

ISSN 2072-0297

# МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



**У** 2025  
ЧАСТЬ IV

16+

# Молодой ученый

## Международный научный журнал

### № 3 (554) / 2025

Издается с декабря 2008 г.

Выходит еженедельно

*Главный редактор:* Ахметов Ильдар Геннадьевич, кандидат технических наук

*Редакционная коллегия:*

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

*Международный редакционный совет:*

Айрян Заруи Геворковна, кандидат филологических наук, доцент (Армения)  
Арошидзе Паата Леонидович, доктор экономических наук, ассоциированный профессор (Грузия)  
Атаев Загир Вагитович, кандидат географических наук, профессор (Россия)  
Ахмеденов Кажмурат Максutowич, кандидат географических наук, ассоциированный профессор (Казахстан)  
Бидова Бэла Бертовна, доктор юридических наук, доцент (Россия)  
Борисов Вячеслав Викторович, доктор педагогических наук, профессор (Украина)  
Буриев Хасан Чутбаевич, доктор биологических наук, профессор (Узбекистан)  
Велковска Гена Цветкова, доктор экономических наук, доцент (Болгария)  
Гайич Тамара, доктор экономических наук (Сербия)  
Данатаров Агахан, кандидат технических наук (Туркменистан)  
Данилов Александр Максимович, доктор технических наук, профессор (Россия)  
Демидов Алексей Александрович, доктор медицинских наук, профессор (Россия)  
Досманбетов Динар Бакбергенович, доктор философии (PhD), проректор по развитию и экономическим вопросам (Казахстан)  
Ешиев Абдыракман Молдоалиевич, доктор медицинских наук, доцент, зав. отделением (Кыргызстан)  
Жолдошев Сапарбай Тезекбаевич, доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан)  
Игисинов Нурбек Сагинбекович, доктор медицинских наук, профессор (Казахстан)  
Кадыров Култур-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 изображена *Мэри Уитон Калкинс* (1863–1930), американский философ, психолог.

Калкинс родилась в 1863 году в Хартфорде, штат Коннектикут. Большую часть своего образования она получила в Массачусетсе, куда переехала с семьей. Отец Мэри, Уолкотт Калкинс, был протестантским священником, а мать, Шарлотта Уитон, — общественной активисткой. В 1882 году Мэри поступила в Смит-колледж на второй курс, однако ей пришлось взять академический отпуск в 1883 году из-за смерти сестры. В течение этого года она также занималась обучением двух своих братьев и изучала греческий язык. В 1884 году Мэри вернулась в колледж для продолжения обучения по специальности «классическая философия». Затем она продолжила обучение в Гарвардском университете. Гарвард не принял Калкинс в качестве студентки, разрешив ей только присутствовать на лекциях. Мэри была первой женщиной, завершившей все курсовые работы, экзамены и исследования для получения докторской степени, и именно она считается первой женщиной, получившей докторскую степень в области психологии.

В начале 1890-х годов Калкинс училась у самых именитых философов и психологов того времени, в том числе у Хьюго Мюнстерберга и Уильяма Джеймса. Мюнстерберг утверждал, что Калкинс «была самой способной студенткой в его лаборатории с тех пор, как он приехал в Гарвард». В то время она и заинтересовалась темой ассоциаций. В ходе своих исследований Калкинс создала метод правильных ассоциаций, известный теперь как «метод парных ассоциаций», который заключался в соединении двух несвязанных слов: слова-стимула и слова-реакции. Она также предложила теорию самопсихологии, исходя из идеи, что психология основана на сознательном «я».

Мэри Уитон Калкинс была одной из первых, кто считал, что психология личности должна быть в центре внимания психологии как науки. Ее исследование началось с утверждения, что личность невозможно определить. Описание личности, по ее мнению, включало в себя личность, которая остается неизменной, личность, которая меняется, личность, которая уникальна, личность, которая представляет собой единство восприятия, воспоминаний, мыслей и чувств, и, наконец, личность, которая связана с более широким социальным и физическим обществом, в котором она живет.

Таким образом, Калкинс разделила описание личности на различные части единого целого. Ей удалось внедрить свои представления о самопсихологии в персоналистическую интроспективную психологию, полагая, что имперсональные интроспективные психологи упускают из виду себя как определение психологии. Из-за этого персоналистическая интроспективная психология не могла внести вклад в социальную психологию, в которой, по мнению Калкинс, знания о себе были важны. Позже она связала самопсихологию с другими аспектами психологии, включая бихевиоризм и психоаналитическую психологию.

Вера Калкинс в «я» привела ее к тому, что она связала психологию «я» с душой. В то время как другие области науки, на-

пример биология, отвергали душу как концепцию, противопоставляя ей саму жизнь, Калкинс утверждала, что душа — это сознательное существо, которое следует рассматривать как «я». Сосредоточенность Калкинс на душе внутри «я» привела ее к предположению, что мораль и религия тесно связаны с социальной психологией.

Под наставничеством Сэнфорда Калкинс начала исследовательский проект, изучающий содержание снов, которые записывались в течение недели. Она записала 205 снов, а Сэнфорд — 170. Они просыпались с помощью будильников в разное время ночи и записывали свои сны в момент пробуждения. Они спали с блокнотами прямо у своей кровати, чтобы иметь возможность как можно быстрее записывать любые сны. Каждое утро они изучали все записи, независимо от того, незначительными они казались или значимыми. Калкинс объяснила в своей автобиографии, что сон «просто воспроизводит в целом людей и места недавнего чувственного восприятия» и что «он редко ассоциируется с тем, что имеет первостепенное значение в чем-либо бодрствующем опыте». Другой вывод Калкинс и Сэнфорда предполагает потерю идентичности во сне как «не потерю, а изменение или удвоение самосознания».

Зигмунд Фрейд цитировал ее исследования при создании своей концепции сновидений. Она же утверждала, что фрейдистов в то время лишь «поверхностно интересовало явное содержание» сновидений. Монтанжеро и Каваллеро, которые провели исследование в 2015 году, предполагают, что последовательные события снов участников правдоподобны лишь частично, и часто кажется, что они никак не связаны друг с другом. Это говорит о том, что сны не имеют скрытого значения, и подтверждает выводы первоначального исследования сновидений Калкинс.

За свою карьеру она написала четыре книги и более сотни научных публикаций по философии и психологии. Калкинс не только стала профессором психологии в Уэлсли, но и получила признание за создание первой психологической лаборатории в Американском женском колледже. Она была избрана президентом Американской психологической ассоциации, став первой женщиной на этом посту. Также она попала в топ-50 психологов того времени.

Мэри Уитон Калкинс вела свои исследования в непростой для Соединенных Штатов период, отмеченный огромными социальными и культурными изменениями. На протяжении всей своей карьеры Калкинс сталкивалась со значительными препятствиями и дискриминацией из-за того, что работала в сфере, где доминировали мужчины. Однако она не сдавалась и в результате добилась значительных успехов в области психологии, которые и по сей день продолжают оказывать влияние как на исследование, так и на практику.

*Информацию собрала ответственный редактор  
Екатерина Осянина*

---

---

## СОДЕРЖАНИЕ

### МЕДИЦИНА

- Аллаярова Э. Р., Комендантова Ю. С., Романенко Р. А., Тазиева И. И.**  
Туберкулез как медико-социальная проблема России и Оренбургской области. Система мероприятий по борьбе с туберкулезом ..... 223
- Андреева М. Д., Белоус И. С., Яиков Р. Р.**  
ВИЧ-инфекция: социально-медицинские аспекты, динамика распространенности и особенности по регионам ..... 229
- Бакулина Л. С., Платонова Д. Г., Сулейменова Т. Р., Хабирова А. А., Наурзалина К. С.**  
Анализ ВИЧ-инфекции как медико-социальной проблемы. Исследование ее распространенности, динамики, региональных особенностей ..... 231
- Белоусова А. И.**  
Взаимовлияние зубочелюстной и постуральной систем организма ..... 236
- Бикметов Д. К., Галямова А. А., Емелин А. С., Сальникова Е. С., Сейтмамбетов Е. А., Колосова Е. Г.**  
Особенности заболеваемости населения, проживающего в сельской местности ..... 238
- Будаев А. М., Зайцев С. В., Первушина Ю. Д., Трофимова Д. А.**  
Организация борьбы с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в России ..... 239
- Быкова Д. С., Кангаслина Д. И., Бактыгереева Э. Д., Пестрякова М. Д.**  
Организация санитарно-курортной помощи в России ..... 241
- Вечканов А. А., Мухамедьяров Ж. Б., Сайфуллин Р. Р., Иванов М. П.**  
Социальные проблемы современной России: отравления алкоголем и его суррогатами ..... 243
- Волкова Е. И., Голдакова Н. Л., Леонов Д. И., Новоженина Т. В., Шарунова М. Г.**  
Факторы риска ожирения у детей и подростков ..... 245
- Гайназарова И. Д., Дементьева З. А., Чкалин И. В., Шакирова Р. Р., Рахмангулова А. А.**  
ВИЧ-инфекция: тенденции распространения, региональная характеристика, медико-социальные аспекты ..... 248
- Горбунова В. Е., Самарукова П. С., Столповских А. Ю., Юсупова Н. Ш.**  
Инфекции, передаваемые половым путем, как основная проблема современного мира... 250
- Евдокимова С. П., Ейк М. С., Кистанкина С. Т., Муртазина Р. М., Шухтуева Е. И.**  
Инфекции, передаваемые половым путем, как медико-социальная проблема. Распространенность, структура, динамика ..... 252
- Ефремова Р. И., Кандаурова А. В., Никитин Н. Д., Пузрякова К. С., Спурре К. Р.**  
Болезни органов дыхания как медико-социальная проблема. Факторы риска хронических неспецифических заболеваний легких ..... 254
- Жидков Р. В., Батин А. В., Дубровина А. В., Кустова К. И.**  
ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема, распространенность, динамика, региональные особенности ..... 255
- Кабаева А. Р., Шарипова Г. К., Васильева У. Д., Антропов А. П., Юдин К. А.**  
Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная проблема ..... 258
- Калиева А. Д., Мацибора Д. Г., Малина Е. А., Трацук Е. Д., Широнова Л. Н.**  
Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная проблема. Динамика распространения, возрастно-половые и региональные особенности, медицинские и социальные последствия ..... 260
- Калинина Н. Е., Меркулова Д. Ф., Русинкевич В. В., Сагитова М. Т., Туркпенбаева А. Р.**  
Эпидемиология заболеваний щитовидной железы ..... 262

<b>Кидяев С. Н., Литвинова Е. В., Дыбова Е. В.</b> Перспективы использования метабиотиков при лечении заболеваний полости рта ..... 265	<b>Отакро Ж. О.</b> Landouzy — Dejerine myodystrophy: clinical presentation, diagnosis, therapy. Clinical case... 286
<b>Колесникова В. В., Нифталиева А. Р., Алексеева О. А., Макарова Д. С.</b> Алкоголизм, токсикомания, наркомания: региональные особенности ..... 268	<b>Патраева К. А., Галиуллина Р. И., Климина К. В., Кострикина Т. А.</b> Синдром хронической усталости: распространенность, аспекты диагностики и лечения, факторы риска ..... 288
<b>Кондратов Н. А., Макарецв А. О., Поляков Д. А., Сафиуллина А. С.</b> Медико-социальные аспекты инфекций, передаваемых половым путем. Распространенность, структура, динамика ИППП ..... 270	<b>Погонина Е. А., Сеницына А. Д., Малышева К. Д.</b> Диагностика бессонницы ..... 290
<b>Костюкова В. В., Медведева Е. С., Первицкая А. В., Сагандыкова Д. К.</b> Факторы, влияющие на рождаемость в современной России ..... 273	<b>Самойлова А. А., Иджян Е. Д., Куяшбаева А. И., Насибуллина Р. Р.</b> Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста ..... 292
<b>Латыпова А. И., Бугрименко М. Е., Куйтанова А. Ф., Ермизина М. Е.</b> Анализ причин обращения пациентов, не подлежащих госпитализации, в приемное отделение медицинских организаций ..... 275	<b>Санкова А. С., Карабалева А. М., Березовская Е. С., Гребенко В. В., Муллабаева К. Т.</b> Исследование эпидемиологии заболеваний щитовидной железы ..... 296
<b>Малышева К. Д., Погонина Е. А., Сеницына А. Д.</b> Диагностика дефицита железа и железодефицитной анемии при заболеваниях органов пищеварения ..... 278	<b>Славгородский М. А., Мещеряков А. С., Хлынов Н. С.</b> Отравления суррогатным алкоголем. Роль в показателях смертности. Меры профилактики ..... 298
<b>Мередова Л. Р.</b> Тревожно-депрессивные расстройства у соматических больных ..... 281	<b>Тимиров Т. А., Лемехов А. С., Жакисов Р. А., Петров Е. В., Чуркин С. С.</b> Семья как система социального функционирования человека. Роль семьи в системе здравоохранения ..... 300
<b>Николаюк И. Д., Хаитбоева П. Д., Плохова П. В., Тюлегенов А. С.</b> Медико-социальные аспекты зависимости: анализ динамики, демографических характеристик и последствий алкоголизма, наркомании и токсикомании ..... 283	<b>Ткаченко М. А., Юлашов М. Р., Логинов Г. А., Рыпалова А. А.</b> Анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения в Российской Федерации .... 301

## МЕДИЦИНА

### Туберкулез как медико-социальная проблема России и Оренбургской области. Система мероприятий по борьбе с туберкулезом

Аллаярова Элина Рустемовна, студент;  
Комендантова Юлия Сергеевна, студент;  
Романенко Руслана Алексеевна, студент;  
Тазиева Ильвира Ильсуровна, студент  
Оренбургский государственный медицинский университет

#### Введение

Туберкулез представляет собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современности. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2021 году туберкулез стал причиной 1,6 млн смертей, а общее число заболевших достигло 10,6 млн человек [3]. В то же время, несмотря на существенный прогресс в области диагностики и лечения, заболевание остаётся одной из ведущих причин смертности от инфекционных болезней, уступая только COVID-19 и ВИЧ/СПИДу [3, с. 8].

Данная проблема остается актуальной и на уровне России. По данным Роспотребнадзора, в 2022 году в стране было зарегистрировано около 57 тыс. новых случаев заболевания, из которых более 15% приходилось на мультирезистентный туберкулез [16].

В Оренбургской области наблюдается положительная динамика в борьбе с туберкулезом, однако заболеваемость остается на высоком уровне. В 2023 году этот показатель составил 38,84 на 100 тыс. населения, что на 8% ниже показателей 2022 года и на 30% ниже среднего годового уровня [16].

На глобальном уровне туберкулез является не только медицинской, но и социально-экономической проблемой. Заболевание поражает преимущественно социально уязвимые группы населения, включая мигрантов, бездомных, заключённых и людей с иммунодефицитом.

Значимость борьбы с туберкулезом определяется его масштабами и влиянием на здоровье населения. Внедрение профилактических программ, таких как массовая вакцинация и мониторинг латентной инфекции, уже позволило сократить риск заболевания в среднем на 60% [3]. Тем не менее, сохранение высокой устойчивости возбудителя к препаратам и недостаточное финансирование противотуберкулезных программ требуют пересмотра стратегий борьбы с инфекцией [16].

Таким образом, туберкулез остаётся вызовом для всей системы здравоохранения, требующим комплексного подхода. Анализ системы мероприятий по борьбе с туберкулезом в мире и России, в том числе на примере Оренбургской области, позволяет не только оценить эффективность текущих мер, но и разработать новые подходы к решению данной проблемы.

**Цель** исследовательской работы — анализ факторов, влияющих на туберкулез как медико-социальную проблему, и оценка эффективности системы мероприятий по борьбе с данным заболеванием.

**Задачи**, которые необходимо решить для достижения поставленной цели:

1. Изучить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу на глобальном уровне, в Российской Федерации и в Оренбургской области.
2. Проанализировать факторы, влияющие на распространение туберкулеза, включая социальные, экономические и медицинские аспекты.
3. Оценить эффективность существующих противотуберкулезных мероприятий
4. Выявить современные проблемы в борьбе с туберкулезом
5. Изучить региональные особенности и результаты борьбы с туберкулезом в Оренбургской области, включая динамику показателей заболеваемости и мероприятия по профилактике.
6. Разработать рекомендации по совершенствованию системы мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза.

**Объект исследования:** эпидемиологическая ситуация и система мероприятий по борьбе с туберкулезом на глобальном, национальном и региональном уровнях.

**Предмет исследования:** факторы, влияющие на распространение туберкулеза, и эффективность профилактических, диагностических и лечебных мер, направ-

ленных на снижение заболеваемости и смертности от туберкулёза.

### Материалы и методы

В работе использованы официальные данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Министерства здравоохранения Российской Федерации и Роспотребнадзора для анализа статистических показателей заболеваемости, смертности и устойчивых форм туберкулёза на глобальном, национальном и региональном уровнях. Проведен обзор современной научной литературы, включающей исследования факторов риска, методов диагностики, лечения и профилактики заболевания. Сравнительный анализ позволил сопоставить эпидемиологические данные мира, России и Оренбургской области, а также изучить динамику показателей в зависимости от внедрения различных мероприятий. Для оценки эффективности противотуберкулезных мероприятий использован системный подход, опирающийся на материалы и отчёты Роспотребнадзора, в том числе отражающие данные по Оренбургской области.

### Результаты исследования

#### *История вопроса*

Туберкулёз известен человечеству с древних времён. Первые описания болезни встречаются еще в трудах Гипократа, который называл её «чахоткой». Археологические исследования доказали существование туберкулёза у людей ещё 9 тысяч лет назад, что подтверждается находками в древних египетских мумиях [5, с. 112].

Борьба с туберкулёзом началась в XIX веке, когда немецкий учёный Роберт Кох открыл возбудителя заболевания — микобактерию туберкулёза, и это открытие стало поворотным моментом в понимании природы болезни и методах её лечения [19, с. 3].

XX век ознаменовался масштабными научными достижениями в лечении и профилактике туберкулёза. Так, в 1921 году была разработана первая вакцина BCG учёными Кальметтом и Гереном, а в середине XX века появились антибиотики, такие как стрептомицин и изониазид, которые стали основными противотуберкулезными препаратами. [3, с. 7]

Таким образом, изучение проблемы туберкулеза и борьба с ним насчитывают более 150 лет научного прогресса. Однако, несмотря на достижения, туберкулёз остаётся серьёзной медико-социальной проблемой.

#### *Туберкулёз как медико-социальная проблема*

Туберкулёз затрагивает медицинские, социальные и экономические аспекты жизни общества.

Это заболевание занимает одно из ведущих мест среди инфекционных причин смертности, уступая только ВИЧ

и COVID-19. Основная нагрузка ложится на развивающиеся страны, где 98% случаев приходится на регионы с низким уровнем экономического развития. [4, с. 8]. В этих странах отсутствует достаточный доступ к медицинской помощи и профилактическим мерам. Согласно Атласу по туберкулёзу (2021 г.) основные регионы с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом — это Азия, Африка и Восточная Европа. [2]

Данное инфекционное заболевание передаётся воздушно-капельным путём, поэтому в условиях высокой скученности населения, таких как тюрьмы, приюты для беженцев или трудовые лагеря, риск распространения болезни значительно возрастает. Бактерия может передаваться также в закрытых помещениях с плохой вентиляцией, что делает эти условия особенно опасными [3, с. 12].

Лебедева (2020 г) в своей работе указывает, что длительные контакты между людьми создают благоприятные условия для передачи бактерий, так в приютах и общежитиях передача туберкулёза происходит быстро. [9, с. 76].

Известно, что заболевание чаще поражает социально уязвимые группы населения, такие как мигранты, бездомные, заключённые, люди с низким доходом и пациенты с ВИЧ-инфекцией. В России до 80% больных туберкулёзом составляют лица, находящиеся в трудных социальных условиях [11, с. 18].

Заболеваемость в пенитенциарных учреждениях выше в 5–7 раз, чем в общей популяции. По мнению Гончаренко П.С., проблема туберкулёза среди заключённых имеет значительные социальные последствия, так как эти пациенты после освобождения возвращаются в социум. [6, с. 5–9].

По данным Панкратова Е.И. (2022 г), высокий уровень заболеваемости туберкулезом встречается среди мигрантов из стран с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, а эффективный контроль над миграцией позволяет существенно снизить эпидемиологические риски. [15, с. 60–65].

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 [11, с. 18].

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 [4, с. 8].

Туберкулёз наносит значительный ущерб экономике страны. Кроме легких туберкулёз поражает также другие

органы, приводя к длительной утрате трудоспособности, инвалидности и летальности. В Докладе ВОЗ говорится, что внелёгочные формы туберкулёза (например, костно-суставной, мочеполовой, туберкулёз лимфатических узлов) составляют до 20% всех случаев заболевания. Эти формы связаны с тяжёлыми осложнениями, включая деформации, хронические болевые синдромы и органную недостаточность, что приводит к инвалидности и потере трудоспособности [4, с. 5].

Лечение и госпитализация больных туберкулезом требуют значительных расходов со стороны здравоохранения. Средняя стоимость лечения одного пациента с мультирезистентным туберкулёзом (МРТБ) в России составляет около 500 тыс. рублей, что отражает затраты на стандартные случаи лечения, включающие использование базовых противотуберкулёзных препаратов, диагностику и амбулаторное наблюдение [11, с. 25]. Однако в более сложных случаях, требующих госпитализации, применения инновационных препаратов и длительного реабилитационного периода, расходы могут достигать 1,5 млн рублей на пациента. [4, с. 55].

По данным Давыдовой О. В. (2023 г) ежегодно туберкулёз наносит ущерб экономике России в размере более 20 млрд рублей, а социальная изоляция пациентов осложняет реабилитацию и трудоустройство. [7, с. 18–23].

Таким образом, туберкулёз — это не только медицинская проблема, но и вызов для общества и экономики, особенно в развивающихся странах.

#### *Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России и Оренбургской области*

В России с 2000-х годов наблюдается снижение заболеваемости туберкулёзом благодаря усилению мер по борьбе с ним. В 2022 году показатель составил 38,6 на 100 тыс. населения [11, с. 22].

Оренбургская область демонстрирует положительную динамику: в 2023 году заболеваемость составила 38,84 на 100 тыс. населения, что на 30% ниже среднеевропейского уровня. Это связано с активной диспансеризацией и применением современных диагностических методов [14, с. 10].

Факторы, влияющие на распространение данного заболевания:

1. Высокая концентрация мигрантов.
2. Недостаточная профилактика среди социально уязвимых групп населения.
3. Низкая выявляемость латентных форм туберкулёза в сельских районах [17, с. 60].

#### *Существующих меры борьбы с туберкулёзом*

ВОЗ в рамках программы End TB Strategy ставит цели уменьшить смертность от туберкулёза на 90% к 2035 году и сократить заболеваемость на 80%. Основные направления данной программы следующие: разработка и внедрение новых методов диагностики, включая тесты на

мультирезистентные штаммы, расширение доступности вакцин, повышение уровня информированности населения.

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 [4, с. 8].

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 [3, с. 20].

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 [11, с. 18].

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 [11, с. 30]. В 2022 году в Свердловской области был реализован проект «Туберкулез. Стоп», в рамках которого с помощью мобильных флюорографов было обследовано более 10 тысяч человек, а также организованы мероприятия по повышению осведомленности о заболевании и его профилактике. Этот проект стал частью государственной программы по борьбе с туберкулезом в России [13, с. 12].

Согласно данным Минздрава Оренбургской области, в 2023 году мобильные флюорографы обследовали более 10 тысяч человек, что позволило выявить новые случаи заболевания [14, с. 20].

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. [11, с. 18]

Для борьбы с заболеванием в нашей стране реализуются также программы, включающие массовую вакци-

нацию (использование вакцины БЦЖ у новорождённых), мониторинг латентной инфекции среди групп риска, создание системы фтизиатрической помощи, в том числе специализированные диспансеры и госпитали. Согласно Приказу № 109 в нашей стране проводится обязательная флюорография и диспансеризация взрослого населения.

По мнению Т. С. Акимовой (2023 г) вакцинация остаётся основным инструментом профилактики туберкулеза. А это позволяет делать вывод о том, что необходимо активно заниматься санитарно-просветительской работой среди населения и борьбой с антипрививочным настроением граждан. [1, с. 15–19]

Так, по данным Карпова Н. В. (2021 г) в России основное внимание уделено вакцинации и мониторингу, тогда как в ряде стран фокус на образовательных кампаниях, а эффективная профилактика требует не только медицинских, но и социальных подходов. [8, с. 23–28]

Образовательные кампании, направленные на повышение осведомлённости о заболеваниях среди населения, мерах профилактики и важности раннего обращения за медицинской помощью оказывают влияние на снижение стигматизации заболевания и повышение уровня выявляемости [11, с. 30].

Социальная поддержка больных туберкулезом включает помощь в решении социальных и бытовых проблем, таких как обеспечение жильём, питание, а также помощь в восстановлении трудоспособности после перенесённого заболевания. Это особенно важно для людей, прошедших курс лечения, но сталкивающихся с экономическими трудностями и социальной изоляцией.

В России для социально уязвимых групп населения создаются условия для бесплатного доступа к лечению туберкулеза, включая обеспечение антимикробными препаратами. Программа бесплатного лекарственного обеспечения направлена на улучшение доступности терапии для тех, кто не может себе позволить оплатить лечение из собственного кармана [11, с. 15].

Борьба с туберкулезом среди мигрантов — это важная составляющая стратегии противодействия этому заболеванию в странах с высоким уровнем миграции, в числе которых Россия. В нашей стране такая программа включает регулярные профилактические осмотры и тестирование на туберкулез. Это стало частью целевых мероприятий федеральной программы по борьбе с туберкулезом. В частности, мигранты, прибывающие на территорию России, подлежат обязательной флюорографической проверке при трудоустройстве [11, с. 15].

Программы профилактики для мигрантов часто включают мобильные диагностические центры, которые проводят обследования в районах с высокой концентрацией трудовых мигрантов. Примером может служить использование передвижных флюорографов, внедрённых в Москве и других крупных городах России, где сконцентрирован большой поток мигрантов.

Важнейшей частью борьбы с туберкулезом является привлечение дополнительных инвестиций, как государ-

ственных, 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 [11, с. 15].

Экономическое обоснование увеличения финансирования программ борьбы с туберкулезом также связано с необходимостью долгосрочного воздействия на проблему, что может включать не только лечение, но и создание инфраструктуры для длительной реабилитации и профилактики [3, с. 20].

Эти меры в совокупности направлены на более успешную борьбу с туберкулезом как на мировом уровне, так и на уровне отдельных стран и регионов.

### **Трудности и барьеры в реализации противотуберкулезных мероприятий**

1. Недостаточное финансирование программ профилактики

Финансирование программ по борьбе с туберкулезом остаётся одной из самых острых проблем. Согласно отчёту ВОЗ, в 2021 году глобальный дефицит средств для реализации стратегий по борьбе с туберкулезом составил около \$1,5 млрд. Особенно остро нехватка финансирования ощущается в развивающихся странах, где сконцентрировано 80% случаев заболевания [4, с. 48].

В России финансирование программ по борьбе с туберкулезом в последние годы увеличилось, однако оно по-прежнему недостаточно для полного охвата профилактическими мероприятиями социально уязвимых групп. По данным Роспотребнадзора, около 20% региональных программ недофинансированы, что снижает их эффективность [16, с. 22].

Например, в Оренбургской области на профилактические мероприятия в 2023 году было выделено 5,3 млн рублей, что на 15% ниже, чем в среднем по стране на одного пациента [14, с. 12].

2. Рост устойчивости возбудителя к антибиотикам

Мультирезистентный туберкулёз (МРТБ) является серьёзной проблемой, так как он требует дорогостоящего и длительного лечения. По данным ВОЗ, из 10,6 млн зарегистрированных случаев туберкулёза в 2021 году около 450 тыс. (4,2%) имели лекарственную устойчивость, причём 32% таких случаев зафиксированы в Индии, России и Китае [4, с. 55].

В России в 2022 году было зарегистрировано 9 тыс. случаев МРТБ, что составило 15,8% от всех новых случаев заболевания [16, с. 28]. Эта проблема усугубляется несоблюдением режима лечения пациентами, отсутствием полного контроля над отпускаемыми антибактериальными препаратами и сложностями в проведении качественной диагностики.

Примером успешной работы в этом направлении является внедрение молекулярно-генетических тестов в Оренбургской области, что позволило сократить время диа-

гностики устойчивых форм до 48 часов [14, с. 18]. Однако проблема остаётся актуальной из-за высокой стоимости оборудования и недостаточного охвата сельских районов.

### 3. Социальная стигматизация и недоверие к врачам

Пациенты с туберкулёзом часто сталкиваются с дискриминацией, что препятствует своевременному обращению за медицинской помощью. По данным опросов ВОЗ, около 40% больных в развивающихся странах не обращаются к врачам из-за страха осуждения или социальной изоляции [4, с. 62].

В России проблема также актуальна. Исследование, проведённое в 2022 году среди пациентов противотуберкулёзных диспансеров, показало, что 25% респондентов опасались потерять работу или семью из-за диагноза [10, с. 43].

Эту проблему пытаются решить с помощью образовательных кампаний. В Оренбургской области в 2023 году было проведено 12 мероприятий по борьбе с социальной стигматизацией, включая лекции для студентов и встречи с работодателями [14, с. 20].

### 4. Низкая доступность медицинских услуг в отдалённых регионах

Жители сельских районов и отдалённых территорий имеют ограниченный доступ к качественным медицинским услугам. Существующие передвижные диагностические центры недостаточно решают проблему, так как существуют недостаток кадров и технического обеспечения [14, с. 16].

### 5. Недостаточные противотуберкулёзные меры среди мигрантов

Несмотря на активную работу с мигрантами, проблема туберкулеза среди данной группы остаётся актуальной. Например, в некоторых случаях мигранты не всегда проходят обязательное медицинское обследование, что связано с незнанием законодательства или трудностями в доступе к медицинской помощи. Также существует проблема в распространении информации среди мигрантов на отдалённых территориях.

Итоги государственной программы по борьбе с туберкулёзом в РФ за 2020–2024 годы позволяют сделать вывод о том, что показатель заболеваемости в РФ снизился на 8% за последние три года, однако необходимы дополнительные меры в социальной и экономической сфере.

Таким образом, туберкулёз остаётся серьёзной медико-социальной проблемой, требующей комплексного подхода.

В результате анализа ряда источников информации можно выделить несколько ключевых направлений, требующих улучшения:

1. Увеличение финансирования программ профилактики. Особенно важно обеспечить доступ к лечению социально уязвимых групп населения.
2. Разработка новых методов лечения и диагностики. Необходимо ускорить внедрение инновационных технологий, таких как генетические тесты и биомаркеры.
3. Снижение социальной стигматизации. Роль образовательных кампаний трудно переоценить.

4. Расширение доступа к медицинской помощи в сельских регионах. Для этого требуются инвестиции в передвижные диагностические центры и подготовку кадров.

Преодоление заболевания возможно только при активном взаимодействии всех участников: государственных структур, медицинских организаций, социальных служб и каждого отдельного врача.

## Заключение

Литературный обзор показал, что туберкулез продолжает оставаться актуальной проблемой, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода населения. В России заболеваемость на протяжении последних лет стабилизировалась, однако региональные различия. В Оренбургской области проводятся активные меры по профилактике, включая использование мобильных флюорографов и бесплатное лекарственное обеспечение. Однако заболеваемость остается высокой, что требует усиления работы с социальными группами, улучшения качества медицинской помощи и повышения осведомленности населения о рисках и методах профилактики.

Факторы, влияющие на распространение туберкулеза, разнообразны. Среди медицинских — это проблемы в диагностике и лечении, включая устойчивость возбудителей к антибиотикам. Социальные факторы, такие как низкий уровень жизни, миграция, бездомность и ВИЧ-инфекция, повышают риск заболевания. Экономическая ситуация, в частности недостаточное финансирование медицинской инфраструктуры, также способствует распространению заболевания, особенно в сельских и отдалённых районах.

Существующие меры по борьбе с туберкулезом в России, включая флюорографию, диспансеризацию, ПЦР-диагностику, а также обязательное лечение, являются эффективными, но требуют улучшения, особенно в отношении доступности для социально уязвимых групп населения.

По анализу текущей ситуации и существующих мер борьбы с туберкулезом можно сделать следующие рекомендации по их улучшению:

### 1. Увеличение финансирования программ профилактики и лечения туберкулеза

Проблема доступности медицинской помощи для таких категорий населения как мигранты, бездомные, заключенные и люди с ВИЧ-инфекцией продолжает оставаться одной из центральных. Это требует не только улучшения финансовых механизмов, но и создания дополнительных социальных программ, обеспечивающих бесплатный доступ к лекарствам, медицинским обследованиям и профилактическим мероприятиям. Важными остаются государственные субсидии и поддержка частных инвестиций в медицинскую инфраструктуру. При этом необходимо улучшить координацию между государственными и частными источниками финансирования, чтобы избежать избыточных трат и дефицита в нужных областях.

В связи с этим стоит предложить:

— Увеличение государственного финансирования, ориентированного на улучшение медицинских и социальных услуг для социально уязвимых групп населения. При этом рекомендуется большую часть бюджета направить на профилактические и образовательные мероприятия.

— Привлечение частных инвестиций для создания инновационных решений в области диагностики и лечения туберкулеза, а также в развитие медицинской инфраструктуры в регионах с высокой заболеваемостью.

#### 2. Разработка новых методов лечения и диагностики

Внедрение генетических тестов и биомаркеров способно значительно повысить точность диагностики, что позволит своевременно выявлять возбудителя и назначать определенные схемы лечения. Уже на стадии диагностики важно использовать молекулярно-генетические методы, которые позволяют обнаружить туберкулез даже на ранних стадиях заболевания, а также выявить устойчивые формы бактерий.

Для ускорения процесса внедрения инновационных технологий необходимо:

— Продолжить совершенствование диагностических методов с использованием высокотехнологичного оборудования и молекулярно-генетических исследований.

— Поддерживать разработку новых препаратов, особенно для лечения мультирезистентных форм туберкулеза.

— Улучшать доступ к инновационным методам лечения в удаленных регионах.

#### 3. Снижение социальной стигматизации

Негативное отношение со стороны общества и отсутствие понимания о путях передачи болезни препятствуют вовлечению пациентов в процесс лечения и профилактики. В этом контексте важную роль играют образовательные кампании, направленные на повышение осведомленности среди населения. Работать необходимо как с пациентами, так и с их окружением, обучая людей, как защищаться от заболевания и как вовремя обратиться за помощью.

Рекомендуется:

Активно развивать массовые просветительские мероприятия в местах массового скопления людей, таких как школы, рабочие коллективы и миграционные центры.

Работать с медицинскими работниками, обучая их методам взаимодействия с пациентами, чтобы те не чувствовали себя отверженными.

#### 4. Расширение доступа к медицинской помощи в сельских регионах

Важно продолжить развитие мобильных диагностических центров и усилить их использование. Эти центры

позволяют проводить флюорографические обследования, лабораторные тесты и консультации специалистов в удаленных регионах. Также важно инвестировать в подготовку медицинского персонала, который будет работать с такими мобильными комплексами.

#### 5. Укрепление межведомственного взаимодействия

Эффективная борьба с туберкулезом требует межведомственного взаимодействия на разных уровнях — от местных властей до международных организаций. Необходимы комплексные меры, которые включают в себя не только медицинские, но и социальные аспекты. Важно, чтобы борьба с туберкулезом в стране была частью национальной стратегии в области здравоохранения, социальной защиты и миграционной политики.

В этом направлении необходимы:

Усиление координации между государственными, частными и международными организациями для реализации эффективных мер в борьбе с туберкулезом.

Разработка совместных планов действий с благотворительными организациями и гуманитарными агентствами для увеличения охвата уязвимых групп населения, таких как мигранты и бездомные.

### Выводы

Существующие направления по борьбе с туберкулезом остаются актуальными и требуют продолжения работы, с акцентом на усиление профилактических мер, улучшение диагностики и доступности лечения, а также на снижение социальной стигматизации. На этом фоне важнейшими задачами остаются доступность медицинской помощи для социально уязвимых групп населения, увеличение финансирования, совершенствование методов лечения и диагностики, а также расширение социальных программ поддержки для пациентов. Важно помнить, что только многопрофильный подход и тесное сотрудничество разных институтов и служб позволят добиться ощутимых успехов в борьбе с этой глобальной угрозой.

Мировое сообщество должно продолжать работу над реализацией стратегии ВОЗ «End TB», направленной на ликвидацию туберкулеза как угрозы общественному здоровью. Каждый врач может внести свой вклад, повышая уровень знаний по диагностике и лечению, работая над созданием доверия между пациентом и медицинским персоналом и участвуя в профилактических и образовательных программах.

И в заключение хотелось бы процитировать доклад ВОЗ: «Мир без туберкулеза возможен, если объединить усилия всех сторон» [4, с. 75].

### Литература:

1. Акимова Т. С. Вакцинация против туберкулеза: эффективность и вызовы // Иммунология. 2023. № 2. С. 15–19.
2. Атлас по туберкулезу / ВОЗ. 2021. 100 с.
3. Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия по борьбе с туберкулезом: Доклад. 2022. 75 с.
4. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный доклад по туберкулезу. 2022. 55 с.

5. Георгиевский В. И. История медицины: монография. М.: Наука, 2021. 112 с.
6. Гончаренко П. С. Туберкулёз в пенитенциарных учреждениях: медицинские и социальные аспекты // Терапевтический вестник. 2021. № 4. С. 5–9.
7. Давыдова О. В. Социально-экономические аспекты туберкулёза в России // Экономика здравоохранения. 2023. № 3. С. 18–23.
8. Карпов Н. В. Медико-социальные подходы к профилактике туберкулёза // Общественное здоровье. 2021. № 1. С. 23–28.
9. Лебедева Н. В. Система профилактики туберкулёза в условиях плотных поселений: монография. М.: Наука, 2020. 76 с.
10. Мартынов А. И. Социальные аспекты лечения туберкулёза // Вопросы организации здравоохранения. 2022. № 3. С. 43–50.
11. Минздрав РФ. Аналитический отчёт по туберкулёзу. 2023. 30 с.
12. Минздрав РФ. Приказ № 109. О порядке диспансеризации населения. 2021.
13. Минздрав Свердловской области. Отчёт о реализации проекта «Туберкулёз. Стоп». 2023. 12 с.
14. Минздрав Оренбургской области. Доклад об эпидемиологической ситуации по туберкулёзу. 2023. 20 с.
15. Панкратов Е. И. Влияние миграции на эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу // Медицинская практика. 2022. № 2. С. 60–65.
16. Роспотребнадзор. Государственный доклад по эпидемиологической ситуации с туберкулёзом в Российской Федерации. 2023. 28 с.
17. Сидоров А. Н., Лапина Ю. В. Социальные факторы, влияющие на распространение туберкулёза // Журнал эпидемиологии. 2022. № 1. С. 60–65.
18. Фонд поддержки здравоохранения. Современные подходы к диагностике туберкулёза. 2022. 46 с.
19. Koch R. Über Tuberkulose [О туберкулёзе]. 1882.

## ВИЧ-инфекция: социально-медицинские аспекты, динамика распространённости и особенности по регионам

Андреева Маргарита Дмитриевна, студент;

Белоус Иван Сергеевич, студент;

Яков Руслан Робертович, студент

Научный руководитель: Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье рассматривается проблема ВИЧ-инфекции как одной из важнейших медико-социальных угроз современности. Освещаются ключевые аспекты распространённости заболевания, динамики его роста в глобальном масштабе и региональных особенностей эпидемии. ВИЧ-инфекция оказывает значительное влияние на здоровье населения и социально-экономическую ситуацию, особенно в странах с высоким уровнем заболеваемости. В статье подчеркивается важность анализа факторов, таких как доступность тестирования, качество профилактических программ и образовательных инициатив, направленных на снижение заболеваемости.*

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, профилактика, заболеваемость, динамика, региональные особенности, антиретровирусная терапия, стигматизация, медицинская помощь.

ВИЧ-инфекция является одним из наиболее значительных вызовов для системы здравоохранения и общества в целом. Это хроническое вирусное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, приводит к прогрессирующему разрушению иммунной системы, делая организм уязвимым к различным инфекциям и онкологическим заболеваниям. Основные пути передачи ВИЧ включают незащищенные половые контакты, использование инфицированных игл и шприцов при инъекционном употреблении наркотиков, переливание за-

раженной крови, а также передачу от матери ребенку во время беременности, родов или грудного вскармливания. Эти механизмы передачи определяют особенности распространения заболевания в разных группах населения.

Глобальная статистика демонстрирует устойчивый рост числа людей, живущих с ВИЧ. По данным международных организаций, к настоящему времени инфицировано более 38 миллионов человек, при этом ежегодно регистрируются миллионы новых случаев. Эпидемиологическая ситуация варьируется в зависимости от ре-

гиона: наиболее высокая распространенность наблюдается в странах Африки к югу от Сахары, где более 60% всех случаев ВИЧ-инфекции. В развитых странах, таких как США и государства Западной Европы, благодаря широкому доступу к профилактическим программам и антиретровирусной терапии, заболеваемость стабилизировалась, хотя остается актуальной среди уязвимых групп. Молодежь, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, лица, употребляющие наркотики, и работники секс-бизнеса составляют значительную часть новых случаев инфицирования [3, с. 158].

Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции охватывают широкий спектр проблем, начиная от влияния на здоровье населения и заканчивая демографическими и экономическими последствиями. ВИЧ существенно увеличивает заболеваемость и смертность, особенно среди трудоспособного населения, что подрывает социально-экономическую стабильность многих стран. Эпидемия приводит к росту затрат на здравоохранение, снижению производительности труда и увеличению числа сирот, потерявших родителей из-за СПИДа [4, с. 101].

Социальные аспекты проблемы включают стигматизацию и дискриминацию, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ. Стигма может препятствовать своевременному обращению за медицинской помощью, доступу к тестированию и лечению, усугубляя эпидемиологическую ситуацию. В то же время общественное неприятие способствует маргинализации уязвимых групп, что создает замкнутый круг распространения инфекции. [4, 103].

Региональные особенности распространения ВИЧ-инфекции обусловлены рядом факторов, включая социально-экономические условия, уровень медицинской инфраструктуры и культурные особенности регионов. В странах с высоким уровнем дохода эпидемиологическая ситуация относительно стабильна благодаря широкому доступу к диагностике и антиретровирусной терапии. В таких государствах, как США, Канада, Великобритания и страны Западной Европы, основными группами риска остаются мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, мигранты и лица, употребляющие наркотики. Здесь активно внедряются профилактические меры, такие как докон-

тактная профилактика (PrEP), программы массового тестирования и образовательные инициативы [1, с. 237].

В странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в регионах Африки к югу от Сахары, ситуация гораздо сложнее. Здесь сосредоточено около 60% всех случаев ВИЧ-инфекции в мире. Основными факторами распространения вируса остаются ограниченный доступ к медицинской помощи, высокий уровень бедности, гендерное неравенство и культурные табу, препятствующие открытому обсуждению вопросов сексуального здоровья. В некоторых странах Азия и Латинской Америки эпидемия ВИЧ также носит серьезный характер, особенно среди работников секс-бизнеса и потребителей инъекционных наркотиков.

В России и странах СНГ эпидемиологическая ситуация характеризуется устойчивым ростом числа новых случаев ВИЧ. Основным путем передачи инфекции является инъекционное употребление наркотиков, хотя доля случаев, связанных с гетеросексуальными контактами, также значительно увеличилась в последние годы. К числу ключевых факторов, влияющих на распространение ВИЧ в этом регионе, относятся ограниченная профилактическая работа, стигматизация инфицированных, недостаточная доступность современных методов диагностики и лечения. [2, с. 48].

Антиретровирусная терапия (АРТ) является основой лечения ВИЧ-инфекции. Она не только улучшает прогноз заболевания, но и существенно снижает риск передачи вируса от человека к человеку. Однако доступность АРТ варьируется в зависимости от уровня доходов стран. В государствах с высоким уровнем дохода большинство пациентов имеют доступ к лечению, тогда как в странах с низкими доходами охват терапией остается недостаточным из-за финансовых и инфраструктурных ограничений. Международное сотрудничество играет ключевую роль в борьбе с эпидемией ВИЧ. Такие организации, как UNAIDS и Глобальный фонд по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией, оказывают значительную поддержку странам с ограниченными ресурсами, предоставляя финансирование, обучая медицинский персонал и обеспечивая доступ к лекарственным препаратам [3, с. 207].

#### Литература:

1. Александрова, М. А. ВИЧ-инфекция: клинические аспекты, диагностика, лечение / М. А. Александрова. — М.: Медицинская литература, 2021. — 356 с.
2. Белоусова, Е. А. Эпидемиология ВИЧ-инфекции в России: современные тенденции и региональные особенности / Е. А. Белоусова, И. В. Петров. — СПб.: Эльби, 2020. — С. 45–78.
3. Глобальная стратегия ВОЗ по борьбе с ВИЧ: отчет за 2022 год / Всемирная организация здравоохранения. — Женева: ВОЗ, 2023. — 210 с.
4. Демидова, Т. И. Социальные аспекты профилактики ВИЧ-инфекции в молодежной среде / Т. И. Демидова, А. П. Кузнецов. // Медицинский вестник. — 2022. — № 4. — С. 98–105.

## Анализ ВИЧ-инфекции как медико-социальной проблемы. Исследование ее распространенности, динамики, региональных особенностей

Бакулина Лидия Сергеевна, студент;  
Платонова Дарья Григорьевна, студент;  
Сулейменова Томерис Радиковна, студент;  
Хабилова Арина Аликовна, студент;  
Наурзалина Камила Серикалеевна, студент  
Оренбургский государственный медицинский университет

### Введение

ВИЧ-инфекция является актуальной медико-социальной проблемой всего мира. Она оказывает серьёзное воздействие на медицинскую, социальную и экономическую сферы нашей жизни.

Согласно данным UNAIDS, в 2022 году в мире проживало около 38,4 миллиона человек с ВИЧ, из которых 1,5 миллиона заразились в течение года, а около 650 тысяч умерли от СПИДа и его осложнений [16].

В России эпидемиологическая ситуация остаётся напряжённой: в 2022 году было зарегистрировано более 65 тысяч новых случаев, а общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных превысило 1,5 миллиона человек [12].

ВИЧ-инфекция в настоящее время распространена не только среди социально уязвимых групп населения, таких как людей, употребляющих внутривенные наркотики, но большое число случаев заражения приходится именно на эту категорию пациентов. Так, в России около 48% случаев заражения связано с внутривенным употреблением наркотиков, что подчёркивает важность работы с данной категорией населения [12].

Низкий уровень информированности о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики также остаётся серьёзной проблемой. Например, в России в 2021 году около 30% респондентов не знали, что использование презервативов снижает риск заражения, а более 40% не знали, что ВИЧ не передаётся через бытовой контакт [7]. Недостаток знаний приводит к стигматизации людей, живущих с ВИЧ, и снижению обращаемости за медицинской помощью.

Лечение одного пациента с ВИЧ требует значительных ресурсов. В России ежегодные затраты на антиретровирусную терапию (АРТ) на одного пациента составляют около 120 тысяч рублей. При этом полный охват терапией обеспечивается только 70% нуждающихся [7].

Кроме прямых медицинских затрат, ВИЧ-инфекция приводит к снижению трудоспособности, утрате доходов и увеличению экономической нагрузки на семью, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода.

Таким образом, актуальность ВИЧ-инфекции обусловлена её масштабами, влиянием на общество, значительными экономическими затратами и сложностью профилактики. Борьба с этим заболеванием требует ком-

плексного подхода, включающего медицинские, социальные и просветительские меры.

**Цель** исследовательской работы — анализ ВИЧ-инфекции как медико-социальной проблемы, изучение её распространённости и динамики, а также оценка эффективности существующих мер борьбы с инфекцией на глобальном, национальном и региональном уровнях.

**Задачи**, которые необходимо решить для достижения поставленной цели:

1. Изучить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции на глобальном, национальном и региональном уровнях, с учётом особенностей Оренбургской области.
2. Проанализировать социальные, медицинские и экономические аспекты влияния ВИЧ-инфекции.
3. Оценить эффективность существующих мер борьбы с инфекцией.
4. Выявить ключевые проблемы в борьбе с ВИЧ-инфекцией, включая региональные различия.
5. Разработать рекомендации по совершенствованию системы мероприятий для снижения заболеваемости и смертности от ВИЧ.

**Объектом исследования** является эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции и её социально-экономические и медицинские последствия.

**Предметом исследования** являются факторы, влияющие на распространение ВИЧ-инфекции, региональные особенности её динамики и распространённости, а также эффективность существующих мер профилактики, диагностики и лечения.

### Материалы и методы

В исследовании использованы научные публикации, отчёты международных и национальных организаций, отражающие эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции, включая данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), UNAIDS, Министерства здравоохранения РФ, Роспотребнадзора и Минздрава Оренбургской области. Основными методами стали анализ литературы, эпидемиологический анализ показателей заболеваемости, распространённости и смертности на глобальном, национальном и региональном уровнях, а также анализ социальных факторов, таких как стигматизация, доступность медицинской помощи и уровень информированности населения. Проведен критический анализ эффектив-

ности профилактических, диагностических и лечебных мероприятий с выявлением проблемных зон. Для выявления региональных особенностей использовался сравнительный метод, сопоставляющий данные по Оренбургской области с другими регионами России и мировыми показателями. Методологической основой исследования стал системный и комплексный подход, позволяющий рассмотреть ВИЧ-инфекцию как сложную медико-социальную проблему и выявить взаимодействие социальных, медицинских и экономических факторов.

## Результаты исследования

### *ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема*

ВИЧ-инфекция занимает одно из центральных мест среди глобальных медико-социальных проблем из-за её влияния на здоровье населения, общественные процессы и экономику.

С медицинской точки зрения ВИЧ-инфекция приводит к значительному снижению иммунной защиты организма, что делает больных уязвимыми к оппортунистическим инфекциям и онкологическим заболеваниям. В 2022 году около 650 тысяч человек умерли от связанных с ВИЧ осложнений, несмотря на наличие антиретровирусной терапии [19]. Кроме того, устойчивость к стандартным схемам антиретровирусной терапии в ряде регионов мира требует разработки новых препаратов, что увеличивает нагрузку на системы здравоохранения. По данным UNAIDS, только 76% людей с ВИЧ получают антиретровирусное лечение, тогда как оставшиеся 24% не имеют доступа к медицинской помощи из-за социальных, экономических или инфраструктурных проблем [16].

Социальное воздействие ВИЧ-инфекции включает стигматизацию и дискриминацию, с которыми сталкиваются больные. Эти явления снижают их приверженность к лечению и ухудшают качество жизни. Например, в России около 35% людей с ВИЧ скрывают свой статус из-за страха перед обществом [7]. Особенно уязвимы следующие группы населения: люди, употребляющие наркотики, работники секс-бизнеса, мигранты, заключённые и люди с ВИЧ/ВГС-инфекцией. Недостаток доступа к медицинской помощи и профилактическим мерам среди этих групп усиливает распространение инфекции.

Экономические последствия ВИЧ-инфекции также значительны. Ежегодные затраты на лечение ВИЧ в России составляют около 70 миллиардов рублей [7]. В странах с низким уровнем дохода недостаточное финансирование программ приводит к усугублению эпидемии. Помимо прямых затрат, заболевание приводит к потере трудоспособности у пациентов, особенно на поздних стадиях, что создаёт дополнительное давление на системы социального обеспечения и негативно влияет на экономическое развитие.

В России ситуация остаётся сложной: в 2022 году зарегистрировано более 65 тысяч новых случаев ВИЧ-инфекции, а общее число зарегистрированных инфицированных превышает 1,5 миллиона человек [12]. Основной путь передачи инфекции в стране — гетеросексуальный (58%), что связано с низким уровнем использования барьерных методов контрацепции и недостаточной осведомлённостью о профилактике.

Таким образом, ВИЧ-инфекция затрагивает все аспекты общества, от здравоохранения до экономики, и требует комплексного подхода, включающего улучшение диагностики и лечения, повышение уровня информированности населения и снижение уровня стигматизации.

### *Показатели распространённости и динамики ВИЧ-инфекции*

ВИЧ-инфекция остаётся серьёзной глобальной проблемой, и её динамика требует внимательного анализа на разных уровнях. В этом разделе мы рассмотрим распространённость ВИЧ-инфекции на мировом уровне, в России и её регионах, в том числе Оренбургской области.

Согласно отчёту UNAIDS, в 2022 году в мире было зарегистрировано 38,4 миллиона человек, живущих с ВИЧ, из которых 1,5 миллиона человек заразились в течение года [16]. В Африке, где проживает более 25 миллионов человек с ВИЧ, наблюдается наибольшая заболеваемость, что обусловлено высокими темпами передачи инфекции и ограниченным доступом к лечению и профилактике. Например, в Южной Африке и Кении более 20% взрослого населения инфицированы ВИЧ [19].

В России ВИЧ-инфекция продолжает стремительно распространяться, несмотря на усилия государственных органов и международных организаций. В 2022 году было зарегистрировано 65 245 новых случаев заболевания ВИЧ, а общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в стране превысило 1,5 миллиона человек [12]. Особенно высокие показатели заболеваемости фиксируются в крупных городах, таких как Москва и Санкт-Петербург. В 2022 году в Москве было зарегистрировано 7 382 новых случая ВИЧ-инфекции, в Санкт-Петербурге — 3 620, что составляет около 18% от общего числа случаев по стране [12]. Эти данные подтверждают высокие темпы заболеваемости в крупных городах с лучшим доступом к медицинским услугам, что только подтверждает вывод о том, как важна профилактика в более отдалённых регионах страны.

Распространённость ВИЧ значительно варьируется от региона к региону. Например, в Центральной России, Сибири и на Дальнем Востоке показатели заболеваемости значительно выше, чем в Москве и Санкт-Петербурге.

Оренбургская область является одним из регионов России, где заболеваемость ВИЧ остаётся высокой. В 2023 году показатель заболеваемости составил 95,5 на 100 000 человек, что на 12% превышает среднероссийский показатель [6]. В регионе наблюдается рост заболевае-

мости среди людей, употребляющих наркотики и среди мужской части населения, а также высокий уровень распространённости инфекции среди мигрантов, что связано с недостаточной осведомлённостью и ограниченным доступом к медицинской помощи.

Таким образом, показатели распространённости и динамики ВИЧ-инфекции подтверждают, что ВИЧ остаётся одной из ключевых проблем здравоохранения, социальной политики и экономики. Заболеваемость ВИЧ в России продолжает расти, особенно в регионах с низким уровнем медицинской инфраструктуры и недостаточным уровнем информированности населения. Для эффективной борьбы с этим заболеванием необходим комплексный подход, включающий улучшение диагностики, расширение доступа к лечению и профилактике, а также социальные и образовательные меры, направленные на снижение стигматизации.

#### *Меры по борьбе с ВИЧ как медико-социальной проблемой, их эффективность и недостатки*

Борьба с ВИЧ-инфекцией требует комплексного подхода, включающего профилактические, диагностические, лечебные и социальные меры. Несмотря на усилия, направленные на борьбу с ВИЧ на глобальном и национальном уровнях, существуют значительные пробелы в реализации этих мер. Рассмотрим существующие меры борьбы с ВИЧ-инфекцией, оценим их эффективность и выявим области, требующие улучшения.

Профилактика ВИЧ-инфекции включает несколько направлений, таких как массовая информация, использование барьерных методов контрацепции, программы обмена игл и профилактика среди групп высокого риска. Основные меры профилактики:

- Информационно-образовательные кампании, направленные на повышение осведомлённости о путях передачи ВИЧ, важности использования презервативов и тестирования. Однако в ряде регионов, таких как Оренбургская область, такие кампании всё ещё недостаточно эффективны, что доказывается низким уровнем информированности и стигматизацией ВИЧ-инфицированных [6].

- Программы обмена игл: в регионах с высоким уровнем наркозависимости активно внедряются программы обмена игл, что снижает риск заражения среди наркозависимых. Однако эти программы ещё не охватывают все регионы, где существует высокий уровень употребления инъекционных наркотиков. В 2022 году в России по данным Роспотребнадзора только 52% от наркозависимых имели доступ к таким программам [12].

- Программы профилактики среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, работников секс-бизнеса и заключённых, где риск заражения особенно высок. Однако доступ к таким программам ограничен, а стигматизация не позволяет эффективно внедрять профилактику в этих группах [7].

На сегодняшний день доступны различные методы диагностики, включая тесты на антитела, молекулярно-генетические методы и экспресс-тесты.

В России внедрены программы массового тестирования населения на ВИЧ, но часто жители удалённых регионов, таких как Оренбургская область, не имеют возможности пройти тестирование в удобное время. В 2022 году только 58% людей, состоящих на учёте, прошли тестирование на ВИЧ по последней рекомендации, несмотря на доступность таких тестов [7].

Тестирование в группах риска: проблема заключается в том, что многие представители групп риска не готовы проходить тестирование из-за страха перед стигматизацией. Это препятствует раннему выявлению заболевания и своевременному началу лечения [12].

Антиретровирусная терапия (АРТ) является основным методом лечения ВИЧ-инфекции. Применение АРТ позволяет не только продлить жизнь больных, но и снизить риск передачи вируса другим людям.

В России АРТ доступна более 70% больных ВИЧ, однако остаются проблемы с доступом к лечению в отдалённых регионах, таких как Оренбургская область, где наблюдается нехватка специалистов и медикаментов [6].

Проблема с обеспечением лекарствами для всех нуждающихся остаётся актуальной, особенно в регионах с высоким уровнем заболеваемости. Программы бесплатного обеспечения лекарствами охватывают не все категории больных, что снижает эффективность лечения и увеличивает риск прогрессирования заболевания [7].

Социальная поддержка людей, живущих с ВИЧ, включает помощь в области медицинского обслуживания, социальной и психологической реабилитации, а также снижение уровня стигматизации. В России существует ряд социальных программ для людей, живущих с ВИЧ, но они не всегда обеспечивают необходимую помощь в полном объёме. Проблема стигматизации, связанная с ВИЧ, остаётся одной из наиболее сложных. В 2022 году около 30% ВИЧ-инфицированных скрывали свой диагноз из-за страха перед дискриминацией [7].

Программы психологической поддержки для ВИЧ-инфицированных в России развиваются медленно, особенно в малых городах и сельской местности. Люди с ВИЧ часто сталкиваются с социальной изоляцией, что усугубляет их психологическое состояние и снижает качество жизни [12].

Таким образом, существующие меры по борьбе с ВИЧ-инфекцией в России имеют свои успехи, однако они сталкиваются с рядом проблем, таких как нехватка доступных программ профилактики и лечения в отдалённых регионах, стигматизация ВИЧ-инфицированных, ограниченный доступ к антиретровирусной терапии для всех нуждающихся и недостаток социальной поддержки. Для улучшения ситуации необходимо усиление образовательных кампаний, увеличение финансирования программ и улучшение доступа к лечению и профилактике для уязвимых групп населения.

## Рекомендации по улучшению ситуации с ВИЧ-инфекцией

Исходя из анализа существующих мер борьбы с ВИЧ-инфекцией, можно предложить следующие рекомендации, направленные на улучшение ситуации с инфекцией, как на глобальном, так и на национальном и региональных уровнях.

### 1. Усиление профилактических мер и информационных кампаний

Необходимо расширить масштабы образовательных программ, направленных на повышение осведомлённости населения о путях передачи ВИЧ, мерах профилактики и важности регулярного тестирования. Важным элементом является использование доступных форматов — медиаплатформ, социальной рекламы, онлайн-курсов и мобильных приложений.

Особое внимание стоит уделить снижению стигматизации людей, живущих с ВИЧ, путём повышения их социальной видимости и вовлечения в общественные и образовательные инициативы. Создание поддержки в обществе поможет изменить восприятие ВИЧ и стимулировать большее количество людей проходить тестирование.

### 2. Расширение доступности диагностики

Расширить использование мобильных диагностических комплексов для обеспечения доступности тестирования в удалённых и труднодоступных районах, в том числе в Оренбургской области. Внедрение мобильных лабораторий и выездных диагностических пунктов в сельские регионы позволит повысить охват тестированием и обнаружение инфекции на ранних стадиях.

Важно внедрять более доступные и быстрые формы тестирования, такие как экспресс-тесты, которые можно проводить в неформальных и доступных условиях (например, в школах, на рабочих местах и в местах концентрации людей). Это также включает вовлечение частных медицинских учреждений и аптек в процесс тестирования, что сделает диагностику более доступной.

### 3. Увеличение доступности лечения

Важно расширить программы по доставке лекарств в отдалённые районы, где из-за недостаточного количества специалистов и аптек возникает дефицит лечения.

Улучшение мониторинга состояния пациентов, что позволит адаптировать лечение в зависимости от особенностей каждого пациента, что особенно важно для регионов с высокой заболеваемостью.

### 4. Социальная поддержка и реабилитация

Важно развивать программы психологической помощи и социальной реабилитации для людей с ВИЧ, особенно в сельских и удалённых районах. Психологическая поддержка поможет пациентам справиться с социальной изоляцией, повысит их приверженность к лечению и улучшит качество жизни.

Для предотвращения дискриминации важно создать образовательные платформы для работников здравоохра-

нения, педагогов, социальных работников, а также для всего населения, чтобы повысить осведомлённость о ВИЧ и устранить предвзятость в обществе.

### 5. Усиление финансовой поддержки

Усилить финансирование программ, направленных на борьбу с ВИЧ-инфекцией, особенно в регионах с высокой заболеваемостью. Это включает в себя как увеличение бюджетных средств на лечение и профилактику, так и привлечение частных инвестиций в здравоохранение.

Разработать более целенаправленные стратегии, направленные на борьбу с ВИЧ в социальных группах риска, включая уязвимые категории населения (мигранты, заключённые, наркозависимые). Для этого следует поддерживать национальные и региональные программы, ориентированные на сокращение заболеваемости и смертности от ВИЧ-инфекции, такие как Стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2030 года.

### 6. Международное сотрудничество

Важно продолжать сотрудничество с международными организациями, такими как ВОЗ и UNAIDS, для обмена опытом в борьбе с ВИЧ и совместных научных исследований по новым методам лечения и профилактики.

Таким образом, в целях улучшения ситуации с ВИЧ-инфекцией необходимо сосредоточиться на улучшении доступности диагностики и лечения, усилении профилактических мер, расширении социальной и психологической поддержки для ВИЧ-инфицированных, а также на повышении финансирования на всех уровнях.

## Заключение

ВИЧ-инфекция остаётся одной из самых серьёзных медико-социальных проблем, оказывая влияние на здравоохранение, экономику и общество в целом. Процесс борьбы с этим заболеванием требует комплексного подхода, включающего профилактические меры, доступность диагностики и лечения, а также решение социальных и экономических аспектов, связанных с ВИЧ.

На глобальном уровне ситуация с ВИЧ продолжает оставаться критической, особенно в странах с низким уровнем дохода, где доступ к лечению и профилактике ограничен. В России также сохраняется высокая заболеваемость, особенно в регионах с низким уровнем медицинской инфраструктуры. Оренбургская область сталкивается с проблемами в борьбе с ВИЧ, включая нехватку медицинских кадров, недостаточную информированность населения и стигматизацию ВИЧ-инфицированных.

Существующие меры борьбы с ВИЧ в России и на глобальном уровне показывают определённые результаты, но остаются существенные пробелы. В частности, необходимо улучшение доступности антиретровирусного лечения, расширение программ профилактики и тестирования, а также активная работа по снижению стигматизации людей, живущих с ВИЧ. Важно также усилить образовательные программы, направленные на

повышение осведомлённости и доступности медицинских услуг для уязвимых групп, таких как мигранты, заключённые и наркозависимые.

На основе проведённого анализа можно сделать вывод о необходимости усиления региональных программ, повышении финансирования и улучшении взаимодействия между государственными, частными и международными организациями. В частности, для Оренбургской области требуется внедрение мобильных медицинских центров, улучшение программ обмена игл для наркозависимых и расширение образовательных кампаний для всех слоёв населения.

Борьба с ВИЧ требует участия не только медицинских учреждений, но и органов власти, социальных служб, образовательных учреждений и общественных организаций.

Для обеспечения эффективной борьбы с ВИЧ необходимо увеличить финансирование, как из государственных,

так и из частных источников. Важно инвестировать в научные исследования, новые методы лечения и диагностики, а также в инфраструктуру здравоохранения.

Одним из ключевых элементов успешного лечения является приверженность к терапии. Это требует не только медицинской, но и психологической поддержки. Важно работать с пациентами, их семьями и обществом, чтобы они не только получали необходимое лечение, но и продолжали следовать рекомендациям врачей.

Таким образом, несмотря на достигнутые результаты в борьбе с ВИЧ, ещё предстоит проделать значительную работу, направленную на улучшение доступности лечения, повышение осведомлённости, устранение социальных барьеров и сокращение заболеваемости. Только комплексный подход, включающий все сферы — медицинскую, социальную и экономическую, — может привести к значимым успехам в решении этой проблемы.

#### Литература:

1. Боков А. В., Иванова С. Н. ВИЧ-инфекция в России: современные аспекты эпидемиологии // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2023. № 2. С. 25–30.
2. Гончарова И. Н., Беляев В. Г. ВИЧ-инфекция: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 320 с.
3. Григорьев И. С. Динамика заболеваемости ВИЧ в регионах России: дис... д-ра мед. наук. Екатеринбург, 2022. 190 с.
4. Козлов П. В., Жукова М. Н. Роль социальной поддержки в борьбе с ВИЧ // Социальная медицина. 2023. № 2. С. 35–42.
5. Михайлова Е. В., Сидоров П. Н. Медико-социальные последствия ВИЧ-инфекции в развивающихся странах // Вопросы общественного здоровья. 2022. № 4. С. 40–48.
6. Минздрав Оренбургской области. Доклад об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в регионе. 2023.
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Государственный доклад о состоянии здоровья населения России. М., 2023.
8. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2030 года. 2022.
9. Назарова Т. И. Особенности лечения ВИЧ-инфекции в условиях нехватки медицинских ресурсов: автореферат дис... канд. мед. наук. СПб., 2023. 30 с.
10. Орлова Е. В. Влияние социальных факторов на распространение ВИЧ: Монография. М.: Наука, 2022. 180 с.
11. Петров А. В. Социально-экономические факторы распространения ВИЧ в России: автореферат дис... канд. социол. наук. М., 2022. 26 с.
12. Роспотребнадзор. Аналитический отчёт по ситуации с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации. 2023.
13. Роспотребнадзор. Статистика по ВИЧ/СПИДу в России. URL: <https://www.rosпотребнадзор.ru> (дата обращения: 12.01.2025).
14. Центр СПИД. Ежегодный отчёт о распространении ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. М., 2023.
15. UNAIDS. AIDS by the Numbers: 2022 Report. Женева: ЮНЭЙДС, 2022.
16. UNAIDS. Global AIDS Update 2023. Женева: ЮНЭЙДС, 2023.
17. UNAIDS. Online Database. URL: <https://www.unaids.org> (дата обращения: 12.01.2025).
18. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). HIV/AIDS Information Portal. URL: <https://www.who.int/hiv> (дата обращения: 12.01.2025).
19. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Глобальный доклад о ВИЧ-инфекции и СПИДе. Женева: ВОЗ, 2022.
20. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations for a Public Health Approach. 2021.

## Взаимовлияние зубочелюстной и поструральной систем организма

Белоусова Анна Игоревна, студент

Научный руководитель: Толстунов Леонид Григорьевич, кандидат медицинских наук, доцент  
Медицинский университет «РЕАВИЗ» (г. Москва)

*Статья посвящена анализу литературы, посвященной вопросам влияния зубочелюстной системы на нарушения пострурального баланса, даются определения окклюзии и постуры.*

**Ключевые слова:** зубочелюстная система, окклюзия, опорно-двигательный аппарат, постура, поструральный баланс.

**А**номалии окклюзии, сочетающиеся с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, а также с нарушениями опорно-двигательного аппарата продолжают волновать интересы исследователей [1].

Целью данной научной работы является анализ исследований, посвященных вопросам взаимосвязи зубочелюстной системы с поструральным балансом опорно-двигательного аппарата по публикациям в отечественной и зарубежной литературе.

Исследование проводилось на основе поиска и изучения оригинальных статей по вопросам взаимодействия зубочелюстной системы с опорно-двигательным аппаратом в базах данных: Cyberleninka, eLibrary, PubMed, Google Scholar, disserCat.

Окклюзия представляет собой динамическую функциональную систему, включающую взаимоотношения зубов, жевательной мускулатуры и височно-нижнечелюстных суставов при функции и дисфункции [2]. Постура определяется как позиция, сохраняемая телом либо в процессе мышечной активности, либо в результате скоординированного сокращения группы мышц, специально работающих для ее поддержания [3].

Проблема взаимосвязи нарушений опорно-двигательного аппарата с зубочелюстными аномалиями начала привлекать внимание исследователей в начале XX века. Впоследствии были накоплены данные, свидетельствующие о том, что зубочелюстная система представляет собой неотъемлемую часть опорно-двигательного аппарата, поскольку они функционально взаимосвязаны [4]. Так Пьером Робером было отмечено, что у детей с искривлением осанки и X-образными ногами также имеется в анамнезе дистальная окклюзия и парафункции языка. Виктор Столл выявил взаимосвязь между окклюзией, шеей, осанкой, дыхательными функциями, неврологией и проблемами общего здоровья [5]. В работах Персина указывается на то, что причиной довольно сильного влияния зубочелюстной системы на поструральный баланс являются сенсорные афферентные импульсы от проприоцепторов зубочелюстной системы, которые суммируются с сенсорными потоками от вестибулярного и глазодвигательного анализаторов [6]. Отмечается также, что мышечно-суставная афферентация, обеспечивающая поструральную устойчивость и координированные движения тела человека зависит от нормального состояния всех суставов организма, в том числе ВНЧС, в котором располо-

жено наибольшее число проприоцепторов, предоставляющих мышечной системе необходимую информацию для позиционирования частей тела в пространстве [7, 8]. Нарушения нормального функционирования ВНЧС создают условия для формирования компенсаторной перестройки всей поструральной системы, основным звеном которой является именно вестибулярная система [9].

В работах S. Minagi и соавторов височно-нижнечелюстной сустав представлен в роли «постурального датчика», являющегося центром равновесия всего организма человека», и смещение нижней челюсти приводит к нарушению равновесия головы и всего опорно-двигательного аппарата, что может усиливаться хроническим стрессом и бруксизмом [10]. Ряд авторов утверждают, что неправильное положение нижней челюсти по отношению к верхней, а также неправильное расположение окклюзионной плоскости по отношению к костям основания черепа будет способствовать дисфункции жевательных мышц, при котором будут развиваться компенсаторные механизмы, увеличивающие напряжение в нижележащих структурах. Для достижения баланса в организме плоскости, соединяющие симметричные части скелета должны быть параллельны друг другу и перпендикулярны направлению гравитационной силы [11]. В 1982 году Мариано Рокабадо описал, что «если хотя бы одна из трех горизонтальных плоскостей (зрачковая, т.е. орбитальная, ушная или окклюзионная) оказывается не горизонтальной, то в позвоночном столбе со временем происходят адаптационные изменения, направленные на восстановление горизонтальности. Стремление организма выровнять эти 3 плоскости настолько сильное, что, даже если зрачковая и окклюзионная плоскости не горизонтальны и не параллельны, происходит постепенная компенсаторная деформация лица, приводящая к асимметрии» [12]. На параллельность окклюзионной, ушной и орбитальной плоскостей для достижения гармоничного функционирования стоматогнатической системы указывал в своих работах Бертолучи [13].

Роль нижней челюсти как балансира всего организма, описывалась в теории мышечных цепей Бюске Л. (2011). Согласно данной концепции нижняя челюсть служит местом «переключения» звеньев мышечной цепи, соединяющей голову и туловище, то есть изменение положения нижней челюсти в цефалической системе относительно височной кости изменяет организацию мышечных це-

почек и служит отправной точкой развития дисфункций зубочелюстной системы (окклюзии, глотания и фоноации) [14].

Таким образом, влияние зубочелюстной системы на положение опорно-двигательного аппарата на настоящий момент подтверждается достаточным количеством исследований. Коррекция постуральных нарушений представ-

ляет собой сложный процесс, в ходе которого учитываются данные от соматосенсорной, визуальной и вестибулярной систем [11, 15]. Результаты многочисленных исследований подтверждают, что постуральные, остеопатические и окклюзионные изменения часто клинически связаны между собой, что подчеркивает важность междисциплинарного подхода в лечении данных дисфункций.

#### Литература:

1. Взаимосвязь параметров осанки и особенности реакций автономной нервной системы у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / А. С. Зангиева, Н. Д. Сорокина, С. С. Перцов [и др.].— Текст: непосредственный // Вестник Волгоградского медицинского университета.— 2024.— № 1.— С. 87–92.
2. Клинеберг, И. Окклюзия и клиническая практика / И. Клинеберг, Р. Джагер.— 2-е изд.— М: МЕДпресс-информ, 2008.— 200 с.— Текст: непосредственный.
3. Постура.— Текст: электронный // kinesipro: [сайт].— URL: <https://kinesipro.ru/blog/postura/> (дата обращения: 18.01.2025).
4. Dental occlusion and posture: an overview / A, Buonocore Michelotti, P. Manzo, G. Pellegrino, M. Farella // Progress in Orthodontics.— 2011.— № 12.— P. 53–58.
5. The importance of correct jaw relations in cervico-orofacial orthopedia. Dr Victor Stoll DDS. New York Alumni Association April 22, 1948
6. Персин, Л. С. Нарушения осанки и деформации позвоночника и их роль в формировании аномалий окклюзии зубных рядов / Л. С. Персин, Ю. А. Гиоева, Ю. М, и Горжеладзе.— Текст: непосредственный // Российская стоматология.— 2015.— № 4.— С. 61–69.
7. Взаимосвязь постуральных нарушений с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава и состоянием других систем организма / Н. Д. Сорокина, С. С. Перцов, Ю. А. Гиоева [и др.].— Текст: непосредственный // Вестник новых медицинских технологий.— 2019.— № 2.— С. 47–52.
8. The role of dental occlusion and neuromuscular behavior in professional Ballet dancers' performance: A pilot study / Н. Didier, F. Assandri, F. Gaffuri, D. Cavagnetto.— Текст: непосредственный // Healthcare.— 2021.— № 9.— P. 251.
9. Илларионова, Е. М. Современная функционально стабилметрическая диагностика субклинических вестибулярных нарушений у пациентов с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава / Е. М. Илларионова, Н. П. Грибова, М. В. Сотникова.— Текст: непосредственный // Смоленский медицинский альманах.— 2020.— № 3.— С. 98–102.
10. Effect of eccentric clenching on mandibular deviation in the vicinity of man-dibular rest position / S. Minagi, T. Ohmori, SatoT. [и др.] // Journal of Oral Rehabilitation.— 2000.— № 27.— P. 175–179.
11. Fonder The Dental Physician / Fonder, C. Aelred.— 2 edit.— Michigan: Medical-Dental Arts, 1985.— 462 p.
12. Rocabado, M. Physical Therapy and Dentistry: An Overview / M. Rocabado, B. J. Johnston, MG Blakney// J of Cranio-mandibular Practice.— 1982.— № 1.— P. 46–49.
13. Bertolucci, L. Scalenus Peripheral Nerve Entrapment Syndrome / L. Bertolucci.— Текст: непосредственный // J of Cranio-mandibular Practice.— 1989.— № 7.— P. 295–299.
14. Бюске, Л. Мышечные цепи / Л. Бюске.— Москва, Иваново: МИК, 2011.— 160 с.
15. Dental Occlusion and Ophthalmology: A Literature Review / N. Marchili, E. Ortu, D. Pietropaoli [и др.] // The Open Dentistry Journal.— 2016.— № 10.— P. 460–468.

## Особенности заболеваемости населения, проживающего в сельской местности

Бикметов Дамир Камильевич, студент;  
Галямова Алина Азаматовна, студент;  
Емелин Александр Сергеевич, студент;  
Сальникова Екатерина Сергеевна, студент;  
Сейтмамбетов Ерлан Абатович, студент;

Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье рассматриваются особенности заболеваемости населения, проживающего в сельской местности. Анализируются основные факторы, влияющие на состояние здоровья сельского населения, включая доступность медицинской помощи, экологические и социальные условия. Особое внимание уделено различиям в заболеваемости между сельскими и городскими жителями, а также мерам, направленным на улучшение здоровья сельского населения.*

**Ключевые слова:** сельская местность, заболеваемость, доступность медицинской помощи, экология, социальные условия, профилактика, здравоохранение.

Общие характеристики здоровья сельского населения определяются влиянием множества факторов, которые включают природные, социально-экономические и медицинские аспекты. Одной из ключевых особенностей здоровья сельских жителей является высокая зависимость от экологических и климатических условий. Неблагоприятные природные факторы, такие как загрязнение воды и воздуха, низкое качество почвы и экстремальные погодные условия, существенно влияют на распространённость различных заболеваний. Также важно учитывать, что доступ к экологически чистым продуктам питания, несмотря на близость к источникам сельскохозяйственного производства, может быть ограничен из-за недостатка инфраструктуры и финансовых возможностей [2, 125].

Социально-экономические особенности сельской местности играют важную роль в формировании состояния здоровья населения. Низкий уровень доходов, ограниченные возможности трудоустройства и образование нередко способствуют развитию хронического стресса, ухудшающего здоровье. К тому же, в сельских регионах часто наблюдаются проблемы с доступностью медицинской помощи и профилактических программ, что усугубляет ситуацию. Кадровый дефицит медицинских специалистов, плохая транспортная доступность медицинских учреждений и недостаток оборудования усложняют борьбу с заболеваниями и их предотвращение [3, 114].

Структура и динамика заболеваемости в сельской местности имеют свои особенности. Среди наиболее распространённых заболеваний преобладают болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта. Частота таких заболеваний обусловлена специфическим образом жизни сельского населения, включающим тяжёлый физический труд, частое пребывание на открытом воздухе в любых погодных условиях и недостаточное внимание к профилактическим мерам. Сравнение заболеваемости в сельских и городских районах показывает, что

в сельской местности заболеваемость некоторыми инфекционными заболеваниями выше из-за недостаточной санитарной культуры и ограниченного доступа к чистой воде. В то же время в городах чаще регистрируются болезни, связанные с малоподвижным образом жизни и загрязнением воздуха [1, 237].

Динамика изменения состояния здоровья сельского населения демонстрирует определённые негативные тенденции. Увеличение доли пожилых людей в структуре сельского населения приводит к росту числа хронических заболеваний. Кроме того, миграция трудоспособного населения в города способствует снижению уровня медицинского обслуживания и социальной поддержки в сельских районах. Вместе с тем, внедрение новых профилактических программ и развитие телемедицины создают возможности для улучшения состояния здоровья сельских жителей в будущем [1, 239].

Доступность и качество медицинской помощи в сельской местности остаются одной из ключевых проблем, определяющих состояние здоровья населения. Первичное звено здравоохранения играет важнейшую роль в обеспечении базовой медицинской помощи, профилактике заболеваний и укреплении здоровья сельчан. Однако эффективность работы первичного звена часто ограничивается кадровым дефицитом и неудовлетворительным состоянием медицинской инфраструктуры. Во многих сельских районах отсутствуют квалифицированные специалисты, такие как терапевты, педиатры и узкие специалисты, что затрудняет своевременную диагностику и лечение заболеваний. Недостаток медицинских учреждений, их удалённость от места проживания пациентов, а также устаревшее оборудование создают дополнительные барьеры для получения качественной медицинской помощи [5, 246].

Современные подходы к улучшению медицинского обслуживания включают развитие телемедицины, создание мобильных медицинских бригад и модернизацию сельских фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов). Эти

меры направлены на повышение доступности медицинских услуг и снижение нагрузки на медицинских работников. Кроме того, внедрение стимулирующих программ для медицинских кадров, таких как предоставление жилья и социальные льготы, может способствовать сокращению кадрового дефицита в сельской местности [4, 162].

Профилактика заболеваний и укрепление здоровья сельского населения требуют системного подхода и активного вовлечения общественности. Программы профилактики, направленные на снижение уровня заболеваемости, охватывают широкий спектр мероприятий, включая вакцинацию, скрининговые обследования и санитарно-просветительскую работу. Важным аспектом является улучшение санитарных условий, таких как обеспечение населения чистой питьевой водой и создание современных систем утилизации отходов. Реализация подобных программ способствует не только снижению заболеваемости, но и улучшению качества жизни.

Образовательные мероприятия играют значительную роль в профилактике заболеваний. Информирование населения о принципах здорового образа жизни, правильного питания и необходимости регулярного медицинского осмотра позволяет сформировать у сельчан более ответственное отношение к собственному здоровью. Особое внимание уделяется просвещению молодёжи, что помогает формировать культуру здоровья с раннего возраста.

Медико-социальные аспекты заболеваемости в сельской местности включают влияние уровня образования и образа жизни на состояние здоровья. Низкий уровень

медицинской грамотности, распространённость вредных привычек и недостаток физической активности существенно увеличивают риск развития хронических заболеваний. Социальные последствия ухудшения здоровья в сельских районах проявляются в снижении трудоспособности населения, росте инвалидности и увеличении экономической нагрузки на семьи [4, 173].

Решение проблем здравоохранения на селе требует комплексного подхода, в основе которого лежит поддержка со стороны государства. Государственная политика в этой области должна включать финансирование медицинской инфраструктуры, разработку программ социальной поддержки и реализацию национальных проектов, направленных на улучшение здоровья сельского населения. Согласованное взаимодействие медицинских учреждений, общественных организаций и органов власти создаёт основу для улучшения ситуации в сельском здравоохранении и повышения качества жизни на селе [5, 247].

Для решения проблем в сельском здравоохранении необходимо также усиление роли местных властей и развитие добровольных медицинских инициатив, направленных на улучшение здоровья сельских жителей. Необходимо продолжать развивать системы мониторинга заболеваемости и здоровья сельского населения для более точного определения нужд и планирования эффективных мероприятий. Важно развивать межведомственное сотрудничество в области здравоохранения, образования и социальной защиты, что позволит создать более эффективную и скоординированную систему помощи.

#### Литература:

1. Баранов, В. В. Здравоохранение сельских районов России / В. В. Баранов, М. В. Славин.— М.: Медицина, 2020.— 245 с.
2. Иванова, Е. Н. Социально-экономические факторы заболеваемости в сельской местности / Е. Н. Иванова.— СПб.: Эльби, 2019.— 134 с.
3. Кузнецова, Л. В. Экологические и климатические факторы заболеваемости населения сельской местности / Л. В. Кузнецова.— Екатеринбург: Уралпресс, 2021.— С. 112–129.
4. Сидорова, И. В. Медико-социальные аспекты здоровья сельского населения / И. В. Сидорова.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.— 178 с.
5. Чернов, А. Н. Проблемы медицинского обеспечения сельских территорий России / А. Н. Чернов, В. М. Григорьев.— Новосибирск: Сибирское издательство, 2018.— 250 с.

## Организация борьбы с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в России

Будаев Александр Максимович, студент;

Зайцев Сергей Васильевич, студент;

Первушина Юлия Дмитриевна, студент;

Трофимова Дарья Александровна, студент

Научный руководитель: Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье исследуется организация борьбы с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в России. Рассматриваются ключевые аспекты профилактики, реабилитации и правового регулирования, направленные на снижение уровня*

распространённости данных явлений. Особое внимание уделяется роли государственных и общественных организаций, а также медико-социальным подходам к решению проблемы.

**Ключевые слова:** алкоголизм, наркомания, токсикомания, профилактика, реабилитация, Россия, правовое регулирование.

Профилактика алкоголизма, наркомании и токсикомании является одним из ключевых направлений борьбы с этими разрушительными явлениями, влияющими на здоровье и социальное благополучие общества. Основные подходы к профилактике включают информирование, образование и пропаганду здорового образа жизни. Информирование населения о последствиях злоупотребления алкоголем, наркотиками и токсическими веществами играет важную роль в формировании осознанного отношения к этим проблемам [1, 75]. Это достигается через кампании в СМИ, публикации в интернете, социальные акции и мероприятия. Образовательные программы, направленные на предупреждение вредных привычек, реализуются в школах, колледжах и вузах, что позволяет воздействовать на наиболее уязвимые группы — детей и подростков. Пропаганда здорового образа жизни, подкрепляемая доступностью спортивных секций, кружков и культурных мероприятий, способствует снижению интереса к вредным привычкам.

Роль образовательных учреждений и средств массовой информации в профилактике трудно переоценить. Школы и вузы не только информируют учащихся о вреде алкоголя и наркотиков, но и воспитывают в них навыки критического мышления и способность противостоять негативным социальным влияниям. Средства массовой информации, включая телевидение, радио, печатные и онлайн-ресурсы, активно участвуют в формировании общественного мнения, продвигая положительные примеры и поднимая уровень осведомлённости о масштабах и последствиях проблемы [1, 93].

Программы раннего выявления и предупреждения рисков направлены на идентификацию лиц, находящихся в группе риска, таких как подростки из неблагополучных семей или люди, имеющие начальный опыт употребления алкоголя или наркотиков. Специалисты проводят скрининги, беседы, тестирование и консультации, чтобы предотвратить переход к стадии зависимости [2, 521]. Реабилитация играет ключевую роль в восстановлении здоровья и социальной интеграции зависимых. Этапы реабилитационного процесса включают медицинскую помощь, психологическую поддержку и социальную интеграцию. На начальном этапе пациенту предоставляется необходимая медицинская помощь для снятия симптомов интоксикации, лечения сопутствующих заболеваний и восстановления физического здоровья. Этот этап часто сопровождается медикаментозной терапией и детоксикацией организма.

Психологическая поддержка является следующим важным компонентом. Психологи и психотерапевты помогают зависимым осознать проблему, справиться с психологической тягой к веществам и восстанавливать уве-

ренность в себе. Групповые занятия, такие как программы «12 шагов», оказываются особенно эффективными, поскольку создают чувство поддержки и единства среди участников. Социальная интеграция включает возвращение человека к полноценной жизни в обществе. Это может включать трудоустройство, восстановление отношений с семьёй и участие в общественной жизни.

Работа специализированных реабилитационных центров является важным элементом системы реабилитации. Эти учреждения предлагают комплексные программы, включающие медицинские, психологические и социальные услуги. Пациенты находятся под наблюдением профессионалов, что позволяет значительно увеличить вероятность успешного выздоровления. Роль общественных организаций и волонтерских движений в реабилитации и адаптации также трудно переоценить. Такие организации активно помогают зависимым, предоставляют консультации, организуют мероприятия и оказывают психологическую поддержку. Их деятельность способствует не только выздоровлению отдельных людей, но и улучшению общественного восприятия проблемы [4, 264].

Борьба с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией требует чётко выстроенной правовой базы и последовательной государственной политики, направленной на предупреждение, лечение и реабилитацию лиц, страдающих от зависимостей. Законодательные меры составляют основу регулирования этой сферы и включают как профилактические, так и карательные механизмы. В Российской Федерации одним из ключевых нормативных актов является Федеральный закон № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», который регулирует вопросы производства, хранения, продажи и употребления наркотических веществ. Дополнительные меры контроля внедрены через закон № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» [2, 248]. Ответственность за нарушение этих норм предусмотрена Уголовным кодексом и Кодексом об административных правонарушениях. Среди наиболее значимых инициатив — введение минимальной цены на алкоголь, ограничение времени и мест его продажи, усиление контроля за производством и оборотом алкоголя и наркотиков, а также запрет на вовлечение несовершеннолетних в употребление психоактивных веществ.

Эффективная борьба с зависимостями невозможна без взаимодействия правоохранительных органов и медицинских учреждений. Полицейские подразделения играют важную роль в выявлении и пресечении незаконного оборота наркотиков, мониторинге точек продажи алкоголя и организации рейдов в местах концентрации лиц, склонных к употреблению запрещённых веществ.

В свою очередь, медицинские учреждения занимаются ранней диагностикой, лечением и реабилитацией пациентов, страдающих от зависимостей. Взаимодействие этих структур, включая обмен информацией и проведение совместных мероприятий, позволяет не только выявлять, но и предотвращать распространение зависимостей [2, 538].

Государственная политика в этой сфере включает реализацию ряда национальных программ, направленных на укрепление здоровья населения. Например, в рамках проекта «Демография» особое внимание уделяется популяризации здорового образа жизни, информированию о рисках употребления алкоголя и наркотиков, а также созданию условий для эффективной реабилитации. Государственные программы включают информационные кампании, поддержку работы реабилитационных центров и внедрение инновационных подходов в лечении зависимостей. Одной из целей таких программ является снижение уровня употребления алкоголя и наркотиков, а также уменьшение сопутствующей преступности [4, 273].

Общественные организации играют не менее важную роль в борьбе с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Они активно участвуют в профилактике и реабили-

тации, предоставляя психологическую и социальную помощь, организуя тренинги и группы самопомощи, а также поддерживая семьи зависимых. Многие из этих организаций работают на волонтерской основе, что позволяет обеспечить персонализированный подход и более тесный контакт с пациентами. Программы общественных объединений часто дополняют государственные инициативы, закрывая те потребности, которые не всегда могут быть удовлетворены за счёт бюджетного финансирования.

Важнейшим компонентом борьбы с зависимостями является применение медико-социального подхода, который объединяет медицинские, психологические и социальные меры. Лечение зависимости начинается с медицинской помощи, направленной на устранение физических симптомов и снятие интоксикации, после чего пациенты получают психологическую поддержку для преодоления тяги к веществам. Следующим этапом является социальная реабилитация, включающая трудоустройство, восстановление семейных связей и интеграцию в общество. Междисциплинарный подход в решении проблемы объединяет усилия различных специалистов: врачей, психологов, педагогов, социальных работников и юристов.

#### Литература:

1. Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Учебное пособие / Л. М. Барденштейн и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 96 с.
2. Гришин, С. Н. Правовое регулирование профилактики алкоголизма и наркомании в Российской Федерации / С. Н. Гришин. — М.: Юрайт, 2021. — 256 с.
3. Пятницкая, И. Н. Наркомании / И. Н. Пятницкая. — М.: Медицина, 2012. — 544 с.
4. Чуев, А. П. Государственная политика в борьбе с алкоголизмом и наркоманией в России / А. П. Чуев. — Казань: ИД «Феникс», 2020. — 298 с.

## Организация санитарно-курортной помощи в России

Быкова Дарья Сергеевна, студент;

Кангалина Динара Ильнуровна, студент;

Бактыгереева Эвелина Данияровна, студент;

Пестрякова Милана Дмитриевна, студент

Научный руководитель: Горина Ольга Александровна, ассистент

Оренбургский государственный медицинский университет

*Статья направлена на исследование актуальных аспектов организации санитарно-курортной помощи в России, включая законодательства, правила и порядок предоставления услуг. В 2023 году ключевыми документами в этой области являются приказы Минздрава России, регламентирующие санаторно-курортное лечение для взрослых и детей.*

*Основное внимание уделяется анализу современного состояния, доступности и качества предоставляемых услуг, а также актуальности информации, касающейся распределения путевок и направления пациентов. Кроме того, статья нацелена на выявление проблем и предложения по улучшению системы санаторно-курортного лечения в стране.*

**Ключевые слова:** Россия, санитарно-курортная помощь, санаторно-курортное лечение, здоровье населения, основная проблема

Санитарно-курортная помощь в России представляет собой важный аспект системы здравоохранения, ко-

торый на протяжении многих лет служит не только средством лечения, но и важным способом профилактики

различных заболеваний. В современном обществе, где уровень стресса и заболеваемости велик и продолжает расти, необходимость курортной помощи является очень актуальной. По статистическим данным на 2024 год интерес к санитарно-курортному лечению вырос на 57%, так как это является эффективным методом восстановления здоровья в условиях многих сложившихся ситуаций в нашей стране.

Основная цель нашей работы обусловлена несколькими факторами. Во-первых, раскрыть основные задачи санитарно-курортного лечения, изучить основную проблему недостаточной доступности данного вида лечения в России и предложить пути ее улучшения.

Организация санитарно-курортной помощи в России является важным элементом в системе здравоохранения, так как позволяет не просто восстанавливать здоровье, но и активно заниматься профилактикой заболеваний. В стране каждый год растет необходимость качественной медицинской помощи, поэтому система санитарно-курортного лечения имеет долгую историю и продолжает постоянно эволюционировать и постоянно адаптироваться к новым изменениям. Но, к сожалению, за последние два десятилетия количество данных учреждений снизилось почти в два раза.

Так, на 2002 год их число составляло 2347, а к концу 2024 году их число сократилось до 1772 [1]. На 2023 год общий объем услуг составил 150,9 млрд рублей, что свидетельствует о важности данного учреждения для экономики и здоровья населения [2].

В России система санитарно-курортного лечения регулируется рядом законодательных актов, которые разрабатывают условия оказания медицинской помощи с использованием природных лечебных факторов. Об этом гласит Федеральный закон «О природных лечебных ресурсах и курортах» от 1995 года. Данный закон определяет основные подходы к классификации курортов, среди них выделяют: бальнеологические, грязевые, климатические курорты. Порядок организации санитарно-курортного лечения более детально описывается приказом Министерства здравоохранения РФ от 5 мая 2016 года. В данном документе прописаны основные сроки пребывания пациентов в санаториях: например, для взрослых это 18 дней, для детей-инвалидов 21 день, а для инвалидов с тяжелыми повреждениями организма сроки составляют до 42 дней [3]. Данный документ включает в себя также основной перечень показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению, что помогают врачам составить нужный план лечения для определенной группы пациентов.

Процесс получения путевки на санаторно-курортное лечение четко регламентирован. Граждане, которые имеют право на бесплатное лечение, должны действовать в соответствии установленных норм. Во-первых, необходимо получить от своего лечащего врача справку формы 070/у, которая будет подтверждать необходимость в получении лечения. Эта справка является одним из важных

документов, благодаря ней врач может назначить необходимое лечение и направить пациента на дополнительное обследование, если это будет нужно. Во-вторых, после получения справки гражданин должен подать заявление на получение путевки. Данный документ будет рассмотрен соответствующими органами, и будет принято соответствующее решение.

Право на бесплатное санаторно-курортное лечение предоставляется той категории граждан, которые включены в Федеральный регистр на получение государственной социальной помощи. Такой тип населения имеет право не только на бесплатное проживание, но и на бесплатный проезд к месту лечения и обратно [4]. В некоторых случаях, если пациент по какой-либо причине не может воспользоваться путевкой в указанный срок, то существует возможность получения компенсации [6]. Данные меры обеспечивают доступность санитарно-курортного лечения для различных категорий населения и не несут никаких отрицательных последствий.

Основными регионами России, где оказываются лучшие, по мнению многих людей лечебные услуги, являются Краснодарский и Ставропольский края, а также Республика Крым. Эти места известны своими лечебными источниками и обширным выбором процедур, что способствует сохранению здоровья населения и повышения качества жизни жителей и гостей страны [1]. Но, к сожалению, современное состояние системы санитарно-курортной помощи построено в условиях недостатка централизованного управления и единого реестра учреждений, которые предоставляют данные услуги. Отсутствие единого реестра ведет к тому, что многие санаторно-лечебные учреждения вынуждены самостоятельно искать способы выживания и адаптироваться к изменяющимся условиям на рынке. Данная ситуация приводит к снижению качества и доступности санаторно-курортного лечения, что негативно сказывается на здоровье населения и реабилитации [5].

Также основной проблемой является недостаточное финансирование, поскольку в рамках бюджета выделяются ограниченные средства. Поэтому для повышения эффективности санитарно-курортной помощи в России следует сосредоточиться на основных аспектах, которые позволят улучшить качество предоставляемых услуг и улучшить организацию курортов.

Таким образом, хочется подчеркнуть актуальность данной темы, так как организация санитарно-курортной помощи представляет собой многогранный и сложный процесс, который требует внимательного анализа и постоянного совершенствования. Здоровье населения всегда должно стоять на первом месте, поэтому создание таких лечебных учреждений постоянно нужно обновлять, искать подходы к совершенствованию и комфорту для людей. Качество предоставляемых услуг является ключевой проблемой, требующей постоянного контроля и внимания.

Важно, чтобы пациенты имели возможность к получению лучшей квалифицированной помощи, которая не будет вредить их здоровью. Но все же, перспективы развития санитарно-курортной помощи выглядят многообещающе, поэтому важно, чтобы государственные органы, медицинские и общественные организации работали

едино и поддерживали друг друга. Благодаря совместным усилиям можно достичь хороших результатов в создании подобных учреждений, где будут соблюдены все нормы и требования, комфорт людей будет на первом месте и любой желающий сможет подправить свое здоровье не смотря на финансы.

#### Литература:

1. Перспективы развития санаторно-курортной отрасли Российской... [Электронный ресурс] // [www.mediasphera.ru](http://www.mediasphera.ru) — Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/voprosy-kurortologii-fizioterapii-i-lechebnoj-fizicheskoy-kultury/2020/4/1004287872020041052>, свободный. — (дата обращения: 09.01.2025).
2. Развитие и проблемы санаторно-курортного комплекса в РФ... [Электронный ресурс] // [izron.ru](http://izron.ru) — Режим доступа: <https://izron.ru/articles/aktualnye-voprosy-sovremennoy-meditsiny-sbornik-nauchnykh-trudov-po-itogam-mezhdunarodnoy-nauchno-pr/sektsiya-26-obshchestvennoe-zdorove-i-zdravookhranenie-spetsialnost-14-02-03/razvitie-i-problemy-sanatorno-kurortnogo-kompleksa-v-rf-mesto-vedomstvennykh-sanatorno-kurortnykh-uch/>, свободный. — (дата обращения: 09.01.2025).
3. Стратегия развития санаторно-курортного комплекса РФ [Электронный ресурс] // [kurort.minzdrav.gov.ru](http://kurort.minzdrav.gov.ru) — Режим доступа: <https://kurort.minzdrav.gov.ru/articles/10/6>, свободный. — (дата обращения: 11.01.2025).
4. Развитие санаторно-курортного комплекса России — основа... [Электронный ресурс] // [rusnka.ru](http://rusnka.ru) — Режим доступа: <https://rusnka.ru/razvitie-sanatorno-kurortnogo-kompleksa-rossii-osnova-sberezheniya-zdorovya-naseleniya/>, свободный. — (дата обращения: 10.01.2025).
5. Законодательные основы регулирования санаторно-курортного... [Электронный ресурс] // [kurort.minzdrav.gov.ru](http://kurort.minzdrav.gov.ru) — Режим доступа: <https://kurort.minzdrav.gov.ru/articles/10>, свободный. — (дата обращения: 10.01.2025).
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 05.05.2016... | ГАРАНТ [Электронный ресурс] // [base.garant.ru](http://base.garant.ru) — Режим доступа: <https://base.garant.ru/71427710/>, свободный. — (дата обращения: 09.01.2025).

## Социальные проблемы современной России: отравления алкоголем и его суррогатами

Вечканов Артем Александрович, студент;  
Мухамедьяров Жан Биктимурович, студент;  
Сайфуллин Руслан Ринатович, студент;  
Иванов Максим Павлович, студент

Научный руководитель: Горина Ольга Александровна, ассистент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*Статья посвящена исследованию проблемы отравлений суррогатным алкоголем, который становится все более актуальным в современных условиях. Она охватывает симптомы, причины, и последствия этих отравлений, а также их связь с показателями смертности в стране. В рамках данной работы рассматриваются меры профилактики, направленные на снижение рисков, связанных с употреблением суррогатов, включая информирование населения о возможных последствиях, повышение качества контроля за продажей алкогольной продукции, а также разработка рекомендаций для государственной политики в этой сфере.*

**Ключевые слова:** суррогатный алкоголь, комплексный подход, показатель смертности, отравление, алкогольная продукция, летальный исход.

На сегодняшний день отравления суррогатным алкоголем представляют собой одну из наиболее острых и актуальных проблем современного общества, затрагивающую не только здоровье отдельных людей, но и социальное благополучие в целом. Суррогатный алкоголь, как

правило, включает в себя некачественные или поддельные алкогольные напитки, которые могут содержать опасные для здоровья вещества, такие как метанол, ацетон и другие токсичные соединения. В условиях экономической нестабильности и социальной напряженности, когда доступ

к качественным алкогольным напиткам ограничен, потребление суррогатов становится все более распространенным явлением. Это приводит к увеличению числа случаев отравлений, что, в свою очередь, негативно сказывается на показателях смертности в стране.

Основной целью нашей работы является изучение влияния отравлений суррогатным алкоголем на показатели смертности и разработка основных эффективных мер профилактики, собрать и проанализировать статистические данные по случаям отравления суррогатным алкоголем и оценить его влияния на уровень смертности населения России.

Актуальность данной работы обусловлена не только растущим числом отравлений, но и недостаточной осведомленностью населения о рисках, связанных с употреблением суррогатного алкоголя. Важно отметить, что отравления суррогатами не только приводят к тяжелым последствиям для здоровья, но и создают значительную нагрузку на систему здравоохранения, что требует комплексного подхода к решению данной проблемы.

Отравления суррогатным алкоголем в России продолжают оставаться серьезной проблемой, способствующей высокому уровню смертности. По данным официальной статистики, в 2024 году от случайных отравлений алкоголем погибло 12406 человек, что на 3755 больше, чем в 2023 году. Причины таких отравлений в основном связаны с употреблением токсичных спиртосодержащих жидкостей, среди которых особенно опасен метанол, часто используемый в нелегально производимом алкоголе [1]. Особое внимание привлекает недавний случай массового отравления, произошедшего в июне 2023 года из-за продукции под маркой «Мистер Сидр». В результате этого инцидента 47 человек потеряли жизнь, а более 100 были госпитализированы. Среди пострадавших оказались и дети, что лишь подчеркивает остроту проблемы [2]. Согласно данным Роспотребнадзора, общее количество случаев отравлений спиртосодержащей продукцией за период с 2014 по 2024 год уменьшилось на 34%. Однако за это время было зарегистрировано 426396 случаев острых отравлений, из которых 116109 закончились летальным исходом, что составляет 27,2% от общего числа случаев [3]. В 2024 году было зафиксировано 36,5 тыс. случаев отравлений, что говорит о том, что проблема сохраняется и требует дальнейшего внимания [4].

Важно обратить внимание на основные симптомы отравления суррогатным алкоголем, которые напрямую зависят от содержащегося в нем спирта. Самыми распространенными являются: тошнота, рвота, слабость, головокружение и сильную головную боль. Также пострадавшие могут испытывать боли в животе, эмоциональное и двигательное возбуждение, резкое покраснение лица, повышенное слюноотделение и потливость. В особо критичных ситуациях больные страдают от судорог и резкую потерю зрения, что указывает на незамедлительное обращение за скорой медицинской помощью [6]. При отравлении метанолом отмечаются также зрительные нарушения, такие

как «мушки перед глазами», выраженную сухость и покраснение кожи. Поэтому одной из важнейших задач является быстрое распознавание симптомов отравления и незамедлительное предоставление помощи. Необходимо помнить, что каждый человек индивидуален, таким образом он может реагировать по-разному на одно и то же вещество. Так, например, подростки имеют значительную усугубленную клиническую картину.

Отравления суррогатным алкоголем представляют собой одну из серьезных угроз общественному здоровью, что особенно видно на фоне высокой смертности, сопровождающей данное явление. В России, по данным различных исследований, каждый год фиксируется от 40 до 50 тысяч случаев смертей, связанных с употреблением суррогатов. В период с 2023 по 2024 годы было зарегистрировано более 4500 отравлений, 90% из которых закончились летальным исходом [5]. Эти цифры вызывают тревогу и подчеркивают необходимость обращения внимания на проблему. Смертность от отравлений суррогатным алкоголем продолжает расти, что во многом вызвано хроническим алкоголизмом среди населения. Это вызывает непосредственное беспокойство у представителей здравоохранения. Непредсказуемый состав и концентрация токсичных веществ в таких суррогатах создают дополнительные риски, поскольку пользователь не может знать, какую реальную дозу он потребляет, либо какие примеси могут быть в данном суррогате. По данным статистики, среди погибших часто встречаются лица, употреблявшие именно технические жидкости, что значительно подчеркивает важность информирования населения о потенциальных опасностях.

Профилактика отравлений суррогатным алкоголем требует комплексного подхода и применения различных методов. Изучение статистики заболеваний и смертности, связанных с употреблением опасных алкогольных заменителей, позволяет выделить наиболее эффективные меры, снизить риск и повысить общественную осведомленность. В первую очередь, самым необходимым и основным методом профилактики будет являться исключение даже незначительных доз спиртного. Исследования не раз доказывали, что употребление алкоголя на голодный желудок может увеличить риск отравления в десятки раз [3]. Также, избегание покупок алкоголя у незнакомых лиц или в сомнительных точках продажи также является важным аспектом. Часто суррогаты реализуются в несанкционированных местах, где нет контроля за качеством продукции, а также отсутствуют гарантии безопасности для потребителей. Поэтому система сертификации продукции и регулярные проверки торговых магазинов значительно помогут повысить безопасность потребления алкогольной продукции. Медицинские работники и служба охраны здоровья также имеют ключевую роль в образовательных мероприятиях, направленных на предупреждение отравлений. Проведение семинаров по вопросам безопасности, распространение информационных буклетов и использование массовых коммуникационных средств для дове-

дения актуальной информации до населения позволяют повысить уровень осведомленности. Эти меры, хотя и являются требующими времени и ресурсов, могут существенно снизить уровень смертности и заболеваемости, связанной с отравлениями суррогатным алкоголем.

Таким образом, мы хотим сказать, что отравления суррогатным алкоголем представляют собой одну из наиболее острых и актуальных проблем современного общества, которая требует комплексного подхода к решению.

В ходе нашего исследования мы выявили, что уровень отравлений суррогатным алкоголем в стране остается на высоком уровне, что, в свою очередь, значительно влияет на показатели смертности населения. Это подчеркивает необходимость более глубокого анализа данной проблемы и разработки эффективных мер профилактики. Поэтому важно, чтобы все заинтересованные стороны объединили все свои усилия для создания безопасной и здоровой среды для всех граждан.

#### Литература:

1. Статистика отравлений суррогатным алкоголем в России — ТАСС [Электронный ресурс] // tass.ru — Режим доступа: <https://tass.ru/info/12617547>, свободный. — (дата обращения: 09.01.2025).
2. Массовое отравление метанолом в России (2023) — Википедия [Электронный ресурс] // ru.wikipedia.org — Режим доступа: [https://ru.wikipedia.org/wiki/массовое\\_отравление\\_метанолом\\_в\\_россии\\_\(2023\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/массовое_отравление_метанолом_в_россии_(2023)), свободный. — (дата обращения: 09.01.2025).
3. Число отравлений спиртом в России с 2014 года сократилось на 34 [Электронный ресурс] // www.interfax.ru — Режим доступа: <https://www.interfax.ru/russia/964453>, свободный. — (дата обращения: 11.01.2025).
4. 106 человек отравились сидром в России — 17.06.2023... [Электронный ресурс] // ren.tv — Режим доступа: <https://ren.tv/news/v-rossii/1114189-106-chelovek-otravilis-sidrom-v-rossii>, свободный. — (дата обращения: 13.01.2025).
5. Число отравившихся суррогатным алкоголем в РФ достигло 90... [Электронный ресурс] // iz.ru — Режим доступа: <https://iz.ru/1524582/2023-06-06/chislo-otravivshikhsia-surrogatnym-alkogolem-v-rf-dostiglo-90-chelovek>, свободный. — (дата обращения: 09.01.2025).
6. Отравление суррогатами алкоголя — причины, симптомы... [Электронный ресурс] // www.krasotaimedicina.ru — Режим доступа: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/alcohol-substitutes>, свободный. — (дата обращения: 14.01.2025).
7. Отравление у человека суррогатами алкоголя [Электронный ресурс] // ulibkastomclinic.ru — Режим доступа: <https://ulibkastomclinic.ru/inf/otravlenie-u-cheloveka-surrogatami-alkogolya>, свободный. — (дата обращения: 10.01.2025).

## Факторы риска ожирения у детей и подростков

Волкова Елизавета Игоревна, студент;

Голдакова Нелли Леонидовна, студент;

Леонов Дмитрий Игоревич, студент;

Новоженина Татьяна Владимировна, студент;

Шарунова Мария Георгиевна, студент

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

Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье авторы исследуют влияние различных факторов ожирения на детей и подростков.*

**Ключевые слова:** дети, подростки, ожирение, риск

### Эпидемиология и социально-экономическое значение ожирения у детей и подростков

Ожирение среди детей и подростков является одной из актуальных проблем здравоохранения, с растущей распространённостью в мире. По данным ВОЗ, число детей с избыточной массой тела увеличивается во всех регионах, что связано с изменением образа жизни в урбанизированных обществах. Это вызывает тревогу, так как детское ожирение

связано с серьезными заболеваниями. В России каждый пятый ребёнок болен ожирением, особенно среди дошкольников, с региональными различиями: более высокая распространённость в экономически развитых зонах. Урбанизация влияет на уровень физической активности и питание детей.

Гендерные различия также значимы: мальчики чаще имеют избыточный вес, а у девочек проблема обостряется в подростковом возрасте. Также возраст является важным фактором, особенно в период активного роста.

Социальные и экономические аспекты важны: дети с ожирением сталкиваются с психологическими трудностями и социальным давлением. Уровень образования родителей также влияет на риск ожирения. Уровень урбанизации приводит к новым моделям поведения, где городские дети становятся менее активными. В то же время, дети из сельских районов имеют более активный образ жизни, но эта тенденция меняется с увеличением к технологиям.

Долгосрочные последствия ожирения в детском возрасте включают увеличение риска метаболических нарушений, сердечно-сосудистых заболеваний и ортопедических проблем. Ожирение также снижает трудоспособность, увеличивая нагрузку на систему здравоохранения и общество. Это подчеркивает необходимость срочных комплексных мер по профилактике ожирения среди детей и подростков, учитывающих семейные факторы и среду проживания. Детское ожирение существенно влияет на здоровье и качество жизни, ухудшая физическое и психологическое благополучие. У таких детей часто наблюдаются хроническая усталость, трудности с дыханием и снижение активности, что негативно сказывается на их социализации и взаимодействии со сверстниками. Одно из серьёзных последствий — метаболический синдром, который может привести к сердечно-сосудистым заболеваниям и диабету второго типа. Эти состояния повышают риск инвалидности и сокращают продолжительность жизни, увеличивая экономическую нагрузку на общество. Ожирение также ухудшает репродуктивное здоровье: у девочек возникают нарушения менструального цикла и гормональные дисбалансы, а у мальчиков — проблемы с гормональным фоном. Это требует раннего медицинского вмешательства и профилактических мер. [1]

Психологические аспекты включают депрессию, тревожность и низкую самооценку, что может приводить к пищевым расстройствам и социальной изоляции. Дети с ожирением часто сталкиваются с предвзятым отношением, усложняющим доступ к медицинской помощи. Кроме того, система здравоохранения испытывает значительную нагрузку из-за лечения и профилактики ожирения. Объём затрат на медицинскую помощь и реабилитацию, а также потери трудоспособности у взрослых делает эту проблему приоритетной для здравоохранения. Социальные стереотипы негативно влияют на детей с ожирением, усугубляя их состояние и снижая мотивацию к изменению образа жизни. Такие дети часто сталкиваются с дискриминацией, что ограничивает их личностное развитие и стремление к профессиональной помощи. [3]

Решение этой проблемы требует комплексного подхода: образовательные программы должны снижать уровень стигматизации и создавать поддерживающую социальную среду. Скоординированные действия общества, медицины и образовательной системы помогут сократить распространённость ожирения и улучшить качество жизни детей и подростков. Грудное вскармливание оказывает защитное действие против ожирения у детей. Грудное молоко содержит важные питательные вещества и гор-

моны, способствующие метаболическим процессам. Дети, вскормленные грудным молоком, реже страдают от избыточного веса, так как кормление формирует здоровый аппетит и насыщение. Также грудное вскармливание улучшает микробиоту кишечника, что снижает риск ожирения. Поддержка грудного вскармливания должна стать приоритетом в общественном здравоохранении.

Эндокринные нарушения, такие как гипотиреоз и инсулинорезистентность, значительно увеличивают предрасположенность к ожирению. Гипотиреоз замедляет обмен веществ, что ведет к увеличению массы тела, тогда как инсулинорезистентность способствует накоплению жира, особенно в области живота. Эти состояния требуют быстрого выявления и лечения, так как могут пагубно влиять на детский организм. Комплексное лечение, включая диету, физическую активность и медикаменты, помогает снизить риск прогрессирования ожирения и его осложнений.

### **Биологические и генетические факторы риска ожирения**

Генетические факторы существенно влияют на предрасположенность к ожирению, затрагивая обмен веществ, аппетит и энергетический баланс. Генетические мутации, например, в генах лептина, нарушают контроль аппетита, что приводит к избыточному потреблению пищи. Такие нарушения могут наследоваться, что подтверждается высокой частотой ожирения в семьях. Скорость основного метаболизма также варьируется у людей, что может способствовать накоплению жира даже при нормальном потреблении калорий. Генетические индивидуальные различия влияют на усвоение питательных веществ, формируя склонность к избыточному весу. Полиморфизмы генов, регулирующих аппетит, могут усиливать чувство голода и провоцировать переедание. Исследования показывают связь между генетическими маркерами и риском ожирения у детей. Эпигенетические изменения, такие как метилирование ДНК, также играют роль в развитии ожирения и могут передаваться между поколениями. Например, плохое питание беременной женщины увеличивает риск ожирения у ребёнка в будущем. [4]

Питание матери во время беременности сильно влияет на метаболические процессы у ребёнка. Избыточное потребление калорий и высокое содержание сахара могут программировать организм на накопление жира, в то время как недостаток питательных веществ может провоцировать избыточный набор веса после рождения. Биологические факторы риска, такие как гиподинамия, играют важную роль в развитии ожирения у детей. Недостаток физической активности снижает энергозатраты и, в сочетании с избытком калорий, способствует накоплению жира. Сидячий образ жизни и длительное время перед экранами создают условия для ожирения даже у малышей.

Снижение основного обмена веществ у детей с избыточной массой тела также способствует увеличению веса. Метаболизм может замедляться при гормональных на-

рушениях, создавая порочный круг: замедление обмена ведет к ожирению, а ожирение — к еще большему замедлению. Нарушения режима сна влияют на аппетит, увеличивая уровень грелина и уменьшая лептина. Хронический недостаток сна приводит к повышенному аппетиту и увеличению потребления пищи, что способствует ожирению. Формирование пищевых привычек в раннем возрасте также важно. Дети, чьи родители неправильно питаются, чаще перенимают такие привычки. Избыточное потребление нездоровой пищи и неправильные подходы к еде формируют проблемы с питанием. Хронический стресс способствует выделению кортизола, что увеличивает накопление жира. Дети, испытывающие стресс, часто ищут утешение в высококалорийной пище, что вызывает порочный круг: ожирение усугубляет стрессовое состояние.

Микробиота кишечника также влияет на метаболизм и склонность к ожирению. Изменения в микрофлоре могут привести к избыточному всасыванию калорий. Коррекция микробиоты с помощью пробиотиков и пребиотиков представляет перспективное направление профилактики ожирения. [5]

### **Пищевые и поведенческие факторы риска ожирения**

Пищевые и поведенческие факторы играют критическую роль в развитии ожирения, особенно у детей и подростков. Несбалансированное питание, с избыточным потреблением простых углеводов (сладости, выпечка, сладкие напитки) приводит к резкому повышению уровня глюкозы и увеличению жировых запасов. Низкое потребление клетчатки и овощей также увеличивает риск переизбытка, нарушая баланс питательных веществ. Высокая калорийность питания, связанная с жирной пищей, фаст-фудом и сладкими газировками, способствует увеличению веса. Пропуск основных приемов пищи, особенно завтрака, часто приводит к переизбытку вечером, негативно влияя на метаболизм. Подростки также подвержены влиянию социальной среды, где популярны нездоровые перекусы.

Низкая физическая активность, особенно из-за гаджетов, становится серьезной проблемой. Гаджеты отвлекают от физической активности и часто сопровождаются перекусами, что усугубляет проблему ожирения. Отсутствие привычки к регулярным упражнениям также повышает риск. Недостаток сна влияет на гормоны, регулирующие голод, что приводит к переизбытку у детей и подростков. Семейные привычки питания, влияние родителей и реклама продуктов формируют пищевые предпочтения. Если родители едят вредную пищу, дети могут перенимать их поведение, усиливая проблемы с весом. [2]

### **Профилактика и меры борьбы с детским ожирением**

Профилактика детского ожирения — важная задача для медицины и общества, требующая комплексных программ, вовлекающих семьи, школы и государственные органы. Ключевые меры включают формирование здоровых

привычек через физкультуру и повышением осведомленности о рациональном питании.

Семейное воспитание играет значительную роль. Родители должны быть примером здорового образа жизни, вовлекая детей в спорт и готовку здоровой пищи, а также ограничивая экранное время. Образовательные ресурсы для родителей помогут лучше понять влияние питания и физической активности. Организация спортивных секций для детей создает мотивацию к физической активности и позволяет найти любимое занятие. Активное продвижение рационального питания через образовательные программы также важно.

Государственная политика включает ограничения рекламы вредной пищи для детей и внедрение программ по снижению ожирения. Финансирование инициатив по пропаганде здорового образа жизни и образовательные кампании о питании и физической активности также способствуют решению проблемы. Здравоохранение должно осуществлять мониторинг массы тела детей и проводить обследования в учреждениях для выявления нуждающихся в помощи. Использование международного опыта, например, обязательные занятия физкультурой и здоровое питание в школах, может быть эффективным решением проблемы на национальном уровне. [1]

### **Заключение**

Ожирение у детей и подростков стало важной проблемой, требующей исследования факторов риска для разработки эффективных мер профилактики. Основное внимание уделяется биологическим, поведенческим и социальным аспектам, формирующим условия для развития избыточного веса. Биологические факторы включают механизмы, влияющие на метаболизм, аппетит и физическую активность. Снижение обмена веществ, нарушения циркадных ритмов и формирование пищевых привычек в раннем возрасте способствуют ожирению. Стресс и состояние микробиоты кишечника также влияют на риск избыточного веса.

На поведенческом уровне основными факторами являются несбалансированное питание и низкая физическая активность. Употребление углеводов, нехватка клетчатки и пропуск приемов пищи формируют дисбаланс. Недостаток физической активности из-за гаджетов и недостаток сна увеличивают риск ожирения. На государственном уровне необходимо ограничить рекламу вредной пищи, внедрять программы о здоровом питании и обеспечивать возможности для физической активности. Привлечение международного опыта и комплексный подход помогут снизить уровень ожирения среди молодежи.

Факторы риска ожирения охватывают биологические, поведенческие и социальные аспекты, что требует тщательного изучения для разработки профилактических мер. Комплексный подход, включая воспитание здоровых привычек и поддержку государственной политики, является ключом к решению проблемы детского ожирения и улучшению здоровья будущих поколений.

## Литература:

1. Дадаева В. А., Александров А. А., Драпкина О. М. Эпидемиология ожирения у детей и подростков: факторы риска и профилактика. — 2020. <https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-meditsina/2020/1/1230549482020011142?ysclid=m5zndz18r7548036718>
2. Григорьева, А. С. Поведенческие и пищевые факторы риска ожирения у подростков. [https://psychlib.ru/resource/pdf/studwork/2024/GrigoryevaDA\\_2024/GrigoryevaDA\\_13.pdf#page=1](https://psychlib.ru/resource/pdf/studwork/2024/GrigoryevaDA_2024/GrigoryevaDA_13.pdf#page=1)
3. Чубаров Т. В., Бессонова А. В., Жданова О. А., Артющенко А. И., Шаршова О. Г. Факторы риска развития ожирения у детей в разные периоды детства. <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-razvitiya-ozhireniya-v-razlichnye-periody-detstva?ysclid=m5zqvmjuol608819697>
4. Тыртова Л. В., Паршина Н. В., Скобелева К. В. Генетические и эпигенетические аспекты ожирения и метаболического синдрома, возможности профилактики в детском возрасте. — 2013. <https://cyberleninka.ru/article/n/geneticheskie-i-epigeneticheskie-aspekty-ozhireniya-i-metabolicheskogo-sindroma-vozmozhnosti-profilaktiki-v-detskom-vozhraze/viewer>
5. Гурова М. М., Новикова В. П., Хавкин А. И. Состояние кишечной микробиоты и клинко-метаболические особенности у детей с избыточной массой тела и ожирением. <https://www.mediasphera.ru/issues/dokazatel'naya-gastroenterologiya/2018/3/1230522602018031004?ysclid=m5znxtbsv8736322146>

## ВИЧ-инфекция: тенденции распространения, региональная характеристика, медико-социальные аспекты

Гайназарова Имилия Дмитриевна, студент;

Дементьева Злата Александровна, студент;

Чкалин Иван Витальевич, студент;

Шакирова Рената Рамилевна, студент;

Рахмангулова Алина Айбулатовна, студент

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

Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье рассматривается проблема ВИЧ-инфекции как значимой медико-социальной угрозы. Анализируются вопросы распространённости заболевания, динамики его роста и региональных особенностей. Особое внимание уделяется современным подходам к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, а также роли общественных и государственных организаций в снижении заболеваемости и минимизации её последствий.*

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, медико-социальная проблема, распространённость, динамика, региональные особенности, профилактика, лечение.

ВИЧ-инфекция представляет собой хроническое заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, которое поражает иммунную систему, делая организм уязвимым перед различными инфекциями и злокачественными новообразованиями. Это заболевание является одной из ключевых медико-социальных угроз современности, поскольку его последствия затрагивают не только здоровье отдельных людей, но и общественное благополучие в целом. ВИЧ-инфекция существенно влияет на систему здравоохранения, увеличивая нагрузку на медицинские учреждения, и влечёт за собой значительные экономические издержки, связанные с лечением, профилактикой и реабилитацией больных [1, 312].

Основными причинами, способствующими распространению ВИЧ, являются рискованное поведение, такое как незащищённые половые контакты, употребление инъекционных наркотиков, а также недостаточная осведомлён-

ность населения о способах передачи инфекции и методах её профилактики. Социальные и экономические факторы, такие как бедность, низкий уровень образования и ограниченный доступ к медицинским услугам, также играют важную роль в распространении заболевания [4, 115].

Распространённость ВИЧ-инфекции имеет глобальные масштабы, при этом эпидемия развивается неравномерно. В некоторых странах Африки к югу от Сахары показатели заболеваемости остаются крайне высокими, в то время как в развитых странах благодаря доступу к антиретровирусной терапии удаётся сдерживать её распространение. В России и странах Восточной Европы наблюдается рост числа новых случаев, что связано с особенностями социально-экономического развития и эпидемиологической ситуации [4, 117].

Динамика ВИЧ-инфекции в России вызывает особое беспокойство. За последние десятилетия наблюдается

значительное увеличение числа инфицированных, особенно среди молодёжи и лиц трудоспособного возраста. Возрастно-половые особенности эпидемии проявляются в большей степени среди мужчин, хотя в последние годы увеличивается доля женщин, инфицированных через половые контакты. Это подчеркивает необходимость более активного вовлечения женщин в программы профилактики и лечения [5, 516].

Эпидемия ВИЧ-инфекции имеет выраженные региональные особенности, обусловленные географическим распределением заболеваемости и различиями в социально-экономическом развитии территорий. Наиболее высокие показатели заболеваемости наблюдаются в регионах с высокой плотностью населения, таких как крупные города и промышленные центры. Урбанизация и миграционные процессы способствуют активному распространению инфекции, особенно в условиях недостаточной профилактической работы. Кроме того, регионы с низким уровнем экономического развития и ограниченным доступом к медицинским услугам сталкиваются с проблемами своевременной диагностики и лечения ВИЧ. Социальные и культурные факторы, включая уровень образования, религиозные убеждения и отношение к проблеме ВИЧ, также играют значительную роль в эпидемиологической картине [5, 518].

Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции остаются ключевыми направлениями борьбы с эпидемией. Одним из современных методов профилактики является проведение образовательных программ, направленных на повышение осведомлённости населения о путях передачи инфекции и методах защиты. Важным аспектом профилактической работы является обеспечение доступности тестирования, которое позволяет своевременно выявлять инфекцию и начинать лечение. Медицинские подходы к лечению основываются на использовании антиретровирусной терапии (АРТ), которая не только продлевает жизнь пациентов, но и снижает риск передачи вируса другим людям. Государственные и общественные организации играют важную роль в борьбе с ВИЧ, организуя профилактические кампании, поддерживая пациентов и их семьи, а также контролируя распространение инфекции на уровне системы здравоохранения [3, 673].

Медико-социальные последствия ВИЧ-инфекции проявляются в различных аспектах жизни пациентов и общества. Для инфицированных людей заболевание становится серьёзным испытанием, существенно влияя на качество жизни. Пациенты сталкиваются с физическими и психологическими трудностями, которые осложняют их повседневную деятельность. Кроме того, социальная стигма и дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ, создают дополнительные барьеры для их полноценной интеграции в общество [2, 92].

Экономические последствия ВИЧ-инфекции включают значительные затраты на лечение и профилактику, а также экономические потери, связанные с сокращением трудоспособного населения. На демографическом уровне эпидемия приводит к снижению рождаемости и увеличению уровня смертности, что особенно заметно в регионах с высокой распространённостью ВИЧ. Всё это подчёркивает необходимость комплексного подхода к решению проблемы, включающего не только медицинские, но и социальные меры [2, 97].

Так, например, в России, по данным на начало 2022 года, было зарегистрировано около 1,5 миллиона ВИЧ-положительных людей. В течение данного года, по данным Роспотребнадзора, количество новых зарегистрированных случаев составило более 58 тысяч. Уменьшение стигмы и увеличение доступа к тестированию способствовали росту числа зарегистрированных случаев. Касаемо динамики на фоне всей России, количество ВИЧ-инфицированных в Оренбургской области превышает общероссийский показатель на 40%. Основной причиной заражения в области в последние годы продолжают оставаться половой путь передачи, на его долю приходится 76,2% от всех случаев заражения, за счет внутривенного введения наркотических средств нестерильным инструментарием заразилось 19,6% инфицированных. Практически все ВИЧ-инфицированные сосредоточены в максимальной активной части населения. В возрастной структуре ВИЧ-инфицированных с установленным диагнозом ведущее место занимают возрастные группы от 21 до 30 лет и от 32 до 40 лет, удельный вес которых составляет 28,2% и 43,1% соответственно. Из данного количества людей диспансерное обследование прошли 97,5% от числа состоявших на учете и 91% от подлежащих диспансерному наблюдению. [6, 4].

#### Литература:

1. Давыдова, Е. П. Эпидемиология ВИЧ-инфекции: региональные особенности и методы борьбы / Е. П. Давыдова, А. В. Лисицын. — СПб.: Эльби, 2020. — 315 с.
2. Ильин, Ю. Н. Медико-социальные последствия ВИЧ-инфекции: пособие для врачей / Ю. Н. Ильин. — Екатеринбург: Уралпресс, 2021. — С. 89–123.
3. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. Краткое издание / В. В. Покровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 752 с.
4. Покровский, В. В., Юрин, О. Г., Кравченко, А. В., Беляева, В. В., Ермак, Т. Н., Канестри, В. Г., Шахгильдян, В. И., Козырина, Н. В., Буравцова, В. В., Нарсия, Р. С., Покровская, А. В., Ефремова, О. С., Коннов, В. В., Куимова, У. А., Попова, А. А., Хохлова, О. Н., Воронин, Е. Е., Афонина, Л. Ю., Васильева, И. А., Зимица, В. Н. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекцией. Клинический протокол. Эпидемиол. и инфекц. болезни. Актуал. вопр., 2016; 6 (приложение). — 120 с.

5. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2014. — 528 с.
6. Леушина, Т. В., Мухаметшин, Ш. Р. Состояние заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией в Оренбургской области. 2017. 6 с.

## Инфекции, передаваемые половым путем, как основная проблема современного мира

Горбунова Виктория Евгеньевна, студент;  
Самарукова Полина Сергеевна, студент;  
Столповских Александра Юрьевна, студент;  
Юсупова Назира Шамильевна, студент

Научный руководитель: Горина Ольга Александровна, ассистент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*Данная статья посвящена исследованию инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), как актуальной медико-социальной проблемы. Тема включает в себя изучение распространенности, структуры и динамики ИППП в современном обществе. Данная работа предполагает анализ существующих данных и статистики по заболеваемости, а также оценку социально-экономических последствий, связанных с этой проблематикой.*

*Также будут рассмотрены подходы к профилактике и аудиторным программам, направленным на повышение осведомленности населения о рисках и методах защиты. Необходимость данного исследования обусловлена увеличением случаев ИППП и их негативным влиянием на здоровье и социальное положение людей.*

**Ключевые слова:** инфекция, комплексный подход, современное общество, Россия, половой, актуальная медико-социальная проблема.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), представляют собой одну из наиболее актуальных и сложных медико-социальных проблем современного общества. Эти инфекции, включая такие заболевания, как хламидиоз, гонорея, сифилис, ВИЧ/СПИД и другие, имеют значительное влияние на здоровье населения, а также на социальные и экономические аспекты жизни. В последние десятилетия наблюдается тревожная тенденция к росту заболеваемости ИППП, что подчеркивает необходимость глубокого и всестороннего изучения данной проблемы.

Основной целью данной работы являются анализ статистических данных по распространенности ИППП, оценка структуры заболеваемости по регионам и возрастным категориям, а также изучение распространенности и значимости ИППП, разработка рекомендаций по их лечению и профилактике.

Актуальность исследования ИППП обусловлена не только увеличением числа случаев заболеваний, но и недостаточной информированностью населения о рисках, связанных с этими инфекциями, а также о методах их профилактики и лечения. В условиях глобализации и активной миграции населения, а также изменения в сексуальных практиках, проблема ИППП становится все более значимой. Важно отметить, что многие из этих инфекций могут протекать бессимптомно, что затрудняет их раннюю диагностику и лечение, а также способствует дальнейшему распространению.

Исследования инфекций, передающихся половым путем (ИППП), представляют собой актуальную задачу,

обусловленную ростом заболеваемости, как на глобальном уровне, так и в России. ИППП включают сифилис, гонорею, хламидиоз, а также вирусные инфекции, такие как ВИЧ и ВПЧ. Эти заболевания наносят серьезный вред репродуктивному здоровью, что вызывает необходимость комплексного подхода к их диагностике и лечению [1]. Статистика указывает на важные аспекты динамики заболеваемости: несмотря на некоторые положительные изменения, уровень инфекций у молодежи продолжает вызывать беспокойство. Этот контингент часто оказывается в группе риска, что подтверждает необходимость усиленной профилактики и образовательных программ, направленных на поднятие осведомленности [2].

Одной из ключевых причин достигаемой заболеваемости остается недостаточный уровень эпидемиологического надзора. Тенденции выявляют нехватку системного мониторинга, что, в свою очередь, препятствует созданию эффективных программ профилактики, направленных на снижение распространения ИППП [4]. Кроме того, неравномерное распределение ресурсов здравоохранения и доступ к качественному медицинскому обслуживанию усугубляют ситуацию, особенно в удаленных и сельских районах. Это приводит к тому, что многие случаи остаются не диагностированными и не лечеными, что способствует дальнейшему распространению инфекций [5].

Растущая заболеваемость также имеет серьезные социальные последствия, которые затрагивают не только здоровье индивидов, но и общество в целом. Это включает

последствия для репродуктивного здоровья, увеличение нагрузки на систему здравоохранения и негативные экономические факторы [1]. Такие факторы требуют активного подхода и внимания к вопросам профилактики и образования.

На сегодняшний день заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), представляет собой важный аспект текущего состояния здравоохранения как в России, так и в мире. В последние годы в России наблюдается снижение общего уровня заболеваемости, однако отдельные инфекции, такие как сифилис, гонорея, хламидиоз и трихомониаз, продолжают оставаться на высоком уровне, что вызывает необходимость усиленной профилактической работы. Согласно исследованиям, проведенным в период 2011–2019 годов, заболеваемость вирусными инфекциями, такими как вирус папилломы человека (ВПЧ) и вирусы герпеса (ВПГ), демонстрирует особую актуальность. Например, уровень распространенности ВПЧ 16 составляет 5,6%, ВПЧ 18–1,8%, а ВПГ 1–0,5% и ВПГ 2–1,6% [7]. Наибольшее количество случаев заболевания зарегистрировано в возрастных группах до 17 лет (27,9%) и от 18 до 25 лет (19,8%), причем среди молодежи до 17 лет преобладают женщины (69%), тогда как среди людей старше 46 лет — мужчины (71%). Необходимо отметить, что вирусные инфекции, такие как ВИЧ и гепатит В, также продолжают представлять собой серьезную угрозу. Все это подчеркивает важность комплексного и многоуровневого подхода к профилактике ИППП, включающего образовательные программы, доступность диагностики и эффективное лечение для различных возрастных и социальных групп населения.

Анализ структуры заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), демонстрирует значительные различия по возрастным группам. Особенно уязвимой остается категория молодежи в возрасте 18–29 лет и это не может не пугать. Важно также отметить, что в Москве уровень заболеваемости сифилисом, гонококковой инфекцией, трихомонозом и хламидийной инфекцией находился на уровне общероссийских показателей, тогда как по вирусным инфекциям этот уровень оказался выше. Проблема увеличения заболеваемости ИППП выступает актуальной не только среди молодежи, но и среди репродуктивно активной части населения. Это также указывает на влияние фактора старения населения, где увеличение случаев заболеваний наблюдается в более зрелых возрастных категориях [7].

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), требует комплексного подхода, охватывающего как образовательные, так и практические меры. На сегодняшний день выделяют несколько ключевых аспектов, способствующих снижению заболеваемости. Основной профилактической мерой является использование барьерных средств контрацепции, таких как презервативы. Эти средства не только предотвращают нежелательную беременность, но и значительно уменьшают риск передачи ИППП [5].

Данные показывают, что правильное использование презервативов может снизить вероятность заражения более чем на 80%. Регулярное медицинское обследование также играет важную роль в профилактике. Особенно это важно для людей с множественными половыми партнерами. Своевременное выявление и лечение инфекций на ранней стадии позволяет существенно предотвратить их распространение и свести к минимуму случаи тяжелых осложнений, таких как бесплодие или онкологические заболевания. Для снижения риска заражения рекомендуется проходить регулярные тесты на инфекции даже в отсутствие симптомов.

Образование и информирование населения о способах передачи ИППП также крайне необходимы. Осведомленность о рисках, связанных с половыми отношениями, помогает людям принимать более ответственные решения, что, в свою очередь, снижает распространение этих инфекций. Кампании по повышению уровня информированности могут включать семинары, лекции и раздачу информационных буклетов в учебных заведениях и медицинских учреждениях. Также немалую роль в предотвращении данных заболеваний играет экстренная профилактика. В случае незащищенного полового акта рекомендуют принимать антисептики в течение первых пяти часов. Это поможет предотвратить возможные неблагоприятные последствия.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: данная проблема является одной из наиболее актуальных в современном обществе. Увеличение заболеваемости ИППП, наблюдаемое в последние годы, подчеркивает необходимость комплексного подхода к решению данной медико-социальной проблемы.

В ходе работы мы проанализировали существующие данные о распространенности ИППП, что позволило выявить ключевые тенденции и особенности, характерные для различных возрастных групп и регионов. Статистические данные, собранные в рамках нашего исследования, показывают, что ИППП затрагивают людей всех возрастов, однако наибольшую заболеваемость демонстрируют молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет. Это подчеркивает важность целенаправленных профилактических мероприятий, направленных на эту возрастную категорию, которая часто оказывается наиболее уязвимой из-за недостатка информации и низкого уровня осведомленности о рисках, связанных с половыми инфекциями.

Важно отметить, что многие молодые люди не осознают серьезности последствий, которые могут возникнуть в результате ИППП, таких как бесплодие, хронические заболевания и даже риск передачи ВИЧ. Нужно всегда помнить, что проблема инфекций, передаваемых половым путем, требует комплексного подхода, включающего как медицинские, так и социальные аспекты.

Необходимы совместные усилия государства, медицинских учреждений и общественных организаций для разработки и реализации эффективных программ профилактики и лечения ИППП. Только через данные действия можно достичь значительных результатов в борьбе

с этой актуальной медико-социальной проблемой, что в конечном итоге приведет к улучшению здоровья населения и снижению экономических потерь, связанных с лечением ИППП.

#### Литература:

1. Актуальность инфекций, передающихся половым путем... [Электронный ресурс] // www.rmj.ru — Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/aktualnosty\\_infekciy\\_peredayuschihsy\\_a\\_polovym\\_putem\\_inter\\_vuuu\\_s\\_prof\\_ad\\_yuckovskim/](https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/aktualnosty_infekciy_peredayuschihsy_a_polovym_putem_inter_vuuu_s_prof_ad_yuckovskim/), свободный. — (дата обращения 09.01.2025).
2. Современные тенденции заболеваемости... [Электронный ресурс] // natural-sciences.ru — Режим доступа: <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=34699>, свободный. — (дата обращения 09.01.2025).
3. Инфекции, передаваемые половым путем: актуальность... [Электронный ресурс] // medcentr-diana-spb.ru — Режим доступа: <https://medcentr-diana-spb.ru/infektsii/infekcii-peredavaemye-polovym-putem-aktualnost-konsultirovanie-pacientov-v-evropejskoj-praktike/>, свободный. — (дата обращения 10.01.2025).
4. Федеральное государственное бюджетное [Электронный ресурс] // www.sechenov.ru — Режим доступа: <https://www.sechenov.ru/upload/medialibrary/c8e/dissertatsiya.pdf>, свободный. — (дата обращения 13.01.2025).
5. Dynamics of the incidence of sexually transmitted [Электронный ресурс] // www.phdynasty.ru — Режим доступа: <https://www.phdynasty.ru/upload/medialibrary/d4f/d4f8c100c992de7f32b5061a06724063.pdf>, свободный. — (дата обращения 14.01.2025).
6. ClinPractic 3–2019 COLOR.indd [Электронный ресурс] // clinpractice.ru — Режим доступа: <https://clinpractice.ru/upload/iblock/abb/abb87d0170558406381517bfb64569fc.pdf>, свободный. — (10.01.2025).
7. Сифилис и другие ИППП в России: прошлое и настоящее... [Электронный ресурс] // www.med.cap.ru — Режим доступа: <https://www.med.cap.ru/press/2023/11/13/sifilis-i-drugie-ipp-p-v-rossii-proshloe-i-nastoyas>, свободный. — (дата обращения 14.01.2025).

## Инфекции, передаваемые половым путем, как медико-социальная проблема. Распространенность, структура, динамика

Евдокимова Софья Павловна, студент;

Ейк Михаил Сергеевич, студент;

Кистанкина Софья Тимофеевна, студент;

Муртазина Рубина Марсовна, студент;

Шухтуева Елизавета Ивановна, студент

Научный руководитель: Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье рассматривается проблема инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), как важная медико-социальная угроза. Описывается распространенность и структура ИППП, а также динамика их распространения в разных регионах. Особое внимание уделяется влиянию социокультурных, экономических и медицинских факторов на заболеваемость, а также мерам профилактики и лечению ИППП. Особый акцент сделан на роль образовательных программ, доступность тестирования и необходимость комплексного подхода в борьбе с этим видом инфекций.*

**Ключевые слова:** ИППП, профилактика, заболеваемость, динамика, социокультурные факторы, медицинская помощь, лечение.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), представляют собой одну из самых актуальных проблем здравоохранения как в глобальном, так и в национальном масштабе. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно более миллиарда случаев ИППП регистрируется по всему миру. Среди них наиболее распространены хламидиоз, гонорея, сифилис и ВИЧ. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), являясь одним из самых опасных заболеваний, передающихся половым путем, продолжает оставаться основной причиной

смерти в странах Африки и по всему миру, несмотря на успешное развитие антиретровирусной терапии [1, 621].

В России ситуация также остается напряженной. Статистика показывает рост заболеваемости, особенно среди молодежи. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), заболеваемость ИППП в России в последние годы демонстрирует устойчивую тенденцию к увеличению. Особенно остро проблема ИППП проявляется в крупных мегаполисах, где уровень сексуальной ак-

тивности и плотность населения способствуют распространению инфекций.

Возрастно-половые особенности заболеваемости также являются важным аспектом. В частности, ИППП чаще всего поражают молодежь в возрасте от 18 до 35 лет, что связано с более активной половой жизнью, изменчивостью партнеров и невысокой осведомленностью о профилактических мерах. Мужчины и женщины страдают от инфекций в равной степени, но часто наблюдается различие в течении заболеваний и возможных осложнениях. У женщин ИППП, как правило, протекают бессимптомно или с минимальными проявлениями, что способствует их позднему выявлению и осложнению в виде воспалений органов репродуктивной системы. У мужчин же часто возникают более выраженные симптомы, такие как болезненные выделения или воспаления мочеполювых органов [1, 632].

Основные типы ИППП, такие как хламидиоз, гонорея, сифилис и ВИЧ, имеют свои особенности. Хламидиоз, например, является одной из самых частых инфекций, встречающихся среди молодежи и передающихся половым путем, и может вызвать бесплодие, если не лечится своевременно. Гонорея — еще одна широко распространенная инфекция, которая при отсутствии должного лечения может привести к серьезным осложнениям, включая воспаления органов малого таза и бесплодие. Сифилис, в свою очередь, с каждым годом становится все более редким, но на фоне его поздней диагностики может привести к необратимым последствиям, таким как поражения нервной системы и внутренних органов. ВИЧ-инфекция продолжает оставаться глобальной угрозой, вызывая социальную и медицинскую стигматизацию, а также многочисленные экономические и демографические последствия [2, 863].

Региональные различия в распространении ИППП также существенны. В странах с низким уровнем жизни и недостаточной медицинской инфраструктурой уровень заболеваемости значительно выше. В регионах с более высокими социальными и экономическими показателями ситуация несколько улучшена благодаря доступу к качественной медицинской помощи, профилактическим программам и активной информационной кампании по борьбе с ИППП. Однако в развивающихся странах, особенно в Африке, Азии и Латинской Америке, проблемы с доступом к здравоохранению и низкая осведомленность остаются основными барьерами в борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем [3, 258].

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), имеют многочисленные медико-социальные последствия, которые затрагивают как здоровье отдельных людей, так и общество в целом. Влияние этих инфекций на здоровье населения далеко не ограничивается острыми заболеваниями, поскольку многие из них приводят к долгосрочным осложнениям, влияющим на качество жизни, репродуктивное здоровье и даже на продолжительность жизни. Например, хламидиоз, гонорея и сифилис могут приводить

к бесплодию, хроническим воспалением, а ВИЧ-инфекция при отсутствии лечения неизбежно прогрессирует до стадии СПИДа, что значительно снижает продолжительность жизни. В результате, незамеченные или нелеченные ИППП становятся причиной долгосрочных и часто необратимых изменений в организме [3, 263].

Социальные последствия ИППП также имеют большое значение. Люди, страдающие от инфекций, передаваемых половым путем, нередко сталкиваются с социальной стигмой, дискриминацией и даже изоляцией. Особенно остро это выражается в отношении ВИЧ-инфицированных, которые часто подвергаются осуждению и отчуждению со стороны общества. Подобное отношение может ухудшить психоэмоциональное состояние заболевших, привести к депрессии и другим психическим расстройствам. Эти социальные барьеры зачастую становятся причиной того, что люди не обращаются за медицинской помощью, не проходят тестирование или лечение, что лишь усугубляет ситуацию и способствует дальнейшему распространению инфекций [4, 248].

Экономические последствия распространения ИППП также являются важным аспектом. В лечении и профилактике ИППП задействованы значительные финансовые ресурсы. Это включает как расходы на диагностику и лечение, так и на профилактические программы, включая вакцинацию и информационные кампании. В странах с низким и средним уровнем доходов проблема ИППП становится еще более ощутимой, поскольку недостаток финансовых средств на здравоохранение не позволяет обеспечивать доступ к необходимым медицинским услугам и препаратам. В свою очередь, хронические инфекции могут привести к ухудшению трудоспособности заболевших, что отрицательно сказывается на экономике, поскольку увеличиваются потери рабочего времени и снижается производительность труда [4, 251].

Одним из важнейших аспектов борьбы с ИППП является профилактика, которая включает в себя как индивидуальные, так и общественные меры. Роль образовательных программ и информирования населения о способах предотвращения ИППП неопределима. Такие программы, направленные на повышение осведомленности о важности безопасного секса, использовании презервативов и регулярных медицинских осмотров, способствуют снижению распространенности инфекций. Особенно важно проводить эти мероприятия среди молодежи, которая наиболее подвержена риску инфицирования из-за недостаточной осведомленности и предсказуемости последствий [2, 869].

Государственные и общественные организации играют ключевую роль в борьбе с ИППП. Государственные учреждения здравоохранения обязаны обеспечить доступность медицинских услуг для всех слоев населения, особенно в уязвимых группах, таких как молодежь, мигранты и люди с низким социальным статусом. Общественные организации, в свою очередь, могут сыграть важную роль в реализации информационных кампаний

и создании условий для принятия профилактических мер в рамках сообщества. Важно, чтобы обе эти группы рабо-

тали в тесном сотрудничестве, обеспечивая эффективную координацию усилий на всех уровнях.

#### Литература:

1. Иванова, О.Л. Инфекции, передающиеся половым путем. Клиника, диагностика, лечение / Под редакцией В. А. Молочкова, О.Л. Иванова, В.В. Чеботарева. — М.: Медицина, 2017. — 634 с.
2. Исаев, Дмитрий Заболевания, передающиеся половым путем, и как их избежать / Исаев Дмитрий. — М.: Продолжение жизни, 2017. — 885 с.
3. Клаттербак, Дан Инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ-инфекция / Дан Клаттербак. — М.: Практическая медицина, 2017. — 272 с.
4. Клаттербак, Дан Инфекции, передающиеся половым путем и ВИЧ-инфекция: моногр. / Клаттербак Дан. — М.: Практическая медицина, 2020. — 273 с.

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

Ефремова Регина Игоревна, студент;  
Кандаурова Арина Витальевна, студент;  
Никитин Никита Дмитриевич, студент;  
Пузрякова Ксения Сергеевна, студент;  
Спурре Ксения Романовна, студент

Научный руководитель: Горина Ольга Александровна, ассистент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье рассматривается проблема болезней органов дыхания как одна из значимых медико-социальных угроз современного общества. Освещаются основные аспекты распространенности хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ), их влияние на здоровье населения и общественную экономику. Особое внимание уделяется факторам риска, таким как курение, загрязнение воздуха, профессиональные вредности и генетическая предрасположенность. Анализируются меры профилактики, включая улучшение экологической ситуации, разработку и внедрение программ по отказу от курения и повышение осведомленности населения о методах предупреждения болезней органов дыхания.*

**Ключевые слова:** болезни органов дыхания, хронические неспецифические заболевания легких, медико-социальная проблема, факторы риска, профилактика, загрязнение воздуха, курение, здоровье населения.

**Х**ронические заболевания легких, включая хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальную астму и интерстициальные болезни легких, представляют собой одну из главных проблем общественного здоровья в мире. Эти заболевания продолжают занимать лидирующие позиции среди причин заболеваемости и смертности, а также приводят к значительным социально-экономическим последствиям. Распространенность хронических заболеваний легких растет, что связано с ухудшением экологической ситуации, неправильным образом жизни и повышением продолжительности жизни населения.

Хронические заболевания легких имеют серьезное влияние на показатели смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения, ХОБЛ является четвертой по распространенности причиной смерти в мире, и ее распространенность продолжает расти. Смертность от этих заболеваний особенно высока в странах с низким и средним уровнем дохода, где доступ к медицинским

услугам и качественной профилактике ограничен. Высокий уровень инвалидности также сопровождает эти заболевания, так как они приводят к значительному снижению работоспособности, необходимости постоянной медицинской помощи и госпитализаций. Люди, страдающие хроническими заболеваниями легких, часто теряют трудоспособность и не могут вести полноценную жизнь [1, с. 238].

Социально-экономические последствия болезней органов дыхания связаны с высокими затратами на лечение, реабилитацию и уход за пациентами. Экономические потери выражаются в снижении производительности труда, увеличении числа больничных листов и затратах на лечение. В странах с высоким уровнем заболеваемости хроническими заболеваниями легких правительственные и медицинские учреждения вынуждены выделять значительные ресурсы на лечение и реабилитацию этих пациентов [2, с. 316].

Курение является основным фактором риска для развития большинства хронических заболеваний легких, особенно ХОБЛ. Никотин и другие токсичные вещества, содержащиеся в табачном дыме, вызывают воспаление и повреждение дыхательных путей, что со временем приводит к необратимым изменениям в тканях легких. Курение является одной из ведущих причин заболеваний, таких как хронический бронхит и эмфизема легких, а также значительно ухудшает течение бронхиальной астмы. Загрязнение окружающей среды также играет ключевую роль в развитии хронических заболеваний легких. Воздушные загрязнители, такие как диоксиды азота, углерода, твердые частицы и озон, оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье человека, особенно на дыхательную систему. Долгосрочное воздействие этих загрязнителей может привести к хроническому воспалению дыхательных путей, снижению функции легких и развитию заболеваний, таких как астма и ХОБЛ [3, с. 153].

Профессиональные вредности также способствуют развитию хронических заболеваний легких. Люди, работающие в таких отраслях, как строительство, горнодобывающая промышленность, металлургия и сельское хозяйство, подвержены воздействию пыли, химических веществ и токсичных паров, которые могут вызвать повреждение дыхательных путей. Генетическая предрасположенность является еще одним фактором, который может повлиять на развитие хронических заболеваний легких.

Хронические заболевания легких, такие как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхи-

альная астма, имеют несколько ключевых клинических симптомов. Основными из них являются кашель, одышка и нарушение дыхания. Кашель часто становится хроническим, особенно в утренние часы, сопровождается выделением мокроты. Одышка, или затрудненное дыхание, проявляется особенно при физической нагрузке и может прогрессировать по мере ухудшения состояния. Нарушение дыхания выражается в повышении частоты дыхательных движений и использовании дополнительных мышц для вдоха и выдоха [1, с. 136].

Для диагностики хронических заболеваний легких используются различные методы. Функциональные исследования, такие как спирометрия, помогают оценить объемы легких и степень обструкции дыхательных путей. Лабораторные исследования, включая анализ крови и анализ мокроты, могут помочь выявить воспаление и инфекции. Инструментальные методы, такие как рентгенография и компьютерная томография (КТ) грудной клетки, дают возможность оценить изменения в тканях легких, например, наличие эмфиземы или фиброза [1, с. 269].

Профилактика хронических заболеваний легких включает в себя программы по отказу от курения и борьбу с загрязнением воздуха. Курение является основным фактором риска для большинства заболеваний легких, и программы, направленные на снижение числа курильщиков, а также ограничение курения в общественных местах, имеют важное значение. Важно также контролировать уровень загрязнения воздуха, особенно в крупных городах, что включает в себя использование технологий, снижающих выбросы вредных веществ в атмосферу [4, с. 103].

#### Литература:

1. Григорьев, И. В. Хронические заболевания легких: этиология, диагностика, лечение / И. В. Григорьев. — Екатеринбург: УрФУ, 2020. — 280 с.
2. Коваленко, М. П. Болезни органов дыхания и социальное здоровье / М. П. Коваленко. — Новосибирск: Сибирская мед. академия, 2021. — 340 с.
3. Литвинова, Н. А. Роль курения в развитии хронических заболеваний легких / Н. А. Литвинова. — Ростов-на-Дону: Ростовский мед. институт, 2018. — 270 с.
4. Петренко, В. В. Профилактика и контроль хронических заболеваний легких / В. В. Петренко, Н. В. Романова. — Омск: ОмГМУ, 2016. — 258 с.

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

Жидков Роман Васильевич, студент;

Батин Андрей Васильевич, студент;

Дубровина Анастасия Васильевна, студент;

Кустова Ксения Игоревна, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье рассматривается ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема, затрагивающая не только медицинскую сферу, но и социальные аспекты жизни общества. Анализируется распространенность ВИЧ-инфекции в разных*

регионах мира, выявляя особенности динамики распространения заболевания в зависимости от географического положения, экономического развития и социальных факторов.

**Ключевые слова:** ВИЧ, заболеваемость, динамика.

**А**ктуальность: борьба с ВИЧ-инфекцией требует постоянного совершенствования профилактических и лечебных программ, направленных на снижение заболеваемости и поддержание качества жизни ВИЧ-инфицированных. Без должного внимания и своевременных мер ситуация может привести к ухудшению эпидемиологической обстановки и значительным потерям трудоспособного населения, что негативно сказывается на социально-экономическом развитии стран.

Цель работы: анализ ВИЧ-инфекции как медико-социальной проблемы, рассмотрение распространённости, динамики и региональных особенностей этого заболевания

Задачи:

- Рассмотреть общие особенности ВИЧ-инфекции и её влияние на иммунную систему;
- Оценить масштабы распространения ВИЧ-инфекции в мире и её динамику;
- Изучить основные факторы, способствующие распространению ВИЧ;

## Введение

ВИЧ-инфекция остаётся одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современности, оказывая влияние на здоровье миллионов людей во всём мире. Возбудителем инфекции является вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), который поражает клетки иммунной системы, главным образом лимфоциты CD4, что приводит к прогрессирующему снижению защитных сил организма. Распространённость инфекции, её динамика и особенности в разных регионах зависят от множества факторов, включая уровень осведомлённости населения, доступность медицинских услуг, социально-экономические условия и наличие программ профилактики.

## ВИЧ-инфекция: общая характеристика и воздействие на организм

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) является патогеном, поражающим иммунную систему и вызывающим её прогрессивное разрушение, что приводит к развитию синдрома приобретённого иммунодефицита (СПИД). СПИД — это конечная стадия ВИЧ-инфекции, характеризующаяся крайне ослабленным иммунитетом, который делает организм уязвимым к множеству инфекционных и онкологических заболеваний. Основные пути передачи ВИЧ включают незащищённые половые контакты, контакты с заражённой кровью (например, при использовании общих игл), передачу от матери ребёнку во время беременности, родов или кормления грудью.

Понимание механизмов воздействия ВИЧ на иммунную систему является основополагающим для разработки эффективных стратегий профилактики и терапии. ВИЧ проникает в организм и атакует клетки, содержащие рецепторы CD4, особенно лимфоциты CD4, которые играют центральную роль в координации иммунного ответа. После проникновения вирус интегрируется в геном клетки-хозяина и начинает использовать её механизмы для создания новых вирусных частиц. Постепенное разрушение клеток CD4 ослабляет иммунную систему, что делает организм уязвимым для различных инфекций и осложнений.

ВИЧ-инфекция приводит к множеству заболеваний и осложнений, таких как поражения центральной нервной системы (нейроСПИД), почечные патологии, сердечно-сосудистые заболевания, что обусловлено как действием самого вируса, так и побочными эффектами антиретровирусной терапии. Эти заболевания могут значительно снизить продолжительность жизни ВИЧ-положительных людей, а также повлиять на их качество жизни. Современная медицина позволяет продлить жизнь пациентов с ВИЧ-инфекцией и повысить её качество, однако полное излечение от ВИЧ пока недостижимо.

Жизнь с ВИЧ-инфекцией оказывает значительное влияние на психическое состояние пациентов, а также на их окружение. Психосоциальные последствия включают стресс, депрессию, чувство изоляции, что особенно ярко проявляется на фоне социальной стигматизации и дискриминации. Пациенты могут сталкиваться с предвзятостью на работе, в медицинских учреждениях и даже среди друзей и семьи.

Подходы к лечению ВИЧ включают использование антиретровирусной терапии, которая помогает подавить репликацию вируса и замедлить разрушение иммунной системы. Современные антиретровирусные препараты позволяют поддерживать вирусную нагрузку на неопределяемом уровне, что значительно снижает риск передачи ВИЧ и улучшает качество жизни пациентов. Поддержка ВИЧ-положительных людей также включает социальные и психологические программы, направленные на помощь в адаптации, преодолении стрессовых состояний и борьбу с депрессией.

Таким образом, ВИЧ-инфекция является сложной и многогранной проблемой, затрагивающей не только медицинские аспекты, но и социальные, экономические и культурные. Разработка и применение профилактических мер, расширение доступа к диагностике и лечению, борьба с предвзятостью и дискриминацией в отношении ВИЧ-положительных людей — важные направления, способствующие улучшению ситуации и снижению распространённости ВИЧ-инфекции.

### **Эпидемиологическая ситуация: распространённость и динамика ВИЧ-инфекции**

Эпидемиологическая ситуация ВИЧ-инфекции на сегодняшний день представляет собой одну из самых серьёзных глобальных медико-социальных проблем. ВИЧ-инфекция затронула все континенты и социальные группы, несмотря на многолетние усилия по её контролю. Мировое сообщество находится в постоянном поиске эффективных стратегий для замедления распространения вируса и снижения его влияния на здоровье населения. Число инфицированных ВИЧ продолжает расти, несмотря на активные меры по профилактике и лечению. Глобальная статистика свидетельствует о том, что более 37 миллионов человек во всём мире живут с ВИЧ. Случаи заражения регистрируются в разных странах и на разных континентах, однако масштабы проблемы варьируются в зависимости от региона. В Африке к югу от Сахары эпидемия ВИЧ носит наибольший характер, что связано с рядом факторов, включая социальные, экономические и поведенческие особенности населения.

Африка к югу от Сахары остаётся регионом с наибольшим уровнем распространённости ВИЧ-инфекции в мире. На этот регион приходится около 70% всех случаев ВИЧ. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация объясняется множеством факторов: низким уровнем жизни, недостатком медицинской помощи, культурными особенностями, а также недостаточной просвещённостью населения в вопросах здоровья и профилактики. Основной путь передачи ВИЧ в Африке — гетеросексуальный контакт, что значительно осложняет контроль над эпидемией. Несмотря на усилия международных организаций и правительств, меры по профилактике ВИЧ в Африке остаются недостаточными для существенного снижения уровня заболеваемости.

В странах Восточной Европы и Центральной Азии наблюдается особенная тенденция роста заболеваемости ВИЧ. Здесь основными факторами распространения вируса являются употребление наркотиков и недостаточное внимание к вопросам профилактики среди уязвимых групп населения. Страны этого региона сталкиваются с серьёзными проблемами, связанными с ограниченным доступом к качественной медицинской помощи и низким уровнем охвата антиретровирусной терапией. Высокий уровень стигматизации ВИЧ-положительных людей и недостаточная поддержка со стороны государства также способствуют ухудшению эпидемиологической ситуации.

В Западной Европе и Северной Америке эпидемиологическая ситуация с ВИЧ-инфекцией находится под относительным контролем. В этих регионах активно применяются профилактические программы, направленные на снижение уровня инфицирования, и наблюдается высокий уровень охвата антиретровирусной терапией. Основные усилия направлены на профилактику ВИЧ среди ключевых групп риска, таких как мужчины, практикующие секс с мужчинами, и наркопотребители. Благодаря активной работе государственных и общественных орга-

низаций, а также доступности медицинских услуг, распространение ВИЧ в странах Западной Европы и Северной Америки стабилизировалось, а количество новых случаев заражения снизилось.

В странах Азиатско-Тихоокеанского региона также отмечается высокий уровень распространённости ВИЧ, особенно среди ключевых групп населения. Здесь динамика заболеваемости ВИЧ неоднородна и варьируется от страны к стране. В некоторых странах региона эпидемия ВИЧ продолжает набирать обороты, что связано с нехваткой эффективных профилактических программ и ограниченной доступностью медицинской помощи. В некоторых странах, таких как Таиланд и Камбоджа, удалось снизить уровень инфицирования благодаря активным профилактическим мерам, однако в других государствах ситуация остаётся сложной.

Распространение ВИЧ тесно связано с социальными и поведенческими факторами. Среди них: низкий уровень образования, бедность, употребление наркотиков, сексуальные контакты без защиты и миграция. Поведенческие особенности, такие как высокая частота смены половых партнёров и незащищённые половые контакты, играют важную роль в распространении ВИЧ. Социальные и культурные нормы также могут препятствовать профилактике и открытой информации о ВИЧ-инфекции, что увеличивает риск её распространения.

### **Социально-экономические, влияющие на распространение ВИЧ**

Экономическая нестабильность является одним из основных факторов, влияющих на распространение ВИЧ. Низкий уровень доходов, безработица и бедность ограничивают возможности для получения качественного медицинского обслуживания и профилактики, что приводит к повышению риска заражения. В странах с низким уровнем доходов и высокой безработицей распространение ВИЧ часто выше из-за ограниченного доступа к информации о мерах предосторожности и профилактике. Более того, экономически неблагополучные регионы сталкиваются с трудностями в финансировании программ борьбы с ВИЧ и обеспечении доступа к антиретровирусной терапии.

Низкий уровень образования, особенно в области сексуального здоровья, приводит к распространению мифов о ВИЧ и его передаче. Отсутствие информированности о методах защиты и профилактики способствует увеличению риска заражения. В странах, где проводятся образовательные программы по вопросам здоровья и ВИЧ, уровень заболеваемости заметно снижается, так как население лучше осведомлено о том, как предотвратить заражение. Важную роль играют информационные программы в школах, вузах и на рабочих местах, где проводится обучение о путях передачи ВИЧ и методах профилактики.

СМИ играют важнейшую роль в распространении информации о ВИЧ и его профилактике. Телевидение, радио, социальные сети позволяют достигнуть широкой аудитории и повышать уровень осведомлённости населения о ВИЧ

и мерах защиты. Благодаря медийным кампаниям многие люди узнают о необходимости регулярного тестирования, о путях передачи инфекции и о методах профилактики. Программы, направленные на снижение стигматизации и информирование о ВИЧ, способствуют более ответственному поведению и улучшению эпидемиологической ситуации.

Миграция оказывает значительное влияние на распространение ВИЧ, поскольку мигранты часто сталкиваются с трудностями в получении медицинской помощи и профилактики. Кроме того, мигранты из стран с высоким уровнем распространённости ВИЧ могут переносить вирус в страны с более низкой заболеваемостью. Эффективные программы, направленные на профилактику

ВИЧ среди мигрантов, и доступ к медицинским услугам для этой группы позволяют снизить риск распространения вируса на новых территориях.

Таким образом, социальные и экономические факторы оказывают значительное влияние на динамику ВИЧ-инфекции, определяя не только пути распространения инфекции, но и успешность мер по её профилактике и контролю.

**Вывод:** борьба с ВИЧ также включает в себя устранение социальных и культурных барьеров, способствующих стигматизации и дискриминации. Образовательные программы и благоприятная общественная среда могут существенно изменить восприятие заболевания и поддержать пациентов в их стремлении жить полноценной жизнью.

#### Литература:

1. Акимкин, В.Г. Социальные и поведенческие аспекты распространения ВИЧ-инфекции / В.Г. Акимкин, Е.И. Смирнов // Журнал инфекционных заболеваний.— 2021.— Т. 10, № 4.— С. 57–63.
2. Белов, К.А. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции: региональные особенности и тенденции / К.А. Белов // Вопросы эпидемиологии.— 2020.— Т. 8, № 2.— С. 88–96.
3. Гусева, Л.И. Демографические и экономические аспекты эпидемии ВИЧ в России / Л.И. Гусева // Социальные науки и здоровье.— 2019.— Т. 6, № 1.— С. 15–22.
4. Иванов, С.В. Современные подходы к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа / С.В. Иванов, М.К. Орлов // Российский журнал медицинских исследований.— 2022.— Т. 18, № 5.— С. 103–110.
5. Кузнецова, Н.П. Социальные проблемы и стигматизация ВИЧ-инфицированных / Н.П. Кузнецова // Медицинская социология.— 2021.— Т. 12, № 4.— С. 42–50.
6. Смирнов, О.В. ВИЧ-инфекция в странах Восточной Европы и Центральной Азии: эпидемиологический анализ / О.В. Смирнов, Т.С. Лебедева // Международный журнал инфекционных заболеваний.— 2020.— Т. 11, № 2.— С. 30–39.
7. Тарасов, Е.Н. Проблемы миграции и их влияние на эпидемиологию ВИЧ / Е.Н. Тарасов, А.Ю. Зайцев // Журнал инфекционной эпидемиологии.— 2019.— Т. 7, № 3.— С. 68–74.
8. Фролова, И.А. Роль антиретровирусной терапии в улучшении качества жизни ВИЧ-положительных пациентов / И.А. Фролова // Медицинская наука и практика.— 2021.— Т. 9, № 1.— С. 111–119.

## Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная проблема

Кабаева Аделина Рафаелевна, студент;  
Шарипова Гульдария Кайратовна, студент;  
Васильева Ульяна Дмитриевна, студент;  
Антропов Алексей Павлович, студент;  
Юдин Кирилл Александрович, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье рассматривается такая важная медико-социальная проблема, как алкоголизм, наркомания и токсикомания. Этот вопрос является одним из ведущих на сегодняшний день, каким озадачены разные сферы жизни, в том числе и медицина.*

**Ключевые слова:** алкоголизм, наркомания, токсикомания, зависимости, социальные последствия.

**А**ктуальность. Алкоголизм, наркомания и токсикомания являются острыми медико-социальными проблемами современного общества, оказывая разрушительное воздействие на здоровье людей и приводя к серьезным последствиям для всего социума. Эти зависимости негативно влияют на экономику, демографию, здравоохранение и правопорядок, а также наблюдается рост

их распространения и снижение возраста начала употребления психоактивных веществ.

**Цель работы.** Исследование алкоголизма, наркомании и токсикомании как медико-социальных проблем, с акцентом на динамику их распространения, возрастно-половые и региональные особенности, а также медицинские и социальные последствия.

**Задачи работы.** Дать определения понятиям «алкоголизм», «наркомания» и «токсикомания», кратко описать влияния этих зависимостей на организм, сделать выводы.

### Алкоголизм

Алкоголизм — хроническое заболевание, характеризующееся зависимостью от этилового спирта и социальным злоупотреблением алкоголем. По данным ВОЗ, он занимает третье место среди причин смертности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Тяжелые формы опьянения могут приводить к смерти в молодом возрасте из-за острых алкогольных отравлений, нарушений сердечного ритма и повышенного риска травматизма. У людей, страдающих алкоголизмом, значительно возрастает риск самоубийств и преступлений.

На ранних стадиях алкоголизма часто возникают язвы, травмы и сердечно-сосудистые расстройства, а на более поздних — цирроз печени и нервные нарушения. Причины употребления алкоголя разнообразны, включая психотропное действие спирта, влияние социального окружения и наследственных факторов.

Алкогольное опьянение делится на три степени: легкую, среднюю и тяжелую. Легкая степень сопровождается повышением настроения и расслаблением, в то время как средняя может вызвать раздражительность и нарушение координации. Тяжелая степень проявляется отключением сознания (от оглушения до комы) и возможными эпилептическими припадками.

Диагностика алкоголизма основывается на клинических данных и специальных тестах.

Лечение при средней степени опьянения включает промывание желудка и вызывание рвоты, а при тяжелом — срочную медицинскую помощь. При этом важно различать алкогольную кому с другими состояниями, такими как инсульт или уремическая кома.

Проблема лечения алкоголизма остается актуальной из-за высокой частоты рецидивов. Это связано с изменениями не только в химическом составе мозга, но и в его электрической активности и структуре, особенно в лимбической системе, что приводит к стойкой алкогольной зависимости.

Алкоголь негативно влияет на репродуктивную систему, повреждая яички и яичники как при частом, так и при регулярном употреблении больших доз. У людей с алкоголизмом наблюдаются жировые изменения в семенных канальцах и увеличение соединительной ткани в яичках. Особенно токсично влияет пиво, которое легче проникает через гематотестикулярный барьер.

Кроме того, нарушение функции печени у людей с алкогольной зависимостью затрудняет разложение эстрогенов. При циррозе печени наблюдается повышение уровня эстрогена, что подавляет гонадотропную функцию гипофиза и приводит к дегенерации половых желез.

### Наркомания

Наркомания — это хроническое заболевание, характеризующееся зависимостью от наркотических веществ. Она затра-

гивает не только здоровье зависимого человека, но и его семью, общество и экономику страны в целом. С каждым годом проблема наркомании становится все более актуальной, требуя комплексного подхода к профилактике и лечению.

Некоторым людям для счастья достаточно немного — любимой песни или хорошей погоды, в то время как другие даже при благополучии испытывают хандру и не могут насладиться жизнью. Ученый Дэвид Камингс утверждает, что неспособность чувствовать себя комфортно может быть связана с генетическими особенностями, приводящими к синдрому дефицита удовлетворенности, связанному с нарушением обмена дофамина в мозге. Это состояние считается одной из причин роста алкоголизма и наркомании.

Дети с синдромом дефицита удовлетворенности могут проявлять активность или застенчивость, и их поведение часто направлено на компенсацию неудовлетворенности. Употребление сладостей становится одним из способов такой компенсации. У детей до 20 лет сладкое вызывает более яркие ощущения, но может приводить к душевному дискомфорту. Это связано с резкими колебаниями уровня метэнкефалина, отвечающего за чувство комфорта.

Таким образом, временное удовлетворение от сладкого может обернуться еще большим дискомфортом, что ведет к замкнутому кругу. Дети, испытывающие дефицит удовлетворенности, видят мир иначе, чем их более счастливые родители, и могут не иметь возможности выразить свои чувства. Это приводит к тому, что они стараются проводить время с друзьями, избегая общения с родителями, что может являться одним из предвестников вступления на неверный путь.

Наркомания может возникать по множеству причин, включая:

1. Социальные факторы: Неблагоприятная социальная среда, давление сверстников, отсутствие поддержки со стороны семьи.
2. Психологические факторы: Стресс, депрессия, тревожные расстройства могут привести к поиску «убежища» в наркотиках.
3. Биологические факторы: Генетическая предрасположенность к зависимостям также играет важную роль.

Таким образом наркомания — это сложная проблема, требующая внимания и усилий со стороны общества. Только совместными усилиями можно снизить уровень зависимости и помочь людям вернуться к нормальной жизни. Важно помнить, что каждый случай наркомании уникален, и подход к лечению должен быть индивидуальным. Общество должно объединить свои усилия для создания безопасной и поддерживающей среды для всех.

### Токсикомания

Токсикомания — одна из самых опасных форм наркомании, вызывающая серьезный вред организму и сильную зависимость. Она отличается от наркомании тем, что возникает при употреблении веществ, не считающихся наркотиками с точки зрения Минздрава, и поэтому не подпадает под уголовные наказания.

При токсикомании используются вещества с галлюциногенными и опьяняющими свойствами, вводимые в организм через вдыхание паров. Это приводит к отравлению мозга и разрушению нервных клеток. Существуют разные формы токсикомании в зависимости от употребляемых веществ:

1. **Бытовая и промышленная токсикомания:** растворители, краски, бензин и т.д.
2. **Лекарственная токсикомания:** снотворные, транквилизаторы и другие препараты.
3. **Газовая токсикомания:** пропан, бутан и др., вызывающие необратимые изменения в мозге.

Наиболее распространены токсикомания от бензина и других доступных углеводов. Эти вещества обладают психоактивным действием из-за высокой токсичности. Зависимость от бензина развивается при вдыхании его паров, что приводит к эйфории и галлюцинациям, но также вызывает сильные побочные эффекты, такие как кашель, учащенное сердцебиение и потеря координации. При прекращении употребления возникают раздражительность и физический дискомфорт.

Токсикомания с вдыханием ацетона отличается мгновенным развитием эйфории и яркими галлюцинациями, что делает её особенно опасной для подростков.

### Заключение

Алкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой серьезные медико-социальные проблемы,

### Литература:

1. Барденштейн Л. М., Молодецких А. В., Можгинский Ю. Б., Беглянкин Н. И., Алешкина Г. А. Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Учебное пособие. — М. — ГЭОТАР-Медиа — 2015. — С. 74.
2. Зеновко Е. И. Наркомании и токсикомании. — М. — СПУТНИК — 2014. С. 81.
3. Мартиросян А. Э. Основные направления профилактики алкоголизма. М., 2007. — С. 12–15.
4. Мирошниченко Л. Д. Наркотики и наркомания. Энциклопедический словарь. — М. — ПЕРО-2014. — С. 115.
5. Наркомания: избавление от зависимости, лечение профилактика. Авт. — сост. В. И. Петров. — Мн.: современ. литератор, 1999 — с. 48–49.

## Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная проблема.

### Динамика распространения, возрастно-половые и региональные особенности, медицинские и социальные последствия

Калиева Алина Данияровна, студент;  
Мацибора Дарья Григорьевна, студент;  
Малина Екатерина Алексеевна, студент;  
Трацук Екатерина Дмитриевна, студент;  
Ширинова Лэйла Назимовна, студент

Научный руководитель: Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье анализируются медико-социальные аспекты алкоголизма, наркомании и токсикомании как значимых проблем общественного здоровья. Рассматриваются динамика распространения этих явлений, их возрастно-половые и ре-*

влияющие на здоровье населения и общество в целом. Эти явления имеют глобальный характер и требуют комплексного подхода к профилактике и лечению. Рост числа зависимых, особенно среди молодежи, вызывает тревогу. Увеличение случаев женского алкоголизма и наркомании также настораживает.

Региональные особенности распространения зависимостей важны: в развитых странах они связаны с высоким уровнем стресса, а в развивающихся — с доступностью дешевых наркотиков. В России значительная часть случаев связана с употреблением алкоголя низкого качества, что увеличивает риск медицинских осложнений.

Зависимость приводит к потере трудоспособности, экономическим потерям для семей и государства, а также к социальной изоляции, что усложняет реабилитацию. Для борьбы с этими проблемами необходимо объединение усилий государства, общества и медицинской системы. Важно развивать образовательные программы для молодежи, улучшать реабилитационные услуги и создавать условия для социальной адаптации. Ужесточение контроля над производством и продажей алкоголя и наркотиков также имеет большое значение.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания угрожают не только здоровью отдельных людей, но и благополучию общества. Решение этих проблем требует системного подхода, направленного на профилактику, лечение и реабилитацию для улучшения качества жизни.

гиональные особенности, а также медицинские и социальные последствия. Акцент сделан на необходимости комплексного подхода, включающего профилактические, лечебные и реабилитационные меры, а также правовое регулирование и участие общественных организаций в решении проблемы.

**Ключевые слова:** алкоголизм, наркомания, токсикомания, медико-социальная проблема, динамика, профилактика, реабилитация.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой одну из наиболее острых медико-социальных проблем современности. Эти явления связаны с хронической зависимостью от алкоголя, наркотических и токсических веществ, что приводит к глубоким изменениям в физическом и психическом состоянии человека. Алкоголизм характеризуется патологической тягой к алкоголю, утратой контроля над его употреблением и прогрессирующими изменениями в организме. Наркомания — это хроническое заболевание, связанное с неконтролируемым употреблением наркотических веществ, сопровождающееся развитием толерантности и абстинентного синдрома. Токсикомания, в свою очередь, связана с зависимостью от вдыхания токсических веществ, таких как клей, бензин или краски, что оказывает разрушительное воздействие на организм.

Медико-социальная значимость этих явлений обусловлена их масштабным распространением, влиянием на здоровье населения, экономическими потерями и разрушением социальной структуры общества. Употребление алкоголя, наркотиков и токсических веществ связано с высоким уровнем смертности, инвалидности и снижением трудоспособности. Эти зависимости не только ухудшают здоровье индивида, но и разрушают семьи, увеличивают преступность и способствуют экономическому упадку, создавая значительную нагрузку на систему здравоохранения и социальные институты [3].

Основными причинами развития зависимостей являются биологические, социальные и психологические факторы. Генетическая предрасположенность, особенности нейрохимических процессов в головном мозге, а также стрессовые ситуации, давление со стороны окружения, доступность алкоголя и наркотиков играют значительную роль в формировании зависимости. Немаловажным фактором является низкая осведомленность населения о последствиях употребления психоактивных веществ и отсутствие эффективных профилактических программ [1].

Современные тенденции распространения зависимостей демонстрируют рост числа случаев среди молодежи и подростков. Быстрая урбанизация, доступность психоактивных веществ и изменяющиеся социальные нормы способствуют этому процессу. Особое внимание привлекают возрастно-половые особенности: мужчины чаще страдают от алкоголизма, тогда как женщины более подвержены наркомании и токсикомании. Среди подростков и молодежи наблюдается стремительный рост употребления новых психоактивных веществ, что делает эту группу наиболее уязвимой [2].

Региональные различия в распространении зависимостей связаны с уровнем экономического развития, культурными традициями и доступностью веществ. В сельских районах чаще встречается алкоголизм, тогда как в крупных городах наблюдается высокий уровень наркомании. Урбанизация способствует увеличению стрессовых факторов, что, в свою очередь, стимулирует рост случаев зависимости. Культурные и религиозные аспекты также играют роль: в регионах с сильными традициями трезвости уровень потребления алкоголя и наркотиков значительно ниже.

Зависимости, такие как алкоголизм, наркомания и токсикомания, оказывают разрушительное влияние на физическое здоровье человека. Употребление алкоголя и наркотиков приводит к тяжелым соматическим заболеваниям, включая поражение печени (цирроз, гепатит), сердечно-сосудистые заболевания, нарушение функций почек и пищеварительной системы [5]. Наркомания особенно опасна развитием инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ и гепатиты, передающихся через нестерильные инструменты. Токсикомания вызывает острые и хронические отравления, приводя к поражению дыхательной и нервной систем. Помимо соматических заболеваний, зависимости провоцируют тяжелые психические расстройства, включая депрессию, психозы и когнитивные нарушения, которые значительно ухудшают качество жизни пациентов [5].

Смертность и инвалидизация являются прямыми последствиями зависимостей. Употребление алкоголя и наркотиков существенно увеличивает риск несчастных случаев, отравлений и передозировок. Хронические заболевания, связанные с зависимостями, часто приводят к утрате трудоспособности и инвалидности. Высокий уровень смертности среди зависимых лиц обуславливается не только физическими заболеваниями, но и суицидальными попытками, которые особенно часто встречаются среди людей с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ. Одной из серьезных проблем является диагностика и лечение зависимостей. Зачастую пациенты скрывают свое состояние, что затрудняет выявление заболевания на ранних стадиях. Лечение зависимостей требует комплексного подхода, включающего медикаментозную терапию, психотерапию и социальную реабилитацию. Однако доступность таких услуг, особенно в отдаленных регионах, остаётся ограниченной, что препятствует эффективной борьбе с этой проблемой [4].

Социальные аспекты зависимостей не менее значимы. Алкоголизм, наркомания и токсикомания разрушают семейные отношения, создавая атмосферу конфликта и не-

стабильности. Часто зависимые люди теряют работу, что приводит к ухудшению их финансового положения и увеличению нагрузки на социальные службы. Влияние зависимостей на общество проявляется в росте преступности и асоциального поведения [4]. Люди с зависимостями часто совершают правонарушения, включая кражи, насилие и распространение наркотиков, что усиливает криминогенную обстановку в обществе. Экономические последствия зависимостей значительны. Государство несет огромные расходы на лечение зависимых пациентов, содержание реабилитационных центров, борьбу с преступностью и профилактические меры. Кроме того, снижается производительность труда, а ранняя смертность уменьшает трудовые ресурсы, что отрицательно сказывается на экономическом развитии.

Меры профилактики, реабилитации и правового регулирования играют ключевую роль в снижении уровня распространенности зависимостей. Государственные и общественные организации занимаются разработкой и реализацией программ, направленных на информиро-

вание населения о вреде алкоголя, наркотиков и токсических веществ. Профилактика включает образовательные кампании, ограничение доступности психоактивных веществ и развитие здорового образа жизни. Реабилитационные подходы включают медицинскую помощь, социальную адаптацию и психологическую поддержку зависимых людей. Современные методы реабилитации направлены на восстановление утраченных социальных связей и трудовой активности, что позволяет интегрировать людей с зависимостями в общество [3].

Правовое регулирование также является важным элементом борьбы с зависимостями. Усиление контроля над оборотом алкоголя и наркотиков, повышение ответственности за распространение запрещённых веществ и развитие правовой базы для реабилитации и поддержки зависимых людей способствуют снижению распространённости этих явлений. Комплексный подход, сочетающий профилактику, лечение и правовое регулирование, является наиболее эффективным способом борьбы с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

#### Литература:

1. Алкоголизм и наркомания как медико-социальная проблема населения Российской Федерации // Международный студенческий научный вестник. — 2015. — № 2–2. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=13051>
2. Бузинов, Р. В. Социальные аспекты алкоголизма и наркомании / Р. В. Бузинов, Е. П. Кравцова. — М.: Медицина, 2019. — 245 с.
3. Каурина, А. В., Харитоновна, А. В., Поройский, С. В., Белецкая, А. А. Медицинские и социальные последствия наркомании и токсикомании.
4. Лихачёв, Ю. В. Наркомания и токсикомания: клинические и социальные аспекты / Ю. В. Лихачёв. — СПб: Эльби, 2021. — 312 с.
5. Силин, А. В. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем и наркотиками / А. В. Силин, Т. Н. Яковлева. — Екатеринбург: Уралпресс, 2020. — 198 с.

## Эпидемиология заболеваний щитовидной железы

Калинина Наталья Евгеньевна, студент;

Меркулова Дарья Федоровна, студент;

Русинкевич Вера Владимировна, студент;

Сагитова Маргарита Тимуровна, студент;

Туркпенбаева Альфира Руслановна, студент

Научный руководитель: Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

*Заболевания щитовидной железы являются одними из наиболее централизованных по степени влияния на организм, по распространенности это заболевания, напрямую связанные с йододефицитными регионами, к которым относится и Оренбургская область. Данное исследование рассматривает закономерности эпидемиологии заболеваний щитовидной железы, раскрывает основные факторы развития таких нарушений, как гипотиреоз, эндемический зоб, тиреотоксикоз, тиреоидит Хашимото. Анализируется взаимосвязь риска развития данных патологий и такими факторами, как возраст, пол, сопутствующие заболевания и психоэмоциональные аспекты образа жизни. Основным источником для изучения эпидемиологии является перечень клинических рекомендаций от 2020 года, подготовленного Российской ассоциацией эндокринологов и Российской ассоциацией врачей ультразвуковой диагностики. Заключение представляет собой профилактические рекомендации по снижению риска развития заболеваний щитовидной железы.*

**Ключевые слова:** щитовидная железа, эндокринные заболевания, эпидемиология, распространенность, йододефицитные регионы.

## Введение

Щитовидная железа — железа внутренней секреции, осуществляющая гуморальную регуляцию процессов обмена веществ, роста и развития организма. Так как гормоны (тироксин и кальцитонин) имеют множество органов-мишеней и целый спектр физиологических эффектов, нарушение секреции носит генерализованный характер, имеет различные клинические проявления и сложно поддается лечению. Основное воздействие на организм осуществляется через тироксин (тетрайодтиронин) и трийодтиронин: тиреоидные гормоны регулируют рост клеток (стимулирует транскрипцию, трансляцию) и пролиферацию тканей, способствуют их дифференцировке (в особенности тканей нервной и половой систем); регулируют белковый, углеводный, водно-солевой, жировой обмен веществ, увеличивают теплообразование и основной обмен энергии. Кальцитонин является антагонистом паратгормона и посредством изменения активности остеобластов и остеокластов понижает концентрацию ионов кальция в крови, что отражается не только на состоянии костей, но и ионном балансе и водно-солевом обмене. Таким образом, заболевания щитовидной железы чаще всего затрагивают метаболизм, теплообмен, активность нервной системы.

Необходимо отметить зависимость секреторной активности щитовидной железы от йода, поступающего в организм главным образом, с пищей либо из окружающей среды. Как правило, дефицит йода связан с особенностями места проживания человека, такими как удаленность от моря, старые почвы, горная местность, и несбалансированным рационом (морепродукты, ягоды и др.)

Йод — обязательный структурный компонент тиреоидных гормонов, и его низкое содержание в окружающей среде (воздух, почва, вода) и продуктах питания приводит к нарушению их синтеза и нормального функционирования организма.

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают важное место в эндокринологии, поскольку они затрагивают широкий спектр физиологических процессов в организме. Эти заболевания могут приводить к серьезным нарушениям обмена веществ, а также влиять на качество жизни пациентов. Важность изучения эпидемиологии заболеваний ЩЖ заключается в понимании их распространенности, факторов риска и методов профилактики.

Исследование эпидемиологии заболеваний щитовидной железы направлено на изучение их распространенности, факторов риска и эффективности лечения. Цель — разработать рекомендации по профилактике и лечению.

## Эпидемиология заболеваний (группы заболеваний или состояний) щитовидной железы

По данным ВОЗ, треть населения планеты, более 2 млрд человек находятся в условиях дефицита, в их числе 7 млн человек, у которых диагностирован эндемический зоб. Согласно клиническим рекомендациям, составленным Российской ассоциацией врачей — эндокринологов, на 2020 год в Российской Федерации не существует территорий, на которых население не подвергалось бы риску развития ЙДЗ.

Риск йододефицита для населения определяется по среднему содержанию йода в общем анализе мочи: район свободен от ЙД при значении концентрации йода, превышающем 100 мкг/л у населения. Чем обусловлена такая распространенность йододефицита? Потребление населением РФ в среднем намного ниже рекомендуемого (авторы приводят значение 40–80 мкг в сутки).

С этим связаны и высокие значения для широко распространенного в ряде областей, в том числе в Оренбургской области (особенно подвержены оказываются дети малонаселенных пунктов), эндемического зоба. В среднем в таких районах частота зоба у детей допубертатного возраста более 5%. Распространенность подвидов эндемического зоба, диффузного зоба, принимает значения от 5,2 до 70% [5,6,7].

Другой подвид заболевания, диффузный нетоксический (эутиреоидный) зоб, преимущественно встречается у детей, подростков и лиц молодого возраста. Более чем в 50% случаев он развивается до 20-летнего возраста, при этом количество зарегистрированных случаев у женщин в два-три раза больше, чем у мужчин. Риск развития заболевания резко возрастает в периоды повышенной потребности организма в йоде, и к таким периодам относят детский возраст, пубертат, беременность и лактацию у женщин [8].

Применение йодированной соли во многих случаях способно ликвидировать йодный дефицит. Для оценки степени тяжести ЙД и успеха профилактических программ обязателен к выполнению перечень четко спланированных репрезентативных популяционных исследований.

## Факторы возникновения заболеваний щитовидной железы.

Одним из основных факторов является пол. Женщины более подвержены заболеваниям щитовидной железы, чем мужчины, заболеваемость женщин в 2–3 раза выше. Во многом предрасположенность связана с женскими половыми гормонами, резкие циклические изменения гормонального фона определяют изменения метаболизма

и влияют на развитие патологий (напр. тиреоидита). Также, развитие заболеваний именно у женщин напрямую связано с беременностью, родами, лактацией и менопаузой, эти процессы оказывают сильный стресс на организм и приводят к большому риску возникновения патологий со стороны эндокринной системы.

Риск увеличивается с возрастом у взрослых людей, но наиболее высокая вероятность возникновения заболеваний щитовидной железы наблюдается в периоды быстрого роста и интенсивного обмена веществ — это, главным образом, детский возраст, половое созревание и возраст до 25 лет.

Семейная предрасположенность [9] играет важную роль для таких заболеваний, как аутоиммунный тиреоидит (тиреоидит Хашимото) и гипертиреоз Грейвса. Отдельное упоминание заслуживают экологические факторы: помимо дефицита йода, освещенного ранее, на щитовидную железу оказывает большое влияние радиация. Радиационноактивные частицы способны накапливаться в щитовидной железе, вследствие этого, помимо общего облучения, могут быть и отдаленные последствия для организма в целом, тяжелейшее течение лучевой болезни. Риск радиоактивного облучения также увеличивает вероятность возникновения патологий, передающихся по наследству.

Продолжаются исследования по изучению связи между заболеваниями щитовидной железы и другими системными заболеваниями, такими как диабет и сердечно-сосудистые заболевания.

### Профилактика заболеваний щитовидной железы.

Нормальным суточным содержанием йода в пище для йододефицитного региона являются следующие значения: 90 мкг/день (в возрасте 0–59 месяцев), 120 мкг/день (в возрасте 6–12 лет), 150 мкг/день для подростков и взрослых и 200 мкг/день для беременных и кормящих женщин, т.е. в периоды с повышенной пролиферативной активностью тканей, когда обычный пищевой рацион потребности в йоде восполнить не способен. Такие группы населения выделяют как группы риска и рекомендуют индивидуальную и групповую профилактику.

Профилактика в масштабе определенных групп повышенного риска по развитию заболеваний, связанных с дефицитом йода, осуществляется путем приема фармако-

логических средств, содержащих физиологическую дозу калия йодида.

Универсальным и эффективным способом профилактики населения всех возрастных групп является всеобщее йодирование соли, рекомендовано ВОЗ как максимально безопасный и доступный метод. Всеобщее йодирование соли означает, что практически вся соль для употребления человеком (т.е. продающаяся в магазинах и используемая в пищевой промышленности) должна быть йодирована.

Согласно постановлению главного санитарного врача, в РФ рекомендовано добавление в среднем 40+/-15 мг йода на кг соли. Йодирующая добавка — йодат калия.

Применение йодированной соли во многих случаях способно, если не ликвидировать, то предотвратить развитие йододефицитного состояния.

### Выводы

Заболевания щитовидной железы представляют собой одну из наиболее значительных проблем в области общественного здравоохранения. Эти расстройства, включая гипотиреоз, гипертиреоз и аутоиммунные тиреоидиты, затрагивают миллионы людей по всему миру. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, около 2 миллиардов человек страдают от дефицита йода, что непосредственно связано с развитием заболеваний щитовидной железы. Это подчеркивает важность профилактических мер, направленных на обеспечение достаточного уровня йода в рационе.

Профилактика заболеваний щитовидной железы включает обеспечение достаточного потребления йода через йодированную соль и другие источники. Образовательные инициативы, направленные на повышение осведомленности о симптомах заболеваний щитовидной железы, могут способствовать более раннему обращению за медицинской помощью и улучшению исходов лечения.

Эпидемиология заболеваний щитовидной железы подчеркивает многофакторный характер этих расстройств и необходимость комплексного подхода к их диагностике, лечению и профилактике. Для улучшения здоровья населения и снижения заболеваемости необходимо продолжать исследования, направленные на изучение влияния окружающей среды, генетических факторов и образа жизни на здоровье щитовидной железы.

### Литература:

1. Галкин А. А., Сафонова И. П., Карева Ю. Ю. Влияние физической культуры и спорта на стрессоустойчивость // OlymPlus (Гуманитарная версия): международный научно-практический журнал. 2022. № 2 (15). С. 30–34. doi:10.46554/OlymPlus.2022.2(15).pp.30.
2. Клинические рекомендации Заболевания и состояния, связанные с дефицитом йода. 2020 Разработчик клинической рекомендации: Российская ассоциация эндокринологов Российская ассоциация врачей ультразвуковой диагностики
3. Шабанова Н. С., Удалов М. О., Вейцман И. А. Роль дефицита йода в патогенезе щитовидной железы // Бюллетень медицинской науки № 4 (16) 2019. АГМУ, г. Барнаул. 2019.

4. Трошина Е. А., Платонова Н.М., Панфилова Е. А., Панфилов К. О. Аналитический обзор по результатам мониторинга основных эпидемиологических характеристик йододефицитных заболеваний у населения Российской Федерации за период 2009–2015 гг. Проблемы эндокринологии. 2018; 64(1):21–37.
5. Малиевский О. А. Диффузный нетоксический зоб у детей в Республике Башкортостан: распространенность, структура, лечение, профилактика. Докторская диссертация. 2001.
6. Кичикова Ж. Д. Клинико-морфологические особенности эндемического зоба у жителей Калмыкии. Кандидатская диссертация. 2002.
7. Свиначев М. Ю. Эндемический зоб и некоторые показатели антитиреоидного аутоиммунитета (по материалам обследования детей Хвалынского района Саратовской области). Кандидатская диссертация. 1995.
8. Walker S. P., Wachs T. D., Gardner J. M., et al. International Child Development Steering Group. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. Lancet 2007; 369: 145–57.
9. Вовк О. А., Купша Е. И. Механизм влияния генетических факторов на развитие аутоиммунных заболеваний щитовидной железы // Международный студенческий научный вестник. — 2018. — № 6.;
10. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=19314> (дата обращения: 14.01.2025).

## Перспективы использования метабитиков при лечении заболеваний полости рта

Кидяев Сергей Николаевич, кандидат технических наук, доцент;  
Литвинова Елена Викторовна, доктор технических наук, профессор  
Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ) (г. Москва)

Дыбова Екатерина Валерьевна, старший преподаватель  
Медицинский университет «РЕАВИЗ» (г. Москва)

*В современной стоматологии на сегодняшний день одной из важных задач является лечение пациентов с использованием методов, которые позволяют применять их в практике для эффективного лечения и длительности сроков ремиссии. Поэтому в настоящей статье рассмотрены подходы в лечении патологий полости рта с использованием методов биотехнологии.*

**Ключевые слова:** метабитики, пробиотики, заболевания полости рта.

## Prospects of using metabiotics in the treatment of oral diseases

Kidyayev Sergey Nikolaevich, candidate of technical sciences, associate professor;  
Litvinova Elena Viktorovna, doctor of technical sciences, professor  
Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH) (Moscow)

Dybova Ekaterina Valeryevna, senior teacher  
Medical University «REAVIZ» (Moscow)

*Today, one of the important tasks in modern dentistry is to treat patients using methods that allow them to be applied in practice for effective treatment and duration of remission. Therefore, this article discusses approaches in the treatment of oral pathologies using biotechnology methods.*

**Keywords:** metabiotic, probiotics, oral diseases.

### Введение

Организм человека представляет собой «суперорганизм», симбиотическое сообщество многочисленных эукариотических, прокариотических клеток, включая архибактерии и вирусы. Метагеном этого суперорганизма состоит из генов, собственно, *Homo sapiens* и генов (микробиом), присутствующих в геномах микроорганизмов, колонизирующих его тело [1].

Термин «пробиотик» (от лат. pro bio — для жизни) как антоним названия «антибиотик» был предложен немецким бактериологом и гигиенистом Вернером Коллатом (Werner Kollath, 1892–1970) в 1953 г. [4]. В 1989 г. R. Fuller сформулировал определение понятия «пробиотик» как «живая микробная кормовая добавка, которая оказывает полезное действие на животного-хозяина путем улучшения его кишечного микробного баланса» [2]. Пробиотики, живые микроорганизмы, оказывают положительное

влияние на здоровье человека, помогая поддерживать баланс кишечной микробиоты, подавлять патогенные микробы и стимулировать иммунную систему.

Пробиотики классифицируются Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA) как безопасные вещества (GRAS). Основными представителями пробиотиков являются бактерии рода *Enterococcus*, *Escherichia*, *Bacillus*, *Coprococcus*, *Bacteroides*, *Lactobacillus* и *Bifidobacterium*.

Кроме того, в группу пробиотиков входят также дрожжи и грибы, такие как:

- *Saccharomyces cerevisiae*
- *Aspergillus niger*
- *Aspergillus oryzae*
- *Sochromyces boulardii*

Эти микроорганизмы обладают способностью благоприятно влиять на здоровье, поддерживая баланс микрофлоры кишечника и улучшая пищеварение.

В 1990-х годах ученые установили, что через слизистую оболочку полости рта могут легко проникать различные микроорганизмы, фрагменты их клеток, коллоидные частицы, гранулы пищевого крахмала и другие вещества, сопоставимые по размеру с клетками бактерий или меньшие. Благодаря современным методам хроматографии и масс-спектрометрии, многие из этих низкомолекулярных частиц и молекул можно легко обнаружить в крови, моче и других биологических жидкостях человека. Их присутствие в этих жидкостях может быть обнаружено уже через несколько минут после орального введения индикаторных соединений или микроорганизмов. Пробиотики действительно оказывают значительное влияние на организм как в живом, так и в убитом состоянии. Исследования показывают, что даже после нагревания или облучения они могут оказывать положительное воздействие на здоровье [3].

Транслокация пробиотических бактерий и их метаболитов через кишечный барьер является нормальным физиологическим процессом, который может способствовать улучшению иммунной реакции и поддержанию здоровья кишечника. Важными являются также низкомолекулярные соединения, возникающие в результате взаимодействия пробиотиков с клетками организма и другими микробами в кишечнике.

Таким образом, пробиотики играют различные роли в поддержании гомеостаза и здоровья, и их использование, как в живом виде, так и в формах после термической обработки, может благотворно сказываться на состоянии организма человека.

Метабиотики — продукты метаболизма или структурные компоненты пробиотических микроорганизмов. Метабиотики обладают многочисленными полезными свойствами, такими как иммуномодулирующие, антимутагенные, антипролиферативные, противовоспалительные, антиапоптотические и гипотензивные действия. Они также снижают окислительный стресс, регулируют кровяное давление и поддерживают гомеостаз кишечника. Метабиотики оказывают своё воздействие через различные

биохимические и молекулярные механизмы, включая метилирование ДНК, фосфорилирование, ацетилирование гистонов, биотинилирование, РНК-интерференцию и эпигенетические модификации при участии ферментов, таких как ацетилтрансферазы, деацетилазы, метилтрансферазы и фосфотрансферазы. Эти процессы играют ключевую роль в регуляции экспрессии генов и влиянии на многие физиологические функции организма.

Метабиотики могут доставляться к месту своего действия посредством уникальных переносчиков, параклеточного транспорта, а также активно или пассивно проникать через эпителиальный барьер. Это обеспечивает их эффективное воздействие на организм, позволяя модифицировать регуляцию экспрессии генов и влиять на развитие клеток и тканей, что, в свою очередь, оказывает значительное влияние на здоровье и качество жизни человека [5].

В последнее десятилетие на рынки ряда стран, включая Российскую Федерацию, уже выведены некоторые метабиотики. Данные продукты производятся с использованием природных или искусственных биоактивных молекул, которые схожи или идентичны тем, что вырабатываются нормальной микробиотой человека [6].

### Применение метабиотиков в стоматологической практике

Метабиотики продемонстрировали свою лечебно-профилактическую эффективность при ряде инфекционных и метаболических заболеваний. Это открытие открывает новые перспективы в области здравоохранения, предлагая альтернативные и дополнительно эффективные методы лечения различных состояний и заболеваний, связанных с дисбалансом микрофлоры и метаболизмом.

В последнее время проведенные исследования убедительно показали взаимосвязь между развитием пародонтита и общесистемными заболеваниями, такими как атеросклероз, сахарный диабет, гиперлипидемия и патологии почек, а также в период беременности. Это свидетельствует о том, что существует критическая необходимость в разработке безопасных и естественных лекарственных средств, которые не будут оказывать побочных эффектов и усугублять состояние подавленной иммунной системы.

Новые подходы к лечению пародонтита должны учитывать существующие системные заболевания и обеспечивать поддержку иммунной системы, что особенно важно для пациентов с сопутствующими патологиями. Научные исследования в этой области открывают возможности для создания эффективных и безопасных терапевтических решений.

Учёные компании «ВедаГенетика» разработали линейку биотических препаратов нового поколения, которые направлены на снижение токсических эффектов антибиотикотерапии и восстановление микробиоты. Одним из таких препаратов является метабиотик, который выпускается в форме спрея. Этот спрей распыляется непосредственно на слизистую полости рта, что позволяет эф-

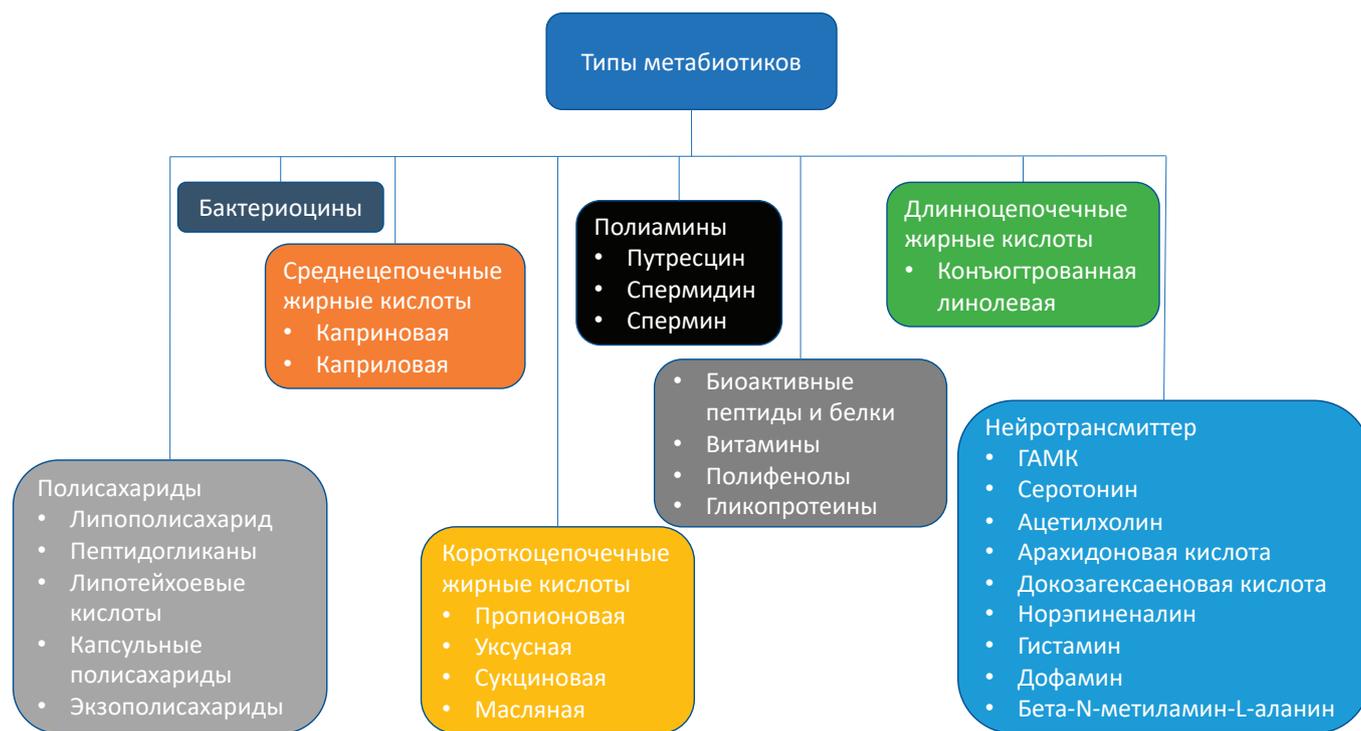


Рис. 1. Различные типы метабитиков

эффективно воздействовать на микробиоту и способствует восстановлению естественного баланса в организме.

Учёные предположили, что восстанавливая микрофлору кишечника и одновременно воздействуя на микрофлору полости рта, можно предоставить стоматологам «мощнейший реабилитационный фактор». Это может улучшить результаты лечения в ряде случаев, обеспечивая комплексный подход к восстановлению здоровья пациентов. Таким образом, использование метабитиков может стать важным дополнением к традиционной лечению в стоматологии и помочь восстановить естественный баланс микробиоты.

### Заключение

Таким образом, метабитики действительно являются специфической альтернативой антибиотикам, так

как они воздействуют на вирулентные микроорганизмы, при этом не вызывая сильных иммунных реакций. Их основное преимущество заключается в том, что они представляют собой компоненты собственной резидентной микрофлоры организма, что снижает риск побочных эффектов.

С учётом быстрого развития технологий и интеграции таких областей, как биофизика и молекулярная биология, метабитики могут стать ключевым игроком в лечении различных заболеваний, предоставляя эффективную терапию с минимизацией нежелательных последствий для организма.

Литературные данные показывают, что внедрение метабитиков в стоматологическую практику не получает еще широкого распространения ввиду отсутствия больших рандомизированных исследований, что является перспективным вектором для научной реализации.

### Литература:

1. Ардатская, М.Д. (2017). Метабиотики как естественное развитие пробиотической концепции/ М. Д. Ардатская, Л. Г. Столярова, Е. В. Архипова, О. Ю. Филимонова// Трудный пациент, № 15 (6–7), с. 35–39.
2. Митронин А. В. (2013). Применение пробиотиков в лечении патологии тканей ротовой полости/ А. В. Митронин, Т. П. Вавилова, О. А. Перевощикова, И. Г. Островская// Российская стоматология. 2013, № 6(2), с. 13–19.
3. Шендеров Б. А. (2017) Метабиотики: вчера, сегодня, завтра/Б. А. Шендеров, А. В. Сеница, М. М. Захарченко// — СПб.: Крафт, 2017–80 с.
4. Biswas, I.; Das Mohapatra, P. K. Recent Advancement in Metabiotics: A Consortium with Bioactive Molecules after Fermentation by Probiotic Bacteria with Multidisciplinary Application Potential and Future Solution in Health Sector. Bioresour. Technol. Rep. 2023, 23, 101583. <https://doi.org/10.1016/j.biteb.2023.101583>.
5. Ott, L. C.; Mellata, M. Short-Chain Fatty Acids Inhibit Bacterial Plasmid Transfer through Conjugation in Vitro and in Ex Vivo Chicken Tissue Explants. Front. Microbiol. 2024, 15. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2024.1414401>.

6. Rudrapal, M.; Rakshit, G.; Singh, R.; Garse, S.; Khan, J.; Chakraborty, S. Dietary Polyphenols: Review on Chemistry/Sources, Bioavailability/Metabolism, Antioxidant Effects, and Their Role in Disease Management. *Antioxidants* 2024, 13. <https://doi.org/10.3390/antiox13040429>.

## Алкоголизм, токсикомания, наркомания: региональные особенности

Колесникова Виктория Валентиновна, студент;

Нифталиева Айтач Ризван кызы, студент;

Алексеева Ольга Андреевна, студент;

Макарова Дарья Станиславовна, студент

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

Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье рассматривается алкоголизм, наркомания и токсикомания как важная медико-социальная проблема, показана связь зависимостей с региональными особенностями.*

**Ключевые слова:** *алкоголизм, наркомания, токсикомания, региональные особенности, медико-социальные последствия.*

**А**ктуальность. В последние десятилетия отмечается неравномерное распространение алкоголизма, наркомании и токсикомании, связанное с возрастными, половыми и региональными особенностями. Молодежь и подростки становятся наиболее уязвимыми группами, что обусловлено доступностью веществ, социальной нестабильностью и недостаточной профилактической работой.

**Цель работы.** Изучить влияния алкоголизма, наркомании и токсикомании на медико-социальную ситуацию, региональные особенности, сделать выводы

**Задачи работы.** Изложить кратко о медицинских и социальных последствиях зависимости, влияния региональных особенностей на динамику, сделать выводы

### Вступление

Алкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой одни из самых значительных медико-социальных проблем современного общества. Проблема алкоголизма, наркомании и токсикомании имеет как медицинское, так и социальное измерение. С медицинской точки зрения, хроническая интоксикация приводит к необратимым изменениям в организме, включая поражение печени, сердечно-сосудистой системы, мозга и других органов. Нарушения психического состояния, такие как депрессия, тревожные расстройства и когнитивные нарушения, существенно ухудшают качество жизни и требуют длительного лечения. Социальные последствия включают утрату профессиональных навыков, деструкцию семейных связей, снижение уровня образования и культурного развития.

### Региональные особенности

Региональные особенности и динамика распространения зависимостей в России имеют значительные раз-

личия, обусловленные разнообразными факторами, такими как уровень урбанизации, экономическое развитие, климатические условия и доступность медицинской помощи. В мегаполисах уровень зависимости, как правило, выше, чем в сельских регионах, что связано с более высокой доступностью алкоголя и наркотиков, интенсивным ритмом жизни, социальным давлением и повышенной стрессовой нагрузкой. Городская среда также способствует формированию субкультур, в которых употребление психоактивных веществ становится нормой, особенно среди молодежи. В сельских же районах проблемы алкоголизма и токсикомании чаще связаны с бедностью, низким уровнем образования и отсутствием культурного досуга, что усиливает склонность к злоупотреблению веществами в качестве способа проведения времени. Анализ статистики зависимости в регионах России показывает, что тенденции распространения алкоголизма, наркомании и токсикомании варьируются в зависимости от местных условий. Например, в экономически развитых регионах уровень зависимости может снижаться благодаря активной профилактической работе и доступности реабилитационных центров. В то же время в депрессивных регионах статистика демонстрирует рост числа зависимых, что требует принятия срочных мер по улучшению ситуации.

В течение 12 месяцев 2023 года в медицинских органах Оренбургской области зарегистрирован 2121 потребитель наркотиков, также 685 потребителей наркотиков в федеральном казенном учреждении здравоохранения «Медико-санитарная часть № 56 Федеральной службы исполнения наказаний» (далее — ФКУЗ МСЧ-56 ФСИН).

Выше областного показателя (6,8) распространенность наркомании в 2023 году отмечается в городах Орске (12,7 на 10 тыс. населения), Оренбурге — 2 в расчете на 10 тыс. населения).

Распространенность наркомании в 2023 году среди жителей г. Оренбурга в возрасте 15–17 лет отсутствует (2022 год — 0). Общий показатель распространенности наркомании среди несовершеннолетних в возрасте 15–17 лет в Оренбургской области за январь — декабрь 2023 года составил 0,33 (2022 год — 0,32) в расчете на 10 тыс. населения.

В 2023 году отмечено снижение количества лиц с диагнозом «наркомания», которым данный диагноз установлен впервые в жизни, на 25,0%. Значительная часть потребителей наркотиков — это жители региона в возрасте от 20 до 39 лет.

По данным Росстата «Здравоохранение в России — 2023» с 2010 по 2021 гг. число людей, страдающих алкогольной зависимостью, сократилось со 100 тыс. до 53 тыс. человек, такая тенденция характерна и для Оренбургской области. За исследуемый период показатель в регионе уменьшился с 91 до 47,7 на 100 тыс., средний показатель составил 50,2 на 100 тыс. населения.

### **Социальные и медицинские последствия алкоголизма, токсикомании и наркомании**

Социальные последствия зависимости охватывают широкий спектр негативных явлений, затрагивающих как индивидуальную жизнь, так и функционирование общества в целом. Одним из наиболее ощутимых последствий является рост преступности и правонарушений, вызванных необходимостью финансирования пагубной привычки, а также снижением моральных и этических барьеров.

Употребление токсических веществ, характерное для токсикомании, вызывает хронические отравления, которые в свою очередь приводят к поражению органов дыхания, почек, печени и костного мозга. Хронические заболевания, такие как ВИЧ и гепатиты В и С, часто встречаются у наркозависимых, что связано с использованием нестерильных инъекционных инструментов. Кроме того, хроническая интоксикация, вызванная алкоголем, наркотиками или токсическими веществами, зна-

чительно ослабляет иммунную систему, повышая восприимчивость к инфекциям, в том числе туберкулезу и пневмонии. Особенности психосоматических расстройств при зависимости включают психосоматическую гипертензию, язвенную болезнь и астматические состояния, которые требуют комплексного подхода к лечению и реабилитации. Психические расстройства являются неотъемлемой частью медицинских последствий зависимостей, усугубляя как личностные, так и социальные проблемы пациентов.

### **Заключение**

Алкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой одну из самых острых медико-социальных проблем современного общества, оказывая значительное влияние на здоровье населения, социальную стабильность и экономическое развитие. Региональные особенности также играют ключевую роль в формировании зависимости. В мегаполисах высокий уровень стресса и доступность наркотиков способствуют увеличению числа зависимых, тогда как в сельских регионах проблема усугубляется ограниченным доступом к медицинской помощи и недостатком образовательных мероприятий. Климатические, этнические и экономические факторы вносят свой вклад в характер распространения зависимости в разных частях страны. Медицинские последствия зависимости включают серьезные поражения внутренних органов, таких как печень, сердечно-сосудистая система и центральная нервная система, а также высокий риск инфекционных заболеваний, включая ВИЧ и гепатиты. Социальные последствия проявляются в росте преступности, разрушении семейных связей, утрате трудоспособности и увеличении экономического ущерба.

Для борьбы с зависимостями в России разрабатываются программы профилактики, направленные на молодежь, создание реабилитационных центров, внедрение современных методов лечения и пропаганда здорового образа жизни.

### **Литература:**

1. Алексеев, Д. П. Медицинские и социальные аспекты алкоголизма в России / Д. П. Алексеев // «Социальное здоровье». — 2021. — Т. 12, № 3. — С. 45–56.
2. Борисова, И. В. Наркомания и токсикомания: медико-социальные последствия и стратегии профилактики / И. В. Борисова, А. Ю. Тихонов // «Здравоохранение и общество». — 2020. — Т. 15, № 2. — С. 89–101.
3. Ефремова, Н. А. Региональные различия распространения алкоголизма и наркомании в России / Н. А. Ефремова // «Медико-социальные исследования». — 2022. — Т. 18, № 4. — С. 32–46.
4. Кузнецов, В. С. Психические расстройства при хронической интоксикации: диагностика и лечение / В. С. Кузнецов // «Психология и медицина». — 2023. — Т. 9, № 1. — С. 12–24.
5. Сидоров, М. П. Социальная адаптация зависимых: современные подходы и практики / М. П. Сидоров // «Социальная работа в здравоохранении». — 2021. — Т. 11, № 2. — С. 58–73.

## Медико-социальные аспекты инфекций, передаваемых половым путем. Распространенность, структура, динамика ИППП

Кондратов Никита Александрович, студент;

Макарцев Арсений Олегович, студент;

Поляков Денис Андреевич, студент;

Сафиуллина Алина Сиреневна, студент

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

*Ключевые слова:* инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), заболеваемость, социально-экономические факторы, профилактика, медико-социальная проблема, информированность населения, диагностика, лечение, динамика ИППП, структура заболеваемости, факторы риска, молодежь, информационные кампании, эпидемиология, здоровье населения.

### Введение

#### Актуальность исследования

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), представляют собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современности. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется более 374 миллионов новых случаев ИППП, что свидетельствует о широком распространении данной патологии [1]. Высокая заболеваемость ИППП приводит к тяжелым медицинским последствиям, включая бесплодие, осложнения беременности и повышенный риск инфицирования ВИЧ.

Изменения в образе жизни населения, миграционные процессы и недостаточная осведомленность о мерах профилактики усугубляют эпидемиологическую ситуацию. В условиях роста числа инфекций актуальность комплексного изучения ИППП, их динамики и факторов, влияющих на их распространенность, возрастает.

#### Обоснование выбора темы

Выбор темы исследования обусловлен острой необходимостью разработки эффективных мер профилактики, учитывающих как медицинские, так и социальные аспекты проблемы. Несмотря на существование различных программ и стратегий, заболеваемость ИППП продолжает расти, что свидетельствует о недостаточной эффективности текущих мер. Анализ структуры, динамики и факторов, влияющих на заболеваемость, может стать основой для улучшения профилактических мероприятий.

#### Цель исследования

Анализ распространенности, структуры и динамики ИППП как медико-социальной проблемы

### Задачи исследования

- Оценить уровень заболеваемости ИППП в различных возрастных группах и регионах.
- Проанализировать структуру основных ИППП (гонорея, сифилис, хламидиоз и др.).
- Изучить динамику изменений в показателях заболеваемости за последние годы.
- Выявить факторы, способствующие росту или снижению заболеваемости.
- Предложить рекомендации по профилактике и снижению распространенности ИППП.

### Гипотезы исследования

Исследование опирается на три ключевые гипотезы, каждая из которых подчеркивает важность комплексного подхода к проблеме ИППП.

#### Уровень заболеваемости ИППП коррелирует с социально-экономическими факторами

Социально-экономические условия, включая уровень доходов, доступность медицинской помощи и образования, оказывают значительное влияние на распространенность ИППП. В регионах с низким уровнем жизни наблюдается более высокий уровень заболеваемости, что связано с ограниченным доступом к профилактическим мероприятиям и медицинским услугам.

#### Недостаточная информированность населения способствует росту заболеваемости

Недостаточный уровень знаний о путях передачи и мерах профилактики ИППП является одной из основных причин их распространения. Особенно уязвимы молодежь и социально неблагополучные группы, которые

часто не осведомлены о необходимости регулярного обследования и безопасного поведения.

### **Современные профилактические меры могут существенно снизить распространенность ИППП**

Инновационные подходы в области диагностики, лечения и просвещения способны значительно сократить уровень заболеваемости. Программы, направленные на раннее выявление и лечение ИППП, а также массовые информационные кампании, показывают высокую эффективность в снижении числа случаев заражения.

#### **Материалы и методы исследования**

##### *Материалы исследования*

- Статистические отчеты ВОЗ, Министерства здравоохранения и региональных медицинских учреждений.
- Медицинские архивы и данные эпидемиологических исследований.
- Результаты социологических опросов, направленных на оценку уровня осведомленности населения о профилактике ИППП.

##### *Методы исследования*

- Анализ статистических данных
- Синтез
- Обобщение

#### **Основная часть**

##### *1. Распространенность ИППП*

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), представляют собой серьезную проблему общественного здоровья. Ежегодно регистрируется более 374 миллионов новых случаев таких инфекций, как хламидиоз, гонорея, сифилис и трихомониаз. По данным Всемирной организации здравоохранения [1], наибольшая распространенность этих заболеваний отмечается в странах с низким уровнем дохода, где доступ к медицинской помощи и профилактическим мерам остается ограниченным.

Возрастной анализ заболеваемости демонстрирует, что основной группой риска являются молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет. Например, по данным Республиканского научно-практического центра психического здоровья [2], в этой возрастной группе отмечается высокий уровень заболеваемости из-за недостатка знаний о путях передачи ИППП и низкой доступности профилактических мероприятий.

Половые различия в распространенности также имеют важное значение. Например, в данных Гемотеста [3] указывается, что у женщин чаще выявляются бессимптомные формы ИППП. Это связано с особенностями анатомии

женской репродуктивной системы, что усложняет своевременную диагностику.

Географический анализ показывает, что в странах СНГ заболеваемость сифилисом и гонореей снизилась. Например, данные Минского городского клинического кожно-венерологического диспансера указывают на эффективную профилактическую работу среди населения [7].

##### *2. Структура ИППП*

Основными инфекциями, передаваемыми половым путем, остаются хламидиоз, гонорея, сифилис и трихомониаз. По данным ВОЗ [1], эти заболевания составляют более 90% от общего числа зарегистрированных случаев ИППП. В то же время отмечается рост случаев вирусных инфекций, таких как герпес и папилломавирус человека.

Клинические и эпидемиологические особенности различных ИППП зависят от возбудителя. Например, гонорея проявляется в основном острыми симптомами, тогда как сифилис может длительное время протекать скрытно. В отчете Life4me+ [4] подчеркивается значимость ранней диагностики и лечения, так как это позволяет предотвратить серьезные осложнения и дальнейшее распространение инфекций.

Данные Министерства здравоохранения Российской Федерации [5] акцентируют внимание на необходимости своевременной диагностики и применения современных методов лечения для снижения заболеваемости и профилактики осложнений.

##### *3. Динамика ИППП*

Анализ изменений показателей заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), за последние 5–10 лет показывает, что ситуация остается неоднородной. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения [1], ежегодно в мире регистрируется более 374 миллионов новых случаев основных ИППП. Несмотря на глобальные усилия по профилактике, в ряде регионов, включая развивающиеся страны, отмечается рост заболеваемости. Например, в статье ВОЗ [6] подчеркивается необходимость модернизации систем диагностики, что влияет на выявляемость и учет данных.

В то же время в странах СНГ, таких как Россия и Беларусь, наблюдается постепенное снижение заболеваемости сифилисом и гонореей благодаря внедрению профилактических программ. Например, данные Минского городского клинического кожно-венерологического диспансера [7] свидетельствуют, что профилактические мероприятия, такие как скрининговые программы, существенно способствуют снижению заболеваемости.

Социальные и экономические факторы оказывают значительное влияние на динамику ИППП. Например, высокий уровень безработицы, миграция населения, недостаток сексуального просвещения и низкая доступность медицинских услуг в некоторых регионах являются фак-

торами риска. В статье Life4me+ [4] подчеркивается, что экономическая нестабильность увеличивает риск распространения ИППП за счет сокращения финансирования программ профилактики.

#### 4. Медико-социальные аспекты

ИППП оказывают значительное влияние на здоровье населения. Например, сифилис, гонорея и хламидиоз без лечения могут вызывать серьезные осложнения, такие как бесплодие, воспалительные заболевания органов малого таза, хронические боли и повышенный риск передачи ВИЧ-инфекции. Данные Министерства здравоохранения Российской Федерации [5] подчеркивают необходимость своевременного лечения для минимизации этих последствий.

Социальные последствия высокой заболеваемости включают рост затрат на здравоохранение, снижение производительности труда и ухудшение качества жизни пациентов. В статье Республиканского научно-практического центра психического здоровья [2] отмечается, что ИППП являются фактором социальной дезадаптации, особенно у молодежи, из-за стигматизации и дискриминации.

#### 5. Профилактика и меры борьбы

##### Существующие программы профилактики

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), занимает центральное место в стратегиях здравоохранения многих стран. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала глобальные стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ, вирусным гепатитам и ИППП на 2022–2030 гг. [8]. Данные стратегии включают укрепление первичной профилактики, доступность тестирования и лечения, а также интеграцию профилактических программ в существующие системы здравоохранения.

На национальном уровне профилактические мероприятия представлены широким спектром инициатив. Например, в России Министерство здравоохранения реализует программы, направленные на повышение осведомленности о методах профилактики ИППП, а также на доступность диагностики и лечения [5]

##### *Эффективность современных методов лечения и профилактики*

Современные подходы к профилактике и лечению ИППП базируются на научно обоснованных рекомендациях. ВОЗ подчеркивает, что основными элементами профилактики являются использование барьерных методов контрацепции, скрининг на ИППП, вакцинация против ВПЧ и гепатита В, а также раннее лечение инфицированных лиц [6].

Медицинские исследования показывают, что своевременное тестирование и лечение значительно сокращают риск осложнений и предотвращают распространение инфекций. Например, внедрение инновационных тестов на основе молекулярной диагностики, рекомендованных ВОЗ [6], позволяет быстрее и точнее выявлять инфекции, что повышает эффективность терапии.

##### *Предложения по улучшению информирования и профилактики*

Для повышения эффективности профилактических программ необходимо уделить внимание следующим аспектам:

1. **Увеличение уровня информированности населения.** Согласно Республиканскому научно-практическому центру психического здоровья, информационные кампании, проводимые в рамках Дня профилактики ИППП, оказывают значительное влияние на снижение заболеваемости [2].

2. **Расширение доступа к медицинским услугам.** Обеспечение бесплатного тестирования и лечения для уязвимых групп населения должно стать приоритетом. ВОЗ отмечает, что экономическая доступность медицинских услуг играет важную роль в борьбе с ИППП («Глобальные стратегии сектора здравоохранения» [8]).

3. **Повышение квалификации медицинских специалистов.** Необходимость внедрения передовых методов диагностики и лечения подчеркивается в публикации Национального института здоровья США [9].

4. **Сексуальное просвещение молодежи.** Образовательные программы, включающие информацию о безопасных сексуальных практиках и профилактике ИППП, должны стать неотъемлемой частью школьной программы, как отмечено в статье Life4me+ [4].

#### Заключение

##### *Выводы по итогам исследования*

Анализ динамики, структуры и факторов распространенности инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), подтвердил их высокую актуальность как медико-социальной проблемы. Выявлено, что:

— За последние 5–10 лет сохраняется устойчивый уровень заболеваемости ИППП, с некоторыми регионами, демонстрирующими рост числа случаев.

— Основными заболеваниями остаются гонорея, сифилис и хламидиоз, которые занимают значительную долю в общей структуре ИППП.

— Среди факторов, способствующих распространению ИППП, выделяются недостаточная информированность населения, низкий уровень профилактики и социально-экономические трудности.

— Современные меры профилактики и лечения показывают умеренную эффективность, однако их внедрение

требует усиления координации на уровне системы здравоохранения.

Данное исследование подтвердило гипотезу о том, что социально-экономические факторы и недостаточная ос-

ведомленность населения играют ключевую роль в росте заболеваемости. При этом внедрение современных профилактических мер может существенно улучшить ситуацию.

#### Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) // [Электронный ресурс].— Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-%28stis%29>, свободный.— (Дата обращения: 14.01.2025).
2. Республиканский научно-практический центр психического здоровья. 16 февраля 2023 год — День профилактики инфекций, передающихся половым путем // [Электронный ресурс].— Режим доступа: <https://mental-health.by/16-fevralja-2023-god-den-profilaktiki-infekcij-peredajushhiesja-polovym-putem/>, свободный.— (Дата обращения: 14.01.2025).
3. Гемотест. Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП/ИППП) // [Электронный ресурс].— Режим доступа: <https://gemotest.ru/info/spravochnik/zabolevaniya/zabolevaniya-peredayushchiesya-polovym-putem-zppp-ipp/>, свободный.— (Дата обращения: 14.01.2025).
4. Life4me+. ВОЗ опубликовала отчет о ВИЧ, ИППП и гепатитах // [Электронный ресурс].— Режим доступа: <https://life4me.plus/ru/news/voz-12259/>, свободный.— (Дата обращения: 14.01.2025).
5. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации по диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путем // [Электронный ресурс].— Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025>, свободный.— (Дата обращения: 14.01.2025).
6. Всемирная организация здравоохранения. ВОЗ выпускает новое руководство по повышению эффективности тестирования и диагностики при инфекциях, передаваемых половым путем // [Электронный ресурс].— Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news/item/24-07-2023-who-releases-new-guidance-to-improve-testing-and-diagnosis-of-sexually-transmitted-infections>, свободный.— (Дата обращения: 14.01.2025).
7. Минский городской клинический кожно-венерологический диспансер. 19 февраля 2023 День профилактики инфекций, передающихся половым путем // [Электронный ресурс].— Режим доступа: <https://kvd.by/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8-%D0%B8-%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8B/%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%B%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%B8%D0%BF%D0%BF%D0%BF/document-157743.html>, свободный.— (Дата обращения: 14.01.2025).
8. Всемирная организация здравоохранения. Глобальные стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, на 2022–2030 гг. // [Электронный ресурс].— Режим доступа: <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240053779>, свободный.— (Дата обращения: 14.01.2025).
9. Национальный институт здоровья США. Инфекции, передаваемые половым путем: руководство для медицинских специалистов // [Электронный ресурс].— Режим доступа: <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/stds>, свободный.— (Дата обращения: 14.01.2025).

## Факторы, влияющие на рождаемость в современной России

Костюкова Виктория Викторовна, студент;

Медведева Евгения Сергеевна, студент;

Первицкая Алёна Вячеславовна, студент;

Сагандыкова Даяна Куанышовна, студент

Научный руководитель: Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент

Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье подробно анализируются факторы, оказывающие влияние на уровень рождаемости в современной России. Рассматриваются ключевые социально-экономические, культурные и демографические аспекты, формирующие репродуктивное поведение населения. Особое внимание уделено таким аспектам, как влияние государственной политики, направленной на поддержку семей с детьми, изменение ценностных ориентаций общества, а также воздействие миграционных процессов на демографическую ситуацию. Кроме того, проводится анализ региональных различий в показателях*

рождаемости, их взаимосвязи с уровнем жизни, доступностью социальной и медицинской инфраструктуры, а также эффектов, связанных с политикой стимулирования рождаемости.

**Ключевые слова:** рождаемость, демография, социально-экономические факторы, поддержка семей, миграция, региональные различия, социальная политика.

Рождаемость — это один из ключевых показателей демографической ситуации в любой стране, включая Россию. На уровень рождаемости в современной России влияет множество факторов, среди которых можно выделить социально-экономические, культурные и демографические аспекты. Их изучение позволяет понять сложную взаимосвязь между различными процессами в обществе и репродуктивным поведением населения.

Социально-экономические факторы играют одну из центральных ролей в формировании уровня рождаемости. Экономическая стабильность семьи, уровень доходов, наличие работы и доступ к качественному жилью — все это оказывает значительное влияние на принятие решения о рождении детей. В современной России введены меры государственной поддержки, направленные на улучшение материального положения семей с детьми. Среди них можно выделить выплаты материнского капитала, ежемесячные пособия на детей, налоговые льготы, а также программы обеспечения жильем молодых семей. Эти меры оказывают определенное влияние на улучшение демографической ситуации, однако их эффективность неодинакова в различных регионах [1, 115].

Например, в экономически благополучных субъектах РФ данные инициативы демонстрируют лучшие результаты, так как семьи получают возможность улучшить своё финансовое положение и условия жизни. В депрессивных регионах, напротив, даже с учётом государственной помощи, экономические трудности остаются значимым барьером для роста рождаемости [1, 117]. Доступность и качество социальной инфраструктуры, включая детские сады и образовательные учреждения, также являются важным элементом, влияющим на решение семей о расширении.

Культурные аспекты также играют важную роль в формировании уровня рождаемости. Изменения ценностных ориентаций, наблюдаемые в российском обществе за последние десятилетия, оказывают значительное влияние на репродуктивное поведение. Современные молодые семьи всё чаще ставят на первый план карьерное развитие, личностный рост и финансовую независимость, что приводит к откладыванию рождения детей на более поздний возраст. Это особенно характерно для городских жителей, где более высокий уровень урбанизации способствует изменению традиционных представлений о семье [2, 15]. В то же время, в сельской местности и в регионах с преобладанием традиционного уклада жизни сохраняется ориентация на многодетность. Здесь наличие нескольких детей в семье часто воспринимается как норма, связанная с культурными и религиозными ценностями. Такие различия между регионами отражают широкий спектр подходов к созданию семьи в современной России.

Демографические аспекты также являются важным компонентом, определяющим уровень рождаемости. Снижение численности женщин репродуктивного возраста — следствие демографического кризиса 1990-х годов — создаёт дополнительные вызовы для повышения рождаемости в стране. Этот процесс особенно заметен в регионах с низкой миграционной активностью, где наблюдается естественная убыль населения [3, 57].

Миграционные процессы, в свою очередь, играют двойственную роль в демографической ситуации. С одной стороны, приток мигрантов из стран с высоким уровнем рождаемости способствует некоторой компенсации снижения численности населения. С другой стороны, интеграция мигрантов в российское общество и их адаптация к местным условиям зачастую приводят к изменению их репродуктивного поведения в сторону сокращения числа детей в семье. Этот процесс требует внимания со стороны государства, так как успешная интеграция мигрантов может стать дополнительным фактором роста рождаемости [3, 61].

Особое внимание следует уделить региональным различиям в уровне рождаемости. В субъектах РФ наблюдаются значительные диспропорции, обусловленные социально-экономическим развитием, культурными традициями и доступностью социальной инфраструктуры. Так, в Северо-Кавказском федеральном округе показатели рождаемости традиционно выше, что связано с устойчивыми традициями многодетности, поддержкой института семьи и относительно молодым возрастным составом населения [4, 23]. В то же время в Центральной России и на Дальнем Востоке уровень рождаемости ниже. Это связано с оттоком населения, экономическими трудностями и недостаточной доступностью социальной инфраструктуры, включая медицинские учреждения, детские сады и школы. Разработка регионально-ориентированных программ поддержки семей и улучшение условий жизни могут стать ключевыми мерами для преодоления этих различий.

Государственная политика, направленная на стимулирование рождаемости, является важным инструментом для решения демографических проблем. Однако её реализация должна учитывать региональные особенности и быть комплексной. Например, повышение доступности услуг здравоохранения, улучшение условий труда для женщин, создание возможностей для совмещения карьеры и воспитания детей — всё это меры, способные способствовать росту рождаемости. Также важно развивать программы информирования населения о доступных мерах поддержки и повышать их адресность. Государственные инициативы, направленные на поддержку семей, должны включать не только материальную по-

мощь, но и меры по созданию благоприятной социальной среды для воспитания детей [4, 27].

Важным фактором является также развитие доступной и качественной системы образования для детей. В регионах с высокими показателями рождаемости наблюдается более развитая сеть детских садов и школ, что делает воспитание детей менее затратным и более удобным для семей. Для поддержания и стимулирования роста рождаемости необходимо продолжать развивать инфраструктуру, обеспечивающую доступ к образовательным учреждениям и дополнительным образовательным услугам.

Роль социальных и культурных факторов также нельзя недооценивать. В регионах, где поддерживаются традиции многодетных семей, можно наблюдать более высокую рождаемость. Однако для достижения положительных результатов в других регионах необходимо учитывать местные особенности, такие как наличие культурных и религиозных традиций, а также разницу в уровне жизни

и восприятию семейных ценностей. Эти элементы должны быть учтены в процессе разработки региональных программ поддержки и стимулирования рождаемости.

Таким образом, уровень рождаемости в современной России определяется взаимодействием множества факторов. Социально-экономическая стабильность, культурные ценности, демографические тенденции и миграционные процессы формируют сложную картину, которая требует комплексного подхода к анализу и разработке мер стимулирования рождаемости. Эффективная политика в этой области должна быть адаптирована к потребностям населения и учитывать региональные особенности, чтобы способствовать не только увеличению рождаемости, но и улучшению качества жизни семей с детьми. Необходимость создания устойчивой демографической модели развития страны подчёркивает важность интеграции мер, направленных на повышение рождаемости, с общей стратегией социально-экономического развития России.

#### Литература:

1. Баранов, В. В. Здоровоохранение сельских районов России / В. В. Баранов, М. В. Славин.— М.: Медицина, 2020.— 245 с.
2. Иванова, Е. Н. Социально-экономические факторы заболеваемости в сельской местности / Е. Н. Иванова.— СПб.: Эльби, 2019.— 134 с.
3. Кузнецова, Л. В. Экологические и климатические факторы заболеваемости населения сельской местности / Л. В. Кузнецова.— Екатеринбург: Уралпресс, 2021.— С. 112–129.
4. Сидорова, И. В. Медико-социальные аспекты здоровья сельского населения / И. В. Сидорова.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.— 178 с.
5. Чернов, А. Н. Проблемы медицинского обеспечения сельских территорий России / А. Н. Чернов, В. М. Григорьев.— Новосибирск: Сибирское издательство, 2018.— 250 с.

## Анализ причин обращения пациентов, не подлежащих госпитализации, в приемное отделение медицинских организаций

Латыпова Алина Ильдаровна, студент;  
Бугрименко Михаил Евгеньевич, студент;  
Куйтанова Аяна Файзуллаевна, студент;  
Ермизина Марина Евгеньевна, студент

Научный руководитель: Горина Ольга Александровна, ассистент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*Данная работа посвящена анализу причин, по которым пациенты обращаются в приемное отделение медицинских организаций, но не подлежат госпитализации. В процессе исследования выявляются основные факторы, способствующие таким обращениям, включая самостоятельное обращение пациентов, необходимость перевода в другие медицинские учреждения и требования к времени ожидания и осмотра. Статья нацелена на улучшение работы приемных отделений путем эффективного анализа данных, что позволит наладить быстрее поступление помощи нуждающимся пациентам.*

**Ключевые слова:** приемное отделение, медицинская помощь, предварительная медицинская помощь, пациент, госпитализация, принятие решения

На сегодняшний день в современном здравоохранении одной из актуальных проблем является рост нагрузки на приемные отделения медицинских учреждений

со стороны пациентов, которые не нуждаются в госпитализации. Исследование причин таких обращений имеет важное значение для оптимизации работы системы здра-

воохранения и улучшения качества оказываемой помощи. Анализ факторов, повлиявших на решение пациентов обратиться в приемное отделение, позволит выявить основные причины и разработать эффективные меры по предотвращению ненужных посещений. Понимание мотивов обращения не госпитализированных пациентов поможет медицинским учреждениям сосредоточить свои ресурсы на более целевых задачах и улучшить доступность помощи для тех, кто действительно нуждается в медицинском вмешательстве [1].

Основной целью нашей работы является рассмотрение основных факторов, влияющих на выбор пациентами обратиться за помощью, не требующей госпитализации, а также возможные стратегии для оптимизации процесса обращения пациентов в приемные отделения.

Важным аспектом нашей работы являются причины обращения пациентов в приемное отделение. Данная тема довольно актуальна в наше время, так как в современной медицинской практике обращение пациентов, не требующих госпитализации, в приемное отделение является распространенным явлением. Существует ряд причин, по которым люди предпочитают обратиться в приемное отделение вместо консультации у своего лечащего врача.

Во-первых, одной из основных причин является необходимость получить медицинскую помощь немедленно. Иногда пациенты испытывают резкие симптомы или тяжелое состояние, что заставляет их обратиться в приемное отделение вместо ожидания своего следующего приема у врача. Быстрый доступ к медицинской помощи может быть решающим для пациентов с серьезными заболеваниями.

Во-вторых, другой распространенной причиной обращения пациентов в приемное отделение является отсутствие возможности записаться на прием к врачу в частной клинике или медицинском учреждении. Долгие очереди на прием и ограниченное количество талонов на консультацию могут вынудить пациентов обратиться в приемное отделение государственного медицинского учреждения для получения неотложной помощи. Кроме того, многие пациенты могут обращаться в приемное отделение из-за отсутствия уверенности в диагнозе или эффективности назначенного лечения [3]. Неопределенность и беспокойство относительно своего здоровья могут побудить людей обратиться за консультацией к врачу в приемное отделение, где они могут получить дополнительное обследование и рекомендации.

Анализ причин обращения пациентов, не подлежащих госпитализации, в приемное отделение медицинских организаций говорит о необходимости изучения тенденций и статистики в данной области. Один из ключевых аспектов этого анализа — частота неотложных случаев. Понимание того, как часто пациенты обращаются за помощью в медицинские учреждения, может помочь выявить основные причины, стоящие за этими обращениями. Изучение тенденций и статистики позволяет увидеть изменения в обращаемости пациентов в течение

определенного периода времени. Например, возможно выявить увеличение числа неотложных случаев в определенные часы суток или в определенные дни недели. Такой анализ может помочь медицинским организациям лучше распределить ресурсы и обеспечить наиболее эффективное обслуживание пациентов. Определение частоты неотложных случаев также позволяет выявить группы наиболее уязвимых категорий пациентов, которые чаще всего обращаются за помощью в приемные отделения. Например, это могут быть люди старшего возраста, пациенты с хроническими заболеваниями или же лица с ограниченными возможностями.

Имея данные о частоте неотложных случаев, медицинские организации могут разрабатывать более эффективные стратегии предоставления неотложной медицинской помощи. Например, внедрение дополнительных услуг на дому для уязвимых групп населения или расширение часов работы приемного отделения в экстренные периоды способно оптимизировать процесс обслуживания пациентов.

При анализе причин обращения пациентов, не подлежащих госпитализации, в приемное отделение медицинских организаций, важно изучить факторы, влияющие на принятие решения о госпитализации. Один из ключевых факторов — клиническая оценка состояния пациента. Врачи обращают внимание на серьезность симптомов, результаты обследований, риск осложнений и необходимость специализированного лечения. В случае, если пациенту требуется наблюдение и медикаментозное лечение, но нет необходимости в стационаре, решение может быть принято в пользу поликлинического лечения. Другим фактором, влияющим на решение о госпитализации, является социальная ситуация пациента. Наличие близких, способных ухаживать за пациентом дома, а также доступность условий для домашнего лечения и соблюдения рекомендаций врача могут стать причиной для решения в пользу амбулаторного лечения [2]. Дополнительно, включение психологических и социальных аспектов в принятие решения способствует более глубокому анализу потребностей пациента и определению оптимальной стратегии лечения.

Также, еще одним из факторов, который может повлиять на решение об обращении в стационар, является наличие хронических заболеваний и сопутствующих состояний. У пациентов с тяжелыми патологиями, предъявляющими повышенные требования к медицинскому наблюдению, врачи могут рекомендовать госпитализацию для обеспечения необходимого уровня медицинской помощи и контроля за состоянием здоровья. Кроме того, важным фактором для принятия решения о госпитализации является доступность услуг амбулаторной помощи. Недостаточное количество врачей или медицинских учреждений в регионе, а также недоступность необходимых медикаментов и оборудования могут стать причиной для направления пациента в стационар для получения полноценного лечения.

На сегодняшнее время предварительная медицинская помощь играет важную роль в системе здравоохранения, особенно в контексте снижения нагрузки на приемное отделение медицинских организаций. Пациенты, обратившиеся за медицинской помощью, но не требующие госпитализации, могут быть успешно обслужены и оценены специалистами предварительной медицинской помощи, что позволяет избежать излишних посещений приемного отделения [5].

Основными задачами предварительной медицинской помощи являются оценка состояния пациента, предоставление неотложной помощи и направление к специалисту при необходимости. Проведение первичного обследования и оказание медицинской помощи на этапе предварительного приема может значительно сократить время, затраченное на обслуживание пациентов в приемном отделении. Система предварительной медицинской помощи также способствует распределению пациентов по различным уровням медицинской помощи в соответствии с их потребностями и состоянием здоровья. Это позволяет улучшить доступность качественной медицинской помощи и оптимизировать работу приемного отделения путем отсева пациентов, которые могут быть обслужены на более низком уровне здравоохранения.

Важным аспектом роли предварительной медицинской помощи является профилактика возможных осложнений у пациентов, не требующих госпитализации. Обследование и консультация позволяют своевременно выявлять состояния, которые могут прогрессировать и приводить к неотложным ситуациям, тем самым предотвращая эскалацию заболевания и обращения в приемное отделение. Решение проблемы обращения пациентов, не требующих госпитализации, в приемное отделение медицинских учреждений является важным аспектом современной здравоохранительной системы. Для улучшения данной ситуации необходимо принимать целенаправленные меры и разрабатывать соответствующие рекомендации.

В первую очередь, важно расширить сеть медицинских учреждений первичного уровня, таких как поликли-

ники и амбулатории, чтобы обеспечить доступ пациентов к квалифицированной медицинской помощи без необходимости обращения в приемное отделение больницы. Предоставление круглосуточной медицинской помощи, консультации специалистов и проведение небольших процедур на первичном уровне позволят снизить нагрузку на приемное отделение и улучшить качество обслуживания пациентов. Для совершенствования системы медицинской помощи следует также внедрить технологии телемедицины [2]. Это позволит пациентам получать квалифицированную консультацию без необходимости личного посещения медицинского учреждения. Такие технологии способствуют оперативной диагностике и лечению, сокращают время ожидания и уменьшают поток пациентов в приемное отделение.

Для более эффективного решения проблемы обращения пациентов в приемное отделение без госпитализации также важно обучать медицинских работников навыкам дифференцированного приема и оказания скорой медицинской помощи. Разработка стандартов и алгоритмов действий при обращении пациентов с различными симптомами позволит оптимизировать процесс приема и обеспечить лучшее качество медицинской помощи. В целом, развитие первичной медицинской помощи, внедрение технологий телемедицины и повышение квалификации медицинских работников являются ключевыми шагами для улучшения системы здравоохранения и сокращения обращений пациентов в приемное отделение медицинских организаций.

Таким образом, важно отметить, что развитие первичной медицинской помощи, внедрение технологий телемедицины и повышение квалификации медицинских работников являются ключевыми шагами для улучшения системы здравоохранения и сокращения обращений пациентов в приемное отделение медицинских организаций. Предложенные меры не только помогут оптимизировать работу медицинской системы, но и повысят уровень удовлетворенности пациентов и качество оказываемой медицинской помощи.

#### Литература:

1. Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В. Двадцатилетний опыт работы службы неотложной медицинской помощи на базе городской больницы. // Вестник современной клинической медицины. — 2018. — № 11. — С. 52–56.
2. Финченко Е. А., Ивонинский О. И., Шалыгина Л. С. Основные результаты комплексной оценки состояния оказания ургентной помощи в Новосибирской области и в регионах Сибирского федерального округа. // Социальные аспекты здоровья населения. — 2016. — № 50. — С. 3.
3. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 г. № 366н. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9168-prikoz-ministerstva-zdravochraneniya-i-sotsialnogo-rozvitiya-rossiyskoy-federot-sii-ot-16-aprelya-2012-g-366n-ob-utverzhdanii-poryadka-okazaniya-pediatricheskoy-pomoschi>, свободный. — (дата обращения: 10.01.2025).
4. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов: постановление Правительства Челябинской области от 28.12.2022 г. № 2672-П. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://etcrb74.ru/documents/ter\\_prog\\_2019.pdf](http://etcrb74.ru/documents/ter_prog_2019.pdf), свободный. — (дата обращения: 11.01.2025).

5. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области: от 27.12.2024 г. № 770-ОМС. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/550344783>, свободный.— (дата обращения: 13.01.2025).

## Диагностика дефицита железа и железодефицитной анемии при заболеваниях органов пищеварения

Малышева Кристина Денисовна, студент;  
Погонина Евгения Алексеевна, студент;  
Синицына Арина Дмитриевна, студент  
Ивановский государственный медицинский университет

### Введение

Дефицит железа (ДЖ) определяется как снижение общего содержания железа в организме. Железодефицитная анемия (ЖДА) возникает, когда ДЖ достаточно тяжелый, чтобы снизить эритропоэз. Этот тип анемии является наиболее частой хронической анемией. ДЖ может быть результатом либо чрезмерной потери, либо, реже, снижения всасывания. В целом, ежедневно всасываемое железо равно количеству, необходимому для компенсации его потери, так что общий запас железа остается стабильным. Этот тонкий баланс легко нарушается, поскольку способность усваивать железо через рот ограничена. Когда поступления меньше необходимых или, что чаще, когда потеря увеличивается и не может быть компенсирована, развивается ДЖ и, наконец, ЖДА. Во многих случаях эти изменения будут вторичными по отношению к желудочно-кишечным заболеваниям. ЖДА встречается у 2%-5% взрослых мужчин и женщин в постменопаузе в развитых странах. ДЖ, с анемией или без нее, встречается еще чаще. Это частая причина обращения к гастроэнтерологу (4–13% всех направленных пациентов); однако, существует только одно опубликованное клиническое руководство, которое рассматривает эту клиническую нозологию, и уровень доказательности для большинства выводов является средне-низким из-за скудности надежных клинических данных. Кроме того, по аналогичным причинам у многих пациентов, лечащихся у гастроэнтерологов, разовьются ДЖ и ЖДА. Эти данные подчеркивают важность анемии в клинической практике. Использование терапевтического курса железа было предложено в качестве диагностического теста ДЖ. Это разумный подход только для людей с высоким риском физиологического ДЖ, таких как подростки и беременные женщины. Однако в повседневной клинической практике нередко встречаются пациенты, которые прошли несколько циклов лечения железом до оценки потенциальной причины анемии. Такая стратегия приводит к запоздалой оценке, особенно у молодых женщин и у пациентов с предшествующим анамнезом анемии, что приводит к значительной задержке этиологической диагностики анемии. В этом смысле, за

исключением очень специфических ситуаций, ДЖ с анемией или без нее всегда следует исследовать, поскольку она может быть вызвана потенциально серьезными заболеваниями.

### Этиология

Существует множество потенциальных причин ДЖ и ЖДА, и некоторые из них очень актуальны. Эти причины явно различаются в развивающихся и развитых странах. Недостаточное потребление является наиболее частой этиологией в первом случае, тогда как другие важные заболевания потенциально вовлечены в случае второго.

В развитых странах наиболее вероятная причина анемии у каждого пациента зависит от возраста и пола. У женщин детородного возраста наиболее частой этиологией является чрезмерные менструальные потери, в то время как у женщин в постменопаузе и у мужчин основными причинами являются заболевания пищеварительного тракта. Принимая во внимание как эти данные, так и подробную клиническую историю, необходимо планировать диагностическую стратегию в каждом случае. Однако эти предположения не должны приводить к ошибкам в работе с ДЖ или ЖДА, например, не исследовать анемию у женщин, предполагая недиагностированные гинекологические проблемы, поскольку такое отношение приводит к значительной задержке в выявлении важных заболеваний.

Помимо расстройств пищеварения, гинекологических заболеваний, урологических заболеваний и других специфических ситуаций, таких как внутрисосудистый гемолиз, этиология ЖДА включает аспекты, выходящие за рамки целей данной статьи. Сосредоточившись на заболеваниях пищеварения, этиологию ДЖ и ЖДА желудочно-кишечного происхождения можно разделить на две группы: ситуации с повышенной потерей железа (наиболее распространенные в развитых странах) и ситуации со сниженной абсорбцией железа. В первом случае кровопотеря может происходить в виде видимого кровотечения (мелена, кровавая рвота, ректальное кровотечение)

или скрытого кровотечения, которое может быть сложнее диагностировать. Среди заболеваний, вызывающих кровопотерю, следует выделить по частоте и значимости доброкачественные или злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта: толстой кишки, желудка, пищевода и тонкого кишечника, язвенную болезнь и рефлюксную болезнь, прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и воспалительные заболевания кишечника. Возможное существование злокачественной опухоли как источника анемии, что приводит к раннему завершению эндоскопических исследований в этом клиническом сценарии, вызывает большую озабоченность. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта редко встречаются у женщин в пременопаузе с ДЖ или ЖДА, но у мужчин и женщин в постменопаузе с ДЖ или ЖДА злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта встречаются чаще, чем у лиц с нормальным уровнем гемоглобина и железа.

Снижение всасывания железа является второй категорией причин ДЖ пищеварительного происхождения и может быть вызвано целиакией, атрофическим гастритом и послеоперационным состоянием (гастроэктомию, резекция кишечника) среди других. Целиакия очень актуальна, и для ее исключения необходимо провести специфическую оценку. В исследовании пациентов, направленных на специализированную гастроэнтерологическую консультацию из-за ДЖ или ЖДА, целиакия была окончательно диагностирована в 10% случаев; другие авторы описали, что по крайней мере 2%-3% пациентов с ЖДА в конечном итоге диагностируются целиакия. Распространенность этого заболевания во всем мире составляет приблизительно 1%, и оно, вероятно, недодиагностировано. Микроскопические изменения в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки у нелеченных пациентов с целиакией приведут к тому, что они станут невосприимчивыми к лечению пероральным железом. Это также было описано у пациентов с аутоиммунным атрофическим гастритом и гастритом, вызванным *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Гастроскопия с биопсией, позволяющая нам обнаружить наличие атрофии с *H. pylori* или без нее, имеет важное значение. Положительный результат аутоантител (антител к внутреннему фактору или антипариетальным клеткам) подтверждает диагноз аутоиммунного атрофического гастрита. Что касается возможной роли *H. pylori* в ЖДА, недавний метаанализ показал, что инфекция связана с истощением отложений железа. Механизм, посредством которого *H. pylori* вызывает это изменение, не ясен, но, по-видимому, он включает желудочно-кишечную кровопотерю, снижение всасывания железа из рациона и повышенное потребление железа бактериями. Авторы предполагают, что влияние эрадикации *H. pylori* на улучшение отложений железа должно быть оценено в крупных контролируемых исследованиях. Наконец, следует отметить, что в нашей среде дефицит пищевого железа, не связанный с какой-либо другой патологией, редко будет причиной ДЖ или ЖДА.

### Клинические проявления

Клиническая картина сильно различается от случая к случаю и обусловлена как самой анемией, так и недостатком железа, которое необходимо для клеточного энергетического метаболизма. Симптомы во многом зависят от скорости возникновения анемии, ее тяжести и характеристик пациента. Таким образом, ЖДА или ДЖ можно обнаружить у бессимптомного человека при скрининговом анализе или у человека с симптомами, которые включают общую слабость, утомляемость, раздражительность, плохую концентрацию, головную боль и непереносимость физических упражнений. Эти симптомы появляются даже в показателях ДЖ с нормальным уровнем гемоглобина. Хотя влияние ДЖ на качество жизни субъекта велико, пациенты часто привыкают к своим симптомам, и считают свое состояние нормальным. Пациент узнает об улучшении только тогда, когда симптомы исчезают. У некоторых пациентов с дефицитом железа, с анемией или без нее, может быть алопеция, атрофия сосочков языка или сухость во рту из-за потери слюноотделения. Другие симптомы, такие как слабость или вгрызающиеся ногти, хлороз или синдромы Пламмера-Винсона или Патерсона-Келли практически исчезли. Эти изменения были вызваны снижением содержания железосодержащих ферментов в эпителии желудочно-кишечного тракта. Пикацизм, расстройство пищевого поведения, при котором возникает непреодолимое желание лизать или есть непищевые и необычные вещества, такие как почва, мел, гипс, лед (пагофагия) или бумага, может возникнуть в некоторых случаях. Пагофагия считается довольно специфичной для ДЖ и быстро поддается лечению. В исследовании группы пациентов, направленных на консультацию к гастроэнтерологу, более половины имели пагофагию. Особенно часто проявлялся у женщин и не был связан с причиной кровотечения.

Результаты физикального обследования могут быть нормальными или отмечается бледность различной интенсивности, при аускультации сердца может быть слышен систолический шум, а исследование брюшной полости и прямой кишки позволяет исключить наличие образований в этих местах.

### Лабораторная диагностика

Диагностика анемии проста и объективна. Однако подтвердить, что ДЖ является причиной анемии, не всегда легко. Иногда простой подсчет клеток крови убедительно указывает на это происхождение, типичная картина — микроцитоз, гипохромия (возможно, самая важная, даже больше, чем микроцитоз) и повышение ширины распределения эритроцитов. Однако до 40% «чистых» случаев ДЖ являются нормоцитарными. Поэтому нормальный средний корпускулярный объем не исключает ДЖ как причину анемии. Более того, наличие микроцитоза не обязательно подразумевает ДЖ и может быть

вызвано другими анемиями (хронический процесс, сидеробластная анемия) и заболеваниями (например, талассемией). RDW измеряет степень анизоцитоза (разницу в размерах) популяции эритроцитов, и ее повышение не является ни чувствительным, ни специфичным для ДЖ. Следующий шаг — определение так называемого метаболизма железа (в дополнение ко всем другим необходимым определениям, включая уровни витамина В12 и фолиевой кислоты) и во многих случаях уровня С-реактивного белка. Типичная картина — снижение сидеремии, плазменного ферритина и насыщения трансферрина. Однако это не обычный случай. Наименее надежным параметром для диагностики ДЖ, вероятно, является определение сидеремии, поскольку она может быть обнаружена как артефакт загрязнения лабораторного оборудования, имеет ночной ритм и может нормализоваться через несколько часов после приема пищи. Сывороточный ферритин при отсутствии воспаления (обычно определяемый как нормальный уровень С-реактивного белка) отражает общие отложения железа в организме. Таким образом, низкий сывороточный ферритин (< 30 нг/л) однозначно означает ДЖ, независимо от того, сопровождается ли он анемией или нет. Однако, поскольку сывороточный ферритин является реагентом острой фазы, нормальная или даже повышенная ферритинемия не исключает наличия ДЖ. Таким образом, при наличии воспалительного процесса (обычно определяемого по повышенному уровню С-реактивного белка) ИД может существовать даже при уровнях ферритина до 100 нг/мл. Другим параметром нормального «метаболизма железа», особенно полезным, когда определение ферритина неоднозначно, является индекс насыщения трансферрина. Он показывает процент трансферрина, который переносит железо, и, таким образом, снижение (<20%) подразумевает ДЖ, как абсолютный, так и функциональный.

В некоторых случаях, даже принимая во внимание все эти определения, ДЖ может быть трудно диагностированным. Обычно это происходит в ситуациях, когда анемия имеет многофакторное происхождение. Это типично для случаев анемии смешанного происхождения,

хронического процесса, который сосуществует с ДЖ, что является частым сценарием при воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта или раке. Даже при всех ранее описанных определениях может быть сложно оценить роль каждого фактора в генезе анемии в этой обстановке. В этих случаях другие значения могут помочь нам оценить патогенез анемии. Эти другие факторы включают определение растворимого рецептора трансферрина, концентрацию ретикулоцитарного гемоглобина, процент гипохромных эритроцитов, концентрацию эритропоэтина (и ее связь с ожидаемыми значениями) и даже определение гепсидина. Растворимый рецептор трансферрина является одним из самых полезных, поскольку на него меньше всего влияет наличие воспаления, и он хорошо коррелирует с концентрацией рецептора трансферрина в плазматической мембране клетки. Если уровни высокие, ДЖ, вероятно, будет основным компонентом анемии, тогда как в случаях с нормальными или низкими уровнями; анемия, вероятно, не связана с ДЖ.

### Заключение

ДЖ и ЖДА встречаются довольно часто при патологии пищеварения, и их всегда следует принимать во внимание по двум причинам: они оказывают явное влияние на качество жизни пациента, и поэтому требуют адекватного лечения, и они могут быть следствием серьезных или тяжелых заболеваний, поэтому важно исследовать их происхождение. Первоначальная этиологическая оценка должна включать серологические тесты на целиакию. Многим пациентам будут назначены обычные эндоскопические исследования (гастроскопия и колоноскопия), поскольку они необходимы для исключения более тяжелых заболеваний и позволяют определить источник анемии более чем в половине случаев. У остальных пациентов, если анемия тяжелая или не поддается лечению пероральными препаратами железа, первым шагом будет повторение этих исследований. При всех доступных в настоящее время диагностических средствах очень немногие ДЖ остаются без диагноза.

### Литература:

1. В. М. Погорелов, Г. И. Козинец, Л. Г. Ковалева. Лабораторно-клиническая диагностика анемий. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 176 с.
2. Болезни детей раннего возраста. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. — 192 с.
3. А. М. Тайпунова. Железодефицитная анемия беременных. Методические рекомендации. — М.: Н-Л, 2008. — 36 с.
4. В. Н. Петров. Анемия. Учебное пособие. — М.: Диля, 2015. — 160 с.

## Тревожно-депрессивные расстройства у соматических больных

Мередова Лейла Рашидовна, клинический ординатор

Туркменский государственный медицинский университет имени М. Гаррыева (г. Ашхабад, Туркменистан)

**Т**ревожно-депрессивные расстройства (ТДР) у соматических больных — это важная и часто недооцененная проблема, поскольку такие расстройства могут существенно ухудшать качество жизни пациентов и затруднять лечение основного заболевания. Пациенты, страдающие соматическими заболеваниями, такими как хронические болезни (например, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, заболевания легких, рак), могут столкнуться с развитием тревожных и депрессивных симптомов как реакцией на физическую болезнь, также эти симптомы могут быть результатом воздействия биологических, психосоциальных факторов.

ТДР у соматических больных могут развиваться под влиянием различных факторов:

1. Физическая боль и ухудшение качества жизни. Хроническая боль или инвалидизирующие состояния часто сопровождаются ощущением утраты нормальной жизнедеятельности, что способствует развитию депрессии и тревожности.

2. Биологические механизмы. Многие соматические заболевания, такие как диабет или заболевания сердца, могут нарушать баланс нейротрансмиттеров, что повышает вероятность развития депрессии и тревожности. Вдобавок к этому воспалительные процессы в организме также могут играть роль в развитии психических расстройств.

3. Психологические факторы. Психосоциальные аспекты, такие как стресс, беспокойство о будущем, изоляция, страх смерти или ухудшение физического состояния, могут привести к развитию депрессивных и тревожных расстройств.

4. Лечение и его побочные эффекты. Некоторые медикаменты, используемые для лечения соматических заболеваний (например, стероиды, бета-блокаторы, анальгетики), могут вызывать побочные эффекты, включая депрессию и тревожность. Иногда психотропные препараты, которые применяются для лечения депрессии, также могут взаимодействовать с медикаментозным лечением соматических заболеваний, вызывая побочные реакции.

Тревожно-депрессивные расстройства у соматических больных часто имеют особенности. Это связано с тем, что симптомы тревоги и депрессии могут быть замаскированы под физические проявления заболевания или восприниматься как часть основного заболевания.

Диагностика тревожно-депрессивных расстройств у соматических больных состоит из нескольких этапов:

1. **Тщательное интервьюирование пациента** — это первый и наиболее важный этап диагностики. Он включает в себя подробное обсуждение состояния пациента,

его жалоб и симптомов. Врач должен внимательно выслушать пациента, задавая вопросы как о соматическом, так и о психоэмоциональном состоянии.

— Соматические жалобы. Пациент может сообщать о физическом дискомфорте, боли, усталости или других симптомах, которые могут быть связаны с основным заболеванием. Однако важно внимательно наблюдать, не являются ли эти симптомы (например, ощущение усталости, нарушения сна, головные боли или боли в груди) результатом депрессии или тревоги.

— Психоэмоциональные жалобы. Следует выяснить, есть ли у пациента признаки депрессии (снижение настроения, утрата интереса к жизни, апатия, беспокойство, мысли о беспомощности и безнадежности) или тревожности (переживания о будущем, излишние волнения о своем здоровье, раздражительность, бессонница).

— Психосоциальные факторы. Важно учитывать обстоятельства жизни пациента, такие как стрессовые события (например, диагностирование серьезного заболевания, утрата близкого человека), социальную поддержку, уровень социальной изоляции. Это помогает понять, насколько эти факторы могут способствовать развитию тревожно-депрессивных расстройств.

2. **Изучение истории болезни.** Изучение истории основного заболевания пациента также важно, поскольку это может пролить свет на возможную связь между соматическими проблемами и психическими расстройствами. Например, если у пациента длительное время наблюдается хроническая болезнь, это может оказывать влияние на его психоэмоциональное состояние.

3. **Использование шкал и опросников.** Шкалы и опросники являются важными инструментами для более объективной и структурированной оценки степени депрессии и тревожности. Они помогают как врачам, так и пациентам лучше понять симптомы и их тяжесть.

— Шкала депрессии Гамильтона (HDRS). Это одна из наиболее широко используемых шкал для оценки депрессии. Она включает в себя 17 пунктов, которые оценивают различные аспекты депрессии, такие как настроение, беспокойство, бессонница, психомоторное замедление, соматические симптомы и другие. Каждый пункт оценивается по шкале от 0 до 4 (или выше) в зависимости от выраженности симптомов.

— Шкала тревожности Бека (BAI). Эта шкала оценивает степень тревожности пациента. Она включает в себя 21 пункт, каждый из которых описывает физические и психоэмоциональные симптомы тревожности (например, головную боль, учащенное сердцебиение, чувство страха, раздражительность). Врач просит пациента выбрать наиболее подходящий ответ для каждой из ка-

тегорий. Результаты помогают оценить степень выраженности тревоги.

— Шкала депрессии и тревожности Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Это специализированная шкала, которая часто используется в больничных условиях для оценки уровня депрессии и тревожности у пациентов с соматическими заболеваниями. Шкала состоит из 14 вопросов, разделенных на две группы: 7 вопросов для оценки депрессии и 7 — для оценки тревожности.

Эти шкалы помогают врачам оценить степень выраженности симптомов, а также выявить скрытые или начальные формы тревожно-депрессивных расстройств, которые могут быть неочевидны без структурированного подхода.

Для успешной диагностики важно понять, как психоэмоциональное состояние пациента влияет на его соматическое заболевание и наоборот. Некоторые физические заболевания могут способствовать развитию депрессии или тревожности, а психическое состояние может усугублять соматические симптомы. Например:

— у пациентов с хроническими заболеваниями (например, диабетом, заболеванием сердца, онкологией) наблюдается более высокий уровень депрессии и тревоги. Снижение физической активности, боль и ограничение социальных функций могут способствовать развитию депрессии;

— в свою очередь, депрессия может ухудшать способность организма справиться с заболеванием, замедлять выздоровление и снижать приверженность лечению, что усугубляет физическое состояние пациента.

Важно также провести дифференциальную диагностику, чтобы убедиться, что симптомы не являются результатом непосредственно соматического заболевания. Например, пациенты с депрессией могут жаловаться на бессонницу, усталость или боли в теле, что может быть ошибочно принято за физические симптомы основного заболевания.

**4. Физикальное обследование и лабораторные исследования.** На этом этапе важно провести стандартное физикальное обследование и ряд лабораторных анализов для исключения соматических причин психоэмоциональных симптомов. Некоторые физические заболевания могут иметь симптомы, похожие на депрессию или тревогу, и важно исключить их перед постановкой диагноза психического расстройства.

— Обследование функций эндокринной системы. Такие заболевания, как гипотиреоз или гипертиреоз, могут вызывать симптомы, схожие с депрессией или тревогой. Анализы на уровень тиреотропного гормона (ТТГ), свободных гормонов щитовидной железы (Т3, Т4) могут помочь исключить эти состояния.

— Анализы крови. Важными являются анализы на уровень витаминов (например, дефицит витаминов группы В, особенно витамина В12, может вызывать депрессивные симптомы), а также на наличие инфекций или воспалений, которые могут влиять на психоэмоциональное состояние.

— Обследование на наличие заболеваний сердца, легких или желудочно-кишечного тракта. Некоторые со-

матические заболевания, например сердечно-сосудистые расстройства, могут проявляться симптомами тревоги (например, учащенное сердцебиение, боли в груди).

Лечение тревожно-депрессивных расстройств у соматических больных требует комплексного подхода, включающего не только терапию основного заболевания, но и работу с психоэмоциональным состоянием пациента. Основная цель лечения — снизить выраженность психоэмоциональных симптомов, улучшить качество жизни пациента и повысить эффективность лечения соматического заболевания.

**1. Медикаментозная терапия** является важным компонентом лечения тревожно-депрессивных расстройств у соматических больных. Однако при выборе препаратов необходимо учитывать взаимодействие между психотропными средствами и лекарствами, назначаемыми для лечения соматического заболевания, а также возможные побочные эффекты.

Антидепрессанты являются основными средствами для лечения депрессии и тревоги. Важно выбирать препараты с минимальными побочными эффектами, которые не будут влиять на лечение основного заболевания.

Антидепрессанты и анксиолитики: взаимное влияние на соматическое заболевание. Важно помнить, что многие психотропные препараты могут взаимодействовать с другими лекарствами, используемыми для лечения соматических заболеваний. Например, некоторые антидепрессанты могут влиять на сердечный ритм, что важно учитывать при лечении пациентов с заболеваниями сердца.

**2. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).** Это одна из самых эффективных терапевтических методик для лечения депрессии и тревожных расстройств. В ходе КПТ пациенты учат распознавать и изменять негативные мыслительные и поведенческие паттерны, которые могут усугублять симптомы депрессии и тревоги.

**3. Поведенческие техники** направлены на повышение активности пациента, несмотря на депрессию, и включают методы расслабления для снижения уровня тревожности.

**4. Интерперсональная психотерапия (ИПТ)** направлена на улучшение межличностных отношений и социального функционирования пациента. У соматических больных могут быть проблемы в отношениях из-за болезни (например, ощущение изоляции, изменения социальной роли, зависимости от других людей). ИПТ помогает улучшить навыки общения, уменьшить эмоциональную нагрузку и наладить поддержку со стороны близких.

**5. Психодинамическая терапия** может быть полезна для пациентов, у которых тревога и депрессия сопряжены с глубокими внутренними конфликтами или неосознаваемыми переживаниями, связанными с заболеванием. Такая терапия ориентирована на осознание этих конфликтов и на их разрешение.

**6. Поддержка и реабилитация.** Психосоциальная поддержка является важным компонентом комплексного лечения. Пациенты с соматическими заболеваниями

могут сталкиваться с проблемами, связанными с изоляцией, утратой привычной роли в семье или на работе, тревогой по поводу прогноза. Реабилитационные программы, группы поддержки и обучение пациентов навыкам самопомощи могут значительно улучшить психоэмоциональное состояние.

— Группы поддержки. Существуют специализированные группы поддержки для людей, страдающих от хронических заболеваний, где пациенты могут делиться переживаниями и получать поддержку от людей с аналогичным опытом.

— Психобразование. Информирование пациента и его близких об особенностях заболевания, а также обучение методам самообслуживания и релаксации поможет снизить стресс и повысить уровень контроля над состоянием.

**7. Коррекция образа жизни.** Здоровый образ жизни имеет ключевое значение для улучшения психоэмоционального состояния. Пациентам с ТДР и соматическими заболеваниями важно соблюдать ряд рекомендаций:

— Физическая активность. Умеренные физические нагрузки могут значительно улучшить настроение и снизить тревожность. Прогулки на свежем воздухе, йога, плавание и другие формы активности способствуют улучшению психоэмоционального состояния и общей физической формы.

— Режим дня и качественный сон. Установление режима сна и бодрствования помогает ускорить восстановление организма. Снижение частоты бессонницы или улучшение качества сна — важный элемент лечения депрессии и тревоги.

— Правильное питание. Сбалансированное питание с достаточным количеством витаминов и минералов играет важную роль в поддержании психического здоровья. Например, дефицит витаминов группы В или магния может способствовать развитию депрессии.

— Методы релаксации. Практики медитации, глубокого дыхания и релаксации помогают снизить уровень тревоги, улучшить эмоциональное состояние и снизить уровень стресса.

Лечение тревожно-депрессивных расстройств у соматических больных требует индивидуального подхода с учетом особенностей основного заболевания и психоэмоционального состояния пациента. Это комплексная терапия, которая включает медикаментозное лечение, психотерапию, поддерживающие и реабилитационные меры, а также коррекцию образа жизни. Важно, чтобы лечение проводилось с участием разных специалистов: врачей общей практики, психиатров, психотерапевтов и других специалистов, что поможет пациенту достичь наилучших результатов.

Литература:

1. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.
2. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. Л., 1981.

## Медико-социальные аспекты зависимости: анализ динамики, демографических характеристик и последствий алкоголизма, наркомании и токсикомании

Николаюк Иван Дмитриевич, студент;

Хаитбоева Парвона Джурабековна, студент;

Плохова Полина Владиславовна, студент;

Тюлегенов Айдар Сапиолович, студент

Научный руководитель: Горина Ольга Александровна, ассистент

Оренбургский государственный медицинский университет

*Статья посвящена основным исследованиям алкоголизма, наркомании и токсикомании как актуальным медико-социальным проблемам современности. В рамках данной работы будет проведён анализ динамики распространения этих зависимостей, а также изучены возрастно-половые и региональные особенности. Основные умозаключения построены на действительных данных.*

*Особое внимание уделено медицинским и социальным последствиям, связанных с данными зависимостями. В результате, статья направлена на выявление ключевых факторов, способствующих увеличению числа зависимых, а также на разработку рекомендаций по профилактике и лечению.*

**Ключевые слова:** Россия, наркомания, актуальность, алкоголизм, данные.

**А**лкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой одни из наиболее острых медико-социальных проблем современного общества. Эти зависи-

мости не только затрагивают здоровье отдельных людей, но и оказывают разрушительное воздействие на семьи, сообщества и всю социальную структуру в целом. В по-

следние десятилетия наблюдается тревожная тенденция к росту числа людей, страдающих от этих зависимостей, что требует комплексного подхода к их изучению и решению.

Основной целью нашей работы является необходимость проведения глубокого анализа причин и последствий этих явлений, а также разработки эффективных методов профилактики и лечения.

Население нашей страны составляет в среднем на 2024 год около 146,2 миллионов человек. Из них по данным статистики 68,7 миллионов человек употребляют алкогольные напитки, где 49% составляют женщины и оставшиеся 51% составляют мужчины.

Актуальность данной темы вызвана увеличением числа людей, страдающих данными заболеваниями [2]. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к решению данной проблемы, включая различные медицинские, социальные и образовательные мероприятия. По данным статистики становится ясно, что наркомания и алкоголизм стали своеобразным «оружием» против самого человека, что способствует разрушению не только его личной жизни, но и в целом семьи [3].

Также нельзя забывать о том, что зависимость имеет ярко выраженные региональные особенности. Это заключается в том, что в некоторых местах алкоголизм и наркомания представляют основную проблему среди населения и требуют незамедлительного вмешательства, а в некоторых регионах данные проблемы могут быть менее выражены. Чаще всего это связано с доступностью продукции, а также с общими социальными и экономическими условиями. Учебные и информационные мероприятия иногда отодвигаются на второй план. Поэтому актуальность данной проблемы будет сохраняться до тех пор, пока общество не найдет эффективные способы борьбы с данными зависимостями, чтобы сократить масштабы кризисной ситуации в стране.

В последние годы в России наблюдается неуклонный рост распространения данных недугов, что вызывает недоумение и некие беспокойства как у специалистов, так и в целом у всего общества. Страдает как вся молодежь, так и люди среднего и пожилого возраста. В 2023 году проводилось исследование, на основании данных которого было выявлено, что в России от психоактивных веществ страдает приблизительно 6 миллионов человек, а это составляет около 3,5% от общего числа населения [7]. Это очень тревожная тенденция, сам Минздрав России подтверждает только 600000 случаев. Тем не менее, настоящая статистика гораздо выше, и это очень грустно [6].

Отдельного внимания требует проблема алкоголизма. По статистическим данным на 2024 год, около 28 миллионов граждан имеют какие-либо проблемы, связанные с употреблением алкоголя. В частности проблемами алкоголизма в большинстве случаев страдают мужчины, зафиксировано только 54,2 тысячи новых случаев алкогольной зависимости на прошлый год. Для сравнения с другими странами, важно отметить, что уровень по-

ребления чистого алкоголя на душу населения в России в 2024 году составило 10,6 литра в год. На наш взгляд это не просто статистика, а реальная угроза для здоровья всего населения. Подростки и молодежь сталкиваются с пропагандой алкоголя и наркомании через средства массовой информации, да и просто в повседневной жизни, что лишь усугубляет данную проблему [9]. Доступность наркотиков из года в год возрастает, а это свидетельствует о том, что проблемы наркомании становятся все более распространенными.

По данным еще одного исследования, на период с 2018–2024 год можно наблюдать снижение официально зарегистрированных случаев наркомании, но это не означает, что проблема решена, так как по настоящим данным этих случаев и число лиц куда больше неких статистик. Как многие из нас знают, алкоголь и наркотики негативно сказываются на здоровье людей, способствуя развитию различных заболеваний, включая нарушение в работе печени, что может вызывать желтуху, а в последствии цирроз, сердечно-сосудистой системы, а также психические расстройства [8].

Алкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой сложные проблемы, которые затрагивают все слои общества, но с ярко выраженными возрастными и половыми особенностями. По статистике мужчины чаще подвержены зависимостям. Они выбирают более сильные вещества, такие как водка и различные наркотики, что приводит к более тяжелым последствиям [3].

Подростки не меньше подвержены возникновению риска алкоголизма и наркомании, который может проявиться в возрасте примерно 13 лет. В данном возрасте молодые начинают с менее крепких напитков и пробуют наркотические вещества на вечеринках, массовых собраниях, группах. Исследования показывают, что алкогольная зависимость в молодежной среде имеют свои особенности и требует комплексного подхода к профилактике и лечению. Женщины также подвержены зависимостям, но в их случае это может привести к куда более тяжелым последствиям и серьезным рискам здоровья. Так, по статистике, женщины, употребляющие алкоголь и наркотики в 70% случаев страдают от рака молочной железы, 45% от рака желудка. Кроме этого, социальные последствия для женщины могут быть более драматичными, так как они могут совершать правонарушения в состоянии алкогольного опьянения [1].

Возрастные особенности зависимостей наглядно проявляются в том, что подверженность к алкоголизму и наркомании меняется с возрастом. Если ранние формы зависимостей могут не так сильно сказаться на здоровье, то более поздние могут привести к серьезным заболеваниям, а также летальному исходу, если не суметь вовремя остановиться. Обязательно должны проводиться учебные и воспитательные работы, для профилактики зависимости у подростков и молодежи.

Не менее важна роль зависимости в социальном обществе, так как она несет разрушительные последствия.

Во-первых, семьи зависимых оказываются в тяжелом положении, родные просто не знают, как помочь близкому человеку, попавшему в данную беду. На фоне этого происходит деградация личности, в следствии чего возникает множество конфликтов и проблем. Примерно 70% семей, где один из членов семьи страдает алкогольной зависимостью, распадаются [4]. Во-вторых, если рассматривать проблему на более широком уровне, можно выяснить, что зависимость оказывает негативное влияние не только на семьи, но и повышается риск возникновения преступности, насилия и антисоциальных явлений. Это становится нормой. Практика показывает, что алкоголизм, наркомания может породить преступления, кражи и иные ситуации.

В ходе множества исследований было доказано, что более 80% наркозависимых хотя бы раз совершали правонарушения [4]. Разрушительные последствия зависимостей также касаются и финансовой стороны. Потребление алкогольной продукции, а также наркотиков являются очень затратными. Все сводится к тому, что лечение зависимости далеко не бюджетное дело и требует колоссальных денежных ресурсов.

#### Литература:

1. Проблемы наркомании и алкоголизма в современном обществе [Электронный ресурс] // crbaksha.ru — Режим доступа: <https://crbaksha.ru/profilaktika/problemu-narkomanii-i-alkogolizma-v-sovremennom-obshhestve/>, свободный. — (дата обращения 09.01.2025).
2. Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная... [Электронный ресурс] // moluch.ru — Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/502/110293/>, свободный. — (дата обращения 09.01.2025).
3. Актуальность проблемы алкоголизма и наркомании... [Электронный ресурс] // revolution.allbest.ru — Режим доступа: [https://revolution.allbest.ru/sociology/00678391\\_0.html](https://revolution.allbest.ru/sociology/00678391_0.html), свободный. — (дата обращения 11.01.2025).
4. Курение, алкоголизм и наркомания, как главная проблема... [Электронный ресурс] // nsportal.ru — Режим доступа: <https://nsportal.ru/ap/library/drugoe/2015/02/08/kurenje-alkogolizm-i-narkomaniya-kak-glavnaya-problema-sotsializatsii>, свободный. — (дата обращения 10.01.2025).
5. Курсовая работа на тему: «Наркомания и алкоголизм» [Электронный ресурс] // infourok.ru — Режим доступа: <https://infourok.ru/kurovaya-rabota-na-temu-narkomaniya-i-alkogolizm-5049212.html>, свободный. — (дата обращения 09.01.2025).
6. Сколько случаев алкоголизма и наркомании выявляется... [Электронный ресурс] // mayaksbor.ru — Режим доступа: [https://mayaksbor.ru/news/sreda\\_obitaniya/skolko\\_sluchaev\\_alkogolizma\\_i\\_narkomanii\\_vyyavlyaetsya\\_v\\_rossii\\_za\\_god/](https://mayaksbor.ru/news/sreda_obitaniya/skolko_sluchaev_alkogolizma_i_narkomanii_vyyavlyaetsya_v_rossii_za_god/), свободный. — (дата обращения 12.01.2025).
7. Наркомания в России 2024: статистика по городам, меры борьбы... [Электронный ресурс] // kas.clinic — Режим доступа: <https://kas.clinic/blog/narkomaniya-v-rossii/>, свободный. — (дата обращения 09.01.2025).
8. Статистика алкоголизма среди молодежи — в России и мире. [Электронный ресурс] // panacea.clinic — Режим доступа: <https://panacea.clinic/blog/zavisimosti/alkogolizm/statistika-alkogolizma-article/>, свободный. — (дата обращения 10.01.2025).
9. Алкоголизм и наркомания. Статистика проблемы в России... [Электронный ресурс] // tochno.st — Режим доступа: [https://tochno.st/problems/alkogolizm\\_i\\_narkomaniya](https://tochno.st/problems/alkogolizm_i_narkomaniya), свободный. — (дата обращения 09.01.2025).

Помимо всего сказанного, можно дополнить нашу мысль тем, что данные заболевания оказывают негативное влияние также и на развитие детей, и на образование, так как подростки показывают очень низкие результаты в учебной деятельности. На фон социальной деградации накладываются и новые заболевания, такие как: ВИЧ, СПИД, гепатиты В, С, что очень плохо сказывается на системе здравоохранения, так как лечить больных имеющих данные заболевания является очень опасным делом и несет за собой огромные риски для здоровья медицинского персонала.

Таким образом, следует подчеркнуть, что алкоголизм, наркомания и токсикомания представляют собой серьезные медико-социальные проблемы, которые требуют незамедлительных решений. Актуальность данной темы не вызывает никаких сомнений, так как рост больных с данными зависимостями с каждым годом увеличивается и это не может не тревожить. Только совместными усилиями можно добиться значительных результатов в борьбе с этими проблемами и улучшить качество жизни людей, страдающих от них.

## Landouzy — Dejerine myodystrophy: clinical presentation, diagnosis, therapy. Clinical case

Otakpo Joseph Otakpo, student

Scientific advisor: Raevskaya Anastasia Igorevna, assistant  
Stavropol State Medical University

*Landouzy — Dejerine muscular dystrophy (facioscapulohumeral muscular dystrophy) is a rare hereditary disease characterized by progressive weakness and atrophy of the muscles of the face, shoulders, and upper body. The article presents a clinical case of a young woman with this pathology, describes the features of her clinical picture, including the gradual development of symptoms, family history, and the results of an objective examination. Diagnostic methods, including electromyography and genetic tests that confirmed the presence of a mutation in the DUX4 gene, are considered in detail. Modern approaches to the treatment of Landouzy-Dejerine muscular dystrophy aimed at maintaining muscle function and improving the quality of life of patients are discussed.*

**Keywords:** Landouzy Dejerine muscular dystrophy, facioscapulohumeral muscular dystrophy, clinical case, clinic, diagnostics, treatment

**I**ntroduction. Landouzy-Dejerine muscular dystrophy or facioscapulohumeral muscular dystrophy (FSHD) is an autosomal dominant disorder caused by ectopic expression of the transcription factor DUX4 in skeletal muscle. The prevalence of the disease in different populations ranges from 1:20,000 to 1:14,000, second only to Duchenne muscular dystrophy and myotonic dystrophy [1,2]. There is considerable variation in the presentation and progression of FSHD, and it can be diagnosed throughout life, from the very young to the very old. Although FSHD does not usually shorten life expectancy, it can lead to significant impairment of quality of life [3].

**Objective.** To review the literature, considering current information on the epidemiology, clinical picture, diagnosis and therapy of facioscapulohumeral muscular dystrophy; to present a clinical case.

**Materials and methods.** A review of the literature data was conducted, the PubMed database was used. A retrospective assessment of the medical history of a 25-year-old female patient was conducted, who was treated in the neurological department of a multidisciplinary hospital in Stavropol.

**Clinical case.** A 25-year-old woman was hospitalized in the neurology department of a multidisciplinary hospital with complaints of facial muscle weakness («cannot whistle, drink through a straw, etc»), mild hearing loss, and weakness of the back and arm muscles.

The disease began about three years ago in the form of weakness of the facial and arm muscles, with symptoms gradually progressing. The girl's father and paternal aunt noted weakness of the facial and limb muscles, difficulty getting up from a lying and sitting position, and also when walking. The patient's older brother (28 years old) is healthy.

His life history is not burdened, he denies the presence of chronic diseases, neuroinfections and head trauma, and denies bad habits.

Upon examination, the patient's condition is satisfactory. The skin and visible mucous membranes are clean. The lymph nodes are not enlarged. Vesicular breathing in the lungs, no wheezing. Heart sounds are clear and rhythmic. The abdomen

is soft and painless on palpation. The liver and spleen are not enlarged.

Neurological status. Conscious, oriented, adequate. Emotionally labile. Full eye movements. Pupils D=S, photoreactions are preserved. The face is hypomimetic. When trying to close the eyes, there is an «eyelash symptom». «Tapir» lips. Swallowing, phonation and speech are not impaired. Muscle strength is symmetrically reduced in the proximal parts of the upper limbs. Weakness of the muscles of the back and anterior abdominal wall. Tendon reflexes are not evoked. There are no sensory disturbances. Romberg's test is stable. Gait is unchanged. «Winged» scapulae. Hypotrophy of the muscles of the shoulder girdle. Increased lumbar lordosis.

Complete blood count, complete urine analysis, general therapeutic blood biochemistry are within reference values. Blood for HIV, hepatitis B, C, syphilis is negative. Blood creatine phosphokinase is 950 U/l.

Needle electromyography was performed: a decrease in the duration of the motor unit potential by 40%, the amplitude of the motor unit potential — up to 300–500  $\mu$ V, 35% polyphasic potentials of motor units.

Taking into account the clinical picture, age of onset, course of the disease, results of laboratory and instrumental studies, it was decided to conduct genetic testing: presence of a mutation in the DUX4 gene on 4q35.2.

Clinical diagnosis: facioscapulohumeral muscular dystrophy, type 1.

**Discussion.** There are currently two types of FSHD: FSHD1 and FSHD2. FSHD1 is inherited in an autosomal dominant manner, accounts for >95% of all cases, and is characterized by a deletion of large repeat elements on the long arm of chromosome 4q (region D4Z4). Healthy individuals have more than 10 repeats, while patients with FSHD1 have 1 to 10 repeats [4]. FSHD2 is inherited in a digenic manner and occurs in less than 5% of cases [3].

Since 1991, studies have shown that the prevalence of FSHD worldwide ranges from 2.03 to 6.8 per 100,000 people [5]. No clear racial or ethnic differences in FSHD are observed, but in

one of the largest US registries, 95% of participants were white, 4% were Asian, and 0.9% were Native American. Penetrance is thought to be lower in women than in men, and, on average, women are diagnosed at an older age and are often less severely affected [6].

FSHD has a characteristic pattern of muscle involvement and progression, but there is a high degree of variability both between patients from different families and within affected families from generation to generation. Both FSHD1 and FSHD2 have a similar clinical presentation. Typically, FSHD initially affects the muscles of the face, shoulder girdle, and upper arms (facial muscles, serratus anterior, rhomboid muscles, and biceps and triceps). Ptosis or difficulty swallowing are not usually present. The most common initial symptom is the inability to raise the arms above shoulder level. There may be a high degree of asymmetry in muscle involvement from side to side. The disease then progresses to involve the lower extremities, typically initially involving the distal musculature (tibialis anterior and gastrocnemius) in a facioscapulohumeral pattern, then later involving the more proximal muscles (quadriceps and hamstrings) and the pelvic girdle. On neurological examination, numerous signs may be observed on the patient's face, including decreased superciliary fold, inability to close the eyes or hide the eyelashes when forced to close the eyes, a flattened transverse smile, and inability to tense the platysma muscle when the patient is asked to growl [7,8].

Supportive features for the diagnosis of FSHD include the following: new weakness involving the facial muscles or shoulder girdle musculature; positive family history; asymmetric muscle involvement; abdominal weakness; presence of retinal vasculopathy or hearing loss in early-onset FSHD. These features should be observed in the absence of the following: ptosis or extraocular muscle involvement, tongue involvement or swallowing difficulty, severe contractures, cardiomyopathy, electromyographic (EMG) or muscle biopsy findings suggesting an alternative diagnosis [9].

Current guidelines for the diagnosis of FSHD do not require EMG, serum creatine kinase, or muscle biopsy to make the diagnosis. Genetic testing is necessary for patients with characteristic clinical features [10].

The list of other neuromuscular conditions that present with a similar clinical picture is short and includes: some limb-girdle muscular dystrophies, scapuloperoneal syndromes, mitochondrial myopathy, inclusion body myositis, polymyositis, and acid maltase deficiency. Most of these can be readily distinguished from FSHD based on clinical presentation and subsequent testing [3].

There are no registered treatments approved for FSHD. Although many drugs have been tried in clinical trials (prednisone, diltiazem, albuterol and myostatin inhibitor), none have shown clear benefit, and treatment is mainly symptomatic [11,12].

The clinical case presented in this article describes a 25-year-old woman with progressive muscle weakness that began three years ago and affected the muscles of the face, back, and arms. Family history indicates similar symptoms in the patient's father and aunt, suggesting a hereditary nature of the disease. Objective examination data confirm the presence of muscle weakness, especially pronounced in the proximal parts of the upper limbs, back, and anterior abdominal wall. Electromyographic studies show changes characteristic of myopathy. Genetic testing revealed a mutation in the DUX4 gene, which confirms the diagnosis of facioscapulohumeral muscular dystrophy type 1.

**Conclusion.** Landouzy-Dejerine muscular dystrophy is a rare hereditary disease characterized by progressive weakness and atrophy of the muscles of the shoulder girdle and pelvic girdle. The clinical picture of the disease is varied and may include weakness of the muscles of the arms and legs, difficulty walking, difficulty lifting objects, and other symptoms. Diagnosis of Landouzy-Dejerine muscular dystrophy is based on the clinical picture, results of genetic testing, and data from an electrophysiological study. Treatment of this disease is aimed at maintaining muscle function, preventing contractures, and improving the quality of life of patients. It is important to note that Landouzy-Dejerine muscular dystrophy is an incurable disease, so the main focus is on symptomatic treatment and rehabilitation. Although a complete recovery is impossible, timely diagnosis and adequate therapy can significantly improve the quality of life of patients and slow down the progression of the disease.

#### References:

1. Norwood FL, Harling C, Chinnery PF, Eagle M, Bushby K, Straub V. Prevalence of genetic muscle disease in Northern England: in-depth analysis of a muscle clinic population. *Brain*. 2009;132(Pt 11):3175–86. DOI: 10.1093/brain/awp236
2. Mostacciuolo ML, Pastorello E, Vazza G, Miorin M, Angelini C, Tomelleri G, Galluzzi G, Trevisan CP. Facioscapulohumeral muscular dystrophy: epidemiological and molecular study in a north-east Italian population sample. *Clin Genet*. 2009;75(6):550–5. DOI: 10.1111/j.1399-0004.2009.01158.x
3. Statland JM, Tawil R. Facioscapulohumeral Muscular Dystrophy. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2016;22(6, Muscle and Neuromuscular Junction Disorders):1916–1931. DOI: 10.1212/CON.0000000000000399
4. Zernov N, Skoblov M. Genotype-phenotype correlations in FSHD. *BMC Med Genomics*. 2019;12(Suppl 2):43. DOI: 10.1186/s12920-019-0488-5
5. Deenen JC, Horlings CG, Verschuuren JJ, Verbeek AL, van Engelen BG. The Epidemiology of Neuromuscular Disorders: A Comprehensive Overview of the Literature. *J Neuromuscul Dis*. 2015;2(1):73–85.
6. Statland JM, Tawil R. Risk of functional impairment in Facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Muscle Nerve*. 2014;49(4):520–7. DOI: 10.1002/mus.23949

- Jordan B, Eger K, Koesling S, Zierz S. Camptocormia phenotype of FSHD: a clinical and MRI study on six patients. *J Neurol.* 2011;258(5):866–73. DOI: 10.1007/s00415-010-5858-z
- Kottlors M, Kress W, Meng G, Glocker FX. Facioscapulohumeral muscular dystrophy presenting with isolated axial myopathy and bent spine syndrome. *Muscle Nerve.* 2010;42(2):273–5. DOI: 10.1002/mus.21722
- Statland JM, Shah B, Henderson D, Van Der Maarel S, Tapscott SJ, Tawil R. Muscle pathology grade for facioscapulohumeral muscular dystrophy biopsies. *Muscle Nerve.* 2015;52(4):521–6. DOI: 10.1002/mus.24621
- Lemmers RJ, O’Shea S, Padberg GW, Lunt PW, van der Maarel SM. Best practice guidelines on genetic diagnostics of Facioscapulohumeral muscular dystrophy: workshop 9th June 2010, LUMC, Leiden, The Netherlands. *Neuromuscul Disord.* 2012;22(5):463–70. DOI: 10.1016/j.nmd.2011.09.004
- Payan CA, Hogrel JY, Hammouda EH, Lacomblez L, Ollivier G, Doppler V, Eymard B, Attarian S, Pouget J, Desnuelle C, Laforêt P. Periodic salbutamol in facioscapulohumeral muscular dystrophy: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90(7):1094–101. DOI: 10.1016/j.apmr.2008.12.027
- Aguirre AS, Astudillo Moncayo OM, Mosquera J, Muyolema Arce VE, Gallegos C, Ortiz JF, Andrade AF, Oña S, Buj MJ. Treatment of Facioscapulohumeral Muscular Dystrophy (FSHD): A Systematic Review. *Cureus.* 2023;15(6): e39903. DOI: 10.7759/cureus.39903

## Синдром хронической усталости: распространенность, аспекты диагностики и лечения, факторы риска

Патраева Ксения Александровна, студент;

Галиуллина Регина Иштугановна, студент;

Климина Ксения Вадимовна, студент;

Кострикина Татьяна Алексеевна, студент

Научный руководитель: Колосова Елена Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*Статья посвящена исследованию синдрома хронической усталости, который в последние годы все чаще диагностируется у людей, особенно у женщин в возрасте 40–59 лет. В работе рассмотрены основные аспекты распространенности данного заболевания, диагностические меры, а также подходы к лечению и факторы риска. Особое внимание уделено влиянию стресса и жизни в городской среде на возникновение СХУ.*

**Ключевые слова:** хроническая усталость, СХУ, заболевание, синдром, эмоциональное выгорание, распространенность, лечение, профилактика

Синдром хронической усталости (СХУ) представляет собой сложное и многогранное состояние, которое затрагивает миллионы людей по всему миру, особенно в развитых странах. Это заболевание не только разрушает качество жизни пациентов, но и ставит перед медицинским сообществом множество вопросов, касающихся его диагностики и лечения. Несмотря на десятилетия исследований, эффективные методы терапии остаются под вопросом, а диагностика часто оказывается затрудненной, что приводит к недопониманию и стигматизации пациентов [1].

Основной целью нашей работы является исследования сущности синдрома хронической усталости, изучения основных признаков и симптомов данного заболевания, а также основных подходов к лечению и диагностике данного заболевания.

Исторически синдром хронической усталости имеет свои корни, уходящие в XVIII век. Первое упоминание о симптомах, схожих с СХУ, было сделано в 1746 году врачом Ричардом Маннингемом в его работе «Трактат

о фебрикуле». Он описывал симптомы, такие как длительная лихорадка, озноб, общая вялость, а также когнитивные нарушения, которые включают в себя забывчивость и бредовую речь. Данные симптомы оставили определенные представления о синдроме хронической усталости, подчеркивая, что это состояние не просто физическое, но и психическое. В XIX веке термин «нервное истощение» был предложен врачом Аустинном Флинтом для описания схожих явлений. Однако именно в 1984 году термин «синдром хронической усталости» был впервые введен в научный обиход врачом Ллойдом, что стало важным шагом в признании этого состояния как отдельной патологии. Четыре года спустя, в 1988 году, был основан Американский национальный центр хронической усталости, который стал важной платформой для исследований и обмена информацией о СХУ.

На сегодняшний день, несмотря на активные исследования, до сих пор нет единого мнения о причинах и механизмах развития СХУ [2]. Существуют различные теории,

которые помогают составить определенное представление о данном синдроме. Среди них: инфекционная, эндокринная и обменная. Инфекционная теория, в частности, предполагает, что определенные вирусы могут служить триггерными факторами для развития синдрома. Вирусы, такие как цитомегаловирус, вирусы простого герпеса (I, II и VI типов), вирус Коксаки, гепатит А, С и некоторые другие, были связаны с возникновением СХУ.

Инфекции — одна из самых частых причин в возникновении многих заболеваний человечества, которая нередко несет за собой предостаточно осложнений, нередко ведущих к хроническим болезням, а также к летальному исходу. Однако, несмотря на наличие этих связей, нельзя утверждать, что инфекционные агенты являются единственной причиной синдрома. Проводится большое количество исследований, которые показывают, что у пациентов с СХУ наблюдаются изменения в иммунной системе, что может свидетельствовать о том, что заболевание имеет иммунологическую природу. Некоторые ученые предполагают, что у пациентов может быть повышенная предрасположенность к инфекциям, что может приводить к длительным состояниям усталости [4]. Кроме того, стресс и психологические факторы также могут играть значительную роль в развитии СХУ. У многих пациентов с синдромом хронической усталости наблюдаются симптомы тревожности и депрессии, что может усугублять общее состояние и затруднять восстановление. Стресс — это состояние повышенного напряжения организма, как защитная реакция на воздействия неблагоприятных факторов (физических, химических, психоэмоциональных, психосоциальных).

Синдром хронической усталости также может проявляться разнообразными симптомами, которые затрагивают различные системы организма [4]. Это может включать в себя не только физическую усталость, но и когнитивные нарушения, такие как проблемы с памятью, концентрацией и четкостью мышления. Эти умственные симптомы часто описываются как «туман в голове», что делает выполнение повседневных задач практически невозможным для многих пациентов. Отмечается нарушение зрения: увеличение частоты сосудистой и дистрофической патологии органа зрения [2]. Более того, у некоторых людей с СХУ могут наблюдаться нарушения сна, которые также способствуют ухудшению состояния, создавая порочный круг, где усталость и бессонница взаимно усиливают друг друга [1]. Еще одним важным признаком, который можно отнести к основным симптомам СХУ является снижение концентрации кортизола, при этом повышена концентрация АКТГ. Из этого следует, что больные синдромом хронической усталости страдают проблемами с эндокринной системой, занимающей одно из главных мест в организме человека. В связи с этим больные могут страдать психическими расстройствами и находиться в состоянии повышенной утомляемости.

Важно отметить, что диагноз СХУ часто ставится после исключения других возможных заболеваний, которые

могут вызывать схожие симптомы. Это может привести к длительным периодам ожидания и неопределенности для пациентов, которые ищут ответы на свои мучения [3]. У пациентов с синдромом хронической усталости изменения в структуре организма находят на МРТ в виде усиленных T2 сигналов от белого вещества головного мозга, визуализирующиеся как штрихи и точки. К тому же, поскольку СХУ не всегда имеет четкие диагностические критерии, многие пациенты могут сталкиваться с недопониманием со стороны медицинских работников и общества в целом.

Лечение СХУ на сегодняшний день остается сложной задачей. Поскольку причины заболевания до конца не выяснены, подходы к терапии могут сильно варьироваться. Во-первых, пациентам необходимо налаживать и строго планировать свой режим сна, с чередованием периодов работы и полноценного отдыха, так как это очень помогает в восстановлении психоэмоционального состояния. Во-вторых, необходимо постоянно наблюдаться у лечащего врача, который всегда может настроить человека на нужный лад и дать правильные рекомендации к лечению синдрома хронической усталости. Иногда важным аспектом в лечении данного недуга являются физические упражнения. Физическая нагрузка — первый и важный в путь в борьбе со стрессом и мышечными болями. Однако, несмотря на наличие различных методов лечения, одного универсального решения, которое подошло бы всем пациентам, не существует, так как было сказано, что основной причины в развитии синдрома не выявлено, что и не дает врачам точно сказать, что требуется делать пациентам в данной ситуации.

Таким образом, синдром хронической усталости представляет собой тяжелое хроническое заболевание, при котором происходит нарушение разных систем организма, выполняющий самые многообразные функции. Мы только начинаем понимать масштабы данного синдрома, различать его основные факторы риска, которые вызывают развитие данной болезни. Основной проблемой, первостепенно стоящая перед медицинскими работниками является то, что большое количество исследований, которые проводятся среди пациентов, страдающих синдромом хронической усталости, делятся месяцами, а то и годами. Симптоматика из года в год меняется, подходы к лечению становятся новее, что и создает трудности в постановке правильной причины и назначении тех же лекарственных средств, для облегчения существования. Тема очень многогранна и интересна в изучении, она ставит перед собой большое количество вопросов, которые хочется разобрать, подробнее изучить и сделать много пометок в голове о том, что же все-таки стоит за основой данного синдрома. Поэтому данная тема всегда будет актуальна, еще ни раз врачи и ученые возьмутся за решение данного вопроса, и когда-нибудь мы узнаем, что же является движущей проблемой синдрома хронической усталости.

## Литература:

1. Платонов Ю. П. Психология конфликтного поведения. СПб.: Речь. 2011. С. 544
2. Фролов В. М., Петруня А. М. Патология органа зрения при синдроме хронической усталости // Вестник офтальмологии. 2013. Т. 119. № 2. С. 45–47.
3. С. Штраус. Синдром хронической усталости. Практика. 2012. № 7 С. 3014–3017.
4. Комаров с. Г., Диагностика синдрома хронической усталости//Вестник Ивановской медицинской академии. 2013. № 3–4. С. 67–89.

## Диагностика бессонницы

Погонина Евгения Алексеевна, студент;  
Синицына Арина Дмитриевна, студент;  
Малышева Кристина Денисовна, студент  
Ивановский государственный медицинский университет

### Введение

Многие люди испытывают трудности со сном. У некоторых людей бывают короткие периоды (от нескольких дней до нескольких недель) трудностей с засыпанием или поддержанием сна (это называется острой бессонницей). У других эта трудность длится месяц или дольше (это называется хронической бессонницей). Около 30% населения планеты жалуется на бессонницу. Бессонница может сильно нарушать жизнь человека, поэтому понимание бессонницы и того, что можно сделать для ее лечения, может помочь улучшить качество жизни.

Бессонница — это состояние, которое описывает трудности со сном. Это состояние может включать трудности засыпания, проблемы с поддержанием сна, частые пробуждения ночью (фрагментарный сон) и/или пробуждения рано утром. Эти проблемы со сном приводят к чувству неотдохнувшего в течение дня и трудностям с дневными функциями, включая выполнение важных ежедневных дел.

### У кого развивается бессонница?

Когда и почему начинается бессонница, не всегда известно, и поэтому ее может быть трудно понять. Известно, что у определенных групп людей риск развития бессонницы выше. К ним относятся люди с расстройствами настроения (такими как тревога и/или депрессия), женщины, пожилые люди и люди с хроническими заболеваниями, такими как астма и ХОБЛ.

Ваше настроение может влиять на ваш сон, но увеличению проблем со сном также может помочь тревога и депрессия.

На сон также могут влиять лекарства. Например, лекарства, которые часто принимают люди с проблемами с легкими, включают бета-агонисты, преднизолон и лекарства, содержащие теофиллин. Любое из них может вызвать симптомы бессонницы.

Первоначальная причина трудностей со сном, однако, может не быть причиной, по которой сон не является нормальным. Например, часто трудности со сном начинаются в результате внезапного события (смерть друга или члена семьи, разрыв отношений, повышенный стресс на работе или потеря работы и т.д.). Однако в некоторых случаях, когда событие прошло и человек «пережил» травмирующий опыт, бессонница продолжается.

Проблемы со сном также могут продолжаться из-за того, что вы делали, чтобы попытаться справиться со сном. Например, вы можете пить кофе или кофеиносодержащий напиток днем или вечером, чтобы противостоять усталости, развившейся у вас из-за плохого сна. Возбуждение от кофеина может оказывать свое воздействие на вас вечером и затруднять засыпание или поддерживать сон. Некоторые люди могут попробовать выпить алкоголь вечером, думая, что это поможет расслабиться и заснуть, однако алкоголь на самом деле также может помешать вам хорошо выспаться ночью, поскольку люди, как правило, просыпаются, когда действие алкоголя заканчивается. Другая стратегия, которую люди могут попробовать, чтобы справиться с бессонницей, — это увеличить время в постели, в надежде, что этот подход в конечном итоге приведет к тому, что они заснут. Однако, скорее всего, произойдет обратное. Как только проблемы со сном укрепятся, это может вызвать у страдающих бессонницей людей негативные мысли, которые могут подорвать вашу уверенность в своей способности спать. Таким образом, может развиваться порочный круг плохого сна, приводящий к тревоге по поводу сна, что приводит к дальнейшему ухудшению качества сна.

### Как лечится бессонница?

Первый шаг в принятии решения о том, какое лечение необходимо, — это оценка основной причины бессонницы, чтобы убедиться, что она не вызвана заболеванием или принимаемыми лекарствами.

Есть несколько простых вещей, которые вы можете сделать, чтобы помочь исправить ситуацию. Однако пациент должен быть терпелив к себе, поскольку положительные эффекты этих лечений могут не быть заметны в течение нескольких дней или недель. Эти методы лечения включают в себя проведение меньшего времени в постели и избегание действий, способствующих бодрствованию в постели. Необходимо внести некоторые простые изменения в часы сна, чтобы вернуть вас к нормальному режиму сна.

Другие вещи, которые вы можете сделать, это избежать следующего:

- просмотр будильника
- занятия спортом перед сном
- курение сигарет или использование никотиновых продуктов (включая электронные сигареты)
- дневной сон и нерегулярное время отхода ко сну
- обильная еда перед сном
- употребление большого количества жидкости поздно ночью

Как только будет установлено, что это не является источником вашей проблемы, врач может порекомендовать краткий курс снотворных (лекарств), чтобы помочь вам разорвать цикл бессонницы или предложить лечение изменение поведения. Изменение поведения может быть таким же полезным и иметь более длительный эффект, чем лекарства без риска неблагоприятных побочных эффектов. Ожидайте, что вы можете чувствовать усталость после плохого ночного сна. Этот дискомфорт будет только на короткое время. Принятие вашей бессонницы поможет вам избежать крайне негативных мыслей относительно сна.

### **Могут ли безрецептурные препараты справиться с бессонницей?**

Некоторые безрецептурные препараты (не требующие рецепта) могут быть полезны, но многие из этих препаратов недостаточно изучены, чтобы ваш врач считал их

безопасными или полезными. Необходима прежде всего консультация с врачом, чтобы убедиться, что любые безрецептурные препараты, которые пациент принимаете, не мешают другим вашим лекарствам. Если человек не страдает от состояния, требующего лечения боли или жаропонижающего средства, следует избегать безрецептурных снотворных, которые содержат дополнительные обезболивающие, такие как ацетаминофен.

### **Является ли бессонница серьезной проблемой со здоровьем?**

Бессонница может быть серьезной и признаком более серьезных проблем со сном, таких как апноэ во сне, которое влияет на ваши легкие и сердце. Сонливость во время бодрствования, к сожалению, делает пациентов небезопасными водителями. Несчастные случаи происходят как днем, так и ночью из-за людей, которые недосыпают.

### **Состояния, которые имитируют (действуют как) бессонницу.**

Некоторые люди жалуются не на трудности со сном, а на желание спать в «неправильное» время. Это обычно связано с проблемами циркадного ритма (биологических часов). Они могут поздно засыпать и поздно просыпаться, это состояние называется синдромом задержки фазы сна. Или они могут засыпать слишком рано вечером и просыпаться рано утром, это состояние называется синдромом опережающей фазы сна. Если у пациента есть какая-либо из этих проблем, может быть рекомендована терапия ярким светом или мелатонин. Однако эти процедуры должны проводиться в определенное время цикла сна/бодрствования, чтобы помочь в исправлении проблемы со сном.

Изменив несколько вещей, связанных со сном, можно значительно улучшить его качество. Постарайтесь не отчаиваться, если ваш сон не улучшится сразу.

### **Литература:**

1. Валентин Петрушин. Неврозы большого города. — М.: Говорящая книга, 2012.
2. И. А. Юрьева. Бессонница. Как заснуть без лекарств. — М.: ИГ «Весь», 2014. — 128 с.
3. Ирина Радунцова. Здоровый сон. — М.: Диля, 2008. — 128 с.
4. Гай Мэдоус. Перестать ворочаться и начать спать. — М.: Эксмо, 2014. — 224 с.

## Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста

Самойлова Анна Алексеевна, студент;  
Иджян Екатерина Дмитриевна, студент;  
Куяшбаева Айсылу Ильмировна, студент;  
Насибуллина Рузана Рустемовна, студент

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

### Введение

По данным ВОЗ, во всем мире неинфекционные заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, хронические заболевания легких и рак,— наиболее опасные «незаметные убийцы».

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2019 году от ССЗ умерло около 17,9 млн человек, что составляет 32% от всех смертей в мире [3, с. 5]. Из них более 85% связаны с инфарктами и инсультами.

В Российской Федерации, как и во всем мире, заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из основных причин смертности взрослого населения, и уже несколько лет занимают «почетное» первое место. В 2022 году 43,8% всех случаев смерти были обусловлены заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а общее число смертей составило 831 557 человек [10, с. 14].

В структуре смертности трудоспособного населения в Оренбургской области за последние 5 лет ССЗ стабильно занимают лидирующую позицию.

Особую тревогу вызывает распространённость факторов риска ССЗ среди лиц трудоспособного возраста. К основным факторам риска относятся: артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, недостаточная физическая активность, курение и нерациональное питание [16, с. 21].

По данным Федоткиной С. А. (2022 г.), сердечно-сосудистые заболевания наносят весьма существенный, в том числе экономический, урон государству, за счет дорогостоящего лечения и реабилитации, снижения качества жизни, потери трудоспособности, высокого уровня первичной инвалидности и преждевременной смертности. [23]

Кроме того, настораживающим фактом является то, что длительное время продолжается тенденция к росту заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также их распространение среди населения, которое ранее было менее подвержено развитию данной патологии, то есть болезни системы кровообращения «молодеют».

Поэтому, согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих», болезни системы кровообращения отнесены к социально значимым заболеваниям.

Данное обстоятельство диктует необходимость учета факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, характерных для лиц трудоспособного возраста, разработки эффективных профилактических мероприятия для лиц молодого возраста с предрасположенностью развития данных заболеваний с учетом распространенности факторов риска в современных социально-экономических условиях.

**Целью** настоящего исследования является оценка распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста России и Оренбургской области.

В соответствии с поставленной целью были определены следующие задачи исследования:

- 1) проанализировать структуру факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в России;
- 2) рассмотреть региональные особенности распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста в Оренбургской области;
- 3) Оценить эффективность существующих профилактических программ и мер по снижению факторов риска ССЗ среди лиц трудоспособного возраста.
- 4) Разработать рекомендации по улучшению профилактики факторов риска ССЗ, ориентированные на трудоспособное население.

**Объектом** исследования являлось трудоспособное население России и Оренбургской области, **предметом** — факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста.

### Материалы и методы

В работе использовались данные официальной статистической информации о заболеваемости и смертности взрослого населения Российской Федерации и Оренбургской области за 2019–2023 гг., а также материалы, предоставленные Всемирной организацией здравоохранения, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Роспотребнадзором. Проанализированы труды отечественных ученых и зарубежных специалистов, занимающихся проблемой факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Поиск источников осуществлялся через электронные базы данных, включая «Научную электронную библиотеку eLIBRARY.RU» (<https://elibrary.ru>) и официальные сайты ВОЗ и Минздрава РФ.

## Результаты исследования и их обсуждение

### *Структура факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в России*

Факторы риска — это особенности жизни человека, которые способствуют развитию, прогрессированию и проявлению заболевания. Все факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний можно разделить на — устранимые (или модифицируемые) и неустраиваемые (немодифицируемые). К первым относятся: чрезмерное употребление алкоголя, курение, неправильное питание, психосоциальный стресс, низкая физическая активность. Они влияют на развитие артериальной гипертензии, дислипидемии и развитие ожирения. Вторая группа факторов — это возраст, пол, наследственная предрасположенность. [24]

Результаты крупномасштабных международных исследований, в частности, исследования INTERHEART, показали, что 9 факторов, оказывающих определяющее влияние на повышение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: гиперхолестеринемия, курение, депрессия/стресс, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение, употребление алкоголя, гиподинамия, а также факторы, снижающие риск: употребление в достаточном количестве овощей и фруктов и регулярная физическая активность [25].

Артериальная гипертензия затрагивает более 40% взрослого населения России и является основным фактором риска инсульта и инфаркта миокарда [10, с. 14]. Гиперхолестеринемия выявляется у 58,8% россиян старше 18 лет, что существенно повышает вероятность развития ишемической болезни сердца и других заболеваний сердца и сосудов [14, с. 8].

Избыточная масса тела и ожирение диагностируется у 27,5% взрослого населения России [17, с. 21]. Недостаточная физическая активность, наблюдаемая у 40% россиян, способствует ожирению, гиперхолестеринемии и гипертензии, что повышает риск развития ССЗ [10, с. 16].

Курение также остаётся одним из ведущих факторов риска, так как более 20% всех случаев смертности от ССЗ в стране связано с табачной зависимостью, при этом около 30% россиян продолжают курить [2, с. 12].

По данным Федоткиной С.А. (2022), проводившей анализ факторов риска среди исследуемых кабинета профилактики артериальной гипертензии, было отмечено увеличение частоты табакокурения, употребления алкоголя, гиподинамии, а избыточная масса тела и ожирение выявлено у 2/3 пациентов, гиперхолестеринемия достоверно чаще встречалась у женщин, причем в возрасте от 18 до 40 лет [23].

В ряде научных исследований было подтверждено, что у населения трудоспособного возраста наследственная предрасположенность к ССЗ усугубляется наличием поведенческих факторов риска и способствует формированию биологических факторов риска — артериальной

гипертензии, гиперхолестеринемии (дислипидемии), избыточной массы тела, ожирения, являющихся значимыми для развития сердечно-сосудистой патологии [23].

Нерациональное питание, включающее избыточное потребление продуктов с высоким содержанием жиров, соли и сахара, и гиподинамия являются такими факторами. Известно, что более 60% россиян регулярно употребляют такие продукты питания [17, с. 21].

Таким образом, структура факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в России следующая: гипертензия, гиперхолестеринемия, ожирение, малоподвижный образ жизни, курение и нерациональное питание. Эти факторы взаимосвязаны и вместе способствуют развитию заболеваний сердца и сосудов, а также увеличивают смертность от этих заболеваний в стране.

### *Региональные особенности распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста в Оренбургской области*

Оренбургская область, как и многие другие регионы России, сталкивается с высокой распространённостью факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди трудоспособного населения.

Анализ статистических данных за последние годы показывает, что наиболее значимыми факторами, влияющими на развитие ССЗ, являются артериальная гипертензия, избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, курение и малоподвижный образ жизни.

По данным региональных исследований распространённость артериальной гипертензии среди трудоспособного населения составляет около 35–40%, что несколько выше среднего уровня по России [12, с. 12].

В 2022 году уровень общего холестерина выше нормы был зафиксирован у 56% взрослого населения региона, что почти соответствует общероссийскому уровню, однако в некоторых районах области показатели несколько выше [14, с. 10].

Избыточная масса тела и ожирение в Оренбургской области наблюдаются у 30% взрослого населения, что является результатом низкой физической активности и нерационального питания [12, с. 15]. Малоподвижный образ жизни охватывает более 35% трудоспособного населения, что усугубляет риски развития сердечно-сосудистых заболеваний среди этой группы [17, с. 18].

Курение остаётся одной из серьёзных проблем региона. По статистике, в Оренбургской области курят более 25% трудоспособных граждан, что значительно повышает риски развития инфарктов и инсультов. Курение особенно распространено среди мужчин в возрасте от 30 до 50 лет [2, с. 14].

Таким образом, в Оренбургской области наблюдается высокая распространённость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, что требует комплексного подхода к профилактике, направленного на снижение ги-

пертонии и гиперхолестеринемии, улучшение питания, увеличение физической активности и борьбу с курением среди трудоспособного населения.

#### *Оценка эффективности профилактических программ по снижению распространенности факторов риска ССЗ*

В последние годы активно развиваются программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), направленные на снижение факторов риска. В 2022 году был принят «Глобальный план действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями 2022–2030», в котором особое внимание уделяется ССЗ как одной из основных причин смертности [4, с. 5]. В рамках этого плана предполагается улучшение диагностики, лечение и профилактика ССЗ, включая образовательные программы для населения на тему ЗОЖ.

Однако эффективность этих программ на общероссийском уровне остаётся ограниченной. Согласно данным Министерства здравоохранения РФ, в 2023 году продолжает наблюдаться высокий уровень артериальной гипертонии и гиперхолестеринемии среди взрослого населения, несмотря на действия профилактических мер [10, с. 16].

Программы по борьбе с курением, такие как анти-табачная кампания, частично снижают количество курящих, однако около 20% взрослого населения продолжает курить, что остаётся серьёзным вызовом для здоровья нации [2, с. 14].

Программы по физической активности также не всегда показывают высокие результаты. Примером является проект «Здоровье нации», который призван популяризировать занятия физкультурой, но, по данным исследований, более 40% россиян остаются физически неактивными [10, с. 18].

В контексте борьбы с ожирением и неправильным питанием предпринимаются меры, однако потребление продуктов с высоким содержанием жиров, соли и сахара остаётся высоким среди населения.

В Оренбургской области также реализуются меры по профилактике факторов риска ССЗ, такие как диспансеризация, программы по борьбе с курением и повышению физической активности, а также программы рационального питания и борьба с ожирением. Согласно докладу Минздрава Оренбургской области за 2023 год, на территории региона активно работают профилактические медицинские учреждения, где проводится скрининг на артериальную гипертонию и гиперхолестеринемии среди трудоспособного населения [12, с. 15]. Однако, несмотря на наличие этих программ, их эффективность остаётся ниже желаемого уровня, поскольку распространённость гипертонии и гиперхолестеринемии среди трудоспособного населения региона не снижалась за последние несколько лет.

На уровне области также проводятся программы, направленные на повышение физической активности, например, массовые спортивные мероприятия. В целом, они показывают положительные результаты, но уровень ма-

лоподвижности среди населения остаётся высоким, так как более 30% трудоспособных жителей региона продолжают вести сидячий образ жизни [17, с. 18].

Меры по борьбе с ожирением, направленные на изменение питания и снижение избыточного веса, также действуют на уровне области. Однако существуют ограничения в этом направлении: недостаточная осведомлённость и низкая мотивация среди населения. Уровень ожирения среди жителей Оренбургской области остаётся выше, чем в среднем по России, составляя около 30% взрослого населения [12, с. 14].

Таким образом, программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России и Оренбургской области показали свою эффективность в снижении курения, но проблемы в этом направлении остаются. Программы по выявлению и профилактике гипертонии и гиперхолестеринемии также показали определённые результаты, однако высокие уровни распространённости этих факторов риска ССЗ требуют дальнейшей работы. Меры по борьбе с ожирением и малоподвижным образом жизни нуждаются в улучшении, включая усиление информационных кампаний и доступности спортивных объектов.

#### *Рекомендации по улучшению профилактики факторов риска ССЗ, ориентированные на трудоспособное население*

Для улучшения профилактики факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди трудоспособного населения, можно предложить следующие рекомендации:

1) Усиление информационных кампаний. Нужно разрабатывать и активно внедрять образовательно-просветительские мероприятия, направленные на повышение осведомлённости о рисках ССЗ, значении здорового образа жизни и важности регулярных медицинских обследований. Эти кампании должны быть ориентированы на трудоспособное население и учитывать особенности разных возрастных групп и профессиональных категорий.

2) Повышение доступности физической активности. Важно улучшить доступность и привлекательность спортивных и фитнес-мероприятий для трудоспособного населения. Это можно сделать через создание спортивных площадок, субсидирование групповых спортивных программ, а также стимулирование работодателей предоставлять работникам время для физических упражнений в рабочем графике.

3) Программы рационального питания. Следует внедрить на федеральном и региональном уровнях программы по улучшению питания, фокусируясь на снижении потребления продуктов с высоким содержанием сахара, соли и жиров, а также на поддержке правильного питания в рабочих коллективах. Включение таких рекомендаций в профессиональную подготовку и корпоративные программы также может оказать значительное влияние.

4) Повышение эффективности профилактических осмотров и скрининга. Для выявления факторов риска

на ранних стадиях, необходимо расширить программу диспансеризации, сделать её более доступной для трудоспособного населения, включая проведение регулярных скринингов на артериальную гипертензию, гиперхолестеринемия, ожирение и другие заболевания, способствующие развитию ССЗ.

5) Поддержка отказа от курения и употребления алкоголя. Важно продолжать борьбу с курением и злоупотреблением алкоголем, внедряя новые меры, такие как увеличение налогов на табачные изделия и алкоголь, а также предоставление финансовой и психологической помощи людям, желающим бросить курить.

6) Создание программ социальной поддержки для улучшения психоэмоционального состояния. Психологический стресс является значительным фактором риска для сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому следует развивать программы социальной поддержки на рабочих местах, включающие психологическую помощь, тренинги по управлению стрессом и улучшению баланса работы и личной жизни.

Таким образом, эти меры помогут снизить распространенность факторов риска ССЗ среди лиц трудоспособного возраста и улучшить общее состояние здоровья.

### Заключение

Сердечно-сосудистые заболевания являются актуальной медико-социальной проблемой как России, так и Оренбургской области. Установлено, что высокая заболеваемость болезнями кровообращения и смертность от них вносят свой вклад в ухудшение демографической ситуации в стране.

Определяющее влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний имеют такие факторы риска, как гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, курение, ожирение, депрессия/стресс, гиподинамия, нерациональное питание. И первые три из перечисленных имеют существенное значение для показателей преждевременной смертности.

### Литература:

1. Атлас факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в России / Под ред. С. Н. Смирнова. М.: Изд-во РАМН, 2021. 150 с.
2. Беляев И. А., Жукова Е. В. Курение как фактор риска ССЗ среди трудоспособного населения // Социальная медицина. 2023. № 4. С. 12–18.
3. ВОЗ. Глобальный доклад о сердечно-сосудистых заболеваниях. Женева: ВОЗ, 2023.
4. ВОЗ. Глобальный план действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями 2022–2030. Женева: ВОЗ, 2022.
5. Гончарова И. Н., Сидоров П. Н. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: современные подходы к профилактике. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 240 с.
6. Громов Д. Ю., Соловьёва А. И. Региональные различия в распространённости ожирения среди взрослого населения России // Вопросы питания. 2022. № 3. С. 50–57.
7. Иванова С. А., Кузнецова Л. Н. Роль факторов риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний у трудоспособного населения // Кардиология. 2023. № 2. С. 15–22.
8. Козлов П. В. Роль физических упражнений в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний // Журнал кардиологии. 2022. № 5. С. 18–24.

Кроме того, доказано, что предрасположенность к возникновению патологии в сердечно-сосудистой системе у лиц трудоспособного возраста усугубляется наличием поведенческих факторов риска, среди которых наибольшую распространенность имеет фактор курения и неправильное питание, и из этого «союза» формируются биологические факторы риска — артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, избыточной массы тела, ожирения.

В Оренбургской области распространенность факторов риска аналогична общероссийской, отмечено, что наибольшее значение для развития болезней системы кровообращения в нашей области имеют нерациональное питание, артериальная гипертензия, ожирение, гиперхолестеринемия.

Анализ распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста поможет в эффективном планировании профилактических программ на популяционном уровне и организации такой профилактической деятельности всех звеньев здравоохранения.

Для повышения эффективности профилактики рекомендуется усилить информационные кампании, улучшить доступность спортивных объектов и мероприятий, а также внедрить программы по здоровому питанию и борьбе с ожирением. Особое внимание следует уделить психоэмоциональному состоянию трудоспособного населения, развивая программы психологической поддержки, тренинги по управлению стрессом и созданию более здоровых условий труда. Важной составляющей является расширение диспансеризации и скрининга для раннего выявления заболеваний.

Комплексный подход к решению проблемы факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, включая вовлеченность как государственных, так и частных инициатив, станет залогом успеха в улучшении здоровья лиц трудоспособного возраста и снижении общего уровня заболеваемости и смертности от ССЗ.

9. Минздрав РФ. Статистика по заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в России. URL: <https://www.gosminzdrav.ru> (дата обращения: 12.01.2025).
10. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Государственный доклад о состоянии здоровья населения России. М., 2023.
11. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Национальный проект «Здравоохранение»: мероприятия по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. М., 2023
12. Минздрав Оренбургской области. Доклад о состоянии здоровья населения и профилактике заболеваний в регионе. Оренбург, 2023.
13. Назаров А. И. Региональные особенности факторов риска ССЗ: автореферат дис... д-ра мед. наук. Екатеринбург, 2022. 30 с.
14. Национальный регистр сердечно-сосудистых заболеваний. Ежегодный отчёт по распространённости ССЗ и их факторов риска. М., 2023.
15. Орлова Е. В. Медико-социальные аспекты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. СПб.: Наука, 2022. 180 с.
16. Петров В. К., Орлова Т. Н. Эффективность программ профилактики факторов риска ССЗ: опыт регионов России // Здравоохранение Российской Федерации. 2023. № 6. С. 8–15.
17. Роспотребнадзор. Аналитический отчёт о распространённости факторов риска ССЗ в Российской Федерации. М., 2023.
18. Роспотребнадзор. Профилактика ССЗ: материалы для врачей и населения. URL: <https://www.rosпотребнадзор.ru> (дата обращения: 12.01.2025).
19. Сидоров П. Н., Михайлова Е. В. Анализ распространённости гиперхолестеринемии в России: результаты национального исследования // Вопросы профилактической медицины. 2022. № 4. С. 35–41.
20. Соколова О. В. Эпидемиологические аспекты ожирения как фактора риска ССЗ в регионах России: дис... канд. мед. наук. М., 2022. 200 с.
21. Тихомирова А. В. Артериальная гипертония как фактор риска среди трудоспособного населения России // Здоровье населения и среда обитания. 2023. № 1. С. 22–28.
22. Федеральный закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
23. Федоткина с. А., Хугаева Э. В. Анализ факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц трудоспособного возраста. // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. № 6.

## Исследование эпидемиологии заболеваний щитовидной железы

Санкова Арина Сергеевна, студент;

Карабалева Арина Мерекеевна, студент;

Березовская Елизавета Сергеевна, студент;

Гребенко Валерия Викторовна, студент;

Муллабаева Камилла Тимуровна, студент

Научный руководитель: Горина Ольга Александровна, ассистент

Оренбургский государственный медицинский университет

*Статья посвящена исследованию эпидемиологии заболеваний щитовидной железы, таких как гипотиреоз и гипертиреоз. В ней будут рассмотрены распространенность и частота новых случаев этих заболеваний.*

*Особое внимание уделено анализу региональных различий в заболеваемости, базируясь на данных из различных исследований, проведенных в разных частях мира. Исследование направлено на формулирование рекомендаций для ранней диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы.*

**Ключевые слова:** щитовидная железа, особое внимание, эпидемиология заболеваний, заболевание, ранняя диагностика, выработка гормонов.

Изучение эпидемиологии заболеваний щитовидной железы представляет собой важную и актуальную область медицинских исследований, поскольку данные заболевания имеют значительное влияние на здоровье людей во всем мире. Щитовидная железа — железа эндокринной системы, расположенная в области передней

поверхности шеи и выполняющая самые разнообразные функции в организме человека, в частности — выработка гормонов, поддержание обмена веществ, рост и развитие организма.

Актуальность данной статьи обусловлена растущей заболеваемостью и распространенностью заболеваний щи-

товидной железы, что требует глубокого понимания их эпидемиологии. Основной целью работы является изучение распространенности и частоты заболеваемости ЩЖ, а также разработка рекомендаций для их ранней диагностики, провести анализ данных о распространенности двух основных заболеваний щитовидной железы, таких как гипотиреоз, гипертиреоз. На основании исследований на 2024 год становится ясно, что распространенность данных заболеваний растет стремительно и постепенно эта статистика становится хуже. Но также, не стоит забывать и про другие заболевания ЩЖ, связанные с дефицитом витаминов и минералов, в частности йода [1].

В РФ особенно выделяется проблема йодного дефицита, чему может способствовать большое количество регионов с недостаточным содержанием йода в почве и водоносных горизонтах [2]. Поэтому особое внимание нужно уделить динамике заболеваемости.

По последним данным статистики, в группе лиц от 55–65 лет наблюдается колоссальный рост заболеваемости ЩЖ, что требует принятия специальных мер лечения и профилактики этой группы населения. Не менее важной составляющей исследования эпидемиологии заболеваний щитовидной железы является оценка влияния факторов окружающей среды и образа жизни людей на здоровье. Во многом значимое влияние на высокую заболеваемость играют экологические условия, а также питания, низкая или чрезмерная физическая активность и высокий уровень стресса. Поэтому они также должны учитываться в эпидемиологических исследованиях.

Для более тщательного понимания ситуации с патологиями ЩЖ и выработки эффективных методов диагностики и лечения, необходимо применение различных методов диагностики. Во-первых, это проведение эпидемиологического анализа, который помогает оценить распространенность болезней в различных социально-экономических и географических группах. Например, частота зоба в Пермской области составляет от 7,6% до 56,3%, что указывает на эндемичность средней тяжести [7]. Такие важные данные необходимы для понимания масштабов проблемы и разработки стратегий вмешательства.

Во-вторых, измерение йодурии также является важным методом в данной области. Благодаря измерению уровня йода в моче можно оценить степень йодной недостаточности среди населения, что, в свою очередь, помогает провести анализ причин возникновения заболеваний щитовидной железы [2]. Клинические и инструментальные методы диагностики играют не меньшую роль в эпидемиологии заболеваний ЩЖ. Так, например,

ультразвуковое исследование щитовидной железы помогает выявить на ранней стадии наличие узлов и предотвратить их разрастание. Как уже было сказано ранее, основной функцией щитовидной железы является выработка гормонов.

В связи с этим среди заболеваний ЩЖ можно выявить две основные патологии, связанные с уменьшением или увеличением выработки гормонов — гипотиреоз и гипертиреоз. По данным исследования, глобальная распространенность гипотиреоза составляет 11%, тогда как гипертиреоз имеется примерно у 87% пациентов с заболеваниями щитовидной железы [5].

В различных регионах эти показатели всегда разные и постоянно варьируются. Так, например, среди новорожденных частота составляет 0,025%, в то время как у людей старше 65 лет она может достигать 5–7% [6]. По статистике заболевание ЩЖ чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин, причем у женского пола распространенность гипертиреоза может достигать 2,9%, а у мужского 0,3%. Данные различия могут быть связаны с различиями гормонального фона и особенностями обмена веществ [6]. За последние годы наблюдается тенденция к росту частоты как гипотиреоза, так и гипертиреоза, что связано с изменениями в экологии, питании и также других факторов, приводящих к недостатку минералов в организме, в частности йода.

На сегодняшний день следует уделить особое внимание просвещению населения о признаках и симптомах, которые могут указывать на нарушение функции ЩЖ. Введение регулярных программ скрининга может сыграть решающую роль в снижении числа осложнений и ухудшения качества жизни пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Проведение клинических исследований и анализ собранных данных о распространенности патологии помогут обеспечить необходимые условия для улучшения статуса здоровья населения и эффективного управления медицинскими ресурсами.

Таким образом, результаты нашей работы подчеркивают важность комплексного подхода к изучению эпидемиологии щитовидной железы. Необходимо продолжать следования в этой области, чтобы углубить наше понимание механизмов, лежащих в основе патологии щитовидной железы, и разработать новые методы и подходы их профилактики и лечения. Важно, чтобы медицинское сообщество продолжало обмениваться опытом и знаниями, что позволит более эффективно справляться с проблемами, связанными с заболеваниями ЩЖ, и обеспечивать высокое качество медицинской помощи для всех пациентов.

#### Литература:

1. Актуальность темы исследования. [Электронный ресурс] // new-disser.ru — Режим доступа: [https://new-disser.ru/\\_avtoreferats/01005093652.pdf](https://new-disser.ru/_avtoreferats/01005093652.pdf), свободный. — (дата обращения: 09.01.2025).
2. На правах рукописи [Электронный ресурс] // www.endocrincentr.ru — Режим доступа: <https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/dissertation/kiyaevav.pdf>, свободный. — (дата обращения: 10.01.2025).

3. Эпидемиология заболеваний щитовидной железы | Статья... [Электронный ресурс] // moluch.ru — Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/501/110194/>, свободный. — (дата обращения: 09.01.2025).
4. Границы | Картографирование глобальной эпидемиологии узлов... [Электронный ресурс] // tr-page.yandex.ru — Режим доступа: <https://tr-page.yandex.ru/translate?lang=en-ru&url=https://www.frontiersin.org/journals/oncology/articles/10.3389/fonc.2022.1029926/full>, свободный. — (дата обращения: 11.01.2025).
5. Epidemiological trends in thyroid diseases [Электронный ресурс] // hnj.science — Режим доступа: <https://hnj.science/wp-content/uploads/2022/10/15-24.pdf>, свободный. — (дата обращения: 13.01.2025).
6. ФГАОУ [Электронный ресурс] // rsmu.ru — Режим доступа: [https://rsmu.ru/fileadmin/templates/doc/faculties/pf/h-surg/06\\_zob.pdf](https://rsmu.ru/fileadmin/templates/doc/faculties/pf/h-surg/06_zob.pdf), свободный. — (дата обращения: 10.01.2025).
7. Распространенность гипертиреоза, гипотиреоза и эутиреоза... [Электронный ресурс] // tr-page.yandex.ru — Режим доступа: <https://tr-page.yandex.ru/translate?lang=en-ru&url=https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-020-01459-7>, свободный. — (дата обращения: 13.01.2025).
8. Magazine\_block&lt;2116&gt;2\_2009.indd [Электронный ресурс] // thyronet.rusmedserv.com — Режим доступа: [https://thyronet.rusmedserv.com/files/165/2009\\_2.pdf](https://thyronet.rusmedserv.com/files/165/2009_2.pdf), свободный. — (дата обращения: 11.01.2025).
9. Гипотиреоз и тиреотоксикоз [Электронный ресурс] // www.medicum.nnov.ru — Режим доступа: <https://www.medicum.nnov.ru/doctor/library/endocrinology/lavin/29.php>, свободный. — (дата обращения: 11.01.2025).

## Отравления суррогатным алкоголем.

### Роль в показателях смертности. Меры профилактики

Славгородский Михаил Андреевич, студент;

Мещеряков Александр Сергеевич, студент;

Хлынов Никита Сергеевич, студент

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

#### Введение

Чрезмерное употребление алкоголя является одной из основных причин смертности и инвалидности в мире. В России количество смертельных интоксикаций достигает 65–70 тысяч случаев в год, из которых 50–60% приходится на отравления алкоголем и его суррогатами. Риск смертности увеличивается с ростом пристрастия к спиртным напиткам. Цель обзора заключалась в анализе статистики и выявлении связи между чрезмерным употреблением алкоголя и высокими показателями смертности в РФ и ее регионах. Задача исследования заключается в определении роли отравления суррогатного алкоголя в показателях смертности и меры профилактики. Объектом данного исследования является показатель смертности, а предметом — отравление суррогатным алкоголем. Изучено несколько источников научной литературы по данной теме, которые были проанализированы и обобщены.

#### Проблема отравлений алкоголем

Алкогольная интоксикация, приводящая к смерти, наблюдается повсеместно в России. В Оренбургской области, несмотря на снижение насильственных смертей, увеличивается количество алкогольных отравлений. Согласно данным «Бюро судебно-медицинской экспертизы», в 2019 году алкоголь оказался причиной 24,2% всех смертей, а в 2020 году

число случаев достигло 10 353, что стало рекордом за 2016–2020 гг. В Волгоградской области в 2020 году данные были ниже среднероссийских. Токсическое действие этанола стало причиной 75% алкогольных отравлений, а случаи смерти чаще связаны с употреблением метанола. В настоящее время контрафактная алкогольная продукция составляет около 40% от общего объема, и спрос на нее остается высоким, что облегчает процесс подделки.

#### Статистика

Согласно последним опубликованным данным Росстата за 2020 год из-за случайных отравлений алкоголем в России скончались 10,2 тыс. человек — на 3,7 тыс. человек больше, чем в 2019 году.

Крупнейшие случаи отравления спиртосодержащей продукцией в России

С учетом ЧП 2023 году в Ульяновской и Самарской областях, всего в РФ зафиксировано шесть случаев массового отравления партиями суррогатов, которые привели к смерти более чем 20 человек.

19 декабря 2016 года в Иркутске от отравления суррогатным алкоголем «Боярышник» погибли 76 человек, всего пострадали 123. Это стало крупнейшим отравлением в современной России. В отношении виновных было возбуждено уголовное дело. Виновные в производстве и сбыте фальсифицированного «Боярышника» и приговорены к 7–10 годам лишения свободы.

С 6 по 18 октября 2021 года в Оренбургской области от отравления суррогатным алкоголем с метанолом погибли 36 человек, 20 пострадали. Возбуждено 14 уголовных дел, задержаны 15 человек, 11 из них арестованы. Осенью 2022 года виновные получили сроки от 1,5 до 5 лет. С 7 по 14 октября 2021 года в Чкаловском районе Екатеринбурга несколько человек сбывали метиловый спирт, что привело к отравлению 44 человек, из которых 7 пострадали. Шестеро мужчин и одна женщина были арестованы.

После отравления поддельным алкоголем с начала октября 2021 года в Оренбургской области погибло 34 человека, состояние еще 30 человек находится в опасности. На Урале по той же причине не стало 26 жителей региона, а в Красноярском крае массовая гибель от алкоголя происходила дважды — в 2015 году погибло 11 человек после употребления фальшивого виски Jack Daniel's, а в 2021 от суррогата скончались 3 горожанина, еще двое находятся в тяжелом состоянии.

### Виды суррогатного алкоголя

Суррогаты алкоголя делятся на две группы. К первой группе относятся: бутиловый спирт, гидролизный и сульфитный спирты, денатурат или технический спирт, одеколоны и лосьоны, политура, морилка.

Вторая группа или их ещё называют «ложные суррогаты» представлена: метиловым спиртом и этиленгликолем.

### Последствия применения суррогатного алкоголя

Токсичные спирты легкодоступны и содержатся во многих бытовых и промышленных средствах. Приём всего 30 мл метилового спирта приводит к смертельному исходу.

Изопропанол, широко известный как спирт для протирания стекол, является распространенным антисептиком,

а также применяется в парфюмерии, химической, нефтяной, мебельной, пищевой, лесохимической промышленности. Отравление изопропанолом приводит к угнетению ЦНС, респираторной недостаточности и недостаточности кровообращения.

Отравление суррогатным алкоголем — одна из основных причин повреждения почек, приводящая к острому тубулярному некрозу. Стрессы и клеточные нарушения инициируют дисфункцию поджелудочной железы и развитие панкреатита. Исследования подтверждают, что алкоголь ухудшает секрецию инсулина клетками панкреатических островков.

### Производство суррогатного алкоголя

Суррогатный алкоголь делится на два типа: заводской без акцизных марок и кустарного производства.

Заводской производят на небольших официальных заводах, где сотрудники тайно используют пустые бутылки и часть спирта для увеличения зарплаты. Этот алкоголь похож на оригинал, но без акцизных марок, и его нельзя отследить.

Кустарное производство алкоголя более распространено и включает как небольших «предпринимателей» в дачных участках, так и более крупных производителей на арендуемых складах. Часто создаются собственные этикетки, а сам алкоголь не соответствует стандартам ГОСТа.

### Профилактика отравления

Будьте внимательны при выборе спиртного. Осторожно относитесь к слишком низким ценам и избегайте покупки дешёвого алкоголя. Приобретайте алкоголь только в магазинах с сертификатом качества. Помните, что крепость напитка не играет роли — отравление возможно как от дешёвого вина, так и от паленой водки. Осторожность может спасти жизнь.

### Литература:

1. Профилактика отравлений суррогатным алкоголем.— Текст: электронный // Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Алтай»: [сайт].— URL: <https://www.fbuz04.ru/index.php/deyatelnost/zdorovyj-obraz-zhizni/profilaktika-otравlenij-surrogatami-alkogolya> (дата обращения: 16.01.2025).
2. Отравление суррогатами алкоголя: статистика по стране и отдельным регионам.— Текст: электронный // Научный вестник Омского государственного медицинского университета: [сайт].— URL: <https://journals.rcsi.science/2782-3024/article/view/251707/229851> (дата обращения: 16.01.2025).
3. Анализ смертности от алкогольных отравлений.— Текст: электронный // Центр санэпиднадзора Республики Татарстан, Казань; Казанский медицинский университет: [сайт].— URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-smertnosti-ot-alkogolnyh-otравleniy/viewer> (дата обращения: 16.01.2025).
4. Случаи массовых отравлений спиртосодержащей продукцией в России.— Текст: электронный // ТАСС: [сайт].— URL: <https://tass.ru/info/17932853> (дата обращения: 16.01.2025).
5. Его гонят на заводах во «вторую смену»: как в суррогатном алкоголе оказывается яд Читайте на WWW.KRSK.KP.RU: <https://www.krsk.kp.ru/daily/28346/4492670/>.— Текст: электронный // Комсомольская правда: [сайт].— URL: <https://www.krsk.kp.ru/daily/28346/4492670/> (дата обращения: 16.01.2025).
6. Отравление у человека суррогатами алкоголя.— Текст: электронный // Стоматологическая клиника «Улыбка»: [сайт].— URL: <https://ulibkastomclinic.ru/inf/otравlenie-u-cheloveka-surrogatami-alkogolya> (дата обращения: 16.01.2025).

## Семья как система социального функционирования человека. Роль семьи в системе здравоохранения

Тимиров Тимур Азатович, студент;  
Лемехов Антон Сергеевич, студент;  
Жакисов Руслан Асхатович, студент;  
Петров Егор Владимирович, студент;  
Чуркин Степан Сергеевич, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*Данная статья посвящена изучению влияния семейного статуса на здоровье населения. Семья рассматривается как основной социальный институт, имеющий важное значение для воспроизводства населения и формирования демографической политики. Также в работе рассмотрены такие социально-демографические факторы, как пол, возраст и уровень образования, а также их влияние на здоровье и здоровый образ жизни.*

*Цель проекта — выявить взаимосвязь между семейными традициями и состоянием здоровья, подчеркивая значимость семьи в контексте общественного благополучия. Ожидается, что полученные результаты смогут способствовать более эффективному формированию государственной политики в области здоровья и социальной защиты.*

**Ключевые слова:** демографическая политика, семья, здоровье населения, член семьи, семейный статус, здоровый образ жизни.

Семья как один из основных социальных институтов играет немалую роль в формировании и поддержании здоровья населения, а также в реализации демографической политики.

Основной целью данной работы является исследование влияния семейных традиций и статуса на здоровье и благополучие населения, выявление взаимосвязи между здоровьем населения и семейным статусом, а также подробнее углубиться в понимание основной проблемы, а это: недостаточность информации о влиянии семьи на состояние демографической политики нашей страны и состояние здоровья людей, проживающих в России.

Семья как социальный институт является важным объектом демографической политики. Каждый год происходит обновление законов и условий, которые в достаточном объеме позволяют обеспечить семьям комфортные условия проживания и в полной мере оказывают нужную поддержку. Способствуя повышению рождаемости, государство активно продолжает внедрять программы, которые направлены на улучшение условий жизни. Это может проявляться через налоговые льготы, пособия, материнский капитал и т.д. [2].

Ключевой момент, который необходимо упомянуть в данной статье — социальное и эмоциональное здоровье, которое формируется в семейной среде. Проводится большое количество исследований, которые доказывают, что характер межличностных отношений в семье, поддержание родителями здоровья и эмоционального состояния детей, а также их вовлеченность в активные формы досуга существенно влияют на общее состояние здоровья семьи и населения в целом [3].

Близкие также играют значительную роль в профилактике многих заболеваний. Участие родителей в воспитании детей является неотъемлемой частью в форми-

ровании счастливого и успешного будущего ребенка, так как они передают поколению. Не только физические характеристики, но и образ жизни, что в дальнейшем оказывает влияние на здоровье населения [5].

Важно отметить, что активное вовлечение государства в поддержку семей несет за собой не только улучшение демографической ситуации, но и помогает справиться с негативными явлениями, такими как снижение рождаемости и старение населения.

Существует огромное количество факторов, оказывающих не менее важное влияние на формировании здоровья семей и ее членов. Многочисленные исследования показывают, что наличие стабильных семейных отношений связано с улучшением состояния здоровья. Доказано, что в семьях, где царит морально-психологический климат, люди живут дольше и реже болеют. Напротив, наличие негативных факторов, в частности стресс, алкоголизм могут усугубить условия жизни и значительно повлиять на здоровье членов семьи, особенно детей [6]. Также культурные различия могут иметь немалое значение в формировании здоровья семьи. Например, в западных странах наблюдается рост индивидуализма, что приводит к уменьшению значимости традиционных семейных ценностей, тогда как в восточных странах семейные узы остаются в центре внимания. В то же время, согласно статистике, женатые мужчины, как правило, живут в среднем на 8 лет дольше, в отличие от холостых [4].

Еще одним важным фактором, связанным с состоянием здоровья, является распределение обязанностей между членами семьи. Например, стресс от неоправданных ожиданий и отсутствие помощи в выполнении домашних обязанностей, может приводить к негативным последствиям как для здоровья, так и для отношений в семье. На примере многих учений видно, что неравное распределение обязан-

ностей вызывает чувство перегруженности, расстройства и стресс, как минимум, у одного члена семьи, что, в свою очередь негативно сказывается на здоровье всей семьи.

Здоровый образ жизни является основным из всех вышеперечисленных факторов, это то, что закладывается нашими родителями нам с ранних лет. Важно придерживаться, как кажется, на первый взгляд, простым привычным обязанностям: занятие физкультурой, правильное и рациональное питание, полноценный и здоровый сон, и это поможет в сохранении и поддержании здоровья семьи.

Таким образом, на основании данных можно сделать вывод о том, что семья представляет собой один из основных факторов, оказывающих влияние на здоровье каждого члена семьи. Исследования показывают, что вы-

сокий уровень благосостояния в семье способствует формированию более позитивного настроения внутри семей.

Напротив, негативная обстановка, неблагоприятные условия проживания несут за собой не только конфликты между близкими людьми, но и могут вызвать разного рода заболевания. Важно создавать внутри семьи атмосферу полную доверия и взаимопонимания, снижать уровень стресса, который оказывает не самое благоприятное воздействие на организм человека, повышать и совместными усилиями улучшать эмоциональное состояние среди членов данной ячейки общества. Не стоит также забывать и про социально-демографические факторы, такие как: пол, возраст и уровень образования. Они также играют колоссальную роль в развитии семейного сообщества и поддержании здоровья семьи.

#### Литература:

1. Демографическая и семейная политика в Российской Федерации... [Электронный ресурс] // www.yaklass.ru — Режим доступа: <https://www.yaklass.ru/p/obshchestvoznaniye/11-klass/sotsialnaia-sfera-7284825/semia-kak-sotsialnyi-institut-7281481/re-42cf6fcd-2c25-4735-b262-853b1bb62644>, свободный. — (дата обращения: 10.01.2025).
2. Семья как объект демографической политики. Роль семьи... [Электронный ресурс] // moluch.ru — Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/503/110581/>, свободный. — (дата обращения 10.01.2025).
3. Семья и демографические процессы [Электронный ресурс] // — Режим доступа:, свободный. — (дата обращения: 11.01.2025).
4. Диссертация на тему «Влияние демографической политики»... [Электронный ресурс] // www.dissercat.com — Режим доступа: <https://www.dissercat.com/content/vliyanie-demograficheskoi-politiki-gosudarstva-na-funktsionirovanie-semi-kak-sotsialnogo-ins>, свободный. — (дата обращения: 13.01.2025).
5. Влияние семейного и демографического статуса на состояние... [Электронный ресурс] // vestnik.mednet.ru — Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/443/30/>, свободный. — (дата обращения: 11.01.2025).
6. Левина Е. И. Институт семьи в современной демографической ситуации в России // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2008. № 12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/institut-semi-v-sovremennoy-demograficheskoy-situatsii-v-rossii> (дата обращения: 13.01.2025).
7. Шабунова А. А. Влияние социального положения семей на здоровье и развитие детей // Проблемы развития территории. 2006. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-sotsialnogo-polozheniya-semey-na-zdorovie-i-razvitie-detey> (дата обращения: 13.01.2025).

## Анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения в Российской Федерации

Ткаченко Мария Андреевна, студент;

Юлашов Мансур Равилович, студент;

Логинов Георгий Александрович, студент;

Рыпалова Анастасия Алексеевна, студент

Научный руководитель: Сидорова Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент  
Оренбургский государственный медицинский университет

*В статье исследуется изменение заболеваемости болезнями системы кровообращения на протяжении некоторого отрезка времени, особенности динамики в различных субъектах Российской Федерации.*

**Ключевые слова:** болезни системы кровообращения, заболеваемость, смертность.

**А**ктуальность: заболевания системы кровообращения продолжают оставаться ведущей причиной смертности в Российской Федерации. Учитывая огромное коли-

чество факторов, влияющих на развитие этих заболеваний, необходимо проводить анализ и выявлять закономерности распространения заболеваний в Российской Федерации.

Цель работы: анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения в Российской Федерации, а также выявление региональных особенностей распространения этих заболеваний

#### **Задачи:**

— Рассмотреть статистику заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в России за последние десятилетия

— Оценить региональные особенности заболеваемости

#### **Введение**

Заболевания системы кровообращения занимают одно из ведущих мест среди причин смерти и инвалидности в Российской Федерации. Проблема сердечно-сосудистых заболеваний имеет множество аспектов, включая как индивидуальные, так и социальные факторы. Нарушения в системе кровообращения затрагивают как молодых людей, так и пожилых, что подчеркивает их актуальность на протяжении всей жизни человека. Особую тревогу вызывает растущая заболеваемость заболеваниями сердца и сосудов в последние десятилетия, что связано с изменениями в образе жизни, питания и уровня здоровья населения.

#### **Общая статистика заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями в России продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем здравоохранения. Эти заболевания являются ведущей причиной инвалидности и смертности в стране, оказывая значительное влияние на продолжительность жизни и качество жизни населения. Статистика показывает, что заболевания системы кровообращения стали причиной более 50% всех смертей в России. Это статистическое значение слабо изменяется на протяжении последних десятилетий, несмотря на усилия в области профилактики и лечения.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России остается на высоком уровне. В последние десятилетия она продолжала колебаться, но с существенными пиками в период экономических кризисов и социальных потрясений. Наибольшую угрозу представляют инфаркт миокарда и инсульты, которые занимают лидирующие позиции в списке причин смертности. Это связано с рядом факторов, включая недостаточную доступность качественной медицинской помощи, высокие показатели потребления табака и алкоголя, низкую физическую активность, а также плохие условия жизни, такие как загрязнение окружающей среды и нездоровое питание. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в России показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний почти в два раза выше, чем в развитых странах Европы и Северной Америки. Эти данные свидетельствуют о системных проблемах в профилактике и лечении заболеваний системы кровообращения.

Динамика заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в России в последние десятилетия является тревожной. Хотя наблюдается некоторый спад смертности, заболеваемость по-прежнему высока, и увеличивается число людей, живущих с хроническими заболеваниями сердца и сосудов. Особенно это касается возрастных категорий старше 40 лет. В последние годы наблюдается рост числа случаев гипертонии, заболеваний, связанных с атеросклерозом, а также заболеваний венозной системы. Современные данные показывают, что среди россиян старше 30 лет все чаще выявляются хронические заболевания сердца, которые активно прогрессируют, если не вмешиваться своевременно с помощью современной медицины.

Среди основных групп заболеваний, оказывающих наибольшее влияние на здоровье населения, можно выделить несколько ключевых: инфаркт миокарда, инсульты, гипертоническую болезнь и сердечную недостаточность. Инфаркт миокарда является одной из наиболее частых причин смерти в результате сердечно-сосудистых заболеваний. Это заболевание наблюдается преимущественно среди людей среднего и старшего возраста, причем риски для мужчин значительно выше, чем для женщин. Инсульты, как острые сосудистые заболевания головного мозга, занимают второе место по смертности среди сердечно-сосудистых заболеваний. Проблема инсульта заключается в том, что в России существует высокая заболеваемость и смертность среди населения трудоспособного возраста, что нехарактерно для стран с высоким уровнем медицинского обслуживания. Гипертония, или высокое артериальное давление, является причиной многих других заболеваний, таких как инфаркт миокарда, инсульт и сердечная недостаточность. Это заболевание широко распространено в России и считается одним из факторов, влияющих на общую статистику заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Сравнительный анализ заболеваемости среди различных возрастных групп показывает, что наибольшую опасность для здоровья представляет возрастная категория 40–60 лет. Этот возрастной диапазон является периодом наибольшего риска для развития заболеваний сердца и сосудов. Статистические данные также свидетельствуют о том, что заболеваемость среди мужчин значительно выше, чем среди женщин, особенно в возрасте от 40 до 50 лет, что связано с особенностями образа жизни, более высокими показателями потребления табака и алкоголя, а также снижением физической активности в этой группе населения. С другой стороны, женщины в старшем возрасте имеют более высокие показатели смертности от инсультов и сердечной недостаточности, что связано с физиологическими изменениями в организме после менопаузы. Данные показывают, что пожилые люди (старше 70 лет) часто страдают от сочетания нескольких сердечно-сосудистых заболеваний, что значительно усложняет лечение и уменьшает шансы на полное восстановление.

Причины высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России являются многогранными. Одной из основных причин является низкая осведомленность насе-

ления о факторах риска, таких как курение, неправильное питание, гиподинамия и стресс. Также существует проблема поздней диагностики заболеваний, что приводит к необратимым последствиям, таким как инфаркт миокарда или инсульт. Большинство россиян обращаются за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания, что снижает эффективность лечения и повышает вероятность летального исхода. Вторая проблема связана с доступностью медицинской помощи. Несмотря на значительные улучшения в здравоохранении за последние годы, в некоторых регионах страны остаются недостатки в меди-

цинской инфраструктуре, что ограничивает возможность для ранней диагностики и эффективного лечения. Экономический фактор также играет роль, так как большое количество людей не может позволить себе регулярные профилактические осмотры или дорогостоящее лечение.

### Региональные особенности заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями

Анализ динамики показателей заболеваемости БСК за 2000–2019 гг. показал следующее.

Динамика изменения заболеваемости БСК 2000–2019 гг.

Заболеваемость БСК в Оренбургской области за 2000–2019 гг		
Год	Всего человек	На 1000 человек населения
2000	57271	25,9
2010	57028	28,0
2015	76290	38,2
2017	104223	52,5
2018	132511	67,3
2019	108365	55,3

В период с 2000 по 2019 г. уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения в Оренбургской области явно повысился (с 57271 тыс. чел. в 2000 году, до 108365 тыс. чел. в 2019 году и с 25,9 до 55,3 на 1000 чел. соответственно). Наибольший пик заболеваемости замечен в 2018 году. Общий прирост заболеваемости 2000 к 2019 году составил 89,21%

Также из исследования, проведенного Савиной А. А., Фейгиновой С. И., мы знаем, что наибольший прирост заболеваемости БСК отмечается в Южном ФО (+119%), где максимальные темпы прироста наблюдаются в Республике Адыгея (+183%) и Краснодарском крае (+324% — самый значительный прирост среди всех субъектов РФ). В Уральском ФО прирост составил 50%, максимальный темп прироста отмечается в Курганской области (+103%). В Приволжском ФО прирост составил 44%, основной вклад внесли: Республики Марий Эл (+107%), Мордовия (+124%) и Удмуртская (+136%), Оренбургская область (+101%). В Северо-Западном ФО основной прирост составил 39%, и первые строчки по темпу прироста занимают Калининградская (+154%) и Ленинградская (+156%) области. В Дальневосточном ФО отмечается прирост на 37%, из субъектов наибольший прирост отмечается в Хабаровском крае (+53%), Республике Бурятия (+48%)

и Приморском крае (+45%). Темп прироста в Сибирском ФО вырос на 27%, в основном за счет Республик Хакасия (+126%) и Тыва (+81%), Омской области (+71%). В Центральном ФО темп прироста составил 19%, наибольшие темпы прироста наблюдаются в Костромской (+167%) и Липецкой (+125%) областях. Самый незначительный прирост наблюдается в Северо-Кавказском ФО (+12%), несмотря на то что в Карачаево-Черкесской Республике отмечается самое значительное увеличение (+268%) регистрации заболеваемости БСК. [3]

Основной же вклад в регистрацию заболеваемости БСК внесли такие болезни как: ишемические болезни сердца (ИБС), цереброваскулярные болезни (ЦВБ) и гипертония.

### Вывод

В Российской Федерации наблюдается тенденция увеличения заболеваемости болезнями системы кровообращения, что говорит о неэффективности профилактических мер, проводимых Министерством здравоохранения, о несоблюдении гражданами здоровьесохраняющего поведения.

Основными нозологическими формами БСК являются ишемическая болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) и гипертоническая болезнь.

### Литература:

1. Кузнецова, М. В. «Региональные различия в заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в России» / М. В. Кузнецова // «Здоровье нации». — 2021. — № 6. — С. 40–45.
2. Савина А. А., Фейгинова С. И. Динамика заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения Российской Федерации в 2007–2019 гг. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2021; 67(2):1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1243/30/lang, ru/> DOI: 10.21045/2071–5021–2021–67–2–1.
3. Статистический ежегодник Оренбургской области. 2020: Стат.сб./Оренбургстат. — О65 Оренбург, 2020. — 492 с.

# Молодой ученый

Международный научный журнал  
№ 3 (554) / 2025

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 29.01.2025. Дата выхода в свет: 05.02.2025.

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](mailto:info@moluch.ru); <https://moluch.ru/>

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