ключевые слова: *туберкулез, медико-социальная проблема, общественное здоровье, профилактика, диспансеризация, эпидемиология, система здравоохранения, социальные факторы.*

Туберкулез — самое опасное инфекционное заболевание, уносящее каждый день жизни 4500 человек по всему миру. Чаще всего он поражает лиц из групп населения, испытывающих социально-экономические трудности, тех, кто работает и живет в условиях высокого риска, малоимущим и обездоленным. Согласно оценкам, около 1,7 млрд человек или 23 % населения планеты живут с латентной туберкулезной инфекцией и в течение жизни подвержены риску развития активной формы заболевания [1].

Важным фактом того, почему туберкулез остается актуальной социальной проблемой, является отсутствие среди населения знаний о профилактике и возможных последствиях заболевания. Пациенты часто обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания, а это повышает риск его распространения. Согласно исследованиям, повышение уровня информированности и обучение социально уязвимых групп населения является важным элементом стратегии борьбы с туберкулезом [2].

Кроме того, в отдалённых районах и сельской местности доступ к медицинской помощи ограничен, что затрудняет раннюю диагностику и лечение туберкулеза. По данным ВОЗ, большое количество случаев заболевания приходится на регионы, где нет должной инфраструктуры для проведения профилактики и лечения туберкулеза [3].

Туберкулез является одной из наиболее широко распространенных в мире инфекций. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) треть населения

земного шара инфицирована микобактериями туберкулеза. Ежегодно заболевают туберкулезом 10 млн. человек, умирают от туберкулеза 1,2 млн. и еще 208 тыс. от ко-инфекции ТБ/вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). ВОЗ в 2014 году приняла масштабный план ликвидации туберкулеза, как массового инфекционного заболевания, к 2035 году и сформулировала четыре основных принципа, выполнение которых необходимо для реализации плана.

Для осуществления поставленных задач необходимо ежегодное снижение заболеваемости на 10 % и смертности — на 6 %. Однако, как отмечено в документах ВОЗ, серьезным препятствием на пути ликвидации туберкулеза являются две проблемы — туберкулез с множественной устойчивостью МБТ к противотуберкулезным препаратам (МЛУ ТБ) и туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией. В Российской Федерации с 2009 года отмечается благоприятная динамика основных показателей по туберкулезу: заболеваемость снизилась на 62,4 % и в 2022 году составила 31,1 на 100 тысяч населения (в 2009–82,6 на 100 тысяч населения), смертность уменьшилась на 77,2 %, составив в 2022 году 3,8 на 100 тысяч населения (в 2009 году — 16,7 на 100 тысяч населения). Снижение показателей в различных федеральных округах России происходит неравномерно, но вектор развития эпидемического процесса однонаправленный.

На основе Плана по ликвидации туберкулеза, принятого ВОЗ, в нашей стране разработана стратегия борьбы с туберкулезом до 2025 года, в которой декларировано «повышение качества и экономической эффективности противотуберкулезных мероприятий на основе современных научно обоснованных подходов к профилактике, выявлению, диагностике и лечению туберкулеза, в том числе МЛУ туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией» [4].

Оренбургская область демонстрирует положительную динамику: в 2023 году заболеваемость составила 38,84 на 100 тыс. населения, что на 30 % ниже среднемноголетнего уровня. Это связано с активной диспансеризацией и применением современных диагностических методов [5].

Туберкулез — инфекционное заболевание, вызываемое различными видами микобактерий — Mycobacterium tuberculosis (палочка Коха). Туберкулез обычно поражает легкие, реже затрагивает другие органы и системы (кости, суставы, мочеполовые органы, кожу, глаза, лимфатическую систему, нервную систему). При отсутствии лечения заболевание прогрессирует и заканчивается летально. Ведущими факторами риска, способствующими инфицированию и заболеванию туберкулезом детей и подростков из групп социального риска, авторы выделили следующие: эпидемиологический, социальный (неблагополучные социально-бытовые условия, малообеспеченность, многодетность, неполные семьи, миграция), медико-биологические (хронические и сопутствующие заболевания, некачественная вакцинация против туберкулеза).

Источником заражения туберкулезом являются больные активной формой туберкулеза люди и больные туберкулезом животные. Выделяют следующие пути передачи туберкулеза: воздушно-капельный, воздушно-пылевой, алиментарный, трансплацентарный, смешанный. Наиболее частой причиной заражения ребенка туберкулезом — нахождение в очаге туберкулезной инфекции. Выделяют следующие факторы риска заболеваемости туберкулезом детей и подростков: эпидемиологические, медико-биологические, социальные Риск инфицирования туберкулезом зависит от наличия источника туберкулеза, степени бактериовыделения микобактерий туберкулеза у источника инфекции и степени тесноты [1].

Заболевание туберкулезом характеризуется появлением морфологических, клинико- рентгенологических и микробиологических признаков патологии. Пациент с туберкулезом никогда не выявляется в момент первичного инфицирования. От момента заражения до развития болезни может пройти от нескольких недель до нескольких лет. Туберкулез имеет широкий спектр клинических проявлений, выраженность которых зависит от тяжести течения заболевания и распространенности процесса. Характерные симптомы можно разделить на две основные категории: синдром интоксикации и симптомы поражения того или иного органа. Симптомы, как правило, развиваются постепенно. На ранних стадиях они могут быть минимальными и не давать возможности установить точную дату начала заболевания. Синдром интоксикации наиболее часто представлен длительной умеренно выраженной лихорадкой, чаще субфебрильной, нарастающей в вечерние часы. Лихорадка может не сопровождаться другими симптомами и относительно хорошо переноситься пациентом. При снижении температуры тела, как правило во время сна, происходит обильное потоотделение, что приводит к появлению симптома «ночных потов». Критерии установления диагноза/состояния: Туберкулез не имеет специфических признаков, его клинические проявления разнообразны, заболевание может поражать различные органы и ткани, иногда локализуясь одновременно в нескольких органах. Основным условием правильной диагностики туберкулеза является комплексное обследование пациента, анализ лабораторных и инструментальных методов исследования [4].

ВОЗ активно поддерживает международные инициативы по борьбе с туберкулёзом, такие как обмен опытом и лучшими практиками, что помогает странам, имеющим высокий уровень заболеваемости, внедрять успешные методы лечения и профилактики. В том числе речь идет о совместных программах с международными финансовыми институтами, которые помогают развивающимся странам повысить доступность медицинской помощи и улучшить условия жизни для уязвимых групп населения [3].

В целях улучшения диагностики и своевременного выявления заболеваний ВОЗ активно поддерживает внедрение современных методов молекулярно-генетической диагностики, таких как ПЦР-тестирование, которое позволяет обнаружить туберкулез на ранней стадии и быстро определить устойчивость к препаратам [6].

В России такие методы активно внедряются в регионах для повышения эффективности раннего выявления заболевания. В 2020 году Минздрав России совместно с Роспотребнадзором начал активно внедрять молекулярно-генетические тесты для диагностики туберкулеза, которые применяются в ряде регионов. Например, в Санкт-Петербурге это было организовано в рамках национальной программы по борьбе с туберкулезом, что позволило повысить эффективность диагностики на 30 % по сравнению с традиционными методами. В России также активно внедряются мобильные флюорографические комплексы для проведения массовых профилактических осмотров в удалённых и труднодоступных районах. В 2022 году в Омской области благодаря мобильным диагностическим центрам удалось провести более 15 тысяч флюорографий, что способствовало выявлению 25 % новых случаев заболевания среди маломобильных групп населения. Важнейшей частью борьбы с туберкулезом является привлечение дополнительных инвестиций, как государственных, так и частных, для развития медицинской инфраструктуры, строительства новых учреждений и закупки высокотехнологичного оборудования и разработки препаратов. Инвестирование в улучшение условий для пациентов и медицинского персонала способствует повышению качества диагностики и лечения. Важным аспектом мероприятий по борьбе с заболеванием является разработка препаратов для лечения мультирезистентных форм туберкулёза. В последние годы наблюдается рост таких форм заболевания, и для их лечения требуется не только дорогостоящее оборудование, но и новые препараты, которые обеспечивают более высокий уровень излечения [2].

Эффективная система противотуберкулёзных мероприятий должна включать профилактику (вакцинацию БЦЖ, санитарно-просветительную работу), раннее выявление заболевания, своевременное и полноценное лечение, диспансерное наблюдение, а также социальную поддержку пациентов. Важную роль играют межведомственное взаимодействие, укрепление материально-технической базы фтизиатрической службы и повышение приверженности пациентов к лечению.

Таким образом, успешная борьба с туберкулёзом возможна только при сочетании медицинских, социальных и организационных мер, направленных как на снижение заболеваемости и смертности, так и на улучшение качества жизни населения в целом.

Литература:

1. Клинические рекомендации. Туберкулез у взрослых: 2024–2025–2026 гг.: утв. М-вом здравоохранения Рос. Федерации 15.05.2024 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://gptd-gorlovka.gosuslugi.ru/netcat_files/8/9/1415_kr24A15A19MZ.pdf (дата обращения: 18.01.2026).
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Аналитический отчет по туберкулезу за 2023 год. — М.: Минздрав РФ, 2023. — 30 с.
3. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный доклад по туберкулезу. — Женева: ВОЗ, 2022. — 55 с.
4. Захарова, Е. В. Модель психосоциального сопровождения больных туберкулезом: дис. … д-ра психол. наук: 19.00.04 — Медицинская психология / Захарова Елена Владимировна; науч. консультант О. Ю. Щелкова. — Самара, 2020. — 392 с.
5. Министерство здравоохранения Оренбургской области. Доклад об эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Оренбургской области за 2023 год. — Оренбург: Минздрав Оренбургской области, 2023. — 20 с.
6. Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия по борьбе с туберкулезом: доклад. — Женева: ВОЗ, 2022. — 75 с.

Зависимости, их особенности, различия, последствия и профилактика

Попов Станислав Сергеевич, студент;
Ушурбакиев Максим Алексеевич, студент;
Сенников Кирилл Олегович, студент;
Корецкий Роман Витальевич, студент
Научный руководитель: Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются алкоголизм, наркомания и токсикомания как одни из наиболее острых медико-социальных проблем современного общества, оказывающие существенное влияние на здоровье населения и социально-экономическое развитие. Анализируется динамика распространения зависимостей в различные периоды, а также их возрастно-половые и региональные особенности. Особое внимание уделяется факторам риска формирования зависимого поведения, включая социально-экономические условия, семейную среду, уровень образования и доступность психоак-

тивных веществ. Рассматриваются медицинские последствия злоупотребления алкоголем, наркотическими и токсическими веществами, такие как развитие хронических соматических и психических заболеваний, рост инвалидизации и преждевременной смертности. Отдельно анализируются социальные последствия зависимостей, включая разрушение семейных отношений, снижение трудоспособности, рост преступности и социальную дезадаптацию. В статье также освещаются основные направления профилактики, лечения и реабилитации лиц с зависимостями, а также роль государственной политики и межведомственного взаимодействия в снижении распространенности аддиктивных расстройств и минимизации их негативных последствий для общества.

Ключевые слова: *алкоголизм, наркомания, токсикомания, медико-социальная проблема, динамика распространения, возрастно-половые особенности, региональные различия, медицинские последствия, социальные последствия, профилактика зависимостей.*

Алкоголизм, наркомания и токсикомания в настоящее время рассматриваются как одни из наиболее значимых медико-социальных проблем, оказывающих комплексное негативное влияние на здоровье населения, демографические процессы и социально-экономическое развитие общества [1]. По данным эпидемиологических исследований, злоупотребление психоактивными веществами затрагивает до 10–15 % взрослого населения, а употребление алкоголя хотя бы эпизодически отмечается более чем у 70–80 % лиц трудоспособного возраста. Злоупотребление психоактивными веществами затрагивает различные возрастные и социальные группы, приводит к формированию стойкой зависимости и сопровождается тяжёлыми медицинскими, психологическими и социальными последствиями [4]. Масштаб и устойчивость данной проблемы обусловлены сочетанием биологических, психологических и социальных факторов, а также высокой доступностью алкоголя и иных психоактивных веществ [1].

Алкоголизм представляет собой хроническое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к употреблению алкогольных напитков, утратой контроля над их количеством и развитием физической и психической зависимости [2]. По оценкам специалистов, клинические формы алкоголизма выявляются у 3–5 % населения, при этом ещё 15–20 % находятся в группе рискованного потребления алкоголя. В отличие от эпизодического употребления алкоголя, алкоголизм сопровождается постепенным формированием толерантности, абстинентного синдрома и выраженных изменений личности [3]. Наркомания и токсикомания также относятся к хроническим рецидивирующим заболеваниям, при которых формируется зависимость от наркотических или токсических веществ, вызывающих изменения психического состояния [3]. Распространённость наркомании в различных регионах колеблется в пределах 1–3 %, а наибольшая доля потребителей наркотических веществ приходится на лиц в возрасте 18–35 лет. Несмотря на различия в используемых веществах, данные формы аддиктивного поведения имеют сходные механизмы развития и общие социальные последствия [4].

Динамика распространения алкоголизма, наркомании и токсикомании характеризуется изменчивостью и зависит от социально-экономических условий, культурных традиций и эффективности государственной политики [1]. В разные периоды наблюдаются колебания показателей заболеваемости и распространённости зависимостей, которые могут изменяться в пределах 5–10 % в зависимости от уровня доступности психоактивных веществ и мер государственного контроля [2]. В последние десятилетия отмечается тенденция к омоложению контингента потребителей: средний возраст первого употребления алкоголя составляет 13–15 лет, а наркотических веществ — 15–17 лет. Также фиксируется рост полизависимостей, при которых сочетается употребление нескольких видов психоактивных веществ [4].

Возрастно-половые особенности распространения зависимостей имеют важное значение для анализа данной проблемы [1]. Алкоголизм традиционно чаще выявляется среди мужчин, доля которых среди зарегистрированных больных составляет 70–75 %, однако в последние годы отмечается рост потребления алкоголя среди женщин, и соотношение мужчин и женщин сократилось до 2:1 [2]. Женский алкоголизм отличается более быстрым прогрессированием и развитием тяжёлых осложнений, которые формируются в среднем на 5–7 лет раньше, чем у мужчин [3]. Наркомания и токсикомания нередко формируются в подростковом и молодом возрасте; до 60 % лиц с наркотической зависимостью впервые попробовали наркотические вещества до 18 лет [4]. Подростки и молодёжь являются одной из наиболее уязвимых групп, поскольку зависимость, сформированная в раннем возрасте, приводит к стойким нарушениям социальной адаптации [4].

Региональные различия в распространённости алкоголизма, наркомании и токсикомании обусловлены уровнем социально-экономического развития территорий, культурными традициями, степенью урбанизации и доступностью психоактивных веществ [1]. В крупных городах показатели наркомании в 1,5–2 раза выше по сравнению с сельскими районами, что связано с развитой инфраструктурой незаконного оборота наркотиков и высокой плотностью населения [3]. В сельских и удалённых регионах более выражены проблемы алкоголизма, где уровень злоупотребления алкоголем превышает городские показатели на 20–30 % [2]. Региональные особенности требуют дифференцированного подхода к организации профилактики и лечения зависимостей [1].

Медицинские последствия злоупотребления алкоголем, наркотическими и токсическими веществами отличаются многообразием и тяжестью [3]. Алкоголизм

является причиной до 50 % случаев цирроза печени и значительной доли сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний [2]. Часто развиваются алкогольные психозы, когнитивные нарушения и деменция [3]. Наркомания сопровождается высоким риском инфекционных заболеваний; до 40–60 % потребителей инъекционных наркотиков инфицированы вирусными гепатитами, а риск ВИЧ-инфекции превышает среднепопуляционный в 10–15 раз [3]. Токсикомания вызывает выраженные нейротоксические эффекты, приводящие к необратимым изменениям психики и снижению интеллектуального уровня [4]. Высокий уровень преждевременной смертности является одним из наиболее тяжёлых медицинских последствий зависимостей; средняя продолжительность жизни зависимых лиц сокращается на 15–20 лет [1].

Социальные последствия алкоголизма, наркомании и токсикомании носят масштабный характер и затрагивают не только самих зависимых, но и их семьи, а также общество в целом [1]. До 30–40 % разводов и случаев семейного неблагополучия связаны со злоупотреблением алкоголем или наркотиками [4]. Зависимости способствуют утрате трудоспособности, безработице и социальной маргинализации; до 25 % зависимых лиц утрачивают постоянную занятость [2]. Значительная часть преступлений — до 50 % насильственных правонарушений — совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения [1].

Инвалидизация вследствие зависимостей является серьёзной медико-социальной проблемой [1]. Хронические соматические и психические заболевания приводят к стойкому снижению функциональных возможностей; уровень инвалидности среди лиц с алкоголизмом и наркоманией достигает 30–35 % [3]. Лица с зависимостями часто нуждаются в длительном лечении и социальной поддержке, что формирует значительную нагрузку на систему здравоохранения и социального обеспечения [1]. Стигматизация и дискриминация дополнительно затрудняют социальную интеграцию и обращение за медицинской помощью [4].

Профилактика алкоголизма, наркомании и токсикомании является одним из приоритетных направлений медико-социальной политики [1]. По оценкам экспертов, реализация эффективных профилактических программ позволяет снизить распространённость зависимостей на 20–30 %. Первичная профилактика направлена на формирование здорового образа жизни и снижение доступности психоактивных веществ [4]. Вторичная профилактика предполагает раннее выявление лиц с рискованным потреблением, а третичная — предупреждение рецидивов и осложнений у лиц с уже сформированной зависимостью [3].

Лечение и реабилитация зависимых лиц требуют комплексного и междисциплинарного подхода [3]. Медицинская помощь включает детоксикацию и фармакотерапию, однако без последующей реабилитации риск рецидива достигает 60–70 % [2]. Эффективность реабилитационных программ значительно возрастает при активном участии семьи и социальной среды [4].

Таким образом, алкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой сложную и многогранную медико-социальную проблему, характеризующуюся высокой распространённостью, выраженными возрастно-половыми и региональными особенностями, а также тяжёлыми медицинскими и социальными последствиями [1]. Эффективное решение данной проблемы возможно только при условии комплексного подхода, включающего профилактику, своевременное лечение, реабилитацию и активное участие общества и государства в формировании условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья населения [1].

Литература:

1. Агаджанян Н. А. Общественное здоровье и здравоохранение / Н. А. Агаджанян, В. И. Покровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 512 с.
2. Бохан Н. А. Алкоголизм и наркомании: клиника, лечение, профилактика / Н. А. Бохан, А. Г. Софронов. — Томск: Изд-во Томского университета, 2018. — 368 с.
3. Гофман А. Г. Клиническая наркология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 704 с.
4. Егоров А. Ю. Аддиктивное поведение: причины, механизмы, профилактика. — СПб.: Речь, 2017. — 256 с.

Новая парадигма профилактики: ключевые детерминанты ожирения в детском и подростковом возрасте

Сарсынбаева Светлана Мухаметгалиевна, студент;
Шамилев Арман Жасланович, студент
Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье представлен систематизированный обзор ключевых факторов риска развития ожирения в детском и подростковом возрасте. Рассмотрены взаимосвязанные детерминанты: социально-экономические условия, изменения в пищевом поведении, гиподинамия, генетическая предрасположенность, психологические аспекты и влияние цифрового

пространства. Приводятся актуальные статистические данные, отражающие масштаб проблемы в Российской Федерации и в мире. Цель работы — обобщение современных представлений о многофакторной природе детского ожирения для формирования научно обоснованных профилактических подходов. Подчеркивается необходимость межсекторальных и семейно-ориентированных программ, направленных на коррекцию модифицируемых факторов риска.

Ключевые слова: *детское ожирение, подростковое ожирение, факторы риска, пищевое поведение, гиподинамия, социально-экономические детерминанты, эпидемиология, профилактика.*

Детское и подростковое ожирение признано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения XXI века. Его распространенность приобрела характер глобальной эпидемии, не ограниченной странами с высоким уровнем дохода. По данным глобального мониторинга ВОЗ, в 2020 году 39 миллионов детей в возрасте до 5 лет имели избыточную массу тела или ожирение, а среди детей и подростков 5–19 лет этот показатель вырос с 4 % в 1975 году до более 18 % в 2016 году. В Российской Федерации, согласно исследованиям ЭНЦ РАМН и данным Росстата, распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детского населения достигает 15–20 %, а в некоторых возрастных группах и регионах превышает 25 %. Ожирение в детском возрасте ассоциировано не только с повышенным риском преждевременной смерти и инвалидности во взрослом возрасте, но и с немедленными последствиями: метаболическим синдромом, инсулинорезистентностью, дислипидемией, психосоциальными проблемами и снижением качества жизни [6].

Цель исследования: провести анализ и систематизацию современных факторов риска развития ожирения у детей и подростков, с учетом новейших эпидемиологических тенденций и социально-экономического контекста. Задачи исследования:

1. Проанализировать эпидемиологическую ситуацию по детскому и подростковому ожирению в мире и РФ.
2. Выявить и классифицировать основные группы факторов риска (немодифицируемые и модифицируемые).
3. Оценить влияние современных поведенческих и средовых детерминант (питание, физическая активность, цифровизация).
4. Рассмотреть социально-экономические и психологические аспекты проблемы.
5. Сформулировать общие направления для профилактических стратегий.

Современные тенденции характеризуются не только ростом абсолютной распространенности ожирения, но и его «омоложением», увеличением доли морбидных форм. Пандемия COVID-19 усугубила ситуацию из-за введения ограничений, дистанционного обучения и роста тревожности. Исследование, проведенное НМИЦ эндокринологии Минздрава России в 2024 году, показало, что за период 2022–2024 гг. прирост распространенности ожирения среди школьников составил в среднем 8–10 %. Наблюдается четкая региональная вариабельность: более высокие показатели фиксируются в урбанизированных районах с низкой доступностью рекреационных зон и в регионах с выраженным социально-экономическим неравенством [4].

Основными не модифицируемые факторами риска ожирения у детей и подростков является: генетическая предрасположенность: полигенные формы ожирения, связанные с множеством генов (FTO, MC4R и др.), ответственны за 40–70 % вариативности индекса массы тела (ИМТ). Однако экспрессия этих генов напрямую зависит от средовых факторов. Синдромальные формы ожирения (Прадера-Вилли, Барде-Бидля) встречаются редко; перинатальные факторы: критическими являются гестационный диабет у матери, курение во время беременности, избыточная прибавка веса беременной, а также макросомия плода (>4000 г) и, как ни парадоксально, низкая масса тела при рождении с последующим быстрым «наверстывающим» ростом [1].

Основные модифицируемые факторы риска: нарушения пищевого поведения; избыточное потребление энергии: основной дисбаланс формируется за счет продуктов с высокой энергетической плотностью и низкой питательной ценностью: сахаросодержащих напитков (ССН), фастфуда, снеков, кондитерских изделий. Ежедневное потребление ССН увеличивает риск развития ожирения у детей на 60 %. Структура питания: отмечается дефицит потребления овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов и пищевых волокон при избытке насыщенных жиров и простых углеводов; режим питания: систематические пропуски завтрака, частые перекусы, прием пищи поздно вечером и перед экранами гаджетов нарушают механизмы насыщения; снижение уровня физической активности (гиподинамия): рекомендации ВОЗ (не менее 60 минут умеренной и интенсивной физической активности в день) выполняются менее чем 20 % подростков. Основные причины: высокая учебная нагрузка, подменяющая активные виды досуга цифровыми развлечениями, отсутствие безопасной инфраструктуры для прогулок и игр, снижение активности в рамках школьного образования. Экранное время: время, проводимое перед телевизором, компьютером, планшетом или смартфоном, является независимым фактором риска. Оно способствует не только гиподинамии, но и неосознанному потреблению пищи под воздействием рекламы и контента. У детей с экранным временем более 2 часов в день риск ожирения возрастает в 1,5–2 раза. Сон: хронический дефицит сна (менее 8–9 часов для школьников) приводит к гормональным нарушениям: снижению уровня лептина (гормона насыщения) и повышению грелина (гормона голода), что провоцирует повышенный аппетит и тягу к калорийной пище [6].

Социально-экономические и семейные факторы играют немаловажную роль в риске ожирения. В развитых странах и мегаполисах наблюдается обратная связь: более

низкий социально-экономический статус ассоциирован с более высокой частотой ожирения из-за финансовой доступности дешевых высококалорийных продуктов, низкой осведомленности о здоровом питании и ограниченного доступа к организованному спорту. Образовательный уровень родителей определяет культуру питания и физической активности в семье. Также, семейные привычки, такие как: совместные трапезы, участие родителей в активном досуге являются протективными факторами. Напротив, использование еды в качестве поощрения или утешения формирует нездоровые пищевые паттерны.

Психологический климат: стресс, вызванный неблагополучной семейной обстановкой, буллингом в школе, может приводить к компульсивному перееданию как к способу совладания с эмоциями. Психологические и средовые факторы. Депрессия и тревожность могут быть как причиной, так и следствием ожирения, создавая порочный круг. Стигматизация и буллинг: дети с избыточным весом часто становятся объектами насмешек, что ведет к социальной изоляции, избеганию занятий физкультурой и дальнейшему усугублению проблемы [1].

Ожирение у детей и подростков является сложным многофакторным заболеванием, возникновение которого обусловлено взаимодействием генетической предрасположенности и мощного влияния измененной окружающей среды. Ключевыми модифицируемыми факторами риска в современном мире выступают трансформация питания в сторону ультрапереработанных продуктов, катастрофическое снижение объема спонтанной и организованной физической активности, рост экранного времени и хроническое недосыпание. Эти поведенческие паттерны усугубляются социальным неравенством, психологическими проблемами и агрессивной маркетинговой средой [5]. Пандемия COVID-19 выступила в роли катализатора, обострив все перечисленные риски.

Борьба с эпидемией ожирения не может сводиться к простым призывам к самоконтролю ребенка или семьи. Требуется реализация комплексной государственной стратегии, включающей: 1) нормативное регулирование маркетинга вредных продуктов для детей; 2) совершенствование системы школьного питания и физического воспитания; 3) создание доступной городской среды, стимулирующей активность; 4) просвещение населения на основе доказательных данных. Наиболее эффективными являются ранние вмешательства, начиная с перинатального периода, и программы, вовлекающие всю семью, поскольку именно в семье формируются долгосрочные поведенческие сценарии. Профилактика детского ожирения — это инвестиция в здоровье будущих поколений и устойчивое развитие нации.

Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения. Ожирение и избыточный вес: Информационный бюллетень [Электронный ресурс]. — Женева: ВОЗ, 2024. — URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight (дата обращения: 13.01.2026).
2. Дедов И. И., Петеркова В. А., Тюльпаков А. Н. Ожирение у детей и подростков: клинические рекомендации. — М.: Практика, 2021. — 128 с.
3. Охрименко Ю. В. Роль урбанизации в формировании состояния здоровья ребенка: кросс-региональное исследование в РФ // Гигиена и санитария. — 2017. — Т. 103, № 3. — С. 275–282.
4. Бондарева Э. А., Трошина Е. А. Ожирение. Причины, типы и перспективы: обзор и анализ данных // Профилактическая медицина. — 2024. — Т. 26, № 5. — С. 89–96.
5. Роспотребнадзор. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году». — М., 2024. — 320 с. — URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=28090 (дата обращения: 15.01.2026).

Алкогольная, наркотическая и токсикоманическая зависимости: влияние на общество и здоровье, тенденции распространения в различных группах населения

Сарыева Хадижа Габилевна, студент;
Быков Алексей Сергеевич, студент;
Асмандиярова Диана Ромилевна, студент
Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается проблема алкоголизма, наркомании и токсикомании как значимого медико-социального явления, оказывающего существенное влияние на состояние здоровья населения и общественное развитие. Анализируется динамика распространения различных форм зависимостей, а также их возрастно-половые и региональные особен-

ности. Особое внимание уделяется медицинским и социальным последствиям употребления психоактивных веществ, включая рост хронических заболеваний, инвалидизации, смертности, а также негативное воздействие на семью и общество в целом. В статье рассматриваются основные направления профилактики зависимостей, меры раннего выявления и комплексного медико-социального подхода к снижению распространённости алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Ключевые слова: *алкоголизм, наркомания, токсикомания, медико-социальная проблема, динамика распространения, возрастно-половые особенности, региональные особенности, медицинские последствия, социальные последствия, профилактика зависимостей.*

Алкоголизм, наркомания и токсикомания в настоящее время рассматриваются как одни из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества. По данным различных эпидемиологических исследований, с последствиями злоупотребления психоактивными веществами в той или иной форме сталкивается до 15–20 % взрослого населения, а риск формирования зависимости в течение жизни имеет каждый третий человек. Указанные формы аддиктивного поведения оказывают выраженное негативное влияние не только на физическое и психическое здоровье отдельных лиц, но и на социальную, экономическую и демографическую ситуацию в стране в целом. Употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ приводит к формированию стойкой зависимости, развитию хронических заболеваний, снижению трудоспособности, росту инвалидности и преждевременной смертности, а также к разрушению семейных и социальных связей [3].

Алкоголизм является наиболее распространённой формой зависимости и характеризуется хроническим, рецидивирующим течением. Согласно статистическим данным, доля лиц с алкогольной зависимостью составляет до 70–75 % от общего числа пациентов с аддиктивными расстройствами. Средний возраст начала систематического употребления алкоголя колеблется в пределах 14–16 лет, при этом у значительной части лиц зависимость формируется уже к 25–30 годам [1]. Наркомания связана с употреблением наркотических веществ, оказывающих выраженное воздействие на центральную нервную систему и вызывающих быстрое развитие психической и физической зависимости. Токсикомания чаще встречается среди подростков и молодежи и обусловлена употреблением летучих токсических веществ, доступных в быту; по различным оценкам, не менее 5–7 % подростков хотя бы однократно имели опыт такого употребления. Несмотря на различия в механизмах действия и путях потребления, все формы зависимости имеют схожие медико-социальные последствия и требуют комплексного подхода к профилактике и лечению [2].

Анализ динамики распространения алкоголизма, наркомании и токсикомании показывает, что за последние десятилетия наблюдаются как периоды роста, так и относительной стабилизации показателей. В отдельные годы рост первичной заболеваемости зависимостями достигал 3–5 %, что было связано с ухудшением социально-экономических условий и ростом доступности психоактивных веществ. Вместе с тем официальная статистика нередко занижает реальные масштабы проблемы, поскольку, по экспертным оценкам, до 30–40 % лиц с зависимым поведением не обращаются за медицинской помощью и остаются вне поля зрения системы здравоохранения [1].

Возрастно-половые особенности распространения зависимостей имеют выраженный характер. Алкоголизм преимущественно выявляется у лиц трудоспособного возраста — от 30 до 55 лет, при этом мужчины составляют около 65–70 % пациентов. Однако в последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту числа женщин, страдающих алкогольной зависимостью: за последние десять лет их доля увеличилась почти в 1,5 раза. У женщин алкоголизм развивается быстрее, а клиническое течение отличается большей тяжестью и высокой частотой осложнений, что обусловлено физиологическими и психоэмоциональными особенностями [3].

Наркомания и токсикомания в большей степени распространены среди подростков и молодежи. По данным социологических исследований, до 10–12 % лиц в возрасте 15–24 лет имели опыт употребления наркотических веществ, а начало приёма психоактивных веществ в большинстве случаев приходится на подростковый период. Раннее начало употребления значительно повышает риск быстрого формирования зависимости и развития тяжелых последствий для здоровья. У подростков употребление наркотических и токсических веществ негативно влияет на процессы роста и развития, формирование когнитивных функций, личности и социальной адаптации [2].

Региональные особенности распространения алкоголизма, наркомании и токсикомании обусловлены различиями в уровне социально-экономического развития, урбанизации и доступности медицинской помощи. В крупных промышленных центрах и мегаполисах показатели наркомании в среднем в 1,3–1,5 раза выше, чем в сельской местности, что связано с большей доступностью наркотических веществ и анонимностью городской среды. В сельских районах и малых населённых пунктах чаще фиксируется высокая распространённость алкоголизма, что нередко обусловлено ограниченными возможностями трудоустройства, досуга и социальной поддержки. В отдельных регионах дополнительное влияние оказывают миграционные процессы и транзитные пути распространения наркотиков [4].

Медицинские последствия алкоголизма, наркомании и токсикомании отличаются многообразием и высокой степенью тяжести. Употребление алкоголя является причиной до 50 % случаев цирроза печени и значительной

доли сердечно-сосудистых заболеваний. Со стороны нервной системы развиваются когнитивные расстройства, снижение памяти, деградация личности и различные психические расстройства. Алкоголизм также увеличивает риск травматизма и дорожно-транспортных происшествий, при этом до 30 % смертельных ДТП совершаются в состоянии алкогольного опьянения [3].

Наркомания сопровождается поражением центральной нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также высоким риском инфекционных заболеваний. Среди лиц с инъекционным употреблением наркотиков распространённость вирусных гепатитов достигает 60–70 %, а ВИЧ-инфекции — до 30 %. Токсикомания вызывает острые и хронические интоксикации, поражение головного мозга, печени, почек и органов дыхания. У лиц с длительным стажем употребления токсических веществ формируются стойкие психические нарушения и необратимые изменения личности [2].

Социальные последствия зависимостей не менее значимы, чем медицинские. Алкоголизм, наркомания и токсикомания приводят к снижению уровня образования, утрате профессиональных навыков и потере работы. По статистике, более 40 % лиц с выраженной зависимостью длительное время не имеют постоянного источника дохода. Существенно возрастает уровень преступности и семейного насилия: до 60 % бытовых преступлений совершаются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Разрушение семей, рост числа неблагополучных семей и социального сиротства являются серьёзными последствиями распространения зависимостей [1].

Особое значение имеет влияние зависимостей на демографическую ситуацию. Употребление алкоголя и наркотиков повышает уровень преждевременной смертности, особенно среди лиц трудоспособного возраста, снижает рождаемость и ухудшает репродуктивное здоровье населения. У женщин с зависимостью риск осложнений беременности возрастает в 2–3 раза, а вероятность рождения детей с врождёнными патологиями существенно выше среднестатистических показателей. Дети, воспитывающиеся в семьях с зависимыми родителями, чаще имеют хронические заболевания, проблемы в обучении и трудности социальной адаптации [3].

Таким образом, алкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой комплексную медико-социальную проблему, характеризующуюся высокой распространённостью, тяжёлыми медицинскими и социальными последствиями и значительным ущербом для общества. Эффективное решение данной проблемы возможно только при реализации междисциплинарного подхода, включающего медицинские, социальные, профилактические и реабилитационные мероприятия, направленные на снижение распространённости зависимостей, раннее выявление групп риска и формирование устойчивых установок на здоровый образ жизни в обществе.

Литература:

1. Говорин, Н. В., Сахаров, А. В. Эпидемиологическая ситуация по алкогольной зависимости: региональный аспект / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Российский медицинский журнал. — 2013. — Т. 19, № 4. — С. 25–29. — URL: https://medjrf.com/0869–2106/article/view/38093 (дата обращения: 18.01.2026).
2. Кабаева, А. Р., Шарипова, Г. К., Васильева, У. Д. Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная проблема / А. Р. Кабаева, Г. К. Шарипова, У. Д. Васильева [и др.] // Молодой ученый: сайт. — 2025. — № 3 (554). — С. 258–260. — URL: https://moluch.ru/archive/554/121781/ (дата обращения: 27.06.2025).
3. Калиева, А. Д., Мацибора, Д. Г., Малина, Е. А. Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная проблема. Динамика распространения, возрастно-половые и региональные особенности, медицинские и социальные последствия / А. Д. Калиева, Д. Г. Мацибора, Е. А. Малина [и др.] // Молодой ученый. — 2025. — № 3 (554). — С. 260–262.
4. Колесникова, В. В., Нифталиева, А. Р., Алексеева, О. А., Макарова, Д. С. Алкоголизм, токсикомания, наркомания: региональные особенности / В. В. Колесникова, А. Р. Нифталиева, О. А. Алексеева, Д. С. Макарова // Молодой ученый. — 2025. — № 3 (554). — С. 268–270.

Туберкулез как медико-социальная проблема. Система мероприятий по борьбе с туберкулезом

Урозбаева Диана Маратовна, студент
Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается туберкулез как одна из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества, оказывающая существенное влияние на показатели заболеваемости, смертности и качество жизни населения. Анализируется распространенность туберкулеза, его социальная обусловленность и зависимость от условий жизни,

уровня доходов, миграционных процессов, состояния системы здравоохранения и доступности медицинской помощи. Особое внимание уделяется уязвимым группам населения, включая лиц с низким социально-экономическим статусом, безработных, мигрантов, лиц с ВИЧ-инфекцией и хроническими заболеваниями. В статье рассматривается динамика эпидемиологической ситуации по туберкулезу, факторы, влияющие на формирование лекарственно-устойчивых форм заболевания, а также роль позднего выявления и недостаточной приверженности лечению. Подробно анализируется система мероприятий по борьбе с туберкулезом, включающая профилактику, раннюю диагностику, диспансерное наблюдение, лечение и реабилитацию больных. Рассматриваются организационные аспекты противотуберкулезной помощи, роль государственных программ и межведомственного взаимодействия в снижении заболеваемости и смертности от туберкулеза.

Ключевые слова: *туберкулез, медико-социальная проблема, заболеваемость, смертность, факторы риска, профилактика туберкулеза, ранняя диагностика, противотуберкулезные мероприятия, система здравоохранения.*

Туберкулез на протяжении многих десятилетий остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, оказывая существенное влияние на состояние общественного здоровья, демографические показатели и социально-экономическое развитие общества [1]. Несмотря на наличие эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, данное заболевание продолжает широко распространяться, особенно среди социально уязвимых групп населения. Туберкулез относится к социально обусловленным инфекционным заболеваниям, распространенность которых тесно связана с условиями жизни, уровнем доходов, качеством питания, доступностью медицинской помощи и общей социальной стабильностью [2].

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется около 10 миллионов новых случаев туберкулеза, при этом от данного заболевания умирает более 1,3 миллиона человек в год. Туберкулез остается одной из ведущих причин смертности от инфекционных болезней, опережая по данному показателю многие другие заболевания. В Российской Федерации, несмотря на положительную динамику последних лет, проблема туберкулеза сохраняет свою актуальность. По данным официальной статистики, уровень заболеваемости туберкулезом в России за последние два десятилетия снизился более чем в два раза, однако в отдельных регионах показатели остаются значительно выше среднероссийских значений. В 2022 году заболеваемость туберкулезом составляла около 32 случаев на 100 тысяч населения, а смертность порядка 5 случаев на 100 тысяч населения [4].

Туберкулез как медико-социальная проблема обусловлен не только биологическими особенностями возбудителя, но и совокупностью социальных факторов. Наиболее высокий риск заболевания наблюдается у лиц с низким уровнем доходов, неудовлетворительными жилищными условиями, дефицитом полноценного питания и ограниченным доступом к медицинской помощи [1]. Значимую роль играют безработица, алкоголизм, наркомания, курение и хронический стресс. По статистическим данным, среди лиц без определенного места жительства заболеваемость туберкулезом превышает средние показатели по населению в 10–15 раз. Существенное влияние оказывает и уровень миграции, так как мигранты нередко имеют ограниченный доступ к профилактическим осмотрам и своевременному лечению [2].

Особую медико-социальную значимость представляет сочетание туберкулеза с ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфицированные лица имеют в 20–30 раз более высокий риск развития активного туберкулеза по сравнению с общей популяцией. По данным эпидемиологических наблюдений, в ряде регионов Российской Федерации доля больных туберкулезом, инфицированных ВИЧ, превышает 20 процентов [4]. Сочетание данных заболеваний существенно ухудшает прогноз, увеличивает риск летального исхода и требует более сложных и дорогостоящих схем лечения.

Серьезной проблемой современного этапа является рост лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Множественная лекарственная устойчивость возбудителя развивается, как правило, вследствие несвоевременного выявления заболевания, нарушения режимов лечения и низкой приверженности пациентов к терапии [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, доля случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью составляет около 3–4 процентов среди новых случаев и до 18–20 процентов среди ранее леченных пациентов. В Российской Федерации показатели лекарственно-устойчивого туберкулеза остаются одними из наиболее высоких в Европейском регионе, что значительно осложняет борьбу с заболеванием [4].

Система мероприятий по борьбе с туберкулезом представляет собой комплекс взаимосвязанных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мер, реализуемых на государственном и региональном уровнях [1]. Ведущая роль в данной системе принадлежит профилактике, которая подразделяется на первичную, вторичную и третичную. Первичная профилактика направлена на предупреждение инфицирования и включает вакцинацию, улучшение социальных условий жизни, санитарно-просветительную работу и формирование здорового образа жизни. Вакцинация против туберкулеза с использованием вакцины БЦЖ является одним из наиболее эффективных методов профилактики тяжелых форм заболевания у детей. В Российской Федерации охват вакцинацией новорожденных традиционно превышает 95 процентов [2].

Вторичная профилактика направлена на раннее выявление туберкулеза и предупреждение развития тяжелых форм заболевания и осложнений. Основу вторичной профилактики составляет система массовых профилактических осмотров населения [1]. У взрослого населения основным методом раннего выявления является флюорографическое обследование органов грудной клетки. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, ежегодно профилактические флюорографические осмотры проходят более 60 процентов взрослого населения, что позволяет выявлять значительную часть случаев заболевания на ранних стадиях [4]. У детей и подростков широко используются туберкулинодиагностика и современные иммунологические тесты, позволяющие выявлять инфицирование на доклиническом этапе.

Лечение туберкулеза является длительным и многоэтапным процессом, требующим строгого соблюдения режимов химиотерапии [1]. Стандартная продолжительность лечения чувствительных форм туберкулеза составляет не менее 6 месяцев, а при лекарственно-устойчивых формах может достигать 18–24 месяцев. Эффективность лечения во многом зависит от своевременного начала терапии и приверженности пациента. По статистике, при соблюдении стандартных схем лечения излечение достигается более чем у 85 процентов пациентов с чувствительными формами туберкулеза [4]. В то же время при множественной лекарственной устойчивости данный показатель снижается до 50–60 процентов.

Важное значение в системе борьбы с туберкулезом имеет диспансерное наблюдение за больными и лицами из групп риска. Диспансеризация позволяет контролировать течение заболевания, своевременно выявлять осложнения и предотвращать распространение инфекции. Противотуберкулезная служба включает специализированные диспансеры, стационары, санаторно-курортные учреждения и амбулаторные подразделения, обеспечивающие преемственность медицинской помощи на всех этапах лечения [1].

Реабилитация больных туберкулезом является важным компонентом комплексной помощи и направлена на восстановление физического, психического и социального функционирования пациентов. После завершения основного курса лечения многие больные сталкиваются с остаточными изменениями в легких, снижением трудоспособности и социальными проблемами. Реабилитационные мероприятия включают медицинскую реабилитацию, психологическую поддержку, восстановление трудовых навыков и социальную адаптацию. По данным наблюдений, участие в программах реабилитации позволяет повысить уровень возвращения к трудовой деятельности на 20–30 процентов [3].

Существенную роль в борьбе с туберкулезом играет санитарно-просветительная работа среди населения. Информирование о путях передачи инфекции, первых симптомах заболевания и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью способствует раннему выявлению и снижению распространенности туберкулеза [2]. Особое внимание уделяется работе с группами повышенного риска, включая лиц с алкогольной и наркотической зависимостью, заключенных и мигрантов.

Государственная политика в области борьбы с туберкулезом реализуется через федеральные и региональные программы, направленные на укрепление материально-технической базы противотуберкулезной службы, внедрение современных методов диагностики и лечения, подготовку медицинских кадров и развитие межведомственного взаимодействия [4]. Реализация комплексных программ позволила снизить смертность от туберкулеза в Российской Федерации более чем в 3 раза за последние 15 лет, что свидетельствует об эффективности системного подхода.

Таким образом, туберкулез остается серьезной медико-социальной проблемой, требующей комплексного и многоуровневого подхода. Эффективная система мероприятий по борьбе с туберкулезом должна включать профилактику, раннюю диагностику, качественное лечение, реабилитацию и социальную поддержку больных. Только сочетание медицинских и социальных мер, направленных на устранение факторов риска и повышение доступности медицинской помощи, позволяет добиться устойчивого снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза и улучшения качества жизни населения.

Литература:

1. Перминова В. А. Туберкулёз как медико-социальная проблема / В. А. Перминова, Н. А. Овчинникова // Ученые записки Северного государственного медицинского университета. — 2022. — С. 1–15.
2. Перминова В. А. Туберкулёз как медико-социальная проблема / В. А. Перминова, Н. А. Овчинникова // Ученые записки Северного государственного медицинского университета. — 2022. — С. 1–15.
3. Садыгов А. С. Острые пневмонии у лиц с остаточными туберкулёзными изменениями в лёгких / А. С. Садыгов. — СПб.: Автореферат диссертации. — 1995. — 20 с. — В сборнике: Туберкулёз у детей как медико-социальная и организационная проблема.
4. Шилова М. В. Туберкулез в России в конце XX века // Проблемы туберкулеза. — 2001. — № 5. — С. 8–13. — В сборнике: Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний.

Психические расстройства как проблема общественного здоровья

Фадеев Максим Алексеевич, студент;
Вахитов Динар Рустамович, студент;
Жумагазин Руслан Нургалиевич, студент;
Леньшин Егор Алексеевич, студент
Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается актуальность психических расстройств и расстройств поведения как медико-социальной проблемы современного общества. Анализируется влияние различных факторов, включая генетическую предрасположенность, социальные условия, уровень стресса, качество социальной поддержки и доступность медицинской помощи, на заболеваемость психическими расстройствами. Особое внимание уделяется динамике распространенности психических нарушений, их влиянию на трудоспособность, социальную адаптацию и качество жизни пациентов. Рассматриваются методы профилактики, раннего выявления и коррекции психических расстройств, а также меры государственной поддержки и программы психосоциальной реабилитации.

Ключевые слова: *психические расстройства, расстройства поведения, показатели заболеваемости, социальные и генетические факторы, профилактика психических нарушений, психосоциальная реабилитация, государственная поддержка.*

Психические расстройства и расстройства поведения представляют собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества. Они оказывают существенное влияние на уровень здоровья населения, трудоспособность, социальную адаптацию и качество жизни пациентов. Распространенность психических нарушений стабильно высока и охватывает все возрастные группы, включая детей, подростков, взрослых и пожилых людей [1].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о значительном росте числа лиц, страдающих психическими расстройствами, в последние десятилетия. Основными категориями нарушений являются депрессивные расстройства, тревожные расстройства, шизофрения, биполярные расстройства, расстройства поведения и зависимости от психоактивных веществ. Заболеваемость психическими расстройствами варьирует в зависимости от пола, возраста, социального положения и условий жизни [3].

Социальные и экономические факторы оказывают значительное влияние на распространенность психических расстройств. Низкий уровень доходов, неблагоприятные жилищные условия, безработица, социальная изоляция и ограниченный доступ к медицинской помощи увеличивают риск развития психических нарушений и ухудшают исход лечения. Исследования показывают, что люди, проживающие в неблагоприятных социально-экономических условиях, имеют более высокий уровень стрессовых состояний, более частые обострения хронических психических заболеваний и более низкую приверженность к терапии [3].

Экологические и психосоциальные условия также играют ключевую роль в формировании психических расстройств. Хронический стресс, неблагоприятные условия труда, конфликты в семье, насилие и травматические события увеличивают вероятность развития депрессий, тревожных расстройств и посттравматических стрессовых состояний. Влияние психосоциальных факторов особенно важно для детей и подростков, так как неблагоприятная среда в раннем возрасте может формировать устойчивую предрасположенность к психическим нарушениям во взрослой жизни. Влияние стресса на психику человека опосредуется нейрохимическими и гормональными механизмами, включая повышение уровня кортизола, изменение работы нейротрансмиттерных систем и нарушение адаптивной реакции организма [2].

Генетические и биологические факторы являются дополнительным компонентом риска развития психических расстройств. Наследственная предрасположенность играет значимую роль в формировании шизофрении, биполярного расстройства, депрессий и ряда других психопатологических состояний. Нарушения нейротрансмиттерных систем, а также структурные и функциональные изменения мозга могут предопределять уязвимость к психическим нарушениям, особенно при взаимодействии с неблагоприятными социальными и экологическими факторами [1].

Образ жизни и поведенческие факторы оказывают значительное влияние на частоту и тяжесть психических расстройств. Злоупотребление алкоголем и наркотиками, курение, недостаток физической активности и нарушение режима сна повышают риск депрессий, тревожных расстройств и расстройств поведения. Напротив, здоровый образ жизни, регулярная физическая активность, социальная вовлеченность и поддержка семьи и сообщества способствуют снижению психоэмоционального напряжения и укреплению психического здоровья [3]. Психические расстройства тесно связаны с хроническими заболеваниями соматического характера, включая сердечно-сосудистые, эндокринные и респираторные патологии,

что увеличивает общий бремя заболеваемости и снижает качество жизни населения [1].

Значительное медико-социальное значение психических расстройств определяется их последствиями для трудоспособности и социальной адаптации. Хронические психические заболевания приводят к снижению эффективности труда, повышенной инвалидизации, социальной дезадаптации и ограничению участия в общественной жизни. Для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами характерны высокие показатели госпитализации, необходимость длительной медикаментозной терапии и постоянного психиатрического наблюдения. Психоэмоциональные расстройства в сочетании с социальной изоляцией способствуют росту суицидальных тенденций, что делает раннюю диагностику и профилактику особенно важной задачей [2].

Профилактика психических расстройств имеет несколько уровней. Первичная профилактика направлена на снижение воздействия факторов риска, включая пропаганду здорового образа жизни, улучшение социальной поддержки, профилактику стресса и ограничение вредных привычек. Вторичная профилактика предполагает раннее выявление психических расстройств через регулярное психиатрическое и психологическое обследование, выявление симптомов на ранней стадии и своевременное начало терапии. Третичная профилактика ориентирована на уменьшение тяжести заболевания, предупреждение рецидивов, восстановление социальной и профессиональной активности и улучшение качества жизни пациентов [3].

Современные подходы к профилактике и лечению психических расстройств включают междисциплинарное взаимодействие психиатров, психологов, социальных работников, специалистов по трудовой реабилитации и медицинских учреждений различного уровня. Особое внимание уделяется психотерапевтическим методам, программам социальной адаптации, реабилитации и обучению навыкам самоконтроля и стресс-менеджмента. Важным элементом стратегии является интеграция медицинских и социальных услуг, что позволяет повысить эффективность лечения и снизить медико-социальное бремя психических расстройств [4].

Таким образом, психические расстройства и расстройства поведения представляют собой комплексную медико-социальную проблему, формирование которой определяется взаимодействием генетических, биологических, экологических, социальных и поведенческих факторов. Эффективное управление этой проблемой требует комплексного подхода, включающего профилактику факторов риска, раннее выявление, адекватную терапию, социальную поддержку и реабилитацию пациентов, что позволяет снизить негативные последствия для общества и повысить качество жизни населения.

Литература:

1. Андрющенко А. В., Романов Д. В. Клиникоэпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств / А. В. Андрющенко, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. — 2010. — № 2. — С. 23–42.
2. Чайка Ю.А., Баранов М.Л. Распространенность психических расстройств у студентов и современные подходы к их профилактике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2025. Т. 59. № 3. С. 25–39. DOI 10.31363/2313-7053-2025-3-1086. https://elibrary.ru/item.asp?id=82904520
3. Москаленко О. Л., Яскевич Р. А. Факторы, влияющие на частоту и распространенность депрессивных расстройств / О. Л. Москаленко, Р. А. Яскевич // Russian Journal of Education and Psychology. — 2022. — Т. 13, № 23. — С. 91–100.
4. Сичерин Л. П., Щепин В. О. Ментальное здоровье населения Российской Федерации: нормативноорганизационные и методологические характеристики / Л. П. Сичерин, В. О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, общественного здоровья и истории медицины. — 2025. — Т. 33, № 1. — С. 105–111.

Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная проблема

Федорова Арина Алексеевна, студент;
Гафарова Арина Робертовна, студент;
Мукасова Камилла Вильевна, студент
Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются алкоголизм, наркомания и токсикомания как актуальные медико-социальные проблемы современного общества. Анализируется динамика распространения аддиктивных расстройств, отражающая устойчивые тенденции к их росту и «омоложению» контингентов потребителей психоактивных веществ. Особое внимание уделяется возрастно-половым и региональным особенностям распространённости зависимостей, а также влиянию со-

циально-экономических, культурных и демографических факторов на формирование и течение данных заболеваний. Рассматриваются основные медицинские последствия, включая развитие хронических соматических и психических заболеваний, инвалидизацию и преждевременную смертность, а также социальные последствия — снижение трудоспособности, рост преступности, разрушение семейных и социальных связей.

Ключевые слова: *алкоголизм, наркомания, токсикомания, медико-социальная проблема, динамика распространения, возрастно-половые особенности, региональные различия, медицинские последствия, социальные последствия, профилактика зависимостей.*

Алкоголизм, наркомания и токсикомания в настоящее время занимают одно из ведущих мест среди медико-социальных проблем, оказывая значительное влияние на здоровье населения, демографические показатели и социально-экономическое развитие общества. Данные формы зависимости характеризуются хроническим прогрессирующим течением, высоким уровнем рецидивирования и выраженными медицинскими и социальными последствиями. Масштабы распространения злоупотребления психоактивными веществами определяют актуальность комплексного анализа данной проблемы с позиций общественного здоровья и профилактической медицины [3].

Алкоголизм является наиболее распространённой формой химической зависимости и представляет собой хроническое заболевание, обусловленное систематическим употреблением алкогольных напитков с формированием психической и физической зависимости [4]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, несмотря на проводимую государственную антиалкогольную политику, уровень потребления алкоголя в стране остаётся высоким [5]. В 2024 году средний уровень потребления алкоголя в России составил около 10,5 литра абсолютного этанола на душу населения, что превышает порог, определённый Всемирной организацией здравоохранения как опасный для здоровья населения. При этом официальная статистика фиксирует тенденцию к снижению числа впервые выявленных случаев алкоголизма. Так, в 2023 году в Российской Федерации было зарегистрировано 67 023 новых случая алкоголизма и алкогольных психозов, а в 2024 году данный показатель снизился до 63 459 случаев [5].

В Оренбургской области аналогичная тенденция также прослеживается. Согласно данным региональных органов здравоохранения, в 2023 году было впервые выявлено 846 случаев алкоголизма и алкогольных психозов, тогда как в 2024 году данный показатель составил 704 случая. Несмотря на снижение официальных показателей, эксперты указывают на сохраняющийся высокий уровень скрытой алкоголизации населения, что связано с поздним обращением за медицинской помощью и социальной стигматизацией пациентов с алкогольной зависимостью [2].

Наркомания представляет собой заболевание, связанное с употреблением наркотических средств и психотропных веществ, сопровождающееся выраженными нарушениями психической и соматической сферы. В последние годы структура наркопотребления в Российской Федерации существенно изменилась за счёт распространения синтетических наркотических веществ, отличающихся высокой токсичностью и быстрым формированием зависимости. По официальным данным Министерства здравоохранения РФ, в 2023 году в стране было зарегистрировано 12 859 впервые выявленных случаев наркомании, а в 2024 году — 11 821 случай. Несмотря на общее снижение, в ряде регионов, включая Оренбургскую область, наблюдается рост числа новых случаев. В 2023 году в Оренбургской области было выявлено 54 новых случая наркомании, тогда как в 2024 году — 62 случая [3].

Следует отметить, что официальные показатели не отражают реальных масштабов проблемы. Согласно оценкам Управления ООН по наркотикам и преступности, в Российской Федерации не менее 18 миллионов человек употребляют наркотические вещества эпизодически или регулярно, что свидетельствует о значительном расхождении между медицинской регистрацией и фактическим уровнем наркопотребления [2].

Токсикомания является формой зависимости, связанной с употреблением летучих и токсических веществ, не включённых в перечень наркотических средств, но обладающих психоактивным эффектом. Данная форма зависимости наиболее распространена среди подростков и лиц молодого возраста, что обусловлено доступностью токсических веществ и недостаточным уровнем профилактической работы. Токсикомания часто рассматривается как начальный этап формирования более тяжёлых форм зависимости, включая наркоманию и хронический алкоголизм [4].

Возрастно-половые особенности распространения зависимостей имеют выраженный характер. Алкоголизм традиционно чаще диагностируется у мужчин трудоспособного возраста, однако в последние годы отмечается рост заболеваемости среди женщин и лиц молодого возраста. По данным статистических наблюдений, доля женщин среди лиц с алкогольной зависимостью достигает 30–35 процентов, при этом течение заболевания у женщин отличается более быстрым прогрессированием и тяжёлыми осложнениями. Наркомания и токсикомания преимущественно поражают лиц в возрасте от 16 до 35 лет, при этом первые пробы психоактивных веществ нередко приходятся на подростковый период. Гендерная структура наркозависимых характеризуется преобладанием мужчин, однако в последние годы увеличивается доля женщин, особенно среди потребителей синтетических наркотиков [4].

Региональные особенности распространения алкоголизма и наркомании обусловлены социально-экономическими, культурными и географическими факторами. В Российской Федерации более высокие показатели нар-

комании регистрируются в крупных промышленных и транзитных регионах, а также в субъектах с развитой транспортной инфраструктурой. Оренбургская область, находящаяся на пересечении транспортных путей, демонстрирует умеренные показатели официальной заболеваемости, однако специалисты отмечают рост потребления синтетических наркотиков и увеличение числа полинаркоманий. Показатели смертности от случайных отравлений алкоголем в Оренбургской области в 2024 году составили около 38,8 случая на 100 тысяч населения в возрастной группе 15–79 лет, что сопоставимо со среднероссийскими значениями [5].

Медицинские последствия алкоголизма, наркомании и токсикомании отличаются высокой тяжестью и многообразием. Алкогольная зависимость приводит к развитию хронических заболеваний печени, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, а также психических расстройств. Значительная доля смертей от внешних причин, включая дорожно-транспортные происшествия, травмы и суициды, связана с состоянием алкогольного опьянения. Наркомания сопровождается высоким риском инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты, развитием психозов, когнитивных нарушений и передозировок. По данным Росстата, ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 10 тысяч смертей, связанных с употреблением наркотических веществ [5].

Социальные последствия зависимостей проявляются в снижении трудоспособности, росте инвалидности, ухудшении демографических показателей и увеличении социальной напряжённости [4]. Алкоголизм и наркомания являются значимыми факторами семейного неблагополучия, насилия, преступности и маргинализации населения. Существенный ущерб наносится экономике за счёт утраты трудового потенциала, увеличения расходов на медицинскую помощь, социальную поддержку и правоохранительную деятельность. Особенно негативное влияние зависимости оказывают на подростков и молодёжь, формируя девиантные формы поведения и снижая образовательный и профессиональный потенциал будущих поколений [2].

Таким образом, алкоголизм, наркомания и токсикомания остаются одной из ключевых медико-социальных проблем Российской Федерации и отдельных её регионов, включая Оренбургскую область. Несмотря на снижение официальных показателей заболеваемости, реальные масштабы распространения зависимостей остаются высокими. Это требует дальнейшего совершенствования системы профилактики, раннего выявления, лечения и социальной реабилитации лиц с зависимым поведением, а также усиления межведомственного взаимодействия в сфере охраны общественного здоровья.

Литература:

1. Барденштейн Л. М. Алкоголизм и наркомания: вопрос национальной безопасности // Российский медицинский журнал. — 2013. — Т. 19, № 4. — С. 1–3.
2. Бузинов, Р. В. Социальные аспекты алкоголизма и наркомании: монография / Р. В. Бузинов, Е. П. Кравцова. — Москва: Медицина, 2019. — 245 с.
3. Федотов А. А. Распространение алкоголизма и наркомании в регионах России // Народонаселение. — 2022. — Т. 25, № 3. — С. 144–152.
4. Иванец Н. Н. (ред.), Анохина И. П., Винникова М. А. Наркология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 944 с.
5. Росстат. Здравоохранение в России. 2023: статистический сборник. — М.: Росстат, 2023. — 176 с

Клинический случай молодого пациента с впервые выявленным сахарным диабетом, отнесенным к кластеру SIDD, демонстрирующий потенциал использования кластерного анализа сахарного диабета

Хворостенко Никита Васильевич, студент
ГАПОУ СО «Энгельсский медицинский колледж Св. Луки (Войно-Ясенецкого)

Научный руководитель: Ветрова Анна Владиславовна, врач-эндокринолог
ГАУЗ Энгельсская городская клиническая больница № 1

В статье представлен клинический случай пациента, возраст 28 лет, с впервые выявленным диабетом, с атипичным течением и с развитием острой болевой полинейропатии. Проведена классификация по современной парадигме кластеризации сахарного диабета, определена принадлежность к кластеру SIDD. Подход способствует более точной оценке риска осложнений и персонализированному подбору терапии.

Ключевые слова: *сахарный диабет, острая болевая полинейропатия, кластеры сахарного диабета, SIDD.*

A clinical case of a young patient with newly diagnosed diabetes mellitus, classified into the SIDD cluster, demonstrating the potential of using cluster analysis in diabetes management

Keywords: *diabetes mellitus, acute painful polyneuropathy, clusters of diabetes, SIDD, severe insulin-deficient diabetes.*

Список сокращений:
- СД — сахарный диабет,
- ПССП — пероральные сахароснижающие препараты,
- АТ — антитела,
- ИМТ — индекс массы тела

Введение

На сегодняшний день наиболее распространённой классификацией сахарного диабета (СД) у взрослых является классификация с разделением на два типа: инсулинзависимый и инсулиннезависимый — сахарный диабет 1 и 2 типа соответственно. В данную группу не включены больные с гестационным сахарным диабетом и с панкреатогенным сахарным диабетом». Современная классификация представлена, в том числе и в действующих алгоритмах специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом [1].

Отмечается тенденция к развитию сахарного диабета 2 типа (СД) у молодых людей в возрасте до 30 лет, которые могут лечиться как препаратами инсулина, так и таблетированными сахароснижающими препаратами (ПССП). Данные больные, как правило, имеют избыточную массу тела, сопутствующую патологию в виде артериальной гипертензии и другое. Нередко в практику врача стало входить назначение ПССП у молодых людей, которые по выписке могут кодироваться как сахарный диабет 2 типа. Так же, если ранее считалось, что для СД 1 типа характерно начало в детском возрасте, то сейчас эти границы так же сдвинуты, нередко СД 1 типа дебютирует и после 20 лет.

В 1980-х годах были получены сведения, указывающие на значительную гетерогенность сахарного диабета. Введение в клиническую практику определения аутоантител позволило выявить случаи диабета у молодых пациентов, которые на ранних стадиях заболевания получали пероральные сахароснижающие препараты, однако впоследствии, при недостаточной эффективности терапии, требовали перехода на пожизненную инсулинотерапию. В большинстве случаев данный вариант диабета характеризуется наличием аутоантител к глутаматдекарбоксилазе (GAD). Данная форма сахарного диабета классифицируется как латентный аутоиммунный сахарный диабет у взрослых (LADA). [2].

Контроль аутоантител к GAD, антител (АТ) к *бета-клеткам поджелудочной железы*, а также проведение генетических исследований не всегда технически возможны, и в группу пациентов с СД 2 типа нередко включают людей с другими формами сахарного диабета. Под другими формами в первую очередь имеются ввиду LADA, MODY диабет [3].

Это даёт основание предполагать, что требуется новый метод разделения и классификации пациентов с целью определения прогноза и тактики лечения.

В 2008 году группой шведских учёных предложена концепция кластеризации сахарного диабета, которая предполагает разделение больных СД 2 типа на пять условных кластеров, каждый из которых имеет определённые особенности в патогенезе СД, течении, развитии осложнений, особенностях терапии.

Исследование All New Diabetics In Scania (ANDIS) ставило целью включить всех пациентов с впервые выявленным диабетом, диагностированных в регионе Сконе (Skåne) на юге Швеции, в течение одного года с момента постановки диагноза. В исследование было включено более 20000 человек.

Кластеризация пациентов с сахарным диабетом не исключает у них другие специфические формы, а служит инструментом для оценки рисков, прогнозов, выбора тактики лечения пациентов.

Кластеры включают в себя:

– SAID (Severe Autoimmune Diabetes) — аутоиммунная форма, клинически диабет 1 типа, характеризующаяся аутоиммунной деструкцией бета клеток. Характерная особенность — обнаружение аутоантител

– SIDD (Severe Insulin-Deficient Diabetes) — выраженной недостаточностью инсулина и бета-клеточной дисфункцией, однако не всегда обязательно присутствие в крови АТ. Характеризуется ранним развитием микрососудистых осложнений

– SIRD (Severe Insulin-Resistant Diabetes) — в дебюте высокий индекс массы тела (ИМТ), соответствующий ожирению, выраженная инсулинорезистнтность, уже при небольшом стаже сахарного диабета выявляется диабетическая нефропатия.

– MOD (Mild Obesity-Related Diabetes) — по сравнению с SIRD более низкий ИМТ, умеренная инсулинорезистеность

– MARD (Mild Age-Related Diabetes) — развивается у пожилых, относительно мягкая форма сахарного диабета.

Кластер оценивается по ИМТ, индексу HOMA IR, HOMA b, уровню гликированного гемоглобина, наличию или отсутствию антител к GAD, возрасту дебюта [4].

При диагностике СД у молодых людей врачу необходимо обратить внимание на первые два кластера — SAID

и SSID. Кластеризация дает возможность определить прогноз осложнений и течения СД.

Представляется клинический случай пациента, демонстрирующий применение современной новейшей парадигмы кластеризации сахарного диабета. В рамках данного подхода проводится всесторонний анализ клинических, биохимических и иммунологических показателей, что позволяет определить, к какому кластеру принадлежит пациент, что помогает в оценке прогноза и оптимизирует правильный подбор лечения. Перед началом оформления клинического случая получено согласие больного на обработку персональных данных.

Описание клинического случая

Пациент Ш., 28 лет, русский. Госпитализирован в эндокринологическое отделение ГАУЗ «Энгельсская городская клиническая больница № 1» с впервые выявленным СД, отягощенного наследственностью. Жалобы на умеренную сухость во рту, слабость. Ранее глюкоза крови не исследовалась.

Со слов пациента, в течение всей жизни имел избыточную массу тела. Последние три года вес начал снижаться благодаря умеренным физическим нагрузкам. Рост и вес 3 года назад — рост 184 см, вес 120 кг (индекс массы тела — ИМТ 35.4), вес на момент поступления в стационар 68 кг (ИМТ 20.1). За последние четыре месяца отмечается быстрое снижение массы тела (на 20 кг).

В отделение эндокринологии поступил после выписки из отделения гнойной хирургии, где проходил лечение по поводу острого гнойного парапроктита. В ходе госпитализации выявлена глюкоза крови 20 ммоль/л. После выписки из отделения гнойной хирургии пациент был госпитализирован по направлению в отделение эндокринологии для подбора сахароснижащей терапии

При поступлении состояние больного расценивалось как относительно-удовлетворительное. Физическая активность низкая. Пациент курит, с его слов, выкуривает по 1 пачке в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Признаки инсулинорезистентности в виде acantosis nigricans отсутствуют.

Частота дыхательных движений — 18 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под края реберной дуги.

Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Дизурии нет. Уровень артериального давления 120 и 80 мм.рт.ст., Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту. Частота дыхательных движений 18 в минуту.

По данным биохимического исследования: глюкоза — 14 ммоль/л, в моче определялся ацетон 1.5 г /л. Уровень С-пептида 1 мг/мл, что свидетельствует о низкой секреции эндогенного инсулина. Уровень гликированного гемоглобина 9 %, что свидетельствует о декомпенсации углеводного обмена за последние 3 месяца.

Назначена инсулинотерапия инсулинами аспарт и гларгин. Суточная доза инсулина — 36 ед. На фоне инсулинотерапии достигнута компенсация углеводного обмена.

Через 2 месяца после начала инсулинотерапии, поступили жалобы на онемение, покалывание пальцев стоп. В течение 2 недель жалобы нарастали, преимущественно в ночное время, что привело к бессоннице. Также добавились судороги в икроножных мышцах. Болевой синдром не купировался приемом НПВС. Обращала на себя внимание симметричность поражения.

Пациенту было проведено дополнительное обследование.

При осмотре невролога выявлено наличие болевого синдрома, локализованного преимущественно в дистальных отделах конечностей — стопах и голенях. Боль характеризуется как приступообразная, жгучая, иногда стреляющая, усиливающаяся в ночное время и при воздействии холодных или механических раздражителей. Пациент отмечает гиперестезию и гипералгезию, а также наличие аллодинии — боли при неболевых стимуляциях.

Сенсорная функция нарушена: отмечается снижение или утрата тактильной и вибрационной чувствительности, особенно в области стоп. Температурная чувствительность стоп снижена.

Рефлексы: ахиллов и коленный рефлексы снижены или отсутствуют. Мышечная сила сохранена, мышечный тонус без изменений. Мышечная атрофия и деформации не выявлены.

Вегетативные нарушения проявляются сухостью кожи стоп.

С целью подтверждения диагноза пациенту выполнена электронейромиография (ЭНМГ). Результаты свидетельствуют о диффузных сенсомоторных нарушениях, преимущественно аксонального типа, с признаками демиелинизации. Замедление проведения и снижение амплитуды потенциалов указывают на сочетание аксональных повреждений и демиелинизации периферических нервов.

Осмотр офтальмолога с расширенным зрачком не выявил диабетической ретинопатии.

Через 1 месяц после выписки участились эпизоды гипогликемии (2–8 раз в день), что потребовало снижения дозы инсулина. Через 2 недели от начала снижения дозы инсулина пациенту была полностью отменена инсулинотерапия. Периодически на фоне приема продуктов с высоким гликемическим индексом отмечалась гипергликемия до 13 ммоль/л, однако в дальнейшем наблюдалось снижение уровня гликемии до 5–6 ммоль/л без введения инсулина. Повторно исследован уровень С-пептида — 3 нг/мл, что косвенно может свидетельствовать о частичном восстановлении функции эндокринной части поджелудочной железы.

Через 2 месяца после отмены инсулинотерапии пациент снова вернулся к ней. Улучшение показателей гликемии вплоть до отмены сахароснижающей терапии может свидетельствовать о «медовом месяце» или кратковременной ремиссии сахарного диабета. Однако наблю-

дение за пациентом в течение 6 месяцев наталкивает на мысль о у необходимости дообследования пациента на предмет выявления MODY диабета. Это обусловлено тем, что пациенту требуется периодическая отмена инсулинотерапии, далее в течение месяца у пациента достигнуты целевые показатели гликемии на фоне диетотерапии. К инсулинотерапии пациент возвращается так же не период от 2 недель до 1 месяца, когда показатели гликемии нецелевые. То есть мы видим в реальной клинической практике, что у молодого пациента может быть специфический тип сахарного диабета, что требует дообследования и пересмотра сахароснижающей терапии.

С целью уточнения типа сахарного диабета исследован уровень антител.

Уровень антител к инсулину: 4 ме/мл (0–10)

Антитела к GAD 0,5 ОЕ/мл (0–1)

Homa-IR 2,646, HOMA-islet 2,938 (расчет по С-пептиду).

Резкое снижение массы тела, острая болевая полинейропатия, снижение потребности в инсулине, длительный стаж курения (14 лет) требовали проведения онкопоиска. При дополнительных инструментальных методах обследования признаков злокачественных новообразований не выявлено. По данным лабораторной диагностики — без клинически значимых изменений. ВИЧ, Гепатиты В и С отрицательные.

Функция почек: креатинин 70,7 мкмоль/л, eGFR 127 мл/мин, белок в моче: отрицательно, МАУ 10 г/л.

На основании показателей был поставлен диагноз: дистальная диабетическая полинейропатия, острая болевая форма. Назначено лечение габапентином («Канонфарма», Москва, Россия). Положительный эффект был достигнут при дозировке 2400 мг в сутки. Пациент находится под наблюдением невролога для дальнейшей коррекции дозы и контроля качества назначенного лечения.

Обсуждение

Кластеризация является удобным инструментом, поскольку для классификации пациентов по новым подтипам сахарного диабета не требуется проведение дорогостоящих и сложных исследований. Этот метод основан на использовании клинико-лабораторных данных, которые могут быть легко проведены в рамках рутинного обследования, что делает его доступным и практичным для широкого внедрения в клиническую практику.

При диагностике СД у молодых пациентов врачу важно обратить внимание на первые два кластера — SAID и SIDD. Несмотря на то, что пациенты в обоих кластерах будут с течением времени переведены на интенсифицированную инсулинотерапию, кластеризация помогает определить прогноз осложнений и характер течения СД.

Для пациентов, входящих в группу кластера SIDD, характерно раннее выявление и развитие полинейропатии, в том числе и при первом обращении к эндокринологу. Это обусловлено тем, что дебют точно не датируется [5].

При анализе клинического случая по новой парадигме кластеризации сахарного диабета оценивались ключевые параметры: возраст на момент диагноза, уровень HbA1c, наличие аутоантител (GAD, IA-2), уровень С-пептида для оценки функции β-клеток, вычислены индекс HOMA-IR, HOMA-B, ИМТ. Комплексный подход позволяет точно определить подтип заболевания и выбрать оптимальную терапию.

Согласно современной кластеризации сахарного диабета, данного пациента можно отнести к кластеру SIDD, характеризующемуся медленно прогрессирующей деструкцией β-клеток. Для этого кластера не свойственны признаки инсулинорезистентности, однако отмечается постепенное развитие диабета с длительным периодом скрытой гипергликемии. Пациенты данной группы предрасположены к развитию микроангиопатий. В связи с продолжительным латентным течением гипергликемии, манифестация сахарного диабета может сопровождаться уже сформировавшимися хроническими осложнениями, такими как дистальная диабетическая полинейропатия.

В представленном клиническом случае у пациента отсутствуют признаки инсулинорезистентности, что подтверждается низким значением индекса HOMA-IR (2,646), а также относительно сохранённой функцией островкового аппарата (индекс HOMA-islet 2,938). В настоящее время активно проводятся исследования, направленные на выявление генетических маркеров сахарного диабета 2 типа. В ряде работ отмечается, что у пациентов с данным заболеванием могут выявляться генетические аномалии, связанные с нарушением секреции проинсулина или инсулина. [6].

В связи с этим данный пациент требует дальнейшего динамического наблюдения, а также генетического тестирования на наличие диабета типа MODY и на наличие генетических маркеров сахарного диабета 2 типа. В настоящее время в отечественной литературе уже упоминается о гетерогенности сахарного диабета у молодых людей.

Таким образом, кластеризация сахарного диабета разработана с целью понимания многообразия и гетерогенности сахарного диабета. Очевидными преимуществами данного метода является его доступность. Диагностика LADA и MODY должна проводиться с помощью иммунологического и генетического исследования. Также в настоящее время существует понятие о «гибридных» формах сахарного диабета.

Периодическая отмена пациентом инсулинотерапии на фоне развития симптоматики передозировки инсулина может наталкивать клинициста на мысль о том, что у пациента может быть MODY диабет.

В статье Ветровой А. В. и соавт. Описан клинический случай 33-летнего пациента с установленным диагнозом LADA по данным анамнеза (стаж диабета 6 лет, в первые 6 месяцев от дебюта получал ПССП), лабораторных исследований (положительные антитела к GAD). Дополнительно пациенту проводилось генетическое тестирование по 9 основным генам, мутации в которых ответственны

за предрасположенность к ожирению и развитие сахарного диабета 2 типа. По результатам данного исследования у пациента обнаружена гетерозиготная мутация в генах TCF7L2, CDKAL1, CDKN2A/2B. У пациента выявлен гибридный диабет, сочетающий как иммунологические маркеры LADA-диабета — положительные антитела к декарбоксилазе глютаминовой кислоты, так и генетические маркеры сахарного диабета 2 типа (мутация в генах TCF7L2, CDKAL1, CDKN2A/2B) [7].

В статье Овсянниковой и соавт., 2019 год, описан уникальный клинический случай MODY 12, подтвержденный генетически. В статье так же представлен случай впервые выявленного сахарного диабета с диагностированной пролиферативной ретинопатией, что не характерно для классического понимания СД у молодых.

О возможности отнесения СД к MODY свидетельствовало наличие СД как минимум в трех поколениях, сохранение секреции С-пептида и очевидные признаки передозировки инсулина при введении относительно небольших доз на втором году клинического течения заболевания. Точное время возникновения гипергликемии у данного пациента неизвестно, нельзя исключить скрытое течение болезни до клинического дебюта [8].

Несмотря на то что кластеризация не упоминается в современных Российских клинических рекомендациях, во всем мире проводятся крупные исследования по подтверждению данной парадигмы. В данном случае также была проведена дифференциальная диагностика, так как причиной раннего появления хронических осложнений СД может быть их развитие в результате других заболеваний, в т. ч. онкологических, неврологических, инфекционных.

Заключение

Кластеризация является удобным инструментом для любого врача-эндокринолога. Данный метод помогает быстро спрогнозировать развитие осложнений, прогноз течения и курс терапии СД. Благодаря использованию кластеризации возможна также идентификация редких форм СД, однако нельзя забывать о том, что диагностика редких форм диабета должна проводиться с помощью дополнительных методов, таких как иммунологические и генетические исследования.

Благодарности

Александре Евгеньевне Черновой, «менеджер по продажам Компьютерная академия ТОП»

Егору Игоревичу Макарову, фельдшеру с. Терновка, Энгельсский район, Саратовская область)

Морозовой Инессе Игоревне, музыканту. В настоящее время работает на административной должности в Российской академии музыки им. Гнесиных (г. Москва).

Литература:

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, О. Ю. Сухаревой. — 12-й вып. — М., 2025. — 247 с.
2. Tuomi T., Groop L. C., Zimmet P. Z., et al. Antibodies to glutamic acid decarboxylase reveal latent autoimmune diabetes mellitus in adults with a non-insulin-dependent onset of disease // Diabetes. 1993. Vol. 42. P. 359–362.
3. Tuomi T., Sanoro N., Caprio S., Cai M., Weng J., Groop L. The many faces of diabetes: a disease with increasing heterogeneity // Lancet. 2014. Vol. 383. P. 1084–1094. DOI: 10.1016/S0140–6736(13)62219–9.
4. Ahlqvist E., Storm P., Käräjämäki A., et al. Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables // The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2018. Vol. 6, № 5. P. 361–369. DOI: 10.1016/S2213–8587(18)30051–2.
5. Ahlqvist E., Prasad R. B., Groop L. 100 YEARS OF INSULIN: Towards improved precision and a new classification of diabetes mellitus // J Endocrinol. 2021. Vol. 252, № 3. P. R59–R70. DOI: 10.1530/JOE-20–0596. PMID: 34783681.
6. Udler M. S., Kim J., von Grotthuss M., Bonàs-Guarch S., Cole J. B., Chiou J., Anderson C. D., Boehnke M., Laakso M., Atzmon G., Glaser B., Mercader J. M., Gaulton K., Flannick J., Getz G., Florez J. C. Type 2 diabetes genetic loci informed by multi-trait associations point to disease mechanisms and subtypes: A soft clustering analysis // PLoS Med. 2018. Vol. 15, № 9. e1002654. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002654. PMID: 30240442; PMCID: PMC6150463.
7. Ветрова А. В., Орлова М. М., Колобанова Н. Е. Гибридный тип диабета у пациента с медленно развивающимся иммуноопосредованным диабетом и генетическими маркерами предрасположенности к сахарному диабету 2 типа и ожирению. Клиническое наблюдение // Лечащий врач. 2023. № 3 (26). С. 14–17. DOI: 10.51793/OS.2023.26.3.002.
8. Овсянникова А. К., Рымар О. Д., Шахтшнейдер Е. В., Климонтов В. В., Королева Е. А., Воевода М. И. Сахарный диабет, связанный с мутацией гена ABCC8 (MODY 12): особенности клинического течения и терапии // Сахарный диабет. 2019. Т. 22, № 1. С. 88–94. DOI: 10.14341/DM9600.

Хирургическое лечение рака ободочной кишки: анализ оперативных доступов и непосредственных результатов

Цирихова Марина Германовна, студент;
Абдуева Иман Умаровна, студент
Научный руководитель: Вахоцкий Владимир Васильевич, кандидат медицинских наук, доцент
Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

Введение

Рак ободочной кишки представляет собой злокачественную опухоль, развивающуюся из слизистой оболочки толстой кишки [1]. В настоящее время данная патология занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости. По данным мировой статистики, рак ободочной кишки является одной из наиболее часто встречающихся опухолей органов желудочно-кишечного тракта, занимая второе место среди всех злокачественных новообразований данной локализации и составляя от 4 до 6 % в общей структуре онкологических заболеваний [2].

В Российской Федерации ежегодно регистрируется более 60 тысяч новых случаев заболевания, что подчеркивает его высокую медико-социальную значимость [3]. Основным методом лечения является хирургическое вмешательство, направленное на радикальное удаление пораженного сегмента кишечника вместе с брыжейкой, регионарными лимфатическими узлами и клетчаткой, расположенной по ходу основных питающих сосудов [4]. В последние годы все большее распространение получают малоинвазивные видеоассистированные операции, что требует оценки их эффективности и безопасности [5].

Цель исследования

1. Проанализировать структуру хирургического лечения рака ободочной кишки (2021–2024 гг.).
2. Оценить динамику внедрения видеоассистированных операций.
3. Изучить показатели послеоперационных осложнений и летальности
4. Определить целесообразность малоинвазивных технологий для улучшения результатов.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 342 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении № 1 Республиканского онкологического диспансера г. Владикавказа в период с 2021 по 2024 г. Всем пациентам были выполнены радикальные хирургические вмешательства по поводу рака ободочной кишки.

Оценивались:
— вид выполненной операции;
— тип хирургического доступа (открытый или видеоассистированный);
— частота послеоперационных осложнений;
— летальность.

Пациенты были распределены по полу (женщины — 224, мужчины — 118) и возрасту:
— до 34 лет — 1 женщина;
— 35–54 года — 19 мужчин и 19 женщин;
— 55–74 года — 95 мужчин и 104 женщины;
— старше 75 лет — 42 мужчины и 62 женщины.

Результаты исследования

Гемиколэктомия выполнена 274 пациентам:
— открытый доступ — 191;
— видеоассистированный — 83.

Резекция поперечно-ободочной кишки выполнена 16 пациентам:
— открытый доступ — 14;
— видеоассистированный — 2.

Резекция сигмовидной кишки проведена у 52 пациентов:
— открытый доступ — 24;

— видеоассистированный — 28.

Послеоперационные осложнения:

— открытые операции — 30,9 %;

— видеоассистированные операции — 13,3 %.

Основные осложнения:

— несостоятельность кишечного анастомоза: открытые — 8,2 %, видеоассистированные — 6,4 %;

— кровотечения: открытые — 5,2 %, видеоассистированные — 1,2 %;

— некроз низведенной кишки: открытые — 4,1 %, видеоассистированные — 1,7 %;

— внутрибрюшинные абсцессы: открытые — 6,2 %, видеоассистированные — 3,5 %;

— перитонит: открытые — 3,1 %, видеоассистированные —1,2 %;

— сепсис: открытые — 2,1 %, видеоассистированные — 1,2 %;

— летальные исходы — 3 случая (0,9 %);

— гемиколэктомия открытым способом — 2 случая (тромбоэмболия легочной артерии);

— резекция сигмовидной кишки — 1 случай (острая печеночно-почечная недостаточность).

Заключение

1. Хирургический метод остается основным в лечении рака ободочной кишки.
2. Отмечается тенденция к увеличению доли видеоассистированных операций (с 34,6 % в 2021 г. до 39,04 % в 2024 г.).
3. Частота послеоперационных осложнений за период исследования составила 17,8 % в 2021 г. и 18,1 % в 2024 г., летальность — 0,8 % и 0,9 % соответственно.
4. Полученные результаты подтверждают целесообразность внедрения малоинвазивных технологий для снижения послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Клинические рекомендации. Злокачественное новообразование ободочной кишки — (12.12.2022). — Утверждены Минздравом России / Рекомендации клинические. — С. 5 — URL: http://disuria.ru/_ld/12/1281_kr22C18C19MZ.pdf
2. Давыдов. М. И. Онкология / М. И. Давыдов, Ганцев Ш. Х. М. —: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — С. 610 https://psv4.userapi.com/s/v1/d/z0FvS2f4ogBYT3iIQ714n3M-UTfcCCJgwOKBGUb2RrndUqyvUiQ1zc05LCpYmgpCQTaWwOaBlLwPTg-dI8T09jWUv-pEtR7NgykjC2MD6L48-UtC/M_I_Davydov_Sh_Kh_Gantsev_Uchebnik_po_onkologii.pdf
3. Веселов. А. В. Колоректальный рак: высокая летальность и полная излечиваемость // Медвестник. — URL: https://medvestnik.ru/content/interviews/Kolorektalnyi-rak-vysokaya-letalnost-i-polnaya-izlechivaemost.html
4. Отдаленные результаты хирургического лечения рака ободочной кишки / Пророков В. В., Николаев А. В., Власов О. А., Бурлаков М. В. — Текст: непосредственный // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. — 2011. — № 3. — С. 41–43.
5. Миниинвазивные видеоторакоскопические и робот-ассистированные лобэктомии / Порханов В. А., Данилов В. В., Поляков И. С. [и др.]. — // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. — 2019. — № 8. — С. 46–52.

Эпидемиология заболеваний щитовидной железы в современных условиях: анализ тенденций и приоритеты профилактики

Цыганова Валерия Борисовна, студент;
Стебнева Анна Александровна, студент;
Савицкая Дана Романовна, студент;
Тоноян Милена Гамлетовна, студент
Научный руководитель: Чехонадская Юлия Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность данной темы вызвана значительной распространенностью заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), которая продолжает расти во всем мире, представляя собой серьезную медико-социальную и экономическую проблему. Эти заболевания занимают второе место среди эндокринных нарушений после сахарного диабета. Основной вызов заключается в продолжающемся йодном дефиците на территории России и многих других стран. Недостаток йода вы-

ступает одной из ключевых, хотя и не единственной, причин развития тиреоидной патологии. Слабая эффективность профилактических мероприятий и отсутствие на государственном уровне нормативной программы обязательного йодирования соли остаются серьезными проблемами.

Ключевые слова: *эпидемиология, щитовидная железа, йододефицит, зоб, узловой зоб, гипотиреоз, гипертиреоз, распространенность, заболеваемость, профилактика.*

Гипотеза

В современном мире рост заболеваемости патологиями щитовидной железы обусловлен двумя ключевыми и парадоксальными факторами:

1. Избытком диагностики — резким увеличением выявления субклинических и малозначимых форм заболеваний (особенно узлов и рака) благодаря широкому доступу к методам визуализации, что часто не коррелирует с реальной заболеваемостью или смертностью.

2. Изменением профиля реальных факторов риска — смещением с классического йодного дефицита на комплексное воздействие аутоиммунных процессов, ожирения, экологических факторов и стресса, что требует пересмотра стратегий профилактики.

Решением может стать введение универсальных мер массовой йодной профилактики, совершенствование диагностики (например, с использованием УЗИ и скрининга групп риска), а также адаптация клинических рекомендаций к изменяющейся эпидемиологической ситуации. Анализ данных свидетельствует о высокой распространенности различных форм зоба в России, которая в 2019 году затрагивала около 1,2 % населения. Также наблюдаются рост заболеваемости тиреотоксикозом и синдромом врожденной йодной недостаточности. Узловые образования щитовидной железы выявляются у 19–68 % населения посредством ультразвукового исследования, при этом риск их малигнизации составляет 2,9 %. Выводы показывают, что проблема йодного дефицита в России остается актуальной и требует системного подхода на государственном уровне. Эпидемиологическая картина заболеваний ЩЖ претерпевает изменения, характеризуясь ростом доли аутоиммунной и узловой патологии, что требует совершенствования диагностических и лечебных стратегий.

Щитовидная железа играет центральную роль в поддержании правильного метаболизма, а также в процессах роста и развития организма. Нарушения структуры и функционирования железы широко распространены, существенно влияя на качество жизни, репродуктивное здоровье и демографические процессы. Проблема становится особенно острой с учетом эндемического йодного дефицита, характерного для многих регионов мира, включая большую часть России. «Бремя заболеваний щитовидной железы в общей популяции огромно: до 50 % людей имеют микроскопические узлы, 15 % — пальпируемый зоб, а 10 % — отклонения уровня тиреотропного гормона (TSH). Около 5 % женщин страдают явным гипо- или гипертиреозом». — PubMed

Йод является основным элементом для синтеза тиреоидных гормонов. Его хронический дефицит вызывает широкий спектр заболеваний — от диффузного и узлового зоба до тяжелых когнитивных нарушений у детей. На сегодняшний день около 2 миллиардов человек проживают в условиях недостаточного потребления йода, причем в России этот показатель в среднем в 2–3 раза ниже рекомендуемых норм. Настоящее исследование акцентирует внимание на анализе современной эпидемиологической картины заболеваний ЩЖ в России, опираясь на статистические данные и научные публикации последних лет. Особое внимание уделяется динамике изменений, связанным с несистематическими профилактическими мерами, а также сравнению с успешным опытом реализации программ йодной профилактики в других странах, таких как Беларусь.

Главная цель исследования состоит в оценке текущего состояния и динамических изменений эпидемиологических показателей заболеваний щитовидной железы, изучении влияния йодного дефицита и формулировании первоочередных подходов к организации профилактических мероприятий.

Основные задачи исследования:

1. Изучить распространенность и заболеваемость большинством патологий ЩЖ (зоб, гипотиреоз, гипертиреоз, аутоиммунные заболевания).
2. Проанализировать влияние дефицита йода на общую структуру тиреоидных заболеваний.
3. Исследовать эпидемиологическую ситуацию с узловыми образованиями ЩЖ и рисками возникновения онкологических процессов.
4. Определить основные проблемы диагностики и профилактики на фоне выявленных тенденций.

Анализ эпидемиологических показателей показывает устойчиво высокий уровень распространенности заболеваний щитовидной железы на территории России за период с 2009 по 2018 годы. К 2019 году различные формы зоба были зарегистрированы у 1,2 % населения страны. За десятилетие наблюдался значительный рост случаев зоба, тиреотоксикоза и синдромов врожденной йодной недостаточности, отражая сохранение напряженной эпидемиологической ситуации. Йодный дефицит остается решающим фактором в развитии множества заболеваний щитовидной железы, при этом почти вся территория России характеризуется эндемичным дефицитом этого микроэлемента. [3]

Среднее потребление йода россиянами составляет 40–80 мкг в день при норме 150 мкг для взрослых и 250 мкг для беременных и кормящих женщин. Регионы с наи-

более тяжелым дефицитом, такие как Республика Тыва, демонстрируют исключительно высокие показатели распространенности йододефицитных тиреопатий — 4058,3 на 100 тыс. населения, что почти в два раза выше среднероссийского показателя (2218,7 на 100 тыс.).

Дефицит йода приводит к неоднородным изменениям в структуре заболеваемости:

— В районах с тяжелым дефицитом преобладают гипотиреоз и диффузные формы зоба.

— В регионах с умеренным и легким дефицитом повышается риск развития функциональной автономии ЩЖ, ведущей к узловому/многоузловому токсическому зобу и тиреотоксикозу.

— Хронический йодный дефицит также существенно увеличивает риск радиационно-индуцированного рака ЩЖ в случае аварий, подобной Чернобыльской.

Опыт Беларуси, где с 2000 года действует государственная программа йодной профилактики, демонстрирует позитивные результаты. Адекватная обеспеченность йодом позволила снизить распространенность нетоксического зоба и врожденного гипотиреоза, подтверждая пользу систематического подхода к решению этих проблем.

Узловые образования и рак щитовидной железы представляют собой ключевые аспекты эпидемиологии заболеваний этой области. Узлы размером ≥1 см выявляются при УЗИ у 19–68 % взрослого населения, их частота возрастает с увеличением возраста. Российские исследования показывают, что узлы обнаруживаются у 27 % взрослого населения. [1]

Основная задача — диагностическое разделение доброкачественных (80–85 %) и злокачественных (1–5 %) образований. Однако среди групп риска, например пациентов, подвергшихся радиационному воздействию, вероятность выявления рака увеличивается.

Заболеваемость раком щитовидной железы (РЩЖ) в России демонстрирует рост. За период с 2008 по 2018 год ее показатель повысился на 37,4 % — с 4,63 до 6,36 случаев на 100 тыс. населения. Улучшение диагностики, особенно благодаря применению высокоточных УЗИ, способствует регистрации большего количества случаев. [9]

Среди особенностей эпидемиологии следует отметить гендерную разницу (женщины болеют чаще, но у мужчин заболевание протекает агрессивнее) и роль факторов риска, таких как радиационное воздействие, наследственность и хронический йодный дефицит. Коррекция йодного дефицита меняет структуру тиреоидной патологии. Болезнь Грейвса — наиболее частая причина гипертиреоза в регионах с достаточным потреблением йода, составляя до 70–80 % случаев. Распространенность гипертиреоза варьируется от 0,2 % до 1,3 %, в зависимости от популяции. Аутоиммунный тиреоидит Хашимото остаётся ведущей причиной гипотиреоза при достаточной обеспеченности йодом. Увеличение частоты выявления таких патологий связано с улучшенной диагностикой и мониторингом. [4]

Анализ ситуации позволяет выделить несколько ключевых проблем и направлений для улучшения:

1. Модель йодной профилактики в России остается недостаточно эффективной из-за отсутствия федерального закона об обязательном йодировании соли, что отличает страну от многих других государств. Региональные усилия не охватывают всех, способствуя сохранению умеренного дефицита йода. Принятие закона о всеобщем обязательном йодировании соли должно быть приоритетным шагом.

2. Разночтения в статистике требуют внимания. Официальные данные о врожденной недостаточности йода вызывают сомнения из-за несоответствий в возрастной классификации пациентов. Стандартизация критериев диагностики и внедрение независимых эпидемиологических исследований помогут улучшить достоверность данных.

3. Диагностические подходы к выявлению узловых образований нуждаются в совершенствовании. УЗИ является ключевым методом, который должен активно использоваться для первичной диагностики. Критерии для проведения биопсии важно соблюдать особенно тщательно, учитывая группы повышенного риска.

4. Улучшенную йодную обеспеченность необходимо учитывать при изменении структуры заболеваний, таких как рост аутоиммунных патологий. Здравоохранение должно быть готово к адаптации приоритетов: развитие диагностической базы для болезней Грейвса и тиреоидита, а также обеспечение качественной терапии гипотиреоза. Внедрение системных мер и пересмотр подходов к профилактике и диагностике щитовидной патологии станут важным шагом к решению существующих проблем и повышению качества медицинской помощи населению.

«В популяции пациентов с сахарным диабетом 2 типа частота дисфункций щитовидной железы находится в диапазоне от **8 % до 35 %**, а агрегированная распространенность составляет **~20,2 %**». [10]

Заключение

Проведенный анализ позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Заболевания щитовидной железы остаются широко распространенной и значимой медико-социальной проблемой в Российской Федерации, что подтверждается высокими показателями распространенности зоба, ростом заболеваемости тиреотоксикозом и врожденной йодной недостаточностью. [5]

2. Ведущим поддающимся коррекции фактором риска развития тиреоидной патологии в РФ является хронический йодный дефицит, который наблюдается на большей части территории страны. Отсутствие национальной программы массовой йодной профилактики является ключевым препятствием для улучшения ситуации.

3. Эпидемиологическая структура заболеваний ЩЖ динамична: на фоне сохраняющегося йодного дефицита отмечается высокая частота узловых форм зоба (выявляемость при УЗИ достигает 27–68 %), а также наблюдается

тенденция к росту аутоиммунной патологии. Заболеваемость раком щитовидной железы увеличивается, отчасти из-за совершенствования диагностики.

4. Для кардинального улучшения ситуации необходимы системные меры на государственном уровне, главной из которых должно стать законодательное закрепление всеобщего йодирования пищевой соли. Параллельно требуется совершенствование системы учета и статистики, внедрение современных диагностических алгоритмов для раннего выявления и дифференциальной диагностики узловой патологии, а также подготовка медицинских кадров с учетом меняющегося спектра заболеваний ЩЖ.

Литература:

1. Аналитический обзор результатов мониторинга... // Проблемы эндокринологии. 2021. Т. 67, № 2. С. 10–19. DOI: 10.14341/probl12433
2. Герасимов Г. А. Печальная статистика // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2015. Т. 11, № 4. С. 6–12.
3. Гипертиреоз [Электронный ресурс] // Hadassah Medical Moscow. URL: https://hadassah.moscow/diseases/gipertireoz/ (дата обращения: 15.01.2026).
4. Стяжкина С. Н., Идиатуллин Р. М., Федотова И. В. и др. Актуальные проблемы диагностики и лечения новообразований щитовидной железы // Эффективная фармакотерапия. 2024. Т. 20, № 44. С. 32–36.
5. Трошина Е. А., Мазурина Н. В., Галкина Н. В. Диффузный эутиреоидный зоб: эпидемиология, диагностика, лечение // Consilium Medicum. 2005. Т. 7, № 9. С. 769–773.
6. Цветкова И. Г. Эндемический зоб — симптомы и лечение [Электронный ресурс]. 2024. URL: https://probolezny.ru/endemicheskij-zob/ (дата обращения: 15.01.2026).
7. Черников Р. А., Воробьев С. Л., Слепцов И. В. и др. Узловой зоб (эпидемиология, методы выявления, диагностическая тактика) // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2013. Т. 9, № 2. С. 29–35.
8. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, методы диагностики и лечения и осложнения эндемического зоба // Научное обозрение. Педагогические науки.
9. Epidemiology of benign thyroid disorders in the adult... // Проблемы эндокринологии. 2022. Т. 68, № 3. С. 30–43. DOI: 10.14341/probl12844.
10. https://link.springer.com/article/10.1186/s13643–024–02527-y?utm_source=chatgpt.com

Организация медицинской помощи при онкологических заболеваниях. Отделения паллиативной помощи

Щербакова Нина Сергеевна, студент;
Утарбаева Алсу Султановна, студент;
Байтемирова Айжан Максатовна, студент;
Помилуйко Анастасия Юрьевна, студент
Научный руководитель: Чабаненко Инна Олеговна, ассистент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье представлен комплексный анализ организации медицинской помощи онкологическим пациентам с акцентом на развитие паллиативной помощи как неотъемлемого компонента современной онкологической службы. Рассмотрены эпидемиологические показатели заболеваемости и распространенности онкологических заболеваний в Российской Федерации, определяющие растущую потребность в паллиативной помощи. Особое внимание уделено организационной модели отделения паллиативной помощи, его месту в системе непрерывного оказания медицинской помощи, принципам формирования междисциплинарной команды и основным направлениям деятельности.

На основе анализа современной нормативной базы, статистических данных и практического опыта выделены ключевые проблемы организации паллиативной помощи, включая кадровые дефициты, региональные диспропорции и вопросы доступности обезболивания. Сформулированы предложения по оптимизации работы отделений паллиативной помощи, направленные на повышение качества жизни пациентов и их семей.

Ключевые слова: *онкологические заболевания, паллиативная помощь, организация медицинской помощи, междисциплинарная команда, симптоматическое лечение, качество жизни, хосписная помощь, медицинская статистика.*

Онкологическая патология представляет собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения во всем мире, включая Российскую Федерацию. Согласно данным Минздрава России, в 2024 году в стране было впервые выявлено более 640 тысяч случаев злокачественных новообразований,

а общая численность пациентов, состоящих на учете в онкологических учреждениях, превысила 4 миллиона человек. Несмотря на заметный прогресс в методах ранней диагностики и лечения, значительная часть пациентов диагностируется на распространенных стадиях заболевания, когда радикальное лечение невозможно или малоэффективно. В этой ситуации на первый план выходит обеспечение максимально возможного качества жизни, купирование тягостных симптомов и оказание психосоциальной поддержки как пациенту, так и его семье [1].

Эти задачи решает паллиативная медицинская помощь, которая в современной парадигме должна интегрироваться в лечебный процесс уже на ранних этапах, параллельно со специальным противоопухолевым лечением. Отделение паллиативной помощи (ОПП) является ключевым структурным звеном в системе оказания помощи онкологическим больным, обеспечивающим комплексный подход к решению проблем пациента в терминальной стадии заболевания.

Актуальность совершенствования организации деятельности ОПП обусловлена не только возрастающей численностью нуждающихся пациентов, но и требованиями национальных проектов в сфере здравоохранения, а также этическими принципами гуманизации медицины.

Цель: провести комплексный анализ организации деятельности отделения паллиативной помощи в системе оказания медицинской помощи онкологическим больным в Российской Федерации на современном этапе.

Задачи:

1. Проанализировать эпидемиологическую ситуацию и оценить потребность в паллиативной помощи среди онкологических пациентов.
2. Определить место и роль отделения паллиативной помощи в системе непрерывного онкологического процесса.
3. Изучить организационную структуру, принципы работы и основные функции междисциплинарной команды ОПП.
4. Выявить ключевые проблемы и барьеры в организации эффективной паллиативной помощи в условиях стационара.
5. Разработать практические рекомендации по оптимизации деятельности отделений паллиативной помощи.

Онкологическая заболеваемость в России сохраняет устойчивую тенденцию к росту, что связано как с улучшением диагностики, так и со старением населения. По данным Российского канцер-регистра, стандартизованный показатель заболеваемости в 2023 году составил около 235 случаев на 100 тысяч населения. Особую значимость для организации паллиативной помощи имеет показатель распространенности (контингента больных), который превышает 2800 на 100 тысяч населения. Согласно экспертным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и российских специалистов, до 70–80 % пациентов с запущенными стадиями рака нуждаются в паллиативной помощи в последний год жизни. Учитывая, что ежегодно от онкологических заболеваний в России умирает около 295 тысяч человек, потребность в паллиативной поддержке исчисляется сотнями тысяч пациентов и их семей ежегодно. Норматив обеспеченности койками паллиативной помощи, рекомендованный ВОЗ, составляет 20–40 коек на 100 тысяч взрослого населения. По официальным данным Росстата, на конец 2023 года в России развернуто около 30 тысяч таких коек, что формально приближает страну к нижней границе норматива. Однако существует выраженная региональная диспропорция: высокие показатели в Москве, Санкт-Петербурге, Татарстане (до 30–40 коек на 100 тыс.) контрастируют с крайне низкой обеспеченностью в ряде регионов Сибири и Дальнего Востока (менее 10 коек на 100 тыс.).

Правовой основой деятельности отделений паллиативной помощи являются Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказ Минздрава России № 345н от 31 мая 2019 года «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Данный приказ четко определяет показания для оказания помощи в стационарных условиях: необходимость купирования тяжелых симптомов, подбора сложной обезболивающей терапии, проведения специальных манипуляций, а также предоставление «передышки» (респита) для родственников, осуществляющих уход на дому. Важнейшим документом также являются клинические рекомендации Минздрава России по оказанию паллиативной помощи, которые стандартизируют подходы к лечению боли и других симптомов [3, 7].

Современная концепция оказания помощи онкологическим больным отвергает устаревшую дихотомию «сначала радикальное лечение, затем, когда ничего не помогает, паллиатив». На смену ей приходит модель ранней интеграции паллиативной помощи, которая должна начинаться параллельно со специальным лечением с момента установления диагноза распространенного неизлечимого заболевания. Исследования демонстрируют, что такая ранняя интеграция приводит не только к улучшению качества жизни и настроения пациентов, но и к увеличению выживаемости, снижению депрессии и более рациональному использованию ресурсов здравоохранения. В этой системе отделение паллиативной помощи выполняет роль экспертного центра для наиболее сложных пациентов, у которых невозможно достичь адекватного контроля симптомов в амбулаторных условиях или на дому.

В структуре онкологического диспансера — это наиболее предпочтительная и логичная модель, обеспечивающая максимальную преемственность. Пациент остается под наблюдением онкологов, имеется быстрый доступ к консультациям других специалистов (хирурга, химиотерапевта, радиолога) и диагностическим возможностям. В составе крупной многопрофильной больницы — позволяет использовать широкие возможности стационара, но может создавать сложности в связи с отсутствием непосредственной связи с онкологической службой. Как само-

стоятельное учреждение (хоспис) — обеспечивает особую среду, полностью ориентированную на паллиативный уход, но может быть географически и организационно обособлено от центра оказания онкологической помощи. Эффективность работы ОПП напрямую зависит от его взаимодействия с другими службами: выездной паллиативной помощью, кабинетами противоболевой терапии, участковой службой и социальными органами. Только скоординированная работа этой сети позволяет реализовать принцип непрерывности помощи [2].

Типичное ОПП рассчитано на 20–30 коек и включает в себя палаты (предпочтительно на 1–2 человека), оснащенные функциональными медицинскими кроватями, противопролежневыми системами и средствами вызова персонала; процедурный и перевязочный кабинеты; комнаты для психологической разгрузки и общения с родственниками. Критическое значение имеет доступность современных лекарственных форм для обезболивания, включая трансдермальные терапевтические системы.

Ядром эффективной работы ОПП является междисциплинарная команда (МДК), в состав которой входят:

1. Врач-онколог или врач паллиативной помощи: осуществляет общее руководство, диагностику и купирование физических симптомов.
2. Медицинская сестра паллиативной помощи: обеспечивает профессиональный уход, профилактику осложнений, выполняет медицинские назначения и обучает родственников.
3. Клинический психолог: оказывает поддержку пациенту и семье, помогает в преодолении тревоги, депрессии, проводит кризисное консультирование.
4. Специалист по социальной работе: помогает в решении правовых и социальных вопросов (оформление инвалидности, получение средств реабилитации).
5. Врач-физиотерапевт или инструктор ЛФК: разрабатывает программу поддерживающей реабилитации.
6. Волонтеры (при участии обученных координаторов): оказывают немедицинскую поддержку, companionship.
7. Священнослужитель (по запросу пациента).

Ключевые клинические направления деятельности ОПП:

Боль остается главным симптомом, требующим вмешательства у 60–80 % пациентов. Работа строится на принципах трехступенчатой «лестницы обезболивания» ВОЗ с использованием неопиоидных анальгетиков (парацетамол, НПВС), слабых (трамадол, кодеин) и сильных опиоидов (морфин, фентанил, бупренорфин). Особое внимание уделяется профилактике и лечению побочных эффектов опиоидов, прежде всего запора. Помимо боли, активно купируются тошнота и рвота, одышка (с применением опиоидов, бронхолитиков, кислородотерапии), кахексия (нутритивная поддержка), депрессивные и тревожные расстройства [1, 5].

Психосоциальная и духовная поддержка также является важным аспектом. Работа с пациентом направлена на помощь в адаптации к болезни, принятии изменившейся жизненной ситуации, снижении эмоционального дистресса. Работа с семьей является обязательной и включает информирование, обучение уходу, психологическую поддержку для профилактики синдрома эмоционального выгорания. Проведение регулярных семейных конференций с участием команды позволяет обсуждать цели ухода, прогноз и координировать действия.

Комплексный сестринский уход и реабилитация. Основная цель — поддержание функциональной независимости, чистоты и достоинства пациента. Сестринский уход включает гигиенические процедуры, профилактику и лечение пролежней, кормление. Реабилитационные мероприятия носят поддерживающий характер и направлены на сохранение мышечного тонуса и амплитуды движений.

Несмотря на прогресс, организация работы ОПП сталкивается с рядом системных проблем:

1) Кадровый дефицит: ощущается острый недостаток врачей и медсестер, прошедших специализированную подготовку по паллиативной помощи. Не во всех медицинских вузах читается соответствующий курс. Требуется расширение программ повышения квалификации и введение системы супервизии для специалистов.

2) Преодоление «опиофобии»: несмотря на либерализацию законодательства в сфере оборота обезболивающих, сохраняются барьеры на уровне назначений (опасения врачей), логистики (особенно в отдаленных районах) и восприятия пациентами и родственниками.

3) Региональное неравенство: диспропорция в ресурсном обеспечении приводит к недоступности квалифицированной паллиативной помощи для жителей многих регионов.

4) Недостаточная связь с первичным звеном: участковые терапевты и врачи общей практики часто не обладают достаточной компетенцией для раннего выявления потребности в паллиативной помощи и своевременного направления пациента в ОПП.

5) Финансирование: тарифы ОМС на койку паллиативной помощи не всегда адекватно учитывают высокие затраты на лекарственное обеспечение (особенно современные опиоиды) и работу междисциплинарной команды [4].

Организация эффективной работы отделения паллиативной помощи является важнейшим компонентом современной системы онкологической помощи. ОПП выступает не как изолированное учреждение «последнего приюта», а как экспертное звено в непрерывном процессе сопровождения пациента с неизлечимым заболеванием. Его деятельность, основанная на междисциплинарном командном подходе, должна быть направлена на комплексное купирование физических и психологических страданий, максимальное сохранение качества жизни и поддержку семьи. Для преодоления существующих организационных, кадровых и нормативных барьеров необходима консолидированная работа на федеральном и региональном уровнях, включающая совершенство-

вание финансирования, образовательных программ и инфраструктуры. Дальнейшая интеграция паллиативной помощи в общую систему здравоохранения станет показателем не только медицинского, но и социального прогресса, отражая гуманное отношение общества к самым уязвимым своим членам.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019 № 345н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.06.2019 № 54938).
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (последняя редакция).
3. Каприн, А. Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2024. — 239 с.
4. Новиков, Г. А. Паллиативная помощь онкологическим больным: руководство для врачей / Г. А. Новиков, Е. М. Черепанова. — М.: Практическая медицина, 2021. — 352 с.
5. Осипова, Н. А. Паллиативная медицинская помощь: учебник для медицинских вузов / Н. А. Осипова, С. А. Тарасова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 448 с.
6. Рекомендации по фармакотерапии хронического болевого синдрома у взрослых паллиативных пациентов (Клинические рекомендации). — М., 2021. — 78 с.
7. Сайт «Мониторинг онкологической помощи» Минздрава России [Электронный ресурс]. — URL: https://oncomonitoring.ru/ (дата обращения: 09.01.2026).
8. WHO Definition of Palliative Care [Electronic resource] // World Health Organization. — URL: https://www.who.int/health-topics/palliative-care (дата обращения: 10.01.2026).
9. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer / J. S. Temel et al. // The New England Journal of Medicine. — 2010. — Vol. 363. — P. 733–742.

Наркомания, токсикомания и алкоголизм как медико-социальная проблема. Возрастно-половые региональные особенности, медицинские и социальные последствия, динамика распространения

Юсупова Руслана Галиевна, студент;
Стебнева Дарья Александровна, студент;
Потокина Анастасия Александровна, студент
Научный руководитель: Лапачева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются алкоголизм, наркомания и токсикомания как значимые медико-социальные проблемы современного общества, а также анализируется динамика их распространения среди различных групп населения. Оценивается влияние социальных, экономических, психологических и демографических факторов на формирование и развитие зависимостей, включая уровень жизни, условия воспитания, доступность психоактивных веществ и особенности социальной среды. Особое внимание уделяется возрастно-половым и региональным особенностям распространения зависимостей, а также тенденциям изменения показателей заболеваемости за последние годы. В статье рассматриваются медицинские последствия употребления психоактивных веществ, включая развитие хронических заболеваний и снижение продолжительности жизни, а также социальные последствия, такие как рост инвалидности, социальная дезадаптация и снижение трудоспособности. Также анализируются меры профилактики, раннего выявления и реабилитации лиц с зависимостями, направленные на снижение их негативного влияния на здоровье населения и общество в целом.

Ключевые слова: *алкоголизм, наркомания, токсикомания, медико-социальная проблема, динамика распространения, возрастно-половые особенности, региональные различия, медицинские последствия, социальные последствия, профилактика зависимостей.*

Алкоголизм, наркомания и токсикомания на протяжении многих лет остаются одними из наиболее значимых медико-социальных проблем в Российской Федерации. Эти формы зависимого поведения оказывают выраженное негативное влияние как на состояние здоровья населения, так и на социально-экономическое раз-

витие общества. Употребление психоактивных веществ приводит к формированию хронических заболеваний, росту смертности, инвалидизации, а также к снижению качества жизни и социальной адаптации населения. В связи с этим проблема зависимостей рассматривается не только в медицинском, но и в социальном, демографическом и экономическом контексте [1].

Алкоголизм представляет собой хроническое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к употреблению алкогольных напитков, утратой контроля над дозой и развитием психических и соматических нарушений. Несмотря на принимаемые государством меры по ограничению доступности алкоголя, проблема его злоупотребления остаётся актуальной. По данным официальной статистики органов здравоохранения Российской Федерации, ежегодно под диспансерное наблюдение ставятся тысячи пациентов с впервые выявленными алкогольными расстройствами. При этом эксперты отмечают, что реальное число лиц, злоупотребляющих алкоголем, значительно превышает зарегистрированные показатели, так как далеко не все обращаются за медицинской помощью [2].

Наркомания также является серьёзной угрозой общественному здоровью. Она характеризуется психической и физической зависимостью от наркотических веществ, сопровождающейся выраженными нарушениями функций организма и социальной дезадаптацией. По данным официальных отчётов Министерства здравоохранения Российской Федерации, в стране под наблюдением находятся сотни тысяч лиц с диагнозами, связанными с употреблением наркотических средств. Однако специалисты указывают, что фактическая распространённость наркозависимости выше официальных данных, поскольку значительная часть потребителей наркотиков не состоит на учёте и остаётся вне поля зрения системы здравоохранения [5].

Токсикомания, несмотря на меньшую распространённость по сравнению с алкоголизмом и наркоманией, представляет особую опасность, особенно среди подростков и молодёжи. Употребление летучих токсических веществ зачастую связано с их доступностью и низкой стоимостью. Медицинские последствия токсикомании включают острые интоксикации, поражение центральной нервной системы, органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, а также высокий риск летальных исходов. Социальная опасность токсикомании заключается в быстром формировании зависимости и тяжёлых последствиях даже при относительно коротком периоде употребления [4].

Анализ динамики распространения зависимостей показывает, что в последние годы в Российской Федерации наблюдаются разнонаправленные тенденции. С одной стороны, официальная статистика фиксирует снижение показателей первичной заболеваемости алкоголизмом в ряде регионов, что связывают с усилением профилактической работы и ограничительными мерами в сфере оборота алкогольной продукции. С другой стороны, сохраняется высокий уровень скрытого потребления алкоголя и распространённость эпизодического злоупотребления, особенно среди лиц трудоспособного возраста. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении наркотических веществ, где снижение числа официально зарегистрированных случаев не всегда отражает реальную картину [5].

Возрастно-половые особенности распространения зависимостей имеют выраженный характер. По данным медицинской статистики, мужчины значительно чаще страдают алкогольной и наркотической зависимостью по сравнению с женщинами [2]. Это связано как с социальными стереотипами поведения, так и с особенностями образа жизни. В то же время в последние годы отмечается рост числа женщин, злоупотребляющих алкоголем, что является тревожной тенденцией, учитывая влияние алкоголя на репродуктивное здоровье и здоровье будущих поколений. Среди подростков и молодёжи проблема зависимостей приобретает особую значимость из-за раннего начала употребления психоактивных веществ, что повышает риск формирования хронической зависимости и тяжёлых медицинских последствий [4].

Региональные различия в распространении алкоголизма, наркомании и токсикомании обусловлены совокупностью социально-экономических, культурных и демографических факторов. В субъектах Российской Федерации с более сложной социально-экономической ситуацией, высоким уровнем безработицы и ограниченной доступностью медицинской помощи, как правило, регистрируются более высокие показатели зависимостей. В то же время в отдельных регионах низкие официальные показатели могут быть связаны с недостаточной выявляемостью и стигматизацией пациентов [5].

В Оренбургской области, согласно данным региональных органов здравоохранения, в последние годы наблюдается относительная стабилизация показателей наркологических заболеваний. Уровень впервые выявленной наркомании и алкоголизма в регионе ниже, чем в ряде других субъектов Российской Федерации, однако специалисты отмечают необходимость дальнейшего усиления профилактической работы. Особое внимание уделяется сельским территориям, где доступ к специализированной медицинской помощи ограничен, а социальные факторы риска сохраняются на высоком уровне [3].

Медицинские последствия злоупотребления психоактивными веществами носят системный характер. Хроническое употребление алкоголя приводит к развитию заболеваний печени, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, а также к психическим расстройствам и когнитивным нарушениям. Алкоголь является одним из значимых факторов преждевременной смертности и инвалидизации населения. Наркотическая зависимость сопровождается разрушением центральной нервной системы, повышенным риском инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты, а также

высокой вероятностью передозировок. Токсикомания вызывает тяжёлые интоксикации, поражение внутренних органов и необратимые изменения в психике [1].

Социальные последствия зависимостей не менее значимы, чем медицинские. Алкоголизм и наркомания способствуют снижению трудоспособности, росту безработицы, ухудшению материального положения семей и увеличению социальной напряжённости. Значительная доля преступлений совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, что негативно отражается на уровне общественной безопасности. Кроме того, зависимые лица часто утрачивают социальные связи, испытывают трудности в межличностных отношениях и сталкиваются с социальной изоляцией [2].

Профилактика зависимостей является одним из приоритетных направлений государственной политики в сфере охраны здоровья населения. На федеральном уровне реализуются меры, направленные на ограничение доступности алкоголя и наркотических веществ, развитие системы раннего выявления зависимого поведения, а также расширение программ медицинской и социальной реабилитации. Важную роль играет первичная профилактика, ориентированная на формирование здорового образа жизни, особенно среди детей и подростков. В образовательных учреждениях проводятся информационно-просветительские мероприятия, направленные на повышение осведомлённости о рисках употребления психоактивных веществ [3].

Таким образом, алкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой сложную медико-социальную проблему, требующую системного и междисциплинарного подхода. Эффективное противодействие данным явлениям возможно только при сочетании медицинских, социальных, профилактических и реабилитационных мер, направленных на укрепление здоровья населения и повышение качества жизни общества в целом.

Литература:

1. Барденштейн Л. М., Герасимов Н. П., Можгинский Ю. Б., Беглянкин Н. И. Наркология. Алкоголизм, наркомании, токсикомании. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 96 с.
2. Иванец Н. Н., Винникова М. А., Клименко Т. В. Наркология: национальное руководство / Н. Н. Иванец [и др.] — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 944 с
3. Министерство здравоохранения Оренбургской области. Отчёт о деятельности органов здравоохранения Оренбургской области за 2023 год — Оренбург: Министерство здравоохранения Оренбургской области, 2024. — 148 с. https://minzdrav.orb.ru
4. Наркология: учебник для студентов высших медицинских учебных заведений / под ред. Н. Н. Иванца. — Санкт-Петербург, 2020. — 312 с
5. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Здравоохранение в России. 2023: статистический сборник. — Москва: Росстат, 2023. — 176 с. https://rosstat.gov.ru

Отравления суррогатным алкоголем как значимый фактор смертности: анализ и стратегии профилактики

Яикова Эвелина Светлановна, студент;
Муллагалиева Нурия Айнуровна, студент;
Калипова Алина Бахчановна, студент
Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается проблема отравлений суррогатным алкоголем как одного из значимых факторов преждевременной смертности населения и важного медико-социального вызова. Анализируются масштабы и динамика смертности, обусловленной употреблением нелегальной и некачественной алкогольной продукции, а также ее вклад в общие показатели смертности, особенно среди трудоспособного населения. Оценивается влияние социально-экономических факторов, уровня жизни, безработицы, доступности легального алкоголя, культурных традиций потребления спиртных напитков и недостаточной информированности населения о рисках суррогатного алкоголя на формирование данной патологии. Особое внимание уделяется медицинским последствиям отравлений суррогатным алкоголем, включая острые интоксикации, поражение печени, центральной нервной системы и высокий риск летальных исходов.

Ключевые слова: *суррогатный алкоголь, отравления алкоголем, смертность населения, факторы риска, социально-экономические условия, алкогольная политика, профилактика отравлений, общественное здоровье.*

Отравления суррогатным алкоголем представляют собой одну из наиболее острых медико-социальных проблем современного общества и являются значимым фактором преждевременной смертности, особенно среди лиц трудоспособного возраста. По данным отечественных исследований, доля смертей от острых алкогольных отравлений в отдельные годы достигала 6–8 % от общей смертности мужчин трудоспособного возраста. Несмотря на снижение уровня потребления алкоголя в ряде регионов на 10–15 % за последние годы, проблема употребления нелегальной и суррогатной алкогольной продукции сохраняет актуальность и существенно влияет на показатели общественного здоровья. Суррогатный алкоголь отличается высокой токсичностью и непредсказуемым составом, а летальность при отравлениях метанолом может достигать 20–40 %, что обуславливает необходимость комплексного анализа причин и разработки эффективных профилактических мер [2].

Под суррогатным алкоголем понимаются спиртосодержащие жидкости, не предназначенные для употребления в пищу. К ним относятся технические спирты, стеклоомывающие жидкости, лосьоны, настойки, а также фальсифицированные алкогольные напитки, содержащие метанол, этиленгликоль и другие токсичные примеси. По данным социологических исследований, до 5–7 % лиц с алкогольной зависимостью периодически употребляют суррогатные спиртосодержащие жидкости. Это связано с их низкой стоимостью, которая в 3–5 раз ниже цены легального алкоголя, а также с социально-экономическими факторами, включая бедность, безработицу, маргинализацию и наличие алкогольной зависимости [4].

Смертность от отравлений суррогатным алкоголем характеризуется тяжелым течением интоксикаций и высокой долей внезапных летальных исходов. В структуре смертности от острых алкогольных отравлений доля суррогатной продукции в отдельных регионах достигает 30–50 %. Наиболее уязвимой группой являются мужчины трудоспособного возраста, на которых приходится до 80–85 % летальных исходов, что приводит к значительным демографическим и экономическим потерям. Отравления нередко носят массовый характер и сопровождаются вспышками высокой смертности, особенно в периоды экономических кризисов и снижения уровня жизни населения [2].

Медицинские последствия употребления суррогатного алкоголя отличаются особой тяжестью. Метанол и его метаболиты вызывают поражение центральной нервной системы, зрительного нерва и внутренних органов, при этом стойкая утрата зрения развивается у 10–20 % выживших пациентов. Даже при своевременной медицинской помощи сохраняется высокий риск необратимых осложнений, включая слепоту и хроническую почечную или печеночную недостаточность. Этиленгликоль приводит к тяжелому метаболическому ацидозу, поражению почек и летальности, достигающей 30–50 %. В ряде случаев клиническая картина развивается в течение первых 12–24 часов, что затрудняет диагностику и снижает эффективность лечения [3].

Значительное влияние оказывают культурные особенности потребления алкоголя. По данным опросов, до 40 % потребителей не различают легальный алкоголь и фальсифицированную продукцию. В ряде социальных групп сохраняется толерантное отношение к злоупотреблению спиртными напитками и недооценка рисков употребления суррогатного алкоголя. Недостаточная информированность населения о составе и опасности спиртосодержащих жидкостей способствует их использованию в качестве заменителей алкоголя [4].

Отравления суррогатным алкоголем создают значительную нагрузку на систему здравоохранения. До 25 % пациентов с тяжелыми интоксикациями нуждаются в лечении в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Лечение требует значительных ресурсов, включая проведение интенсивной терапии, гемодиализа и длительной реабилитации. Высокая летальность и частота инвалидизирующих последствий, достигающая 15–20 %, увеличивают социальные и экономические издержки. Нередко отмечается позднее обращение за медицинской помощью, связанное со страхом ответственности и социальной стигматизацией [3].

Профилактика отравлений суррогатным алкоголем должна носить комплексный и межсекторальный характер. Усиление государственного контроля за алкогольным рынком позволяет снизить уровень нелегального оборота алкоголя на 20–30 %. Ключевым направлением является борьба с нелегальным производством и оборотом спиртосодержащей продукции, внедрение систем маркировки и прослеживаемости, а также контроль за реализацией алкогольных напитков [2].

Важную роль играет ограничение свободной продажи спиртосодержащих жидкостей непищевого назначения. По данным экспертов, до 70 % суррогатных отравлений связаны с употреблением таких веществ. Регулирование их состава и упаковки, введение денатурирующих добавок и предупреждающих маркировок может снизить риск употребления внутрь при условии строгого контроля за исполнением данных мер [4]. Неотъемлемым элементом профилактики является санитарно-просветительная работа с населением. Информирование о рисках суррогатного алкоголя снижает вероятность его употребления на 15–20 %. Просветительная деятельность должна осуществляться через СМИ, образовательные и медицинские учреждения, с особым вниманием к группам повышенного риска [1].

Медицинская профилактика включает раннее выявление и лечение алкогольной зависимости, развитие доступной наркологической помощи и программ реабилитации. У лиц, прошедших лечение зависимости, риск употребления суррогатного алкоголя снижается более чем в 2 раза. Расширение сети наркологических служб и внедрение программ психологической поддержки способствует снижению рискованного поведения [1]. Соци-

альные меры профилактики направлены на улучшение качества жизни населения и снижение уровня социальной изоляции. Комплексные социальные программы позволяют снизить уровень алкогольной смертности на 10–15 %. Поддержка занятости, развитие социальной помощи и укрепление института семьи воздействуют на глубинные причины проблемы [4].

Таким образом, отравления суррогатным алкоголем остаются значимым фактором смертности и серьезной угрозой общественному здоровью. Их распространенность обусловлена сочетанием медицинских, социальных, экономических и культурных факторов. Эффективная профилактика возможна только при реализации комплексных стратегий, включающих государственное регулирование, медицинские и социальные меры, а также активную просветительную деятельность, что является важной задачей государственной политики в сфере охраны здоровья населения [2].

Литература:

1. Гиль А. Ю. Употребление суррогатного алкоголя лицами с расстройствами, связанными со злоупотреблением алкоголем: социально-демографические факторы / А. Ю. Гиль // Вестник науки и образования. — 2021. — № 21. — С. 73–80.
2. Калиева А. Э., Багирова С. Г., Рафикова А. Ф., Асамбаев А. С. Отравления суррогатным алкоголем. Роль в показателях смертности. Меры профилактики / А. Э. Калиева и др. — Молодой ученый, 2026. — № 3 (606). — С. 1–4.
3. Коростелев П. В., Лоскутникова Е. И. Анализ заболеваемости и госпитализаций при отравлениях этилом и суррогатным алкоголем в Иркутской области / П. В. Коростелев, Е. И. Лоскутникова // Журнал токсикологии и клинической фармакологии. — 2019. — Т. 7. — № 4. — С. 42–49.
4. Потребление суррогатного алкоголя в России: результаты исследований / под ред. А. В. Немцова. — Ижевск: Изд-во ИжГТУ, 2023. — 56 с.

Молодой ученый

Международный научный журнал

№ 4 (607) / 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 04.02.2026. Дата выхода в свет: 11.02.2026.

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.