

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

1`2026

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Главный редактор:
Ларёва Н.В.

Заместители главного редактора:
Горбунов В.В.
Серкин Д.М.

Редакционная коллегия:
Белокриницкая Т.Е., Байке Е.Е.,
Богомолова И.К., Говорин Н.В.,
Говорин А.В., Дударева В.А.,
Емельянова А.Н., Евстафьева Ю.В.,
Кибалина И.В., Лобанов С.Л.,
Мироманов А.М., Мироманова Н.А.,
Мочалова М.Н., Пинелис И.С.,
Пинелис Ю.И., Писаревский Ю.Л.,
Романова Е.Н., Серебрякова О.В.,
Солпов А.В., Цепелев В.Л.,
Цыбиков Н.Н., Шаповалов К.Г.,
Щербак В.А.

Ответственный секретарь – Макеева Л.Н.
Технический редактор – Никифорова Э.О.
Корректор – Тришкина А.Н.

Подписано в печать 24.03.2026

Бумага офсетная
Формат 60x84/8
Усл. изд. л. 4,0
Тираж 48

Адрес редакции:
672000, г. Чита,
ул. Горького, 39-а, к. 117
Тел.: (3022)32-00-85
Факс: (3022)32-30-58
E-mail: chgmazabmed@mail.ru

Ежеквартальное
научно-практическое
издание



© ЧГМА, 2026



ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ, № 1 / 2026

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Жамьянова Т.Б., Колодежная А.К., Широкова О.Д., Андреева Е.В.
ОЦЕНКА СВОЕВРЕМЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ
ГУЗ ДКМЦ Г. ЧИТЫ.....4
- Озорнин А.С., Косачев А.А., Лялин И.И., Серебренникова И.И.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩЕЙ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....7

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

- Андреева Е.В.
ЛЕКЦИЯ: ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ. ЧАСТЬ II. КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ.....10
- Судариков А.Е., Щербак В.А.
СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ. ЧАСТЬ II.
ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.....13

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ПРОСВЕЩЕНИЕ

- Губанова И.В., Москалева Е.П.
ЧИТАТЕЛЬСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ЧГМА.....19

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- Бобрович В.В., Курмангулов А.А.
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В КИТАЕ.....25

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

- Короткова Н.В., Плотникова М.И., Давыдычева О.Н., Бутыльский А.Н.
75 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ.....29

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

- Пашкевич А.В., Белякова Е.А.
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ В ЭПОХУ НОВЫХ ТАБАЧНЫХ
ПРОДУКТОВ.....32

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

- Батаева Е.П., Казанцева А.Н., Молчанова Т.С., Федосеева А.А.
СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....35
- Волков С.В., Михайличенко М.И., Каюкова Е.В., Троицкая Н.И., Лобанов Л.С.,
Красильников А.А., Бурдинская Т.В., Конюкова С.Н., Апатова А.В., Павлова К.Ф.
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ АБРИКОСОВА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ.....39
- Губик Е.А., Кузина Т.В., Будников А.А.
АТИПИЧНЫЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛЕМБЕРА.....41
- Калинина Э.Н., Епифанцева Н.В., Емельянова А.Н., Чупрова Г.А., Сормолотова И.Н.,
Бельтикова Е.В.
ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННАЯ МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА.....43

ИНФОРМАЦИЯ

- XII КОНФЕРЕНЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ С
ВСЕРОССИЙСКИМ УЧАСТИЕМ «КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ И КОНТРАВЕРСИИ В
АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ, РЕПРОДУКТОЛОГИИ».....46

ЮБИЛЕИ

К 105-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА, АССИСТЕНТА КАФЕДРЫ
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЧГМИ ВАЛЕНТИНЫ НИКАНДРОВНЫ
ЗОЛОТУХИНОЙ.....49

Аксенова Т.А., Калинина Д.С., Горбунов В.В., Царенок С.Ю.

ВКЛАД ТАТЬЯНЫ ВЛАСЬЕВНЫ САВЕЛЬЕВОЙ В РАЗВИТИЕ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ И УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВУЗА (К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ
РОЖДЕНИЯ САВЕЛЬЕВОЙ Т.В.).....50

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Жамьянова Т.Б., Колодежная А.К.,
Широкова О.Д., Андреева Е.В.

**ОЦЕНКА СВОЕВРЕМЕННОСТИ
ВАКЦИНАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ
ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ ГУЗ ДКМЦ Г. ЧИТЫ**
ФГБОУ ВО «Читинская государственная
медицинская академия», г. Чита (и.о. ректора, д.м.н.,
профессор Н.В. Ларёва)

Актуальность. Иммунизация является одним из наиболее эффективных и экономически оправданных методов профилактики инфекционных заболеваний у недоношенных [1]. Своевременная вакцинация формирует коллективный иммунитет и снижает риск эпидемических вспышек. Недоношенные дети представляют собой группу высокого риска как по развитию инфекций, так и по развитию тяжелых осложненных форм заболеваний, что обусловлено функциональной незрелостью иммунной системы. Согласно Национальному календарю профилактических прививок Российской Федерации, недоношенные дети должны прививаться по паспортному возрасту, как и доношенные, за исключением вакцины против туберкулеза (БЦЖ-М), которая проводится после достижения массы тела 2 000 г. [2] Несмотря на единые рекомендации, в реальной практике вакцинация недоношенных детей часто откладывается по организационным и субъективным причинам, что увеличивает риск инфекционных осложнений. Анализ реальной реализации календаря позволяет оценить факторы, влияющие на своевременность вакцинации, и определить пути оптимизации.

Цель: оценка своевременности вакцинации недоношенных детей в сравнении с доношенными и анализ причин задержек при вакцинации у недоношенных детей на примере ГУЗ «Детский клинический медицинский центр» (ГУЗ ДКМЦ) г. Читы.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ГУЗ «Детский клинический медицинский центр» г. Читы в детских поликлинических отделениях (ДПО 1, ДПО 3, ДПО 4). В анализ включено 120 детей, из них 60 недоношенных (срок гестации <37 недель) и 60 доношенных. Данные получены из историй развития ребенка (форма № 112/у). Критерии включения: дети, подлежащие вакцинации по

возрасту, без абсолютных противопоказаний; для вакцины БЦЖ-М – масса при рождении ≥ 2000 г. Охват вакцинацией (%) рассчитывали по формуле: $\text{охват} = (\text{число детей, получивших прививку} / \text{число детей, подлежащих вакцинации}) \times 100$. Для оценки своевременности иммунопрофилактики определялась задержка введения дозы вакцины – временной промежуток (в днях) между фактической датой вакцинации и предельным плановым сроком, установленным как 30 день с момента появления показаний к прививке по Национальному календарю. Для анализа задержек учитывались только охваченные вакцинацией дети. Анализ своевременности проведения вакцинации проводился в отношении таких нозологий (вакцинами), как туберкулез (БЦЖ-М), гепатит В, коклюш, дифтерия, столбняк (АКДС), полиомиелит (ИПВ), инфекция, вызываемая *Haemophilus influenzae* тип b (ХИБ). Использовались методы описательной статистики (медиана $Me [Q1; Q3]$), для сравнения количественных показателей применяли критерий Манна–Уитни (для двух групп) и критерий Краскела–Уоллиса (для трех и более групп), для анализа категориальных данных – критерий χ^2 Пирсона, основные причины задержек выявлялись путем анализа медицинской документации и опроса родителей. Для оценки факторов риска несвоевременной вакцинации проводили однофакторный и многофакторный логистический регрессионный анализ. Все расчеты выполнялись по паспортному возрасту. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Уровень охвата рассчитывался как процент детей, получивших хотя бы одну прививку из серии от числа детей, подлежащих вакцинации ($n = 60$). Для БЦЖ-М подлежащими вакцинации считались дети с массой тела ≥ 2000 г.

Таблица 1

Уровень своевременного охвата вакцинацией среди недоношенных и доношенных детей

| Вакцина | Группа ($n = 25$), недоношенные (средний %) | Группа ($n = 48$), доношенные (средний %) | p-значение |
|-----------|---|---|-------------|
| БЦЖ (-М) | 17,70% | 73,30% | $p < 0,001$ |
| Гепатит В | 41,20% | 80,00% | $p < 0,001$ |
| АКДС | 13,30% | 58,30% | $p < 0,001$ |
| ИПВ | 13,30% | 58,30% | $p < 0,001$ |
| ХИБ | 11,70% | 60,00% | $p < 0,001$ |

Охват своевременной вакцинацией среди недоношенных детей был статистически значимо ниже, чем среди доношенных ($p < 0,001$). Наименьший охват среди недоношенных отмечен для вакцин ХИБ (11,7%) и АКДС, ИПВ (по 13,3%). Полученные данные согласуются с результатами других российских исследований, демонстрирующих низкий уровень вакцинации недоношенных в реальной практике [3].

Таблица 2

Средние задержки вакцинации (в днях) среди недоношенных и доношенных детей по ДПО

| Вакцина | Группа (n = 59) | ДПО 1 (дни) | ДПО 3 (дни) | ДПО 4 (дни) | Среднее по ДПО (дни) | p-значение |
|-----------|-----------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|-------------|
| БЦЖ (-М) | Недоношенные | 21 | 33 | 103,1 | 52,4 | $p < 0,001$ |
| | Доношенные | 0 | 4 | 8 | 4 | |
| Гепатит В | Недоношенные | 18 | 21 | 48,2 | 29,1 | $p < 0,001$ |
| | Доношенные | 0 | 0 | 1 | 0,3 | |
| АКДС | Недоношенные | 28 | 97 | 40,9 | 55 | $p < 0,001$ |
| | Доношенные | 6 | 15 | 39 | 20 | |
| ИПВ | Недоношенные | 31 | 94 | 40,9 | 55 | $p < 0,001$ |
| | Доношенные | 7 | 12 | 39 | 19,3 | |
| ХИБ | Недоношенные | 44 | 87,5 | 40,9 | 57,1 | $p < 0,001$ |
| | Доношенные | 10 | 14 | 39 | 21 | |

Задержки вакцинации у недоношенных детей по всем вакцинам были значимо больше, чем у доношенных ($p < 0,001$). Наибольшие средние задержки у недоношенных отмечены для вакцин БЦЖ-М (52,4 дня), ХИБ (57,1 день), АКДС и полиомиелит (по 55 дней). Максимальные задержки в отдельных ДПО достигали 103,1 дня (БЦЖ-М, ДПО 4) и 97 дней (АКДС, ДПО 3). Выявленные задержки соответствуют данным литературы, согласно которым недоношенные дети прививаются со значительным опозданием относительно нормативных сроков [4]. Основные причины задержек выявлялись путем анализа медицинской документации и опроса родителей. Процент указан от общего числа детей в группе (n = 60).

Таблица 3
Основные причины задержек вакцинации среди недоношенных и доношенных детей

| Причина | Недоношенные (средний %) | Доношенные (средний %) | p-значение |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------|-------------|
| Медицинские отводы | 47,80% | 15,00% | $p < 0,001$ |
| Частые ОРВИ | 46,70% | 20,00% | $p < 0,001$ |
| Госпитализации | 38,40% | 11,70% | $p < 0,001$ |
| Низкий уровень образования родителей | 41,30% | 31,70% | $p = 0,221$ |
| Отказ от прививок | 14,80% | 13,30% | $p = 0,804$ |

Среди недоношенных детей чаще причинами задержек вакцинации выступали медицинские отводы, частые ОРВИ и госпитализации ($p < 0,001$). Низкий уровень образования родителей и отказы от прививок не показали достоверных различий между группами. Преобладание медицинских отводов как основной причины срыва графика иммунизации у недоношенных подтверждается данными современных исследований [5, 6]. Относительно низкая доля отказов от вакцинации свидетельствует о том, что проблема заключается не в позиции родителей, а в тактике медицинских работников. Анализ частоты госпитализаций и перенесенных заболеваний проводился за первый год жизни.

Таблица 4

Частота госпитализаций и инфекционной патологии на первом году жизни среди недоношенных и доношенных детей

| Показатель | Недоношенные абс. число (средний %) | Доношенные абс. число (средний %) | p-значение |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| Пневмония | 24,50% | 3,30% | $p < 0,001$ |
| Бронхит | 37,70% | 10,00% | $p < 0,001$ |
| Госпитализация по поводу ОРИ | 49,30% | 13,30% | $p < 0,001$ |
| Пневмококковая инфекция | 18,00% | 6,70% | $p < 0,001$ |
| Бронхообструктивный синдром | 42,80% | 6,70% | $p < 0,001$ |
| Пневмония (ХИБ) | 16,20% | 3,30% | $p < 0,001$ |

Недоношенные дети на первом году жизни имели статистически значимо более высокую частоту инфекционных заболеваний и госпитализаций по сравнению с доношенными. Наиболее выраженные различия отмечены для госпитализаций по поводу ОРИ (в 3,7 раза чаще), бронхита (в 3,8 раза) и подозрения на

РС-вирусную инфекцию (в 6,4 раза).

Во всех трех детских поликлинических отделениях сохранялась общая тенденция: значительно более низкий охват и более длительные задержки вакцинации у недоношенных детей по сравнению с доношенными, а также более высокая инфекционная заболеваемость. В ДПО 3 отмечены наиболее низкие показатели охвата среди недоношенных (до 0% по некоторым вакцинам) и максимальные задержки. Межучрежденческие различия подчеркивают отсутствие единого подхода к вакцинации недоношенных и необходимость внедрения стандартизированных протоколов.

Таким образом, своевременный охват вакцинацией недоношенных детей составляет лишь 11,7–41,2%, что значительно ниже показателей доношенных детей (58,3–80,0%). Аналогичные данные получены в исследованиях последних лет. Отмечены значительные задержки: средние задержки вакцинации у недоношенных детей достигают 1–3 месяцев, создавая «окна уязвимости» для инфекционных заболеваний. Признак «недоношенность» зарегистрирован как фактор риска в ДПО 1 и ДПО 4, то есть недоношенность является фактором риска несвоевременной вакцинации по всем вакцинам ($p < 0,001$), что подтверждается данными регрессионного анализа и литературными источниками. Медицинские причины преобладают над другими, основными причинами задержек у недоношенных детей являются медицинские отводы (47,8%), частые ОРВИ (46,7%) и госпитализации (38,4%), что согласуется с выводами других авторов. Зафиксирована высокая инфекционная заболеваемость: у недоношенных детей, которая отмечается в 3–8 раз чаще, чем у доношенных, что напрямую связано с отсутствием своевременной поствакцинальной защиты.

Полученные данные согласуются с результатами других исследований, указывающих на избыточную настороженность врачей и необоснованные медицинские отводы как основные барьеры вакцинации недоношенных. В связи с этим предлагаются следующие меры:

- разработка и внедрение индивидуальных графиков вакцинации для недоношенных детей с учетом клинического состояния;

- пересмотр критериев медицинских отводов для вакцинации недоношенных детей на основе современных клинических рекомендаций;
- внедрение в систему электронных напоминаний о сроках вакцинации для медицинских работников и родителей;
- проведение образовательных мероприятий для медицинского персонала по особенностям вакцинации недоношенных детей;
- усиление информирования родителей недоношенных детей о важности и безопасности своевременной вакцинации;
- организация регулярного мониторинга показателей своевременности вакцинации недоношенных детей на уровне медицинских учреждений.

Выводы:

1. Недоношенность – ключевой маркер уязвимости, недоношенные дети являются наиболее уязвимой группой, для которой риск несвоевременной вакцинации и последующих инфекционных осложнений максимален.

2. Отмечена медицинская гипердиагностика противопоказаний: основной причиной срыва графика являются не отказы родителей, а частые и зачастую необоснованные медицинские отводы, связанные с интеркуррентными заболеваниями. Это указывает на излишнюю осторожность и недостаточную осведомленность медработников.

3. Зарегистрированы прямые негативные последствия для здоровья: установлена четкая связь между задержками в вакцинации и резко возросшей частотой тяжелых инфекций у недоношенных детей, ведущих к повторным госпитализациям.

4. Проведенное исследование выявило системные проблемы в организации вакцинации недоношенных детей, проявляющиеся в крайне низком охвате, значительных задержках и высокой инфекционной заболеваемости. Результаты исследования подчеркивают необходимость разработки и реализации целевых программ, направленных на оптимизацию вакцинации этой уязвимой группы детей для обеспечения их здоровья и благополучия.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Флоринская Е.Б., Кешишян Е.С. Вакцинация недоношенных детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021; 66 (6): 6–16. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2021-66-6-6-16>.
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» (ред. от 12.12.2023) [Электронный ресурс] // Зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2021 № 66435. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_405597/ (дата обращения: 24.02.2026).
3. Федосеенко М.В., Намазова-Баранова Л.С., Вишнева Е.А., Толстова С.В., Сельвян А.М., Калюжная Т.А., Шахтагтинская Ф.Ч., Солошенко М.А., Привалова Т.Е., Фоминых М.В., Зиновьева Т.Е. Совершенствование подходов к иммунопрофилактике детей с отклонениями в состоянии здоровья: результаты проспективного когортного исследования. Педиатрическая фармакология. 2021; 18 (6): 469–482. <https://doi.org/10.15690/pf.v18i6.2328>.
4. Горбачева А.В., Карелина В.А., Ярлова Ю.Д. Исследование прививочного статуса детей Санкт-Петербурга [Электронный ресурс] // Forcipe. 2020. Т. 3, № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-privivochnogo-statusa-detey-sankt-peterburga> (дата обращения: 24.02.2026).
5. Ломоносова А.В. Причины и последствия несвоевременной вакцинации против коклюшной инфекции в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2020; 97 (5). <https://doi.org/10.36233/0372-9311-2020-97-5-11>.
6. Дворцов Е.И., Горностаева Ж.И., Шабанова Ю.В. Частота отказов от вакцинации детей в структуре медицинской запущенности. Российский педиатрический журнал. 2025; 28 (2S): 21–21. EDN: dnzevz.

Озорнин А.С., Косачев А.А.,

Лялин И.И., Серебренникова И.И.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩЕЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», г. Чита (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Шизофрения является тяжелым психическим расстройством, которое в большинстве случаев манифестирует в молодом возрасте. Это психическое заболевание зачастую приводит к ранней инвалидизации и ухудшению качества жизни больных. К настоящему времени данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что продолжительность жизни пациентов с шизофренией в среднем на 20 лет меньше по сравнению с психически здоровыми людьми. Одной из причин преждевременной смертности больных шизофренией являются имеющиеся у них метаболические нарушения, такие как сахарный диабет, ожирение, гипертония и гиперлипидемия [1, 2, 3]. При этом тяжесть метаболических нарушений увеличивается с возрастом пациентов [1]. Предполагается, что возникновение метаболических расстройств при шизофрении может быть обусловлено самим психическим заболеванием [2, 4]. Так, метаболические нарушения уже выявляются у пациентов с первым психотическим эпизодом до проведения купирующей терапии [5]. Кроме того, больные шизофренией нуждаются в длительной противорецидивной антипсихотической терапии, которая может способствовать формированию метаболических расстройств [2, 3, 5].

Цель исследования: изучить частоту метаболических нарушений у пациентов, длительно страдающих параноидной шизофренией.

Материалы и методы.

В работе с обследуемыми лицами соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ № 266 от 19.06.2003. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Исследование было проведено на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» и имело характер описательного и одномоментного. В исследование были включены больные шизофренией, получавшие лечение по поводу обострения заболевания.

Критерии включения в исследование:

1) наличие длительного анамнеза параноидной шизофрении (не менее 3-х лет); 2) повторная госпитализация в психиатрический стационар.

Критерии невключения в исследование:

1) длительность параноидной шизофрении менее 3-х лет; 2) первая госпитализация в психиатрический стационар; 3) отказ от участия в исследовании.

Всем пациентам проводилось измерение массы тела и роста. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле: $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$.

Избыточная масса тела определялась при $ИМТ > 25,0 \text{ кг/м}^2$ [6].

Для определения висцерального ожирения производилось измерение окружности талии (ОТ), поскольку $ОТ \geq 94 \text{ см}$ у мужчин и $\geq 80 \text{ см}$ у женщин является диагностическим критерием абдоминального ожирения [6].

Из карт стационарного больного методом выкопировки получали данные измерения АД у пациента за период его нахождения стационаре. Также регистрировали результаты лабораторных исследований содержания в крови глюкозы, общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП). В дальнейшем данные биохимических анализов сопоставляли с референсными значениями, установленными в лаборатории, где проводились исследования.

Обработка данных выполнялась методами математической статистики. Поскольку не все изучаемые показатели были подчинены нормальному закону распределения, использовали непараметрические методы статистической обработки данных. Порядковые данные были представлены в виде среднего значения и среднего квадратического отклонения, медианы и межквартильного интервала (25-го; 75-го перцентилей). Сравнение независимых выборок производили при помощи U-критерия Манна–Уитни. При определении зависимости между категориальными данными использовались таблицы сопряженности (применяли критерий

«хи-квадрат» Пирсона).

Результаты и обсуждение. Большая часть обследованных больных (60%) являлись жителями районов Забайкальского края и инвалидами по психическому заболеванию (90,7%). Длительность анамнеза шизофрении составила 18 (7; 27) лет. Амбулаторное лечение регулярно принимали 67 пациентов (89,3%). У большей части больных (69,4%) заболевание имело высокопрогредиентный характер, поскольку длительность последней ремиссии заболевания была не более 1 года. 25 пациентов (33,3%) сообщили о наличии у ближайших родственников таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение (табл. 1).

Таблица 1
Клинико-демографические показатели
обследованных пациентов (n = 75)

| Показатели | | Абс. | % |
|--|----------------------------|------|------|
| Пол | Мужской | 43 | 57,3 |
| | Женский | 32 | 42,7 |
| Место проживания | г. Чита | 30 | 40 |
| | Районы Забайкальского края | 45 | 60 |
| Социальное положение | Работающий | 1 | 1,3 |
| | Неработающий | 6 | 8 |
| | Инвалид | 68 | 90,7 |
| Наличие у ближайших родственников гипертонической болезни, сахарного диабета, ожирения | Имеется | 25 | 33,3 |
| | Не имеется | 50 | 66,7 |
| Амбулаторное лечение | Принимает | 67 | 89,3 |
| | Не принимает | 8 | 10,7 |
| Длительность ремиссии | Менее года | 35 | 46,7 |
| | Один год | 17 | 22,7 |
| | Два года | 7 | 9,3 |
| | Три года и более | 16 | 21,3 |

Примечание: n – число обследованных, «абс.» – абсолютное значение; «%» – процент от числа обследованных.

Установлено, что у 56 пациентов (74,7%) значения хотя бы одного из изучаемых показателей превысили референсные величины. Чаще всего были увеличены значения ИМТ и ОТ. Так, у 37 больных (49,3%) ИМТ был больше 25 кг/м^2 , у 48 пациентов (64%) ОТ превысила нормативные значения для мужчин и женщин. В то же время только у 12 больных

(16%) за весь период наблюдения в стационаре были зарегистрированы цифры АД выше 140/80 мм рт. ст. При изучении лабораторных показателей было выявлено, что в большинстве случаев были превышены референсные значения содержания ОХ и глюкозы в крови, реже встречались больные с повышенным количеством ХС ЛПНП (табл. 2).

Таблица 2
Сравнение лабораторных показателей с референсными значениями у обследованных пациентов (n = 75)

| Показатели | | Абс. | % |
|---------------------------------------|---------------------------------|------|------|
| Содержание глюкозы в крови | В пределах референсных значений | 62 | 82,7 |
| | Превышение референсных значений | 13 | 17,3 |
| Содержание общего холестерина в крови | В пределах референсных значений | 57 | 76 |
| | Превышение референсных значений | 18 | 24 |
| Содержание холестерина ЛПНП в крови | В пределах референсных значений | 70 | 93,3 |
| | Превышение референсных значений | 5 | 6,7 |

Примечание: n – число обследованных, «абс.» – абсолютное значение; «%» – процент от числа обследованных.

Установлено, что частота пациентов с избыточной массой тела не зависела от того, использовался ли для противорецидивной терапии антипсихотик первого (АПП) или второго (АВП) поколений ($p = 0,182$). Обнаружено, что пациенты с высоким АД регистрировались одинаково часто в группах больных, получающих лечение АПП или АВП ($p = 0,672$). Подобные результаты были получены и при оценке биохимических показателей. В частности, не было обнаружено зависимостей различий в частоте встречаемости повышенного содержания глюкозы, ОХ и ХС ЛПНП от характера противорецидивной терапии ($p = 0,548$, $p = 0,968$ и $p = 0,175$ соответственно).

По результатам нашего исследования было обнаружено, что более чем у 2/3 пациентов с длительно текущей шизофренией имеются метаболические расстройства. Первый проведенный крупномасштабный метаанализ, включивший 77 публикаций за период с 2003 г. по июль 2011 г., показал, что у каждого второго пациента с шизофренией есть избыточный вес, у каждого пятого наблюдается значительная гипергликемия и выявляются

нарушения липидного обмена [7]. Предполагается, что частота метаболических нарушений у больных шизофренией связана с продолжительностью заболевания и возрастом [1]. Известно, что сама шизофрения может предрасполагать к возникновению метаболических расстройств. Так, еще до появления антипсихотических препаратов было известно, что при шизофрении нарушается метаболизм глюкозы [2]. Исследования пациентов с первым психотическим эпизодом демонстрируют, что расстройства обмена веществ выявляются еще до начала купирующей антипсихотической терапии [5]. Безусловно, метаболические нарушения при шизофрении могут быть обусловлены поведенческими факторами, такими как неправильное питание, низкая физическая активность, курение [2]. Вместе с тем большое значение для появления метаболических нарушений имеет длительная антипсихотическая терапия [3]. Изначально предполагалось, что возникновение метаболических расстройств главным образом связано с терапией АВП, однако исследования последних лет свидетельствуют о том, что лечение АПП тоже может приводить к обменным нарушениям [1, 5]. Подобные результаты были получены в ходе настоящего исследования, когда было выявлено, что частота возникновения избыточной массы тела, нарушений углеводного и липидного обменов не зависела от того, проводилась ли противорецидивная терапия АПП или АВП.

Заключение. Установлено, что более чем у 2/3 больных с длительным анамнезом шизофрении имеется хотя бы один признак, указывающий на наличие метаболических нарушений (избыточная масса тела, увеличение содержания в крови ОХ или ХС ЛПНП). При этом частота возникновения метаболических расстройств не зависит от характера противорецидивной терапии шизофрении. Полученные данные свидетельствуют о необходимости своевременного выявления метаболических нарушений у пациентов шизофренией и проведения лечебных мероприятий по их коррекции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Penninx B.W.J.H. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications / B.W.J.H. Penninx, S.M.M. Lange. – DOI: 10.31887/DCNS.2018.20.1/bpenninx // Dialogues Clin Neurosci. – 2018. – Vol. 20, No 1. – P. 63–73.
2. Roles of inflammation in intrinsic pathophysiology and antipsychotic drug-induced metabolic disturbances of schizophrenia / T.R. Prestwood, R. Asgariroozbehan, S. Wu [et al.]. – DOI: 10.1016/j.bbr.2020.113101 // Behav Brain Res. – 2021. – Vol. 26. – P. 113101.
3. Antipsychotic Medication and Risk of Metabolic Disorders in People With Schizophrenia: A Longitudinal Study Using the UK Clinical Practice Research Datalink / E. Eyles, R. Margelyte, H.B. Edwards [et al.]. – DOI: 10.1093/schbul/sbad126 // Schizophr Bull. – 2024. – Vol. 50, No 2. – P. 447–459.
4. Metabolic disturbances, hemoglobin A1c, and social cognition impairment in Schizophrenia spectrum disorders / S.X. Tang, L.D. Oliver, K. Hänsel [et al.]. – DOI: 10.1038/s41398-022-02002-z // Transl Psychiatry. – 2022. – Vol. 12, No 1. – P. 233.
5. Изменение содержания адипокинов крови у больных с первым эпизодом шизофрении в процессе терапии галоперидолом и рisperидоном / А.С. Озорнин, Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, Т.П. Терешков. – DOI: 10.17116/jnevro202112109158 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. Т. 121, № 9. – С. 58–62.
6. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Ожирение». – 2024. – URL.: <https://cr.minzdrav.gov.ru/> (дата обращения: 11.12.2025).
7. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-analysis / A.J. Mitchell, D. Vancampfort, K. Sweers [et al.]. – DOI: 10.1093/schbul/sbr148 // Schizophr Bull. – 2013. – Vol. 39, No 2. – P. 306–318.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

УДК 616-053.2-084(075.8)

Андреева Е.В.

ЛЕКЦИЯ: ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ. ЧАСТЬ II. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», г. Чита (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Введение.

В первой части обзора были подробно рассмотрены классификация и патогенез нежелательных явлений, связанных с вакцинацией [1]. Однако теоретические основы требуют четкого клинического воплощения. На практике перед врачом встает ключевой вопрос: как отличить ожидаемую реакцию иммунной системы от тревожного сигнала, требующего вмешательства [2, 3, 4]?

Данная статья, являющаяся второй в серии, рассматривает клинические проявления побочных эффектов после вакцинации. В тексте использованы современные термины, которые применяются для описания таких реакций [5]. Основное внимание сосредоточено на систематизации симптомов в зависимости от органа-мишени, времени дебюта и степени тяжести. Особый акцент делается на алгоритмах дифференциальной диагностики, поскольку за симптомом, по времени связанным с вакцинацией, может скрываться интеркуррентное заболевание. Цель обзора — предоставить врачу-практику четкий инструмент для навигации в широком спектре возможных клинических ситуаций, что позволяет минимизировать как гипердиагностику, так и недооценку серьезных состояний.

Цель: систематизировать знания о клинических формах побочных проявлений после иммунизации (ПППИ) на основе стандартизированных определений (Брайтонское сотрудничество) для точной диагностики и дифференциации с интеркуррентными заболеваниями.

План лекции:

1. Общая информация: Брайтонское сотрудничество как основа стандартизации в науке о безопасности вакцин.
2. Реакции в месте введения вакцины.
3. Общие (системные) реакции и

неврологические проявления.

4. Редкие и тяжелые вакциноассоциированные заболевания.

5. Особый случай: осложнения БЦЖ-иммунизации.

6. Заключение. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики.

1. Общая информация. Брайтонское сотрудничество

Определение. Международная инициатива по гармонизации определений безопасности вакцин.

Цель. Унификация терминологии для точного эпидемиологического надзора, сравнения данных и клинической диагностики.

Значение. Все последующие клинические описания базируются на этих стандартизированных определениях.

2. Реакции в месте введения вакцины

А. Обычные местные реакции или несерьёзные побочные проявления после иммунизации (НПППИ) для всех вакцин за исключением БЦЖ (БЦЖ-М).

Клиника: боль, отек, покраснение (гиперемия) < 8 см.

Сроки: появляются в первый день, продолжительность 1–3 дня после введения (особенно адсорбированных вакцин).

Б. Сильные местные побочные проявления после иммунизации (СилПППИ): отек/гиперемия ≥ 8 см, распространение за пределы ближайшего сустава.

В. Местное НПППИ для БЦЖ (БЦЖ-М).

Сроки: появляется у первично вакцинированных через 4–6 недель (у ревакцинированных местная реакция развивается через 1–2 недели), трансформация элемента – 1–2 месяца, обратное развитие – в течение 2–3 месяцев, завершение – к 6 месяцам.

Клиника: появляется в виде инфильтрата (или папулы), который трансформируется до пустулы, язвы размером 5–10 мм в диаметре. В последующем реакция подвергается обратному развитию с образованием корочки и затем рубчика до 10 мм.

Г. Поздние узловые образования:

- *уплотнение* (стерильная гранулема): плотное фокальное образование $\geq 2,5$ см, без признаков воспаления, нет признаков абсцесса, сохраняется > 1 месяца;

- *абсцесс асептический* (стерильный) относится к осложнениям или серьёзному побочному проявлению после иммунизации

(СПППИ).

Развивается поздно (>7 дней и регистрируется, как СПППИ при появлении до 15 дня).

Нет признаков острого воспаления.

Не реагирует на антибиотики.

Причина: – чаще соли алюминия, нарушение техники введения (поверхностное, без встряхивания, замороженная вакцина).

Д. Инфекционные осложнения (СПППИ).

Абсцесс инфекционный.

Развитие в течение ~7 дней.

Признаки воспаления (боль, эритема, температура).

Высеивается бактериальная флора.

Эффект от антибиотикотерапии.

Флегмона.

Острое распространенное воспаление подкожной клетчатки/мышц.

Диагностика: наличие ≥ 3 из 4 критериев (боль, болезненность, покраснение, отек/уплотнение; часто + лихорадка/озноб).

3. Общие и неврологические проявления

А. Общие реакции для всех вакцин.

Лихорадка.

Сроки: связанная с прививкой: до 3 дня (инактивированные вакцины), 5–15 день (живые вакцины — корь, паротит, краснуха), до 30 дня для ОПВ.

Несерьёзное ПППИ = лихорадка с температурой тела <40 °С.

Сильная реакция (*СилПППИ*): температура ≥ 40 °С.

Б. Общие специфические реакции для живых вакцин, относящиеся к НПППИ.

Сроки: симптомы, связанные с прививкой: 5–15 день (живые вакцины — КПК).

Клиника: характеризуется симптомами заболевания, от которого прививают. Так, сыпь и катаральный синдром характерны для коревой вакцины, увеличение слюнных желез — для паротитной вакцины, увеличение затылочных, заднешейных лимфоузлов — для краснушной.

В. Неврологические реакции (поствакцинальные осложнения).

Пронзительный (непрекращающийся) плач (СПППИ): эпизод безутешного плача длительностью ≥ 3 часов. Возникает через 2–8 ч. после введения неживых вакцин (чаще цельноклеточной коклюшной). Проходит бесследно.

Гипотензивно-гипореспонсивный синдром (ГГС, коллаптоидная реакция) (СПППИ) представлен триадой: внезапная мышечная гипотония ("обмякание"), снижение реакции на раздражители, бледность/цианоз.

Сроки: через несколько минут — 48 ч (пик — 3-4 ч).

Дифференциальный диагноз: анафилаксия, обморок, гипогликемия, эпилепсия.

• *Судороги* (СПППИ):

1) *Фебрильные*. На фоне лихорадки (>38 °С), в первые 1-2 дня (инактивированные вакцины) или 5-15 дней (живые КПК вакцины). Обычно генерализованные, кратковременные;

2) *сложные фебрильные*: длительность >15 мин., очаговая симптоматика (указывают на возможное предшествующее поражение ЦНС);

3) *афебрильные*: зарегистрированные до 7 суток после инактивированных вакцин и до 15 суток после живых вакцин, не связаны с лихорадкой, часто являются проявлением фоновой патологии (эпилепсия, энцефалит и др.), требуют неврологического обследования.

Энцефалическая реакция (энцефалопатия) (СПППИ): нарушение сознания/поведения >6 часов + судороги.

Обратима, не оставляет стойкого дефицита.

На ЭЭГ — медленные волны.

4. Редкие и тяжелые вакциноассоциированные заболевания, СПППИ

А. Специфические для живых вакцин.

Вакциноассоциированный полиомиелит (ВАПП) (СПППИ). Поражаются привитые ОПВ (чаще 1-я доза) и контактные непривитые.

Сроки: до 30 суток у непривитых, до 60 суток у контактных.

Клиника: вялые стойкие парезы/параличи. Главный фактор риска — врожденный иммунодефицит.

Вакциноассоциированный серозный менингит (СПППИ).

Вакцина — паротитная.

Сроки: 10–30 дней.

Группа риска: — лица с иммунодефицитом.

Вакциноассоциированный энцефалит (СПППИ).

Вакцины: — коревая, краснушная, ветряной оспы.

Крайне редок (<1:1 000 000 доз), на сроке 5–30 суток после прививки.

Группа риска: — лица с иммунодефицитом.

Б. Другие тяжелые осложнения.

Синдром Гийена-Барре (СГБ) (СПППИ): достоверная связь только с живой гриппозной вакциной (H3N2), регистрация в срок 5–30 дней после прививки.

Клиника: острый восходящий вялый симметричный паралич с потерей чувствительности, арефлексией.

Аллергические реакции немедленного типа (СПППИ):

1) *анафилактический шок* (СПППИ): развитие через минуты и зарегистрированный в первые 12 часов, триада (коллапс, бронхообструкция/отек, угнетение ЦНС);

2) *анафилактоидная реакция*. регистрируется в первые 12 часов (давление в норме) + кожные и ЖКТ-симптомы (СПППИ).

3) Генерализованная крапивница, отек Квинке (СПППИ), зарегистрированные в первые 3 суток.

4) Прочие редкие СПППИ:

• *тромбоцитопеническая пурпура* (после коревых/краснушных вакцин, 10-30 дни);

• *артрит/артралгии* (до 30 суток после вакцины против краснухи у взрослых женщин);

• *инвагинация кишечника* (после ротавирусной вакцины, 1-я доза, первые 7 дней).

5. Осложнения БЦЖ-иммунизации (СПППИ)

Эпидемиология: составляют основную долю зарегистрированных ПППИ в РФ (≈11,2 на 100 тыс.).

Классификация по категориям:

1) *локальные СПППИ*: инфильтрат, холодный абсцесс, язва (1–3 мес.), лимфаденит (чаще в 5–7 мес.);

2) *ограниченно-диссеминированные* (гематогенные) *СПППИ*: БЦЖ-оститы (в среднем 18,5 мес.), изолированные отдаленные абсцессы;

3) *генерализованная БЦЖ-инфекция СПППИ*: при врожденных клеточных иммунодефицитах, летальность высокая;

4) *пост-БЦЖ-синдромы* = *СПППИ*: аллергические проявления (узловая эритема, кольцевидная гранулема, сыпь, келоид, увеиты и др.).

Ключевые диагнозы:

1) *холодный абсцесс*: безболезненная флюктуация, часто при подкожном введении вакцины;

2) *лимфаденит*: увеличение лимфоузла

≥10 мм (за рубежом – ≥30 мм), до 1,5 лет;

3) *остит*: изолированный очаг деструкции кости у ребенка 6 мес.–5 лет. Требуется ПЦР или культурального подтверждения *M. bovis* BCG;

4) *келоид*: опухолевидный рубец, оперативному удалению не подлежит, регистрируется до 2 лет.

6. Заключение. Принципы клинического подхода

1. Установление временной связи — ключевой фактор. Знание типичных сроков возникновения каждого ПППИ критически важно для установления причинно-следственной связи.

2. Определение причинно-следственной связи с учётом возможных реакций, указанных в инструкции.

3. Дифференциальная диагностика обязательна. Многие симптомы (лихорадка, сыпь, судороги, неврологический дефицит) могут быть проявлением интеркуррентных заболеваний, не связанных с вакцинацией.

4. Проведение оценки степени тяжести определяет тактику: от наблюдения при обычных реакциях до неотложной терапии при анафилаксии.

5. Определение группы риска у ребёнка по развитию осложнений (иммунодефициты, аллергии, возраст) необходимо для повышенного внимания при вакцинации и оценке возможных осложнений.

6. Цель знаний – обеспечение безопасности вакцинопрофилактики через грамотную диагностику, минимизацию необоснованных отводов от прививок и своевременное оказание помощи при истинных ПППИ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андреева Е.В. Лекция: побочные реакции после иммунизации. Часть 1. Классификация, этиология и патогенез. *Забайкальский медицинский журнал*. 2025; 2 : 6–8.
2. Van der Boom M., van Hunsel F. Adverse reactions following MPox (monkeypox) vaccination: An overview from the Dutch and global adverse event reporting systems. *Br J Clin Pharmacol*. 2023 Nov; 89 (11): 3302–3310. doi: 10.1111/bcp.15830. Epub 2023. Jul. 6. PMID: 37344609.
3. Стальмахович В.Н., Дюков А.А.,

Тещук Р.А. БЦЖ-остит грудины у детей: серия клинических наблюдений // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2024. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/btzh-ostit-grudiny-u-detey-seriya-klinicheskikh-nablyudeniy> (дата обращения: 13.01.2026).

4. Тоджихажаев Ш.Ш.У., Мамарасулова Д.З., Результаты изучения сравнительного анализа развития осложнений после вакцинации COVID-19 различными группами (видами) вакцин при наличии сопутствующих хронических заболеваний у мужчин различного возраста населения ферганской долины // *Медицинская наука Узбекистана*. 2025. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-izucheniya-sravnitel'nogo-analiza-razvitiya-oslozhneniy-posle-vaktsinatsii-covid-19-razlichnymi-gruppami-vidami-vaktsin> (дата обращения: 13.01.2026).
5. Коровкин А.С., Горенков Д.В. Нежелательные явления после вакцинации: обзор российской и международной терминологии // *Безопасность и риск фармакотерапии*. 2024. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nezhelatelnye-yavleniya-posle-vaktsinatsii-obzor-rossiyskoy-i-mezhdunarodnoy-terminologii> (дата обращения: 13.01.2026).

УДК 616.34-002-008.6-053.2

Судариков А.Е., Щербак В.А.

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ. ЧАСТЬ II. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Минздрава РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Диагностика

Процесс верификации диагноза синдрома раздраженного кишечника (СРК) регламентирован Римскими критериями IV пересмотра [15], клиническими рекомендациями Минздрава Российской Федерации [11] и состоит из пяти последовательных этапов. Первичный этап предполагает постановку предварительного диагноза на основании клинической картины.

На втором определяется доминирующий клинический симптом и устанавливается форма синдрома (с запором, диареей или смешанная). Третий включает активный поиск «симптомов тревоги» и проведение дифференциальной диагностики. Четвертый, скрининговый этап, направлен на окончательное исключение органической патологии с использованием комплекса лабораторно-инструментальных методов (клинические и биохимические анализы крови, копрология, анализ кала на яйца гельминтов, ФГДС, УЗИ, колоноскопия или ирригоскопия). На пятом этапе назначается пробный курс терапии продолжительностью не менее шести недель. Эффективность лечения подтверждает диагноз СРК, а его отсутствие является показанием для углубленного обследования. Вся диагностика СРК основывается на комплексном подходе и последовательном исключении органической патологии. При лабораторном обследовании показатели общего и биохимического анализа крови, как правило, остаются в пределах референсных значений. В копрологическом исследовании могут выявляться признаки дисбиотических нарушений. Из инструментальных методов ирригоскопия выявляет рентгенологические признаки дискинезии толстой кишки, которые включают неравномерность заполнения и опорожнения, чередование спазмированных и дилатированных участков, а также признаки избыточной секреции жидкости в просвет кишечника. Эндоскопическое исследование (колоноскопия) с последующим морфологическим анализом биоптатов слизистой оболочки проводится с целью дифференциальной диагностики и исключения воспалительных заболеваний кишечника [5]. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости применяется для скрининга сопутствующей патологии: желчнокаменной болезни, объемных образований, изменений поджелудочной железы. Для исключения целиакии выполняется фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки тонкой кишки [3].

Дифференциальная диагностика:

- непереносимость лактозы;
- лекарственно-индуцированная диарея;
- постхолецистэктомический синдром;
- злоупотребление слабительными средствами;

- паразитарные заболевания;
- эозинофильный гастрит или энтерит;
- микроскопический колит;
- избыточный бактериальный рост в тонкой кишке;
- целиакия;
- раннее воспалительное заболевание кишечника.

Проводя дифференциальную диагностику СРК, врач должен последовательно исключить ряд заболеваний со схожей симптоматикой. Ключевым отличием СРК является отсутствие структурных или биохимических патологий, в то время как у других состояний есть конкретные диагностируемые маркеры.

Непереносимость лактозы развивается из-за дефицита фермента лактазы, необходимого для расщепления молочного сахара. Неусвоенная лактоза вызывает осмотическую диарею, вздутие, урчание и боли в животе, что крайне напоминает клинический диарейный вариант СРК. Однако ключевое отличие заключается в четкой причинно-следственной связи: симптомы при непереносимости лактозы возникают исключительно после употребления молочных продуктов и, как правило, отсутствуют в ночное время. Для подтверждения диагноза используется водородный дыхательный тест, а эффективность безлактозной диеты служит дополнительным подтверждением [12].

Ряд препаратов может вызывать лекарственно-индуцированную диарею и абдоминальный дискомфорт, имитируя СРК. К ним относятся антибиотики (нарушающие микробиоту), метформин, нестероидные противовоспалительные средства, антациды с магнием, ингибиторы протонной помпы и многие другие. Главным диагностическим ключом здесь является тщательный сбор фармакологического анамнеза. Характерно, что симптомы часто ослабевают или полностью исчезают после отмены подозреваемого препарата, что и позволяет установить причинно-следственную связь [8].

Постхолецистэктомический синдром может проявляться диареей и болями в животе из-за постоянного поступления желчи в просвет кишечника, а не ее дозированного выделения, как это было при наличии желчного пузыря. Это состояние называется хологенной диареей (мальабсорбция желчных кислот). Отличием от СРК является прямая временная связь

появления симптомов с перенесенной холецистэктомией. Диарея часто носит императивный характер и сопровождается ощущением жжения в прямой кишке из-за раздражающего действия желчных кислот.

Подозрение на злоупотребление слабительными средствами должно возникать у врача при необъяснимой и рефрактерной к терапии диарее, особенно у пациентов с психоэмоциональными нарушениями или расстройствами пищевого поведения. Такие пациенты могут скрывать факт приема слабительных. Для диагностики используется анализ кала или мочи на наличие слабительных веществ (например, производных антрахинона, содержащихся в сенне).

Паразитарные заболевания, такие как лямблиоз, могут вызывать хроническую диарею, вздутие, мальабсорбцию и снижение веса. В отличие от СРК, для паразитарных инвазий часто характерны общие симптомы: слабость, субфебрилитет, эозинофилия в общем анализе крови. Диагноз подтверждается обнаружением цист или трофозоитов лямблий в кале с помощью микроскопии или ПЦР-исследования, а также положительной серологией [2].

Эозинофильный гастрит или энтерит характеризуется инфильтрацией слизистой оболочки желудка и/или тонкой кишки эозинофилами. Как и при СРК, пациенты жалуются на боли в животе и диарею. Однако ключевым отличием является частое вовлечение других органов (пищевода с развитием дисфагии) и наличие системных проявлений аллергии (например, бронхиальной астмы, экземы). Диагноз устанавливается исключительно гистологически при эндоскопии: биоптаты показывают значительную инфильтрацию эозинофилами.

Главным симптомом при микроскопическом колите является хроническая водянистая диарея, часто очень выраженная (до 10–15 раз в сутки). В отличие от СРК, при котором боль является ключевым симптомом, при микроскопическом колите она может отсутствовать или быть менее интенсивной. Самое важное отличие заключается в данных колоноскопии: слизистая оболочка при макроскопическом осмотре выглядит абсолютно нормальной. Диагноз ставится только при гистологическом исследовании биоптатов, где выявляется

характерная картина — лимфоцитарная или коллагеновая инфильтрация собственной пластинки слизистой [4].

Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке (СИБР) — состояние, которое наиболее сложно отличить от СРК, и они часто сопутствуют друг другу. Из-за избытка бактерий в тонкой кишке происходит преждевременная ферментация пищи, что приводит к вздутию, газам, боли и диарее, особенно после приема углеводов. Характерным симптомом, не типичным для изолированного СРК, может быть стеаторея (жирный стул) и дефицит жирорастворимых витаминов. "Золотым стандартом" диагностики является количественный посев аспирата из тощей кишки, но на практике широко используется неинвазивный водородный дыхательный тест с лактулозой или глюкозой [10].

Целиакия является аутоиммунным заболеванием, связанным с употреблением глютена. Как и при СРК, пациенты страдают от диареи, вздутия и болей в животе. Однако для целиакии характерны признаки мальабсорбции: снижение массы тела, анемия, остеопороз, дефицит витаминов, афтозный стоматит. Диагностическим стандартом является серологическое исследование (определение антител к тканевой трансглутаминазе IgA и общего IgA), а диагноз подтверждается гистологически при дуоденоскопии с биопсией, которая выявляет атрофию ворсин [3].

Наконец, ранняя стадия воспалительного заболевания кишечника (ВЗК), такого как болезнь Крона или язвенный колит, может манифестировать с симптомов, сходных с СРК. Однако по мере прогрессирования ВЗК появляются "красные флаги", которые мы описывали в критериях выше, нехарактерные для СРК: кровь в стуле, лихорадка, ночная симптоматика, необъяснимая потеря веса, внекишечные проявления (артриты, поражения кожи). Для диагностики используются эндоскопия с биопсией, которая выявляет эрозии, язвы и гистологические признаки хронического воспаления, а также лабораторные маркеры воспаления (С-реактивный белок, кальпротектин в кале), которые при СРК остаются в норме [5].

Таким образом, дифференциальная диагностика СРК представляет собой комплексный процесс, основанный на

выявлении «тревожных сигналов», тщательном сборе анамнеза и целенаправленном использовании инструментальных и лабораторных методов для исключения органической патологии [7].

Лечение.

Современный подход к фармакотерапии СРК носит симптом-ориентированный характер и направлен на купирование основных клинических проявлений: абдоминальной боли, диареи и запора. Основу терапии болевого синдрома составляют спазмолитические средства, которые не только эффективно снижают интенсивность абдоминальной боли, но и статистически достоверно улучшают качество жизни пациентов. Для контроля диарейного синдрома применяются антидиарейные препараты, среди которых наиболее распространены лоперамида гидрохлорид, диосмектит и пробиотики. Их терапевтический эффект реализуется за счет снижения тонуса и двигательной активности гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта, что приводит к уменьшению частоты и позывов к дефекации. В терапии запора при СРК используется ступенчатый подход с применением слабительных средств различных фармакологических групп: объемобразующих препаратов, осмотических слабительных и прокинетики, стимулирующих кишечную моторику [9].

Современные клинические рекомендации предписывают начинать терапию СРК с одновременного назначения медикаментозных и немедикаментозных методов воздействия. Комплексный терапевтический подход преследует три основные цели: уменьшение раздражения кишечника, нормализацию нарушенной перистальтики и коррекцию повышенной висцеральной чувствительности [11].

В случае недостаточной эффективности спазмолитической терапии в купировании абдоминального болевого синдрома следующим этапом фармакотерапии рекомендуется назначение неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов. К данной фармакологической группе относится amitриптилин — трициклический антидепрессант, обладающий официальным одобрением FDA для терапии депрессивных расстройств у взрослой популяции [16].

Важно отметить, что применение

амитриптилина в педиатрической практике противопоказано пациентам моложе 18 лет. В контексте гастроэнтерологии amitриптилин может назначаться off-label, в частности, для лечения СРК, что расширяет рамки его стандартных показаний к применению.

Согласно клиническим рекомендациям, пациентам с СРК показано проведение первичного осмотра и консультации врача-психиатра в следующих ситуациях: при резистентности к проводимой стандартной терапии, а также при наличии клинически значимых нарушений, негативно влияющих на качество повседневной жизни — расстройств настроения, тревожной симптоматики, нарушений контроля импульсивного поведения. Необходимым условием для направления к специалисту является информированное согласие пациента на данный вид медицинского вмешательства.

К немедикаментозным методам лечения относится строгое соблюдение принципов элиминационной диеты, которая формируется индивидуально для каждого пациента путем последовательного исключения пищевых продуктов, провоцирующих усиление симптоматики. При изучении роли питания в формировании симптомов СРК выявлена существенная роль мальабсорбции углеводов, что послужило источником повышенного интереса к рационам со сниженным содержанием трудноабсорбируемых углеводов (ферментируемые олиго-, ди-, моносахариды и полиолы – Fermentable Oligo-, Di- and Monosaccharides and Polyols, FODMAP). Современные клинические протоколы позиционируют диету с низким содержанием FODMAP-углеводов как терапевтическую стратегию, требующую обязательного сопровождения квалифицированным диетологом [14]. Наиболее эффективной признана модель индивидуальной работы «врач-пациент» с использованием специализированных рецептурных сборников и образовательных материалов, хотя в последних исследованиях также демонстрируется результативность групповых образовательных программ, позволяющих оптимизировать экономические и временные затраты. Отмечаются случаи самостоятельного применения пациентами рекомендаций по элиминации FODMAP-продуктов с использованием готовых рационов, однако

медицинским специалистам необходимо информировать пациентов о потенциальных рисках некорректного исключения пищевых компонентов, что может привести к дисбалансу нутриентного состава рациона и формированию дефицитных состояний. Следует подчеркнуть, что гастроэнтерологи без привлечения диетолога часто демонстрируют недостаточную компетентность в нутрициологии, что может проявляться либо избыточными ограничениями (полное исключение всей категории молочных продуктов при лактозной мальабсорбции), либо неадекватной элиминацией FODMAP-компонентов (исключение только фруктозы) [18].

Специалистами разработаны стандартизированные рекомендации для первичной консультации пациентов по внедрению низко-FODMAP рациона:

1) комплексная оценка образа жизни и пищевого поведения пациента. Для определения среднесуточной FODMAP-нагрузки применяется метод прямого опроса в сочетании с анализом 7-дневного пищевого дневника;

2) разъяснение патогенетического механизма влияния FODMAP-компонентов на симптоматику СРК. Формирование у пациента осознанного понимания роли FODMAP в генезе симптомов повышает комплаенс при длительной диетотерапии;

3) предоставление персонализированных и понятных диетологических рекомендаций;

4) обсуждение стратегий избегания непреднамеренного потребления FODMAP в ситуациях с неконтролируемым приготовлением пищи;

5) инструктирование о необходимости строгого соблюдения диеты в течение регламентированного периода. Хотя пациенты с FODMAP-чувствительностью часто отмечают клиническое улучшение в течение первой недели, исследования демонстрируют статистически значимый терапевтический эффект в течение первых 6 недель диетотерапии. В связи с этим рекомендуется соблюдение строгих ограничений минимум 6–8 недель, с отменой диеты при отсутствии значимого клинического ответа по истечении этого срока [11].

Учитывая потенциальные риски нутриентной недостаточности, продолжительное применение строгой низко-

FODMAP диеты не рекомендуется. Ключевым этапом диетотерапии является определение индивидуальных порогов переносимости различных FODMAP-компонентов. Метод последовательной реинтродукции отдельных углеводных групп позволяет расширить пищевое разнообразие рациона, минимизировать избыточные ограничения и предотвратить развитие дефицитных состояний [18].

Немаловажную роль играет модификация образа жизни, включающая дозированную физическую активность и оптимизацию режима труда и отдыха. Доказанной эффективностью при СРК обладают методы психотерапевтического воздействия, в частности, когнитивно-поведенческая терапия, гипнотерапия и систематическая психологическая поддержка, направленные на разрыв патологической связи между психоэмоциональным статусом и кишечными симптомами.

Заключение.

Таким образом, синдром раздраженного кишечника сохраняет статус глобальной медико-социальной проблемы, о чем свидетельствует устойчивая тенденция к росту его распространенности, связи с психическими нарушениями и предикторами в популяции на разных континентах. Высокая частота встречаемости и значительное влияние на повседневную жизнедеятельность пациентов подчеркивают непреходящую актуальность данного заболевания. Сложность его ведения в клинической практике обусловлена несколькими фундаментальными факторами.

Диагностический процесс существенно осложняется выраженным патофизиологическим и клиническим полиморфизмом СРК, что требует проведения обширного дифференциального диагноза с широким спектром органической и функциональной патологии желудочно-кишечного тракта. Также выбор терапевтической тактики представляет значительные трудности ввиду отсутствия универсального патогенетического лечения, что приводит к необходимости разработки сложных, многоуровневых и сугубо индивидуальных схем ведения пациентов, включая беременность и общественно значимые заболевания.

Ключевым следствием указанных

сложностей является развитие целого ряда негативных клинико-организационных последствий. На индивидуальном уровне доминирующим является стойкое и значительное снижение качества жизни, связанное как с самими симптомами заболевания, так и с его психосоциальными аспектами. На уровне системы здравоохранения наблюдается феномен полипрагмазии — необоснованного назначения множества лекарственных средств, закономерно ведущего к снижению приверженности пациентов лечению (комплаенса) и повышению риска развития нежелательных лекарственных реакций. В экономическом аспекте СРК влечет за собой существенные финансовые затраты, связанные как с прямыми расходами на многократные консультации, комплексное обследование и длительную фармакотерапию, так и с непрямыми потерями вследствие снижения доверия пациентов. Тем самым, мы приходим к выводу, что дальнейшие исследования должны держать фокус на разработке персонализированных алгоритмов диагностики и лечения, основанных на идентификации доминирующих патогенетических механизмов у конкретного больного, что позволит оптимизировать терапевтические подходы, минимизировать полипрагмазию и, в конечном итоге, повысить эффективность медицинской помощи данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдыкасымова М.Р. СРК (синдром раздраженного кишечника) и его лечение // Вестник науки и образования. – 2023. – № 5–1(136). – С. 94–96.
2. Белова А.А. Лямблиоз и постинфекционный СРК / А.А. Белова, М.Д. Шестакова, А.И. Хавкин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. – № 4 (188). – С. 178–187. – DOI 10.31146/1682-8658-ecg-188-4-178-187.
3. Гаус О.В. Глютен-ассоциированная патология: в фокусе пациенты с синдромом раздраженного кишечника / О.В. Гаус, М.А. Ливзан, Д.В. Попелло // Эффективная фармакотерапия. – 2020. – Т. 16, № 30. – С. 66–73. – DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-30-66-73.
4. Искалиева А.Р. Клиническое наблюдение пациента с диареей: дифференциальная диагностика микроскопического колита и синдрома раздраженного кишечника // Forcipe. – 2022. – Т. 5, № S3. – С. 156–157.
5. Клеточно-дифферонный состав эпителия в различные фазы течения воспалительных заболеваний кишечника / Л.И. Бернарделли, Ф.А. Индейкин, Л.Г. Матюшева [и др.] // Морфология. – 2024. – Т. 162, № 2. – С. 127–139. – DOI 10.17816/morph.633461.
6. Ливзан М.А. Фенотип СРК, ассоциированный с ожирением и избыточной массой тела: стратегия индивидуализированной курации больного / М.А. Ливзан, О.В. Гаус, М.М. Федорин // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2023. – Т. 7, № 5. – С. 323–331. – DOI 10.32364/2587-6821-2023-7-5-11.
7. Минушкин О.Н. Синдром раздраженного кишечника и СРК-подобный синдром: современные представления, диагностика, лечебные подходы. // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17, № 13. – С. 96–101. – DOI 10.21518/ms2022-058.
8. Остроумова О.Д. Лекарственно-индуцированная диарея / О.Д. Остроумова, М.И. Куликова, Д.А. Сычев // Лечебное дело. – 2021. – № 2. – С. 34–48. – DOI 10.24412/2071-5315-2021-12329.
9. Самигулов А.С. Синдром раздражённого кишечника (СРК): современные представления о патогенезе и лечении / А.С. Самигулов // NovaInfo.Ru. – 2025. – № 146. – С. 298–299.
10. Синдром избыточного бактериального роста при гастроэнтерологических заболеваниях – следствие или причина прогрессирования? / М.В. Черногорова, Е.А. Медведева, Г. Л. Юренев [и др.] // Вопросы питания. – 2025. – Т. 94, № 2 (558). – С. 5–17. – DOI 10.33029/0042-8833-2025-94-2-5-17.
11. Синдром раздраженного кишечника. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2024 – 64 с.
12. Щербак В.А. Современные проблемы детской гастроэнтерологии // Забайкальский медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 128–137.
13. Black C.J., Staudacher H.M., Ford A.C. Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and

- network meta-analysis. // *Gut*. 2022 Jun; 71 (6): 1117–1126. doi: 10.1136/gutjnl-2021-325214. Epub 2021. Aug. 10.
14. Chey W.D., Hashash J.G., Manning L., Chang L. AGA Clinical Practice Update on the Role of Diet in Irritable Bowel Syndrome: Expert Review. // *Gastroenterology*. 2022 May; 162 (6): 1737–1745.e5. doi: 10.1053/j.gastro.2021.12.248.
15. Drossman D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV // *Gastroenterology*. – 2016. – 150. – P. 1262–1279 doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.032
16. Ford A.C., Lacy B.E., Harris L.A., Quigley E.M.M., Moayyedi P. Effect of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. // *Am J Gastroenterol*. 2019 Jan.; 114 (1): 21–39. doi: 10.1038/s41395-018-0222-5.
17. Galica A.N., Galica R., Dumitraşcu D.L. Diet, fibers, and probiotics for irritable bowel syndrome. // *J Med Life*. 2022 Feb; 15 (2): 174–179. doi: 10.25122/jml-2022-0028.
18. Lembo A., Sultan S., Chang L., Heidelbaugh J.J., Smalley W., Verne G.N. AGA Clinical Practice Guideline on the Pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome With Diarrhea. *Gastroenterology*. 2022 Jul; 163 (1): 137–151. doi: 10.1053/j.gastro.2022.04.017.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ПРОСВЕЩЕНИЕ

Губанова И.В., Москалева Е.П.

ЧИТАТЕЛЬСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ЧГМА

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Аннотация. В статье представлены результаты социологического исследования, проведенного Научной библиотекой ЧГМА в 2026 году. На основе опроса обучающихся и преподавателей выявлены основные читательские предпочтения, факторы, препятствующие чтению, и проблемы в развитии коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта. Предложены пути активизации интереса к художественной литературе через сотрудничество библиотеки и профессорско-преподавательского состава.

Введение. Культура чтения – важная составляющая общекультурного уровня человека, но в современном обществе она находится не в приоритетном положении. Между тем художественная литература – важнейший способ интеллектуального и эмоционального развития, формирования коммуникационных навыков и эмоционального интеллекта.

Отсутствие выработанной потребности в чтении художественной литературы негативно сказывается на общекультурном уровне развития студента: небольшой словарный запас, низкий уровень начитанности, сложности в формировании своих мыслей, неразвита образная память и эмоциональный интеллект и т. д.

Цель исследования: проанализировать уровень читательской активности студентов ЧГМА.

Задачи исследования:

- определить, насколько высока потребность в чтении художественной литературы у студентов ЧГМА;
- выявить факторы, негативно сказывающиеся на уровне развития читательской активности;
- выяснить мнение преподавателей об уровне начитанности студентов;
- разработать рекомендации по

продвижению чтения художественной литературы в среде студентов Академии.

Методы исследования. Основным методом сбора первичной информации стало анкетирование, проведенное в 2026 году. Было разработано два вида анкет – для студентов и для преподавателей (экспертов).

Результаты исследования. Всего было опрошено 333 студента и 32 представителя профессорско-преподавательского состава.

Состав респондентов получился следующий: от общего количества опрошенных обучающихся 83,5% – студенты 3 курса трех факультетов, (из них 39% – обучающиеся лечебного факультета, 34% – педиатрического, 27% – стоматологического), 15,5% – студенты старших курсов и 1% – ординаторы. Среди респондентов 67% девушки, 33% юноши.

Следует сказать, что и обучающиеся и их наставники очень охотно откликнулись на просьбу принять участие в исследовании. Особенно порадовало, что преподаватели, которых мы привлекли к исследованию, не только одобрили тему исследования и согласились с важностью затронутой проблемы, но и оказали существенную помощь в организации опроса.

Преподаватели достаточно единодушно назвали регулярное чтение художественной литературы очень важным для развития человека в целом (68% опрошенных) и для формирования компетенций будущих врачей (75% – «важно» 25% – «желательно»). Никто из сотрудников кафедр не высказался отрицательно. И вместе с тем большая часть

(78%) преподавателей отметили, что среди обучающихся нашего вуза мало читающих людей. Только 10% отметили, что читающих много. Некоторая часть утверждает, что проблема не только в количестве читающих, но и в качестве читаемой литературы – «читают всякую ерунду». Один из педагогов уточнил: «есть читающие студенты, но большинство не читали даже школьную программу».

Сталкиваясь с пробелами в своем кругозоре, современный студент не испытывает ни неловкости, ни стеснения. Легко соглашается с тем, что неплохо бы повысить уровень своей начитанности, но вот времени на это нет – «как-нибудь прочитаю». На вопрос «Является ли чтение художественной литературы вашей ярко выраженной потребностью?» 68% опрошенных ответили, что не ощущают такой потребности, и только 32% респондентов ответили положительно (рис. 1). Из ответивших положительно большая часть девушки. Таким образом, мы видим, что девушки в целом более читающая часть наших обучающихся и это совпадает с результатами ряда социологических исследований, опубликованных в рамках проекта «Чтение и библиотечная аудитория: библиотековедческие и социологические исследования», например, на сайте ВЦИОМ «Самая читающая страна: мониторинг». Если отследить соотношение читающих и не читающих внутри факультетов, то мы получаем 41% читающих среди обучающихся лечебного факультета, 28% среди педиатрического факультета и 23% – будущих стоматологов.



Рис. 1

На второй вопрос («Если вы не читаете, то почему?») 21% респондентов не ответили, что является совершенно логичным, т. к. они позиционируют себя как читающих людей. Среди ответивших на вопрос четко видны две категории респондентов: тех, кто не читает и не испытывает такой потребности, и тех, кто ощущает потребность в чтении, но в данный момент не читает. 38% из тех студентов, кто не читает, как основную причину отказа от художественной литературы выбрали недостаток времени ввиду большой загруженности в процессе обучения. И тут нет возможности возразить, т. к. учеба в медицинском вузе всегда требовала, требует и, очевидно, всегда будет требовать огромных усилий, целеустремленности и времени. Однако 32% респондентов отметили, что, отдыхая, т. е. имея некоторое свободное время, они предпочитают заниматься другими делами, а не чтением художественной литературы. 9% были категоричны – не читают книги, т. к. им это не интересно. В целом довольно печальная тенденция выявляется уже в ответах на самые первые вопросы анкеты.

Студентам было предложено назвать любимые литературные жанры. Большинство (51%) указали фантастику, далее по убывающей идут детективы, приключения, женские романы, исторические произведения, и поэзия. В этом вопросе была возможность написать свой вариант. У воспользовавшихся такой возможностью были в основном дополнения и уточнения к уже перечисленным жанрам: фэнтези, хоррор, комиксы и т. д. Указывали студенты и книги по психологии и саморазвитию, что является характерной чертой прагматичного читателя нашего времени («Самая читающая страна: мониторинг», ВЦИОМ). Только 1% из опрошенных указали, что они читают классическую литературу.

Существует такая теория, что человека, сумевшего без особых затруднений назвать книгу, которую он читает сейчас, которую прочитал недавно и которую собирается прочитать, можно с уверенностью считать читающим. Эту теорию мы сформулировали в трех вопросах. Ответивших на все три вопроса – 19%. Не ответили ни на один вопрос 33% опрошенных, которые не читают сейчас и не планируют читать в ближайшее время. 48% ответили только на часть вопросов. Студенты, которые собираются прочитать какие-то книги

в будущем, нередко давали нечеткую формулировку – «какой-нибудь роман», «какой-нибудь детектив». Неточно указывали и книги, которые читают сейчас – «про Чингисхана», «по психологии» и т. д. Небольшая часть респондентов ответили, что что-то читали недавно, но не помнят какую книгу конкретно. В целом, подводя промежуточные итоги, следует отметить, что среди обучающихся не так много читающих людей, еще меньше людей, читающих «сложные» (по определению Т. Черниговской) произведения, особенно важные для интеллектуального и эмоционального развития.

Среди известных писателей немало представителей медицинской профессии. Сотрудники нашей библиотеки всегда старались продвигать такие произведения в среде обучающихся, видя в этом дополнительный стимул для чтения художественной литературы в среде будущих врачей. Совершенно логичным было и в данном исследовании изучить, насколько эти книги интересны нашим студентам. 63% отметили, что они интересуются такими авторами. 29% ответили, что и такие произведения им не интересны. 8% воспользовались возможностью указать свой вариант ответа: «нейтрально», «что, есть такие книги?», «не знаю, не читал», «было бы интересно почитать», «пока не встречал» и т. д. (рис. 2).

В следующем вопросе респонденты могли выбрать несколько вариантов ответов. При чтении художественного произведения для опрошенных важны: захватывающий сюжет (79%), оригинальность произведения (52%), стиль изложения (37%), некоторые ценят свои эмоциональные переживания во время чтения (49%). Другими словами, наших респондентов больше привлекает увлекательная и нетривиальная сюжетная линия, чем тонкости языка и нюансы состояния героев или свои реакции на художественный текст. Увлекательный сюжет и яркие образы героев легко обнаружить как раз в таких литературных жанрах, которые и нравятся большинству наших респондентов: детективы, приключения, фантастика и т. д.

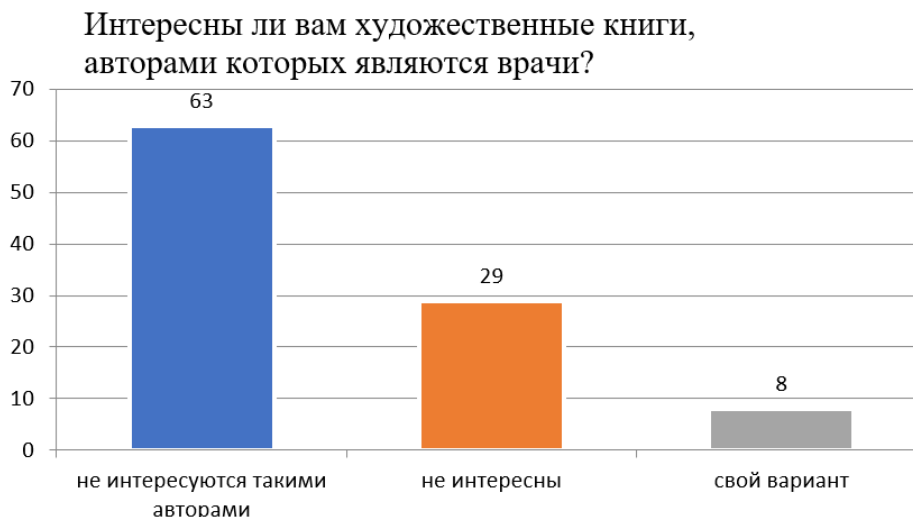


Рис. 2

Бесспорно, что художественная литература – прекрасный способ социализации, так как человек – существо групповое, нуждающееся в общении, обсуждении своих эмоций и переживаний. Прочитав интересную книгу, большинство из нас стремится обсудить ее с людьми, близкими нам по интересам, вкусам и интеллектуальному развитию. Между тем, чуть больше половины (53%) опрошенных находят таких собеседников в среде своих сверстников, друзей, одногруппников. Некоторые (47%), обсуждают это в семейном кругу. Среди ответивших положительно есть и студенты, которые не читают художественные книги. Вопрос, что именно они обсуждают с друзьями и родственниками, остается открытым. 10% процентов от общего количества читают книги, считают это важным для себя, но не обсуждают прочитанное ни с друзьями, ни с родственниками. Это можно объяснить двояко. Может быть, эти темы просто не интересны никому из окружения, и тогда человек должен чувствовать одиночество, даже при широком круге общения. А может быть, невысокий уровень коммуникативных навыков препятствует общению и открытости. В таком случае чтение художественной литературы может служить своеобразным способом бегства от реальности. Если учитывать не общее количество опрошенных, а лишь ту часть респондентов, которая позиционируют себя как читающих людей, то, следовательно, 33% читающих, прочитав книгу, либо не имеют возможности обсудить ее, либо не испытывают в этом необходимости. В таком разрезе ситуация еще более сложная – художественная

литература в среде наших обучающихся в настоящее время не является способом социализации, начитанный человек не интересен социуму, в котором он проводит большую часть времени.

Хорошо известно, что глубокие, сложные книги, очень важно перечитывать, ведь каждый раз мы подходим к ним с разным умонастроением, в разной степени эмоциональной зрелости, в разных обстоятельствах, и потому они открываются нам с недоступных ранее точек зрения. То, что было не замечено, не понято, вдруг становится очень важным и близким. Кроме того, художественная литература – это и эстетическое, эмоционально наполненное наслаждение, к которому хочется возвращаться. Однако, среди всех опрошенных обучающимся только 42% перечитывают книги.

Исследование показало, что 62% респондентов предпочитают читать печатные издания, 11% читают электронные книги, 3% используют аудиокниги, 15% читают и печатные, и электронные, а также слушают аудиокниги, 9% не ответили на вопрос. Как мы ясно видим, наши студенты довольно придирчивы в выборе формата книги и придерживаются привычного варианта.

Читают художественную литературу каждый день 4% респондентов, 15% делают это иногда. 28% читают, когда есть желание прочитать какую-то конкретную книгу, т. е. чтение не является постоянной потребностью, ведь в таком случае человек, испытывая потребность читать, выбирает книгу и находит для нее время. А наши респонденты выбирают

время под интересующую книгу, а если таковой нет, то легко обходятся без чтения. Большинство опрошенных (53%) читают, когда совпадают настроение и наличие свободного времени, а это достаточно трудно контролируемое обстоятельство.

Профессия, в том числе и будущая,

накладывает свой отпечаток на наше восприятие мира в целом, художественного текста – в частности. Обращают внимание на описание заболеваний, эмоционального состояния героев книг с точки зрения медицины 69% опрошенных, 28% не отмечают такие нюансы. 3% обучающихся не стали или не смогли ответить на этот вопрос (рис. 3).



Рис. 3

В выборе книг для прочтения респонденты достаточно независимы. Их мало волнуют общепризнанные стандарты – различные перечни книг, которые стыдно не прочесть. Обращать внимание на такие списки будут только 34%. Доминирующее большинство (61%) проигнорирует такие списки. 5% не ответили, т.к. впервые узнали о том, что такие списки вообще существуют.

В привитии интереса к чтению художественной литературы роль педагога и наставника очень высока. Рассуждая именно так, мы были особенно заинтересованы в том, чтобы узнать мнение преподавателей ЧГМА о роли художественной литературы в образовании врача. 66% экспертов отметили, что они иногда рекомендуют своим студентам читать художественные книги, 22% делают это постоянно, 12% – когда это полезно для изучения предмета. Отрицательно не ответил ни один из опрошенных. Следует отметить, тот факт, что не отрицают возможности использования художественных произведений в изучении дисциплин преподаватели как общеобразовательных, так и медицинских дисциплин.

Отрадным является тот факт, что, отвечая на вопросы о том, насколько важным является

чтение для формирования важных для студента и будущего врача качеств, респонденты проявили большую солидарность и активность. Так, на вопрос, помогает ли чтение художественной литературы развивать умение формировать свои мысли, ответили положительно 75% обучающихся. В то же время многие преподаватели (94%) утверждают, что именно с умением формулировать свои мысли у студентов большие сложности. 72% опрошенных согласны с тем, что читающий человек обладает большим словарным запасом, чем не читающий. И 81% опрошенных преподавателей отмечают, что словарный запас большинства студентов не очень объемный. 46% обучающихся согласны с тем, что человеку проще найти тему для разговора, если он читает книги. 66% педагогов отмечают слабое развитие коммуникативных способностей у обучающихся. Также опрошенные студенты и ординаторы, согласились с тем, что важно читать, чтобы уметь вести дискуссию (41%) и развивать память (38%). Однако 59% экспертов считают, что студенты в своем большинстве не умеют вести дискуссию и 56% – что обучающиеся плохо запоминают большие объемы информации. Значительное количество

(20%) опрошенных отметили все варианты, причем из них 9% не читают сами. 31% педагогов считает, что современный студент испытывает проблемы со всеми предложенными вариантами. Ответили, что в становлении будущего врача чтение художественной литературы не играет никакой роли, только два студента и, как не трудно догадаться, это люди, которые не читают совсем, т. к. считают это «неинтересным». Мы видим, что большинство обучающихся согласны с тем, что чтение художественной литературы дает преимущество для развития важных для обучения и будущей профессии качеств, повышает эффективность подготовки специалистов-медиков, но значительная часть студентов, пренебрегает этими возможностями.

В развитии эмоциональной зрелости и критического мышления также играет роль степень погружения в мир художественного слова. Большинство опрошенных преподавателей отметили, что их ученики немного незрелы эмоционально, слабо умеют разбираться в чужих эмоциях и часто идут на поводу своих, наибольшие опасения вызывает у экспертов наличие у студентов сниженной мотивации к достижению своих целей. Однако стоит отметить и то, что обучающиеся стараются мыслить самостоятельно, грамотно говорить, расширять свой словарный запас.

В данном исследовании для нас было важно выяснить, насколько значительна роль библиотеки ЧГМА в формировании культуры чтения. К сожалению, следует отметить, здесь есть над чем работать. Лишь 56% респондентов, знают о том, что в нашей библиотеке есть фонд художественной литературы, 16% об этом «что-то слышали», 28% не знают об этом. С другой стороны, учитывая невысокий (32%) процент постоянно читающих людей среди опрошенных, можно сказать, что уровень информированности о наличии возможности брать книги в вузовской библиотеке выше, чем реальная потребность в этом. В целом, положение с востребованностью фонда художественной литературы в нашей библиотеке не идет в разрез с условиями, в которых в современном мире приходится работать библиотекам: все больше библиотеки становятся местом, где пользователи посещают мероприятия, общаются и получают различные услуги, но не берут книги.

Проведенное исследование подтвердило опасения, что большинство обучающихся ЧГМА не имеют выраженной потребности в чтении художественной литературы, а это, в свою очередь, негативно сказывается на развитии их общекультурных компетенций.

Для сотрудников научной библиотеки ЧГМА продвижение художественной литературы – одно из важных направлений в работе: презентации, виртуальные книжные выставки, литературные вечера, обзоры художественной литературы, квест-выставки, викторины, конкурсы чтецов и многое другое. Но несмотря на то, что такая работа в среде обучающихся ЧГМА системна по организации и разнообразна по формам, все-таки огромный объем работы еще предстоит сделать. В настоящий момент обучающихся нашей Академии можно в целом характеризовать как очень прагматичных, мотивированных на личный успех людей. Исходя из этого, следует уделять еще больше внимания формированию у студентов мнения о том, что художественная литература – мощный ресурс для развития необходимых врачу качеств. В этой деятельности у нас есть очень надежный союзник – профессорско-преподавательский состав Академии. Напомним, что никто из опрошенных педагогов не отрицал важности художественной литературы в процессе воспитания и образования студентов медицинского вуза. Ссылаясь на их мнение, мы можем более результативно привлекать обучающихся к чтению художественных книг. Такие формы, как акция «Любимая книга преподавателя», виртуальная книжная выставка «Лучшие книги», в создании которой участвовали и преподаватели вуза, уже использовались нашими сотрудниками и имели положительный отклик среди студентов. В будущем мероприятия такого толка следует проводить более активно.

Знакомство с результатами аналогичных исследований в других библиотеках и организациях позволяет нам быть оптимистами: за последнее десятилетие заметно увеличилось количество людей, читающих художественную литературу. Современные исследователи («Чтение в эпоху цифры», (ВЦИОМ), «Интерес пользователей к современной литературе» (ЛитРес) фиксируют тенденцию увеличения интереса к художественной литературе, а также отмечают,

что самая читающая аудитория – жители мегаполисов. С течением времени этот процесс достигнет и отдаленных регионов со сравнительно небольшим населением, а задача библиотек – содействовать этому процессу.

В заключении следует сказать, что сотрудники библиотеки согласны с преподавателями нашей Академии, выступившими в роли экспертов, что в силу своего молодого возраста и восприимчивости ума и при определенном изменении умонастроений социума наши студенты могут исправить все свои «пропуски» и значительно повысить уровень читательской активности, расширив таким образом свои личностные и профессиональные возможности.

Выражаем благодарность за помощь в организации исследования: профессору Н.Н. Цыбикову, профессору Е.В. Фефеловой, доценту М.С. Малежик, а также преподавателям кафедры гуманитарных наук с курсом педагогики и психологии высшей школы, кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васёв Д.В. Актуализация потенциала культуры чтения при подготовке специалистов в высшей школе // Преподаватель XXI век. – 2021. № 1-1. – С. 84–94. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_45476634_20740182.pdf (дата обращения: 12.11.2025).
2. Ваганова М.Ю. Информатизация обучения студентов, технологии чтения, академическое чтение и письмо, трудности чтения студентов // Современная высшая школа: инновационный аспект. – 2021. № 1. – С. 47–53 URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_44965517_46063668.pdf (дата обращения: 12.11.2025).
3. Ермолина С.С. От традиционного чтения к современному: понятие, виды и практики / С.С. Ермолина, Д.А. Король // Гуманитарный научный вестник. – 2024. № 9. – С. 9–14. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_72746474_44640939.pdf (дата обращения: 17.12.2025).

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Бобрович В.В., Курмангулов А.А. ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КИТАЕ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Резюме. В данной статье представлен обзор реформирования системы оплаты стационарной медицинской помощи в Китае при переходе от модели «оплата за услугу» (FFS) к системе клиничко-статистических групп (DRG) и ее национальному аналогу — пакетам диагностических услуг (DIP). Авторы обобщают данные 10 исследований, отмечая, что внедрение DIP, основанного на анализе больших данных, способствует снижению затрат и длительности госпитализаций, однако сопровождается ростом повторных госпитализаций и попытками манипуляции с диагностикой. Выявлены противоречивые результаты реформы, обусловленные неоднородностью региональных условий, типом медицинских учреждений и влиянием пандемии COVID-19. Делается вывод, что китайская модель DIP является более гибкой альтернативой классическим DRG, но требует совершенствования методологии группировки случаев для обеспечения баланса между экономической эффективностью и качеством помощи.

Материалы и методы. В обзор включены публикации, соответствующие ключевым словам: «оплата медицинской помощи», «стационарное лечение», «DRG», «глобальный бюджет», «FFS», «модели финансирования здравоохранения в Китае», «адаптация платежных систем в Китае». Поиск проведен в PubMed, Scopus, Elibrary, Google Scholar и документах международных организаций. Отбирались работы на русском или английском языке за период с 2007 г. по 2025 г. Исключались тексты без полного доступа или четкой методологии. Из 97 первоначально найденных публикаций после скрининга отобрано 52, из которых 10 наиболее релевантных исследований (сравнительные, национальные отчеты, метаанализы) вошли в итоговый анализ. Применялись методы

контент-анализа, систематизации и сравнительной оценки.

На сегодня, наиболее распространенным механизмом оплаты медицинской помощи в стационарных условиях является оплата по клинико-статистическим группам (КСГ) или DRG, которые позволяют классифицировать случаи заболевания пациентов по типу и тяжести, что обеспечивает объективное определение стоимости лечения [1, 2].

В 2015 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) опубликовано кросс-страновое исследование оплаты больничной помощи в странах азиатского региона [3]. Изучались системы оплаты в одиннадцати странах Азии и Океании, в шести из которых – Австралия, Япония, Республика Корея, Таиланд, Сингапур, Китай – подробно рассмотрены модели финансирования. В указанных странах внедрены или тестируются системы оплаты стационарной помощи на основе DRG.

Результаты. В Китае система оплаты стационарной помощи сочетает традиционные методы финансирования с пилотными проектами по внедрению DRG. Исторически основными методами были фиксированные бюджеты и FFS-оплата (оплата за услугу), что создавало смешанные стимулы: фиксированные бюджеты часто не учитывали реальные потребности пациентов, а FFS могла способствовать необоснованному увеличению объемов услуг [3]. Данные исследований, проведенных в Китае, свидетельствуют, что при FFS объем оказываемых услуг превышает оптимальный на 12,88%, причем для пациентов с легкими состояниями этот показатель достигает 24,49% [4]. Это приводит не только к нерациональному использованию ресурсов, но и к потенциальному ятрогенному вреду от излишних медицинских вмешательств [5].

В последние годы Китай начал экспериментировать с DRG-подобными системами оплаты на локальном уровне. Одними из таких примеров являются город Шанхай и провинция Хайнань. Пилотные проекты в этих регионах показали сокращение длительности госпитализации и снижение расходов, особенно на лекарства. Однако внедрение DRG столкнулось с проблемами, такими как недостаточная стандартизация данных, слабая система кодирования диагнозов и процедур, а также необходимость адаптации

зарубежных моделей к местным условиям [3].

В Китае разработан альтернативный подход к группировке случаев – Diagnosis-Intervention Packet (DIP, пакет диагностических услуг) для более гибкой группировки случаев лечения, особенно в условиях разнообразия медицинской практики, который применяется уже в большинстве регионов. DIP предлагает более дробную классификацию случаев, чем DRG в зависимости от методов лечения, лучше подходит для разнородных случаев, где стандартный DRG, может давать слишком усредненные тарифы, позволяет учитывать местные особенности лечения (например, в разных провинциях могут применяться разные схемы терапии) [3].

Особенностью китайской модели можно считать то, что классификация DIP основана на реальных историях болезней после обработки больших данных (big data), а не на заранее заданных клинических критериях, как в DRG. Это делает систему более объективной для китайских больниц [3, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Апробация разработанной классификации осуществлялась в разных провинциях Китая. В одном из исследований приводился анализ на основе данных 1,17 млн случаев госпитализаций в провинции Хубэй за период с 2019 г. по 2023 г. Изучалось влияние реформы системы оплаты медицинских услуг DIP на стационарное обслуживание малоимущего населения. Исследование позволило выявить сокращение общих затрат на госпитализацию, особенно в больницах второго и третьего уровня, снижение продолжительности пребывания в стационаре, но при этом авторы отмечают увеличение уровня повторных госпитализаций, что указывает на возможный компромисс между эффективностью и качеством лечения [6].

Группой исследователей во главе с Xinyu Zhang, опубликовавшей исследование в 2024 г., изучались данные тринадцати пилотных больниц, внедривших DIP, и двадцати семи больниц, продолжавших использовать FFS-систему за период с июля 2017 г. по июнь 2021 г., включая 122 637 законченных случаев. Результаты исследования говорят о снижении показателей повторных госпитализаций: на 3,2% для всех причин и на 1,8% для госпитализаций с тем же основным диагнозом. Изменения в показателях смертности и осложнений, связанных с операциями,

незначительны. Улучшение качества наиболее заметно в больницах третьего уровня (крупных медицинских центрах) и стало более выраженным по истечении времени после внедрения системы [10].

Другая группа китайских исследователей проводила исследование с выборкой, включавшей 229 306 случаев стационарного лечения в специализированном гинекологическом и педиатрическом стационаре за период 2016–2017 гг. (дореформенный) и 2021–2022 гг. (постреформенный). Анализировались общие затраты на лечение, продолжительность госпитализации, изменения в структуре диагнозов среди двух групп пациентов – имеющих страховой полис и оплачивающих лечение самостоятельно. По результатам проведенного исследования ученые фиксируют значительный рост общих затрат и продолжительности госпитализации среди застрахованных пациентов по сравнению с оплачивающими лечение самостоятельно, а также обращают внимание на поведенческие реакции медицинских учреждений в виде практики изменения диагнозов и увеличения количества медицинских процедур с целью максимизации страховых возмещений. Основные выводы исследования свидетельствуют о том, что реформа DIP демонстрирует нестабильные результаты на текущем этапе реализации, имеет ключевые проблемы, которые включают манипуляции с диагностикой и необходимостью совершенствования системы. В завершении исследования авторы рекомендуют уточнение правил группировки диагнозов, усиление контрольных механизмов и совершенствование управления медицинской информацией [7].

Еще одно исследование, анализирующее изменения в стоимости медицинских услуг и использовании ресурсов здравоохранения до и после внедрения системы DIP в 2018 г., проводилось в Гуанчжоу и других регионах Китая. В анализ легли данные случаев стационарного лечения с 2012 г. по 2020 г. Авторы отмечают неоднозначное влияние реформы на анализируемые изменения, одновременно отмечая рост затрат на оказание медицинской помощи и отсутствие значительного влияния на среднюю продолжительность пребывания в больнице [8].

Обзор практики внедрения оплаты

стационарной помощи на основе групп заболеваний позволил выявить противоречивые результаты в оценке влияния реформы DIP на затраты, длительность госпитализаций и частоту повторных госпитализаций. Причиной выявленных противоречий может быть неоднородность условий внедрения, где ключевыми факторами выступают тип медицинской организации, этап реформы, региональная специфика администрирования, а также влияние пандемии COVID-19, искажившей структуру госпитализаций и финансовые потоки.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод, что китайская система оплаты стационарной помощи находится в процессе реформирования, переходя от модели FFS к DRG/DIP. Большинство исследований свидетельствует о том, что новая модель демонстрирует снижение затрат и улучшение эффективности, но сталкивается с проблемами адаптации, манипуляциями и региональной неоднородностью. DIP, основанный на больших данных, показал себя более гибким, чем DRG, но требует доработки для устойчивого внедрения.

Дальнейшее развитие системы зависит от совершенствования методологии группировки случаев, усиления контроля за кодированием диагнозов и повышения прозрачности данных. Успешный опыт пилотных регионов (Шанхай, Хубэй) служит базой для тиражирования разработанной модели на национальном уровне при условии адаптации к местной специфике и дифференцированного подхода к учреждениям различного уровня. В перспективе сочетание DIP с элементами DRG и цифровизацией учета может создать более сбалансированную систему, обеспечивающую как экономическую эффективность, так и высокое качество медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Письмо Минздрава России от 20.12.2012 N 14-6/10/2-5305 (с изм. от 11.11.2013) О направлении рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» (вместе с «Рекомендациями для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны

- здоровья, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, страховых медицинских организаций «Способы...», утв. ФФОМС).
2. Эволюция методов оплаты медицинской помощи / В.В. Омеляновский, Н.Н. Сисигина, В.К. Федяева, Н.З. Мусина // *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. – 2019. – Т. 12, № 4. – С. 318–326.
 3. OECD. Case-based Payment Systems for Hospital Funding in Asia. Geneva: WHO Press; 2015.
 4. Lin S. et al. How medical insurance payment systems affect the physician's provision behavior in China // *Front. Public Health*. — 2024. — Vol. 12. — P. 1323090.
 5. Wright D.J. Specialist payment schemes and patient selection in private and public hospitals // *J Health Econ*. — 2007. — Vol. 26. — P. 56–70.
 6. Shen K., Tao Y., Li Y., Jin Z., Li C., Wu D., Meng X. Impact of Diagnosis-Intervention Packet (DIP) reforms on inpatient services for low-income populations in central China: A multi-stage interrupted time-series analysis // *PLoS One*. 2025. Vol. 20, № 5. P. e0323194.
 7. Zhang Y., Xu S.-Y., Tan G.-M. Unraveling the effects of DIP payment reform on inpatient healthcare: insights into impacts and challenges // *BMC Health Services Research*. — 2024. — Vol. 24. — Art. 887.
 8. Fang B., Jiang Y. Impacts of the Diagnosis-Intervention Packet Reform on Costs and Healthcare Resource Utilization: Evidence from Guangzhou, China // *Health Economics Review*. – 2025. – Vol. 15, No. 28. – P. 1–11.
 9. Chen J., Yang J., Gan L., Yang W., Sufeila-Shalayiding, Zeng Y., Xiong M., Xia O., Li H. Evaluate the effectiveness of Diagnosis-Intervention Packet (DIP) reform among inpatients diagnosed with cancer in Guangzhou, China: interrupted time-series analyses based on a 5-year research period // *Health Economics Review*. — 2023. — P. 1–11.
 10. Zhang X., Qian M., Yan J., Wang R., Lyu D., Ying X., Tang S. The Impact of a New Case-Based Payment System on Quality of Care: A Difference-in-Differences Analysis in China // *Risk Management and Healthcare Policy*. – 2024. – Vol. 17. – P. 3113–3124.
 11. Анализ подходов к оплате специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара / В.В. Бобрович, А.А. Курмангулов, Н.С. Брынза, Т.М. Клещевникова // *Медицинская наука и образование Урала*. – 2025. – Т. 26, № 3 (123). – С. 87–94. – EDN UULGJS.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

¹Короткова Н.В., ²Плотникова М.И.,
¹Давыдычева О.Н., ¹Бутыльский А.Н.

75 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ

¹ГУЗ «Краевой врачебно-физкультурный диспансер»
(главный врач А.Н.Бутыльский)

²ФГБОУ ВО «Читинская государственная
медицинская академия» Министерства
здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор
Н.В. Ларёва)

Спорт и физическая культура являются частью общей культуры человека и его здорового образа жизни.

Основную роль в системе медицинского обеспечения спорта играют специализированные медицинские организации – врачебно-физкультурные диспансеры (ВФД).

В Забайкальском крае эту функцию на протяжении 75 лет успешно выполняет Государственное учреждение здравоохранения «Краевой врачебно-физкультурный диспансер» (КВФД), расположенный в столице Забайкальского края городе Чите на улице Бабушкина, 72, в старинном кирпичном особняке начала XX века, украшенном изящными арками и лепными украшениями, построенном в 1911 году военным инженером Илларионом Львовичем Животовским, по преданию, являвшимся родным дядей революционера Троцкого Льва Давидовича (приходился родным братом матери Троцкого Л.Д. – Анны Львовны Бронштейн).

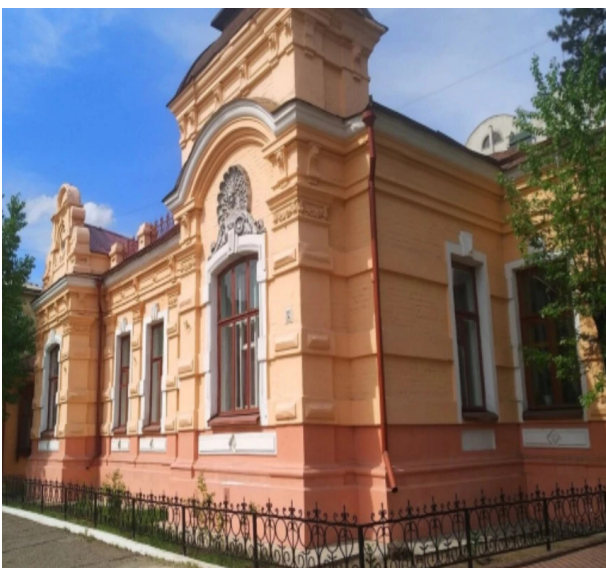


Рис 1. Краевой лечебно-физкультурный диспансер

В этом удивительно красивом атмосферном здании, дышащем историей (рис. 1) и преданиями, на протяжении более 30 лет (с 1987 года) располагается не менее удивительная и своеобразная отрасль медицины – спортивная медицина, представители которой вот уже на протяжении 75 лет стоят на страже спортивных рекордов родного Забайкалья. В сфере медицинского обеспечения физической культуры и спорта КВФД накопил большой опыт по оздоровлению лиц, занимающихся физической культурой и спортом, методами лечебной физкультуры с использованием физиотерапии, бальнеологических процедур, массажа, мануальной терапии и др.

Наряду с медицинским обеспечением профессионального и массового спорта неотъемлемым компонентом деятельности КВФД остаются пропаганда здорового образа жизни, динамическое наблюдение за спортсменами и лицами, занимающимися физической культурой и спортом.

Задачей диспансера также является организационно-методическое руководство лечебно-профилактическими учреждениями, осуществляющими мероприятия по врачебному контролю за физкультурниками и спортсменами, организация медико-санитарного обслуживания учебно-спортивных сборов и спортивных соревнований.

История организации спортивной медицинской службы в Забайкальском крае

Изначально, 75 лет назад, в 1950 г. Областной врачебно-физкультурный диспансер (ОВФД) располагался на улице Николая Островского, 21. Первым главным врачом была назначена выпускница Астраханского медицинского института Колотухина Маргарита Ивановна. В диспансере на тот момент работало два врача терапевта – Юдина К.И. и Журавлева О.П.

Затем, в 1954 г., работу в отрасли спортивной медицины возглавил Семенов Алексей Андреевич. Главный врач ОВФД проделал титанический труд по организации осуществления медицинского обеспечения и контроля за лицами, занимающимися физкультурой и спортом по всему Забайкальскому краю (на тот исторический момент – Читинской области), активно проводил организационную работу по открытию сети кабинетов в районных центрах – городах Петровск-Забайкальском, Сретенске,

Балее, Шилке, Могоче. Алексей Андреевич открыл кабинет лечебной физкультуры в самом ОКВД, а также физио-кабинет, клиническую лабораторию, организовал подготовку инструкторов по лечебной физической культуре для лечебно-профилактических учреждений города и области. Усилия, приложенные Семеновым А.А., позволили поднять спортивную медицину Забайкалья на более высокий уровень, выстроить условия и для проведения научно-практических работ. Данная модель осуществления медицинского сопровождения спортсменов успешно работает по сей день.

Со временем росли штаты. Увеличивалось количество специалистов – к 1960 г. штат врачей был расширен до 7, среднего медицинского персонала – до 11 человек. В это время Диспансер располагался на улице Нерчинской, 17, и состоял из 3 кабинетов.

Особый вклад в развитие врачебно-физкультурной службы на территории советского Забайкалья внес Ангилотов Вячеслав Васильевич, который руководил ОВФД на протяжении 16 лет: с 1967 г. по 1983 г. Благодаря его деятельному участию врачебно-физкультурный диспансер становится организационно-методическим центром. В 1968 г. вышел Приказ № 52 Областного отдела здравоохранения, в соответствии с которым впервые были назначены ответственные врачи по врачебному контролю и лечебной физической культуре во всех районах Читинской области, что сыграло немаловажную роль в повышении качества работы по проведению диспансеризации ведущих спортсменов.



Рис. 2. Макаров Виктор Яковлевич

Ключевую роль в становлении врачебно-физкультурной службы Забайкалья сыграл

человек, необыкновенно преданный своему делу, – Макаров Виктор Яковлевич (рис. 2), возглавивший Диспансер в 1983 г. и служивший верой и правдой на благо спортивной медицины Забайкалья на протяжении 22 лет. Работая с 1967 г. врачом по контролю за занимающимися физической культурой и спортом в Диспансере и активно занимаясь спортом, а он являлся мастером спорта СССР по биатлону, Виктор Яковлевич понимает, что знаний, полученных в медицинском институте, недостаточно для осуществления столь узкоспециализированной деятельности, так как нужно ориентироваться в основных вопросах теории и методики спортивной тренировки, знать особенности видов спорта. Тогда Макаров В.Я. поступает на заочное отделение факультета физической культуры Читинского государственного педагогического института им. Н.Г. Чернышевского и успешно его оканчивает. Образование, полученное в педагогическом институте, сыграло большую роль в повышении эффективности деятельности Виктора Яковлевича в разделе спортивной медицины. В 1970 г. Макаров В.Я. становится заведующим отделением спортивной медицины, а в 1983 г. его назначили руководителем Областного врачебно-физкультурного диспансера. При переезде диспансера в 1987 г. на ул. Бабушкина, 72, на место настоящего расположения, благодаря незаурядным организаторским способностям Виктора Яковлевича была построена двухэтажная пристройка к историческому особняку, в которой расположился восстановительный центр, укомплектованный необходимым медицинским и реабилитационным оборудованием, в том числе велоэргометрами, позволяющими точно дозировать нагрузки, контролировать электрокардиограммы (ЭКГ), артериальное давление, пульс, общее физическое состояние, определение толерантности к физической нагрузке спортсмена. Зал лечебной физкультуры был оснащен современным на тот момент оборудованием, открыты тренажерный зал с беговыми дорожками и гимнастическим комплексом, физиокабинет. Виктор Яковлевич являлся активным идейным и практическим организатором Спартакиад медицинских работников под эгидой Министерства здравоохранения Забайкальского края. С его «лёгкой руки» вот уже более 45 лет

медицинские работники Забайкалья соревнуются 2 раза в год в различных видах спорта на базе летнего лагеря «Жемчужина», преодолевая водные препятствия на Летней спартакиаде и лыжные гонки во время Зимней спартакиады.



Рис. 3. Бутыльский Андрей Николаевич

С 2005 г. и по настоящее время Краевой врачебно-физкультурный диспансер возглавляет выпускник Читинского государственного медицинского института Андрей Николаевич Бутыльский (рис. 3). По его инициативе на базе ГУЗ «КВФД» в 2010 г. открылся и успешно функционирует Центр сколиоза, позволяющий масштабно в пределах края не только изучить проблему сколиоза у юных спортсменов, но и выстроить правильную траекторию решения вопросов реабилитации. Андрей Николаевич является неистовым продолжателем дела Макарова В.Я., в том числе в организации и проведении Спартакиад медицинских работников. В настоящее время в спартакиады включены различные виды спорта, такие как лапта, керлинг, хоккей в валенках, бег с препятствиями, дартс, минифутбол, также появились конкурсы для болельщиков. Бутыльский А.Н. впервые в истории спортивных мероприятий Забайкалья организовал Спартакиаду хирургов Забайкальского края, получившую широкую популярность среди представителей данной профессии, и Межрегиональный турнир по волейболу среди руководителей медицинских организаций Дальневосточного федерального и

Сибирского федерального округов. С 2020 г. по инициативе Андрея Николаевича в Забайкальском крае дан старт Спортивному марафону для медицинских работников по бадминтону, футболу, легкой атлетике, плаванию, настольному теннису, дартсу, шахматам и семейным стартам. Этот марафон открывает возможности для привлечения к спорту и здоровому образу жизни широкого круга медицинских работников.

По инициативе и деятельном участии Бутыльского А.Н. была разработана Стратегия развития спортивной медицины и системы врачебно-физкультурных медицинских организаций в Забайкальском крае, которая утверждена Распоряжением Правительства Забайкальского края от 01.09.2023 № 310-Р.

Специалисты ГУЗ «КВФД» регулярно выезжают для повышения квалификации на центральные базы в г. Москву, Санкт-Петербург, Казань, участвуют в научно-практических конференциях, занимаются научной работой, организуют медицинское обеспечение спортивных мероприятий нашего города.

На протяжении 75 лет спортивная медицина Забайкалья находится в надежных, инициативных руках грамотных специалистов по спортивной медицине и организаторов здравоохранения, внедряющих новые технологии и привлекающих все большее количество людей к занятиям физкультурой и спортом.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

УДК: 616.24-007.63

¹Пашкевич А.В., ²Белякова Е.А.**ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ В ЭПОХУ НОВЫХ ТАБАЧНЫХ ПРОДУКТОВ**¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)²Государственное автономное учреждение здравоохранения «Забайкальская краевая клиническая больница» (и.о. главного врача М.Л. Алферьев)

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) представляет собой одну из наиболее острых медико-социальных проблем современности, занимая лидирующие позиции среди причин смертности от неинфекционных заболеваний. В условиях стремительного распространения новых форм потребления никотина: электронных сигарет, систем нагревания табака, бездымных табачных изделий, актуальность исследования их влияния на развитие ХОБЛ приобретает особую значимость, поскольку, несмотря на маркетинговые заявления о «сниженной вредности» этих продуктов, их долгосрочное воздействие на дыхательную систему до конца не изучено. При этом современные данные свидетельствуют о том, что ХОБЛ развивается более чем у 50% потребителей табачной продукции, а появление новых форм никотинсодержащей продукции, активно продвигаемых среди молодёжи, создаёт дополнительные риски формирования табачной зависимости и развития бронхолёгочных заболеваний [1]. Вызывает серьёзное беспокойство то обстоятельство, что формирование патологических процессов, которые впоследствии приводят к развитию хронической обструктивной болезни лёгких, может стартовать уже на этапе внутриутробного развития и в первые годы жизни ребёнка. Именно поэтому превентивные меры в отношении данного заболевания приобретают первостепенное значение для системы здравоохранения и общественного здоровья в целом.

Пассивное курение и ХОБЛ.

Негативное влияние пассивного курения

на развитие хронической обструктивной болезни лёгких подтверждается многочисленными исследованиями: вдыхание табачного дыма как в детском, так и во взрослом возрасте существенно повышает риск летального исхода от этого заболевания [1]. Особенно уязвимы к воздействию вторичного табачного дыма люди с уже имеющимися патологиями дыхательной системы, особенно с бронхиальной астмой (БА). Продолжительное пассивное курение провоцирует целый комплекс патологических изменений в организме: вызывает хроническое воспаление дыхательных путей, способствует сужению просвета бронхов, приводит к обструкции и повреждению лёгочной ткани, что не только увеличивает вероятность развития ХОБЛ, но и значительно усугубляет уже имеющиеся симптомы заболевания, ускоряя процесс снижения лёгочной функции [2]. Помимо этого, пассивное курение существенно повышает риск возникновения рака лёгких, а его воздействие на плод во время беременности может стать причиной преждевременных родов и формирования предрасположенности к различным респираторным заболеваниям, включая БА и ХОБЛ у будущего ребёнка [1].

Бездымный табак и ХОБЛ.

Несмотря на отсутствие прямых научных подтверждений связи между употреблением бездымного табака (включая жевательный и нюхательный табак) и развитием хронической обструктивной болезни лёгких, важно учитывать, что такой способ употребления табака не является безопасной альтернативой [3]. При использовании бездымных табачных изделий человек не подвергается воздействию табачного дыма, однако всё равно получает значительную дозу никотина и других опасных химических соединений, которые могут спровоцировать развитие рака ротоглотки с последующим поражением лёгочной ткани. Более того, регулярное употребление бездымного табака вызывает хроническое раздражение и воспаление дыхательных путей, что может привести к развитию различных респираторных заболеваний, включая воспаление крупных дыхательных путей и бронхит [3].

Электронные системы доставки никотина и ХОБЛ.

В последние годы особую обеспокоенность вызывает распространение

электронных сигарет (ЭС), особенно среди молодого населения. Результаты ранних исследований демонстрируют явную связь между использованием ЭС и различными нарушениями в работе дыхательной системы: у потребителей ЭС отмечаются усиленные респираторные симптомы, ухудшение функции лёгких и повышенный риск развития бронхолегочных заболеваний [4]. Хотя прямых доказательств того, что ЭС провоцируют развитие хронической обструктивной болезни лёгких, пока не обнаружено, современные исследования указывают на потенциальную опасность этих устройств. Согласно данным Osei и соавторов, риск развития ХОБЛ у нынешних пользователей ЭС на 75% выше по сравнению с теми, кто никогда не использовал электронные сигареты [5]. Особенно тревожными являются показатели среди ежедневных потребителей ЭС и бывших курильщиков, перешедших на электронные аналоги: их риск развития ХОБЛ значительно превышает показатели людей, не употреблявших никотинсодержащие продукты [6]. Особую опасность представляет комбинированное использование обычных и электронных сигарет, при котором вероятность развития ХОБЛ существенно возрастает [5]. Эти результаты свидетельствуют о том, что ЭС могут инициировать патологические процессы, сходные с теми, что наблюдаются при ХОБЛ, что ставит под сомнение их позиционирование как средства для отказа от курения. Учитывая неоднородность состава электронных сигарет, требуется проведение дополнительных исследований для оценки долгосрочного влияния их использования на риск развития ХОБЛ.

Системы нагревания табака и ХОБЛ.

Системы нагревания табака (СНТ) представляют собой альтернативу традиционным сигаретам, при использовании которых происходит выделение токсичных химических веществ, в том числе никотина, в результате нагрева табака или устройства, содержащего табачный продукт, с последующим вдыханием образующихся веществ пользователем. Несмотря на активную маркетинговую кампанию табачной индустрии, позиционирующей эти продукты как «менее вредную альтернативу» обычным сигаретам, современные научные данные не подтверждают ни снижение негативного воздействия СНТ, ни

уменьшение связанных с ними рисков для здоровья [7]. В настоящее время эти изделия получили широкое распространение во многих странах мира. Результаты научных исследований демонстрируют, что воздействие аэрозоля СНТ может оказывать на альвеолы человека такое же разрушительное влияние, как и табачный дым обычных сигарет, провоцируя стойкие аллергические реакции и воспалительные процессы, которые приводят к формированию фиброзной ткани в дыхательных путях — одного из ключевых факторов развития хронической обструктивной болезни лёгких [8]. Особую тревогу вызывает распространённость комбинированного употребления СНТ вместе с обычными сигаретами среди пациентов с ХОБЛ, достигающая 33%, при этом такой способ не снижает вредное воздействие на организм человека, а увеличивает риск тяжелого течения хронических заболеваний, ассоциированных с курением [9].

Пути решения.

Ключевым направлением в борьбе с ХОБЛ выступает комплексное устранение всех факторов риска, прежде всего — любых форм контакта с табачным дымом на протяжении всей жизни человека, что способствует укреплению здоровья дыхательной системы и общего благополучия организма. Поскольку лёгочная ткань не адаптирована к безопасному усвоению табачных компонентов, достижение глобального отказа от табака требует усилий пациентов, медицинского сообщества и политических структур. В рамках амбициозной инициативы «Tobacco Endgame» ставится задача полного запрета продажи табачной продукции лицам, родившимся после 2012 года, к 2030 году [10]. Несмотря на наблюдаемое снижение распространённости курения в мировом масштабе, данная привычка продолжает оставаться главным фактором предотвратимой смертности в текущем столетии при отсутствии существенного прогресса в борьбе с никотиновой зависимостью, особенно в странах с развивающейся экономикой [11]. Особую тревожность вызывает тот факт, что риск развития ХОБЛ сохраняется на протяжении всей жизни человека, при этом воздействие вредных факторов в критические периоды роста и развития дыхательной системы внутриутробно, в детском и подростковом

возрасте может иметь необратимые последствия. Глобальная статистика свидетельствует о том, что не менее 37 миллионов молодых людей в возрасте 13–15 лет (9,7%) употребляют различные формы табачных изделий [12]. Современные исследования подтверждают возможность развития ХОБЛ уже в детском возрасте, когда взаимодействие генетических предрасположенностей и неблагоприятных факторов окружающей среды может привести к нарушению нормального развития лёгких, а повторные травмы усугубляют негативные последствия [13]. Ситуация осложняется агрессивным продвижением табачной индустрии, направленной на уязвимые группы населения, включая детей, подростков и молодёжь, через рекламу никотиновой продукции различного формата от электронных сигарет до нагреваемых табачных изделий. Формирование табачной эпидемии среди населения, уже подверженного риску развития ХОБЛ из-за неблагоприятных факторов воздействия загрязнённого воздуха, создаёт критическую нагрузку на систему здравоохранения. Защита уязвимых групп от табачной угрозы требует не только эффективного антитабачного законодательства, включая полный запрет табачной продукции, но и разоблачения маркетинговых стратегий табачных компаний, обеспечения населения достоверной информацией и инструментами противодействия их влиянию. При этом критически важно обеспечить доступ всех потребителей табака, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, к комплексной поддержке по отказу от курения в соответствии с рекомендациями ВОЗ, включающей консультации медицинских специалистов, бесплатные службы поддержки, доступ к лечению никотиновой зависимости и цифровым ресурсам для отказа от курения [14].

Таким образом, современная ситуация характеризуется появлением множества альтернативных способов потребления никотина, которые, вопреки маркетинговым заявлениям, не могут считаться безопасной альтернативой традиционным сигаретам. Все формы табакокурения, включая пассивное курение, использование бездымных табачных изделий, электронных систем доставки никотина и продуктов нагревания табака, представляют серьёзную угрозу для здоровья

дыхательной системы и могут способствовать развитию ХОБЛ. Это подчёркивает необходимость усиления профилактических мер и образовательных программ. Для эффективной борьбы с проблемой требуется комплексный подход, включающий: ужесточение антитабачного законодательства, повышение осведомлённости населения о рисках, обеспечение доступа к программам по отказу от курения, проведение дальнейших исследований влияния новых табачных продуктов на здоровье. Только консолидированные усилия государства, медицинского сообщества и общества в целом позволят снизить бремя ХОБЛ и защитить будущие поколения от табачной эпидемии. При этом ключевым фактором успеха остаётся полный отказ от всех форм потребления табака и никотина.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Diver W.R., Jacobs E.J., Gapstur S.M. Secondhand Smoke Exposure in Childhood and Adulthood in Relation to Adult Mortality Among Never Smokers. *Am J Prev Med.* 2018 Sep. 55 (3). 345–352. doi: 10.1016/j.amepre.2018.05.005.
2. Putcha N., Barr R.G., Han M.K., Woodruff P.G., Bleecker E.R., Kanner R.E., Martinez F.J., Smith B.M., Tashkin D.P., Bowler R.P., Eisner M.D., Rennard S.I., Wise R.A., Hansel N.N.; SPIROMICS Investigators. Understanding the impact of second-hand smoke exposure on clinical outcomes in participants with COPD in the SPIROMICS cohort. *Thorax.* 2016. 71. 411–420. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-207487.
3. Hecht S.S., Hatsukami D.K. Smokeless tobacco and cigarette smoking: chemical mechanisms and cancer prevention. *Nat Rev Cancer.* 2022 Mar. 22 (3). 143–155. doi: 10.1038/s41568-021-00423-4.
4. Park J.A., Crotty Alexander L.E., Christiani D.C. Vaping and Lung Inflammation and Injury. *Annu Rev Physiol.* 2022 Feb 10. 84. 611–629. doi: 10.1146/annurev-physiol-061121-040014.
5. Park J.A., Crotty Alexander L.E., Christiani D.C. Vaping and Lung Inflammation and Injury. *Annu Rev Physiol.* 2022 Feb 10. 84. 611–629. doi: 10.1146/annurev-physiol-061121-040014. Epub 2021 Nov. 1. PMID: 34724436; PMCID:

- PMC10228557.
6. Perez M.F., Atuegwu N.C., Mead E.L., Oncken C., Mortensen E.M. Adult E-Cigarettes Use Associated with a Self-Reported Diagnosis of COPD. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct. 16. 16 (20). 3938. doi: 10.3390/ijerph16203938.
 7. Bravo-Gutiérrez O.A., Falfán-Valencia R., Ramírez-Venegas A., Sansores R.H., Ponciano-Rodríguez G., Pérez-Rubio G. Lung Damage Caused by Heated Tobacco Products and Electronic Nicotine Delivery Systems: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr. 13. 18 (8). 4079. doi: 10.3390/ijerph18084079.
 8. Leigh N.J., Tran P.L., O'Connor R.J., Goniewicz M.L. Cytotoxic effects of heated tobacco products (HTP) on human bronchial epithelial cells. *Tob Control*. 2018 Nov. 27 (Suppl 1). s26-s29. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054317.
 9. Glantz S.A. PMI's own in vivo clinical data on biomarkers of potential harm in Americans show that IQOS is not detectably different from conventional cigarettes. *Tob Control*. 2018 Nov.; 27 (Suppl 1). s9-s12. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054413.
 10. Malone RE. Imagining things otherwise: new endgame ideas for tobacco control. *Tob Control*. 2010 Oct. 19 (5). 349–50. doi: 10.1136/tc.2010.039727. PMID: 20876073.
 11. Dai X., Gakidou E., Lopez A.D. Evolution of the global smoking epidemic over the past half century: strengthening the evidence base for policy action. *Tob Control*. 2022 Mar. 31 (2). 129–137. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2021-056535.
 12. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use. 2000–2030: World Health Organization; 2024 [updated 16 January 2024]. <https://www.who.int/publications/item/9789240088283>.
 13. Melén E., Faner R., Allinson J.P., CADSET Investigators. Lung-function trajectories: relevance and implementation in clinical practice. *Lancet*. 2024 Apr. 13. 403 (10435). 1494–1503. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00016-3.
 14. Lu W., Aarsand R., Rylance S., Schotte K., Han J., Lebedeva E. et al. Tobacco and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). WHO. 2023. 14 November.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

¹Батаева Е.П., ²Казанцева А.Н.,
²Молчанова Т. С., ²Федосеева А.А.

СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

²ГУЗ «Краевая детская клиническая больница», г. Чита (главный врач В.В. Комаров)

С учетом широчайшего спектра проявлений редких генетических заболеваний, встретиться с ними, в том числе и впервые, может врач вне зависимости от специальности и уровня квалификации. В ряде случаев фенотипические особенности пациента становятся подсказкой к верному диагностическому поиску, который, однако, не всегда возможен из-за их вариабельности, стертости, либо отсутствия, а также разной степени выраженности генетической настороженности врача, его «фенотипического зрения», фиксации на профильной патологии и других профессиональных и человеческих факторов.

Синдром Ди Джорджи (синдром делеции 22 хромосомы, СД 22q11, дупликация 22q11.2, синдром СДД, синдром Ди Георга, СДГ, велокардиофациальный синдром) является редким врождённым генетически обусловленным заболеванием, связанным с микродубликацией длинного плеча 22 хромосомы (22q11.2), и проявляется комплексом симптомов: гипоплазией (аплазией) тимуса, паращитовидной железы, связанными с ними иммунодефицитным состоянием (ИДС), гипокальциемией, также врожденными пороками развития органов и часто сопровождается характерными внешними признаками [1, 2].

По данным ВОЗ (2021), синдром Ди Джорджи встречается у 1:4 000–1:6 000 новорождённых, пренатально выявляют до 1:1 000, при этом в 93% случаев делеции хромосомы 22q11.2 возникают de novo, а у 7% пациентов патология наследуется от родителей по аутосомно-доминантному типу [1, 2].

На комплекс редких внешних признаков, характерных для болезни, в 1829 году обратил внимание неизвестный автор, а описал синдром американский педиатр-эндокринолог Анджело

Ди Джорджи в 1960 году, указав на механизмы развития. Его пациенты отличались схожими фенотипами: удлиненное лицо, микро- или ретрогнатия, широкая переносица, мелкие зубы, асимметрия лица при плаче, опущенные вниз уголки рта, глазной гипертелоризм, низко посаженные и деформированные ушные раковины, бульбообразный кончик носа [1, 3]. В дальнейшем японские ученые А. Kinouchi и соавт. (1976), А. Такао и соавт. (1980) обнаружили феномен микроделеции 22q11.2 при соответствующих клинических симптомах [4]. В 2013 году учёный М. Delio генотипировал 389 образцов ДНК из семей, страдающих описываемым синдромом, и у 56% наблюдений СД 22q11 имел материнское происхождение, а у 44% больных мутация наследовалась по отцовской линии *de novo* [5].

Помимо указанных аномалий лицевого черепа, синдром Ди Джорджи включает переменный спектр клинических проявлений со стороны сердечно-сосудистой системы (прерывание дуги аорты, общий артериальный ствол и тетрада Фалло, не менее чем в 80% случаев), иммунной системы (частые инфекции, связанные с поражением Т-клеточного звена – отит, менингит, целлюлит, остеомиелит, сепсис у 77% больных [3, 6, 7]. Степень выраженности иммунной недостаточности далеко не всегда определяет спектр ведущих клинических проявлений и прогноз. В 70% случаев отмечается поражение носоглоточного аппарата в виде велофарингеальной недостаточности, расщепления нёба, губы, раздвоения уздечки нёба [7]. У большинства детей с синдромом Ди Джорджи отмечается задержка темпов физического развития, и в процессе роста ребёнка наблюдаются признаки задержки речевого, нервно-психического развития [3, 6].

В современной иммунологии используется разделение синдрома на полный и неполный (частичный). Критерии полного СДГ включают в себя снижение либо отсутствие CD3+ популяции Т-лимфоцитов (менее 50/мм³), подтверждённую атимию, гипопаратиреоз, врождённый порок сердца, тогда как термин «частичный синдром Ди Джорджи» используется в случае сочетания типичных клинических признаков, но без выраженного иммунодефицита [4, 7]. Процесс постановки диагноза не представляет особых сложностей, достаточно стандартен, и начальным этапом

алгоритма его установления, как и большинства генетических синдромов, является проявление внимания к специфическим особенностям внешности ребенка, далее – подробный сбор анамнеза, оценка физического статуса, лабораторные и инструментальные исследования. Финальную точку в недолгом диагностическом поиске ставят результаты молекулярно-генетического обследования в виде хромосомного микроматричного анализа (ХМА), сравнительной геномной гибридизации (аCGH), мультиплексной лигазной амплификации (MLPA) с целью верификации генетического дефекта [1, 7]. В случае отсутствия положительного результата вышеописанными методами целесообразно применение метода прямого секвенирования по Сенгеру гена TBX1 или определение делеции/дупликации в гене TBX1 методом MLPA с целью верификации генетического дефекта [1, 6].

В анализах крови необходимо оценить содержание лимфоцитов, ионизированного кальция, паратиреоидного гормона, гормонов щитовидной железы, обязательны исследования уровней сывороточных IgA, IgM, IgG и показателей клеточного иммунитета (иммунофенотипирование лимфоцитов), наивных Т-клеток [2]. Нередко отмечается снижение концентрации сывороточных иммуноглобулинов в ответ на иммунизацию от различных инфекционных агентов, что и проявляется рецидивирующими пневмониями, бронхитами, гнойными ограниченными и распространенными поражениями кожи, некоторыми поствакцинальными осложнениями. При этом объяснима оценка показателей специфических антител к соответствующим возбудителям в случае, если ребенок вакцинирован [1, 9, 7].

Инструментальные методы диагностики не специфичны и позволяют уточнить патологические изменения пораженных в процессе заболевания и его осложнениях органов – ультразвуковая диагностика и компьютерная томография тимуса, органов грудной клетки, щитовидной железы, нейросонография, эхокардиография, электрокардиография и др. [1].

Для пренатальной диагностики в широкую клиническую практику внедрен комплекс прогностических скрининговых технологий и методов — определение сывороточных

маркеров в крови матери, УЗИ плода, инвазивная диагностика ворсин хориона, либо амниоцентез с последующим исследованием клеток различными способами [1, 6, 15].

Представляем случай собственного клинического наблюдения мальчика грудного возраста. Диагноз выставлен спустя несколько месяцев после рождения благодаря сочетанию характерных внешних и внутренних клинических симптомов, подтвержден генетически и укладывается в картину неполного (частичного) синдрома Ди Джорджи.

Пациент С. родился 14.01.2025 в Перинатальном центре г. Хабаровска от 2 беременности, 2 оперативных родов (рубец на матке) на сроке 39 недель. Беременность протекала с угрозой прерывания на 6 неделе (стационарное лечение в течение 7 дней) на фоне гестационного сахарного диабета. На втором ультразвуковом скрининге (20 недель) у плода выявлены расщелина верхней губы, твердого, мягкого неба. Мама страдает аутоиммунным тиреодитом, медикаментозно компенсированным гипотиреозом. Масса при рождении – 2 800 г, рост – 47 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 31 см. Оценка по шкале Апгар – 8/8 баллов. В периоде новорожденности перенес физиологическую желтуху, находился на естественном вскармливании, однако с 3 месяцев стал получать адаптированную смесь с целью докорма по причине гипогалактии. Блюда прикорма введены позже в плановом порядке. Первый ребенок здоров, растет и развивается по возрасту. Случаев смертей детей среди родственников не отмечалось.

С рождения ребенок заслуживал внимания за счет множественных пороков развития. Помимо ранее диагностированных аномалий, при осмотре в родильном зале и последующем обследовании выявлено отсутствие ануса в типичном месте, подтверждены расщелина верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти слева, дефект межжелудочковой перегородки (мышечный). Отмечались неонатальная желтуха и анемия средней степени тяжести смешанного генеза. При эхографическом исследовании обнаружен свищ, соединяющий прямую кишку с областью мошонки, в связи с чем 23.01.25 мальчику выполнено оперативное лечение в отделении хирургии городской Ивановско-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска –

лапаротомия слева, отдельная двусторонняя колостомия слева. В мае 2025 г. при повторной госпитализации в клинику произведено иссечение ректо-мошоночной фистулы, аноректопластика. В июле того же года проведен следующий этап оперативного лечения – релапаротомия, реконструкция кишечной трубки. Течение постоперационного периода – без инфекционных осложнений. Несмотря на состояние ребенка, вакцинация БЦЖ-М, V2 ВГВ, V1 Превенар, V1 Рота-V-Эйд прошла без осложнений.

В августе-сентябре 2026 г. пациент находился на обследовании и лечении в отделении раннего возраста ГУЗ «Краевая детская клиническая больница», г. Чита, где получены результаты генетического исследования от 06.05.25 и выявлено уменьшение количества копий ДНК в регионе 22-й хромосомы (22q11.2). При физикальном обследовании обращали на себя внимание невыраженная бледность кожных покровов и слизистых, наличие линейного вертикального рубца на увеличенном носогубном треугольнике, как следствие оперативного лечения челюстно-лицевого порока, умеренное истончение подкожно-жирового слоя, снижение тургора мягких тканей, хорошо заметный гипертелоризм.

По результатам эхографических исследований от 12.08.25 установлено расширение боковых желудочков на уровне передних рогов, увеличение субарахноидального пространства; увеличение размеров печени, селезенки и диффузные изменения паренхимы печени при УЗИ органов брюшной полости; однодолевое строение тимуса, уменьшение его объема. При ЭхоКГ от 15.08.25 обнаружено функционирующее овальное окно шириной 2 мм, аналогичного диаметра дефект мышечной части межжелудочковой перегородки без нарушения гемодинамики, трикуспидальная регургитация I степени, небольшое количество жидкости в полости перикарда.

С четырехмесячного возраста у мальчика отмечалось течение анемии средней степени тяжести смешанного генеза, в связи с чем длительно получал перорально препараты железа (мальтофер), также введено 8 подкожных инъекций эпоэтина альфа и проставлены неоднократные курсы фолиевой кислоты.

19.08.2025 проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева», получено заключение: множественные врожденные пороки развития, подтвержденный синдромом Ди Джорджи (D82.1.), гипоплазия, алимфоплазия вилочковой железы с иммунной недостаточностью. Поскольку на момент наблюдения ребенок не имел выраженных признаков иммунодефицитного состояния по представленным результатам обследования (иммуноглобулины крови, иммунофенотипирование (ИФТ) периферической крови, лимфоцитов, включая наивные клетки, в пределах возрастной нормы: CD4+ – 858 (75,8% наивных), CD 8+ – 364 (90,5% наивных), CD19+ – 2804), в заместительной терапии иммуноглобулинами, профилактической противомикробной терапии необходимости не определено, противопоказаний к вакцинации не выявлено.

25.09.26 в ЦКБ г. Москва осуществлена первичная хейлоринопластика, после чего рекомендован отвод от прививок на 2 месяца.

Заключительный диагноз: синдром делеции 22 хромосомы (синдром Ди Джорджи). Множественные пороки развития. Врожденные атрезия и стеноз заднего прохода со свищем. Состояние после этапного оперативного лечения: 23.01.25 – лапаротомия слева, раздельная двустволовая колостомия. 12.05.2025 – ASARP, иссечение ректо-мошоночное фистулы, аноректопластика. 09.07.2025 – релапаротомия, реконструкция кишечной трубки. Врожденная сквозная расщелина верхней губы и альвеолярного отростка верхней челюсти. Осложнение: анемия смешанного генеза средней степени тяжести. Гипоплазия тимуса. Белково-энергетическая недостаточность умеренная. Функционирующее овальное окно. ДМЖП. НК 0.

В октябре 2025 года пациент выписан на амбулаторное наблюдение педиатра, хирурга с рекомендациями по организации вскармливания, применению препаратов железа, витамина Д, вакцинации по национальному календарю прививок, регулярному контролю показателей периферической крови, клеточного, гуморального иммунитета.

Приведенный клинический случай позволил предположить наличие редкого генетического синдрома с последующими четко выстроенными диагностическими действиями и постановкой диагноза в связи с изначальной фиксацией внимания специалистов на множественных пороках развития. Обозначенная проблема, несомненно, является мультидисциплинарной, и проявления редких генетических заболеваний настолько variabelны, что своевременная диагностика требует постоянной клинической настороженности от участкового педиатра до узкого специалиста в отношении данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Синдром делеции 22 хромосомы (синдром Ди Георга (Ди Джорджи)) / Клинические рекомендации национального общества детских гематологов и онкологов, Национального общества экспертов по первичным иммунодефицитам, Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, утвержденные Минздравом РФ. – Москва, 2018. 33 с.
2. Детская гематология/ Под ред: А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской. Авторы: Айзенберг В.Л., Балашов Д.Н., Биккулова Д.Ш., и др.// Москва. «ГЭОТАР- Медиа». – 2020. 656 с.
3. Biggs S.E., Gilchrist B., May K.R. Chromosome 22q11.2 Deletion (DiGeorge Syndrome): Immunologic Features, Diagnosis, and Management. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2023 Apr; 23 (4): 213–222.
4. Винокурова Е.А., Скрыбин Е.Г., Белов В.П. Возможности современной пренатальной диагностики микроделеционного синдрома 22q11.2 (синдрома Ди Джорджи). *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2022; 22 (4): 39–46.
5. Altshuler E., Saidi A., Budd J. DiGeorge syndrome: consider the diagnosis. *BMJ Case Rep.* 2022 Feb 2; 15 (2): e245164.
6. Cirillo A., Lioncino M., Maratea A., Passariello A., Fusco A., Fratta F., Monda E., Caiazza M., Signore G., Esposito A., Baban A., Versacci P., Putotto C., Marino B., Pignata C., Cirillo E., Giardino G., Sarubbi B., Limongelli G., Russo M.G., Cirillo A., et al. Clinical Manifestations of 22q11.2 Deletion Syndrome. *Heart Fail Clin.*

2022 Jan.; 18 (1): 155–164.

7. Cirillo E., Prencipe M.R., Giardino G., Romano R., Scalia G., Genesio R., Nitsch L., Pignata C. Clinical Phenotype, Immunological Abnormalities, and Genomic Findings in Patients with DiGeorge Spectrum Phenotype without 22q11.2 Deletion. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020 Oct.; 8 (9): 3112–3120.

¹Волков С.В., ¹Михайличенко М.И.,
¹Каюкова Е.В., ¹Троицкая Н.И., ¹Лобанов Л.С.,
¹Красильников А.А., ²Бурдинская Т.В.,
²Конюкова С.Н., ²Апатова А.В., ²Павлова К.Ф.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ АБРИКОСОВА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

²ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер (главный врач О.Н. Горбачёва)

Введение.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) характеризует зернистоклеточную опухоль (опухоль Абрикосова) как доброкачественное новообразование нейроэктодермальной дифференцировки [6]. В её состав входят: эпителиоидные клетки, вспомогательные клетки нервной системы и производные из шванновских клеток, которые формируются вдоль аксонов периферических нервных волокон [5]. Самые частые локализации опухоли: в полости рта, в коже и подкожной клетчатке, несколько реже – в пищеводе, желудке, аппендиксе, ободочной и прямой кишке. Более чем в 50% случаев она располагается в области головы и шеи [4]. Опухоль Абрикосова может возникнуть в любом возрасте, но преимущественно встречается в 40-60 лет. Женщины болеют в 3 раза чаще мужчин [1]. Клинически зернистоклеточная опухоль не имеет характерных особенностей, медленно прогрессирует, протекает бессимптомно, лишь иногда сопровождается зудом или парестезиями [2]. В настоящее время описано около 100 клинических наблюдений зернистоклеточной опухоли толстой кишки. Чаще всего такие опухоли протекают бессимптомно и являются

случайной находкой во время эндоскопического исследования. Если же симптомы присутствуют, то они зависят от ее расположения [3]. При эндоскопическом исследовании зернистоклеточная опухоль выглядит как небольшое (менее 2 см) полиповидное подслизистое образование, с белесовато-желтой или розовой слизистой оболочкой над ним, чаще всего смещаемой при инструментальной пальпации. По данным современной литературы известно, что нет четко установленных рекомендаций по лечению зернистоклеточных опухолей с колоректальной локализацией, с этой целью в последнее время проводится эндоскопическая резекция слизистой (EMR) или эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD). Для точного установления диагноза необходимо морфологическое исследование удаленной опухоли [3].

Клиническое наблюдение.

Пациент Л., 44 года, в мае 2024 г. обратился в ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер» (ГУЗ ЗКОД) для прохождения колоноскопии по собственному желанию в рамках самообследования. При проведении диагностической колоноскопии у пациента было выявлено подслизистое новообразование восходящей ободочной кишки, ближе к слепой кишке, около 1,0 см, выполнена биопсия. Морфологическое исследование, по результатам колоноскопии, проведено в патологоанатомической лаборатории ГУЗ ЗКОД. В препарате – фрагменты слизистой толстой кишки с сохраненной структурой крипт, без признаков какой-либо неоплазии. В июне 2024 г. пациент поступил в плановом порядке в отделение абдоминальной хирургии ГУЗ ЗКОД г. Читы с диагнозом: подслизистое новообразование восходящей ободочной кишки для эндоскопического удаления.

Жалобы на этапе первичной диагностики и при поступлении отсутствуют.

Из анамнеза: отец и родной старший брат страдали раком толстой кишки. Учитывая отягощенный онкологический анамнез, пациент решил пройти колоноскопию в рамках самообследования.

Из анамнеза жизни: рост и развитие в детстве – без особенностей. Операций не было. Наличие хронических заболеваний отрицает.

Объективно: состояние

удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы обычного цвета, влажности, чистые. Отеков нет. Подкожные вены не изменены. Тонус мышц нормальный. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений – 84 в минуту. АД – 126 и 78 мм рт. ст. Язык розовый, влажный, чистый. Живот обычной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный.

ВидеокOLONOSКОПИЯ: слизистая восходящей кишки розовая, блестящая, сосудистый рисунок четкий, просвет не изменен, складки высокие, перистальтика прослеживается, гаустрация в норме. Содержимое прозрачное, в скудном количестве, эвакуировано. В восходящей кишке на расстоянии 8 см от купола – подслизистое новообразование 0,8 x 0,8 см, слизистая над ним не изменена, бледно-розовая, сосудистый рисунок четкий.

Оперативное лечение.

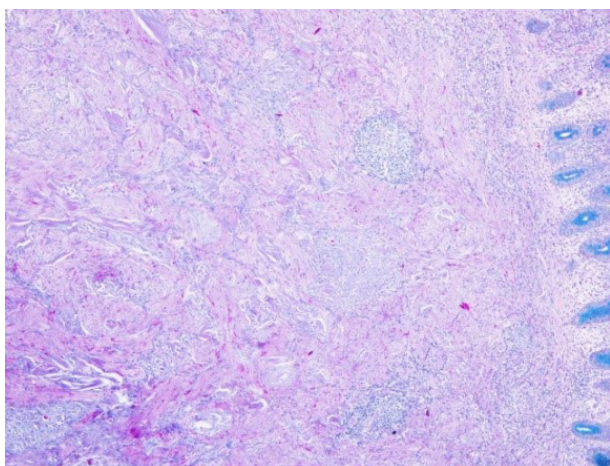
Принимая во внимание небольшой размер новообразования, подвижность относительно подслизистого слоя, решено выполнить эндоскопическое удаление методом диссекции в подслизистом слое. Во время оперативного эндоскопического вмешательства первым этапом выполнена инъекция в подслизистый слой новообразования 0,9% физиологического раствора, окрашенного индигокармином – лифтинг удовлетворительный, убедительной связи новообразования с подслизистым слоем не выявлено. Вторым этапом, пуговочным

ножом (D-knife OLYMPUS) в смешанном режиме (нож + гоагуляция) выполнен циркулярный разрез слизистой оболочки вокруг новообразования, после чего – дальнейшее последовательное поэтапное рассечение подслизистого слоя – новообразование с участком слизистого слоя единым блоком отсечено, извлечено, отправлено на морфологическое исследование. Операционное поле составило 1,5 см в диаметре, дном которого был мышечный слой. Учитывая, что необходимо устранить контакт толстокишечного содержимого с мышечным слоем стенки кишки, края слизистой в месте диссекции сведены двумя металлическими эндоклипсами. Контроль на целостность кишечной стенки, гемостаз – удовлетворительно.

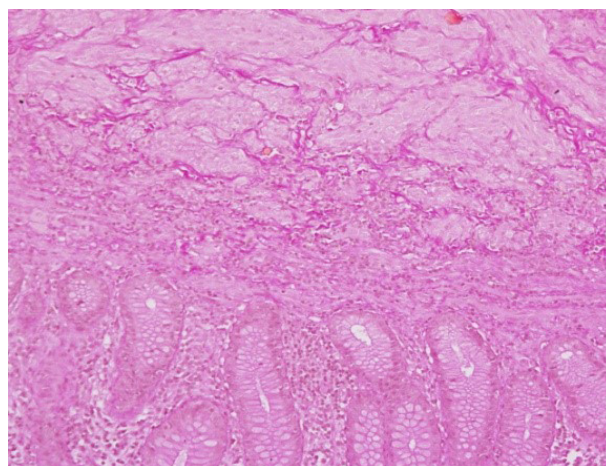
Гистологическое заключение.

Для патоморфологического исследования представлен фрагмент ткани 1,0 x 0,6 x 0,5 см серого цвета. В присланном материале рост зернисто-клеточной опухоли – гистологически в слизистой и подслизистой основе рост крупных клеток овальной, полигональной, округлой формы с эксцентрически расположенными округлыми и полигональной формы ядрами с сетчатой структурой хроматина. Цитоплазма клеток обильная, оксифильная, зернистая с неравномерным накоплением гликогена (слабо положительная ШИК – реакция). Опухолевые клетки формируют ячеистые структуры, разделенные тонкими соединительнотканными прослойками. Сосудов немного (рис. 1).

Новообразование удалено в пределах здоровых тканей (с краями резекции R0).



ШИК-реакция



Окраска Ван-Гизон

Рис.1

Послеоперационный период протекал без особенностей, осложнений не было. В первые сутки после операции у пациента был 0 стол, на вторые – уже полноценное питание. Контроль стандартных лабораторных анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи) на 3 сутки – все показатели в пределах нормы. Пациент был выписан на четвертые сутки с рекомендациями под наблюдение в амбулаторном режиме.

Заключение.

Зернистоклеточная опухоль восходящей ободочной кишки встречается достаточно редко. Учитывая, что она имеет потенциал злокачественности (1-2%), ее необходимо обязательно удалять. Возможности современной оперативной эндоскопии позволяют сделать это безопасно и эффективно методом резекции или диссекции без полостных вмешательств. Приведенное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует важность и необходимость эндоскопических лечебно-диагностических вмешательств для первичной профилактики злокачественных опухолей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гасанов А.М., Христофорова Е.А., Даниелян Ш.Н., Тарабрин Е.А., Рабаданов К.М. Эндоскопическое лечение зернистоклеточной опухоли пищевода (клинический случай). *Доказательная гастроэнтерология*. 2020; 9 (3): 67–72.
2. Лабазанова П.Г., Гриневиц В.Н., Бурдина И.И., Запирова С.Б., Мазо М.Л., Прокопенко С.П., Рожкова Н.И. Опухоль Абрикосова, или зернисто-клеточная опухоль молочной железы. *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена*. 2022; 11 (4): 58–61.
3. Мтвралашвили Д.А., Васильевых Т.А., Майновская О.А., Ликутков А.А., Веселов В.В., Ваганов Ю.Е. Клинический случай удаления опухоли Абрикосова слепой кишки методом диссекции в подслизистом слое. *Амбулаторная хирургия*. 2021; 18 (1): 144–149. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-1-144-149>
4. Раджабова З.А., Котов М.А., Раджабова М.А., Пономарева О.И., Артемьева А.С., Кушнарев В.А. Клинический случай лечения пациента с зернистоклеточной опухолью гортани (опухолью Абрикосова). *Опухоли головы и шеи*. 2021; 11 (3): 104–108. <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2021-11-3-104-108>.
5. Шакиров Р.Р., Карпучин О.Ю., Зиганшин М.И., Рагинов И.С. Зернистоклеточная опухоль промежности (клиническое наблюдение). *Колопроктология*. 2023; 22 (4): 121–126. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-4-121-126>.
6. LeBoit F.E., Burg G., Weedon D., Sarasin A. (eds.). *World Health Organization Classification of Tumors: Pathology and Genetics of Skin Tumors*. Lyon, France: IARC Press; 2006, pp. 274–275.

УДК 616.151.5 : 616.216.1-002-072

Губик Е.А., Кузина Т.В., Будников А.А.

АТИПИЧНЫЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛЕМЬЕРА

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Синдром Лемьера (СЛ) представляет собой редкое и тяжелое осложнение, которое включает септический тромбоз внутренних яремных вен с метастатическим распространением инфекционного процесса в органы и ткани, развивающийся на фоне острых нагноительных орофарингеальных заболеваний. Наиболее частой причиной является инфекция глотки, миндалин, полости рта. В литературе описаны случаи возникновения СЛ после стоматологических вмешательств [1-2]. Заболеваемость составляет от 0,6 до 3,6 случая на миллион населения в год, смертность достигает 2–20% [2, 4]. Низкая информированность о развитии данного осложнения и настороженность лечащих врачей, разнообразие клинических проявлений в дебюте затрудняют своевременное выявление редкой патологии. Поэтому вопросы ранней диагностики остаются актуальными.

Пациент М., 20 лет, обратился к стоматологу по месту жительства с жалобами на разрушение и боли в области зуба 16. Стоматологом выставлен диагноз: кариес зуба 16, хронический периодонтит. Проведено удаление зуба. Через две недели пациент повторно обратился с жалобами на боль в области лунки удаленного зуба, отек и

синюшность щечной области справа, нарушение чувствительности правой половины лица, головные боли.

По данным компьютерной томографии (МСКТ) выявлен экссудативный двусторонний гайморит. Было принято решение о госпитализации пациента в краевую клиническую больницу, где после осмотра специалистами был выставлен диагноз: острый одонтогенный экссудативный двусторонний верхнечелюстной синусит. Осложнение основного заболевания: тромбоз угловой вены лица справа. Было рекомендовано проведение комплексного обследования пациента, в том числе МСКТ и МРТ головного мозга.

При лабораторном исследовании выявлены воспалительные изменения. В ликворе – увеличение белка до 0,53 г/л, без признаков гнойного менингита. По результатам лучевых методов исследования (КТ, КТ-ангиография, МРТ) был выявлен тромбоз правой внутренней сонной артерии (ВСА), правой яремной вены, отсутствие кровотока в артериях и венах лица, правой глазницы. Придаточные пазухи носа субтотально заполнены патологическим содержимым, деструкция стенок правой верхнечелюстной пазухи.

Было принято решение о выполнении полисинусотомии с использованием видеоэндоскопических технологий. Первым этапом оперативного вмешательства была наложена риностома, проведен дренаж в лобную пазуху, гайморотомия с двух сторон, санация. Вторым этапом под контролем эндоскопа вскрыты клетки решетчатого лабиринта, расширены естественные соустья пазух, удалена гиперплазированная слизистая, установлен дренаж в основную пазуху. В момент вскрытия и санации кровотечения справа не определялось, что объяснялось тромбозом сосудов. Коллективно было принято решение зону некроза не иссекать, продолжить консервативное лечение.

Патоморфологическое исследование биопсийного материала определило наличие слизистой ткани, в отделяемом отмечался скудный рост *Staphylococcus epidermidis*.

Последующий консилиум рекомендовал продолжить антибактериальную и антикоагулянтную терапию. Дополнительно было назначено проведение внутривенного лазерного и ультрафиолетового облучения крови, наложение гастростомы, интубация

трахеи и трахеостомия.

Были выполнены другие методы исследования. При компьютерной томографии ОГК выявлены признаки двухсторонней полисегментарной, септической пневмонии. Результаты ультразвукового триплексного сканирования подтвердили тромбоз ВСА справа и окклюзивный тромбоз яремных вен с двух сторон.

Несмотря на проводимое лечение состояние пациента ухудшалось, появилась неврологическая симптоматика (центральный гемипарез слева с пlegией руки). Некроз мягких тканей лица справа увеличился с переходом по носогубному треугольнику на щечную, височную и глазницу справа. Зрение правого глаза отсутствовало, нижнее веко было отечное, багрово-синюшного цвета.

МСКТ-ангиография брахиоцефальных сосудов и контрольная КТ головы выявили ишемический инсульт в бассейне правой СМА, 3 балла по ASPECTS, в бассейне правой ЗМА, тромбоз правой ВСА, яремной вены, кавернозного синуса. Смещение срединных структур влево.

За счет полиорганной недостаточности, септикопиемии и сепсиса состояние пациента оценивалось как крайней степени тяжести. Через две недели после госпитализации зафиксирована остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия были безуспешны, констатирована биологическая смерть пациента. После аутопсии расхождения диагнозов не было.

Обсуждение.

Приведенное в статье клиническое наблюдение можно рассматривать как атипичный вариант синдрома Лемьера. При типичном течении данного осложнения возбудителем является анаэробная инфекция, в различных источниках указаны грамотрицательные *Fusobacterium necrophorum*, *Fusobacterium nucleatum* т.д. [2, 4]. Ряд авторов отмечает, что в последнее десятилетие чаще наблюдается атипичный СЛ, вызванный другими возбудителями [3, 4]. В нашем клиническом наблюдении микробным агентом был *Staphylococcus epidermidis*, являющийся факультативным анаэробом и оппортунистическим патогеном.

Одной из стадий развития заболевания является септическая эмболизация в различные органы и ткани (легкие, кости, головной мозг и

прочее). В данном наблюдении вторичные инфекционные очаги были выявлены в легких.

Усугубило течение патологического процесса присоединение осложнений. В литературе описаны осложнения СЛ, такие как тромбоз кавернозного синуса, стеноз и/или тромбоз внутренней сонной артерии [3]. В нашем наблюдении определялся тромбоз кавернозного синуса справа, правых ВСА, СМА, ЗМА и, как итог, развился полушарный инсульт.

Заключение.

Приведенный клинический случай наглядно показывает риск возникновения синдрома Лемьера после стоматологических вмешательств. Несмотря на возможности современных методов лучевого исследования (МСКТ-ангиография, МРТ, УЗДГ) ранняя диагностика данного заболевания затруднена [3, 4]. Это обусловлено отсутствием должной настороженности у практикующих врачей, разнообразием клинических проявлений в дебюте, а также исключительной редкостью патологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Губик Е.А. Сочетанный церебральный тромбоз артериального и венозного русла как следствие одонтогенного пансинусита: клинический случай / Е.А. Губик, Т.В. Кузина, А.А. Будников // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2025. — № 3. — С. 110–113. — DOI: 10.48612/cgma/gtfu-x1tn-96bk.
2. Чипигина Н.С. Синдром Лемьера как редкая причина септической эмбологенной пневмонии (клинический случай) / Н.С. Чипигина, Н.Ю. Карпова, А.С. Винокуров и др. // Клиницист. — 2024. — № 18 (1). — С. 59–69. — DOI: 10.17650/1818-8338-2024-18-1-K708.
3. Severiche-Bueno D.F. Lemierre's syndrome by *Bacillus circulans*, *Fusobacterium nucleatum* and *Staphylococcus aureus* with involvement of the internal and external jugular vein / D.F. Severiche-Bueno, D.A. Insignares-Niño, D.F. Severiche-Bueno et al. // *Germes*. — 2021. — № 11 (2). — С. 314–318. — DOI: 10.18683/germes.2021.1267.
4. Tiwari A. Lemierre's syndrome in the 21st century: a literature review / A. Tiwari // *Cureus*. — 2023. — № 15 (8). — С. e43685. — DOI: 10.7759/cureus.43685.

УДК 616.5-022

¹Калинина Э.Н., ¹Епифанцева Н.В.,
¹Емельянова А.Н., ¹Чупрова Г.А.,
²Сормолотова И.Н., ³Бельтикова Е.В.

ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННАЯ МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

²Детский медицинский центр «Медлюксик» (главный врач Гаспарян А.Э.)

³ГУЗ «Читинская ЦРБ» (главный врач Емельянов Г.К.)

Актуальность герпесвирусных инфекций обусловлена их широкой циркуляцией в популяции, полиморфизмом клинических синдромов и существенной медико-социальной нагрузкой. Данные патогены обладают тропизмом к различным органам и системам, что приводит к развитию латентных, острых и хронических вариантов течения инфекционного процесса [6]. Согласно имеющимся данным, инфицированность различными типами вирусов герпеса охватывает около 90% глобальной популяции. Рецидивирующие формы данных патологий наблюдаются у 2–12% инфицированных лиц [4]. Результаты исследований свидетельствуют о том, что на протяжении жизни более половины взрослых людей на Земле сталкиваются с инфекцией, вызванной как минимум одним, а зачастую и несколькими представителями семейства герпесвирусов. Большая часть случаев герпетических инфекций остаётся вне официальной статистики и учёта. Их диагностикой и терапией занимается ограниченное число специалистов, преимущественно инфекционисты. Однако из-за многообразия симптомов герпесвирусной инфекции пациенты часто нуждаются в консультациях врачей разных специальностей – от терапевтов до узких специалистов, таких как офтальмологи, дерматологи, неврологи, педиатры и гинекологи. Опыт подсказывает, что не каждый специалист в этих областях хорошо разбирается в этой патологии. Из-за этого врачи не всегда проявляют должную настороженность, когда обследуют пациентов с «кучей» жалоб и очевидными признаками герпеса.

При многоформной экссудативной эритеме

(МЭЭ) герпесвирусы могут не быть ключевым этиологическим фактором, а лишь выступать в роли провоцирующего агента, инициирующего кожный патологический процесс [3]. МЭЭ – это многофакторное острое воспалительное состояние, характеризующееся появлением разнообразных морфологических элементов на кожных покровах или слизистых оболочках. Для него типично волнообразное течение с тенденцией к повторным эпизодам. Термин «многоформная» точно отражает клиническую картину, поскольку у пациентов могут наблюдаться разнообразные кожные элементы, такие как пятна, пустулы и пузыри, в различных комбинациях и степени выраженности [5]. Пусковые механизмы дерматоза делятся на две категории. Первая – аллергены: медикаментозные (амидопирин, барбитураты, сульфаниламиды, тетрациклины), пищевые, химические, пыльцевые, вызывающие токсико-аллергическую МЭЭ. Вторая – инфекционные агенты (вирусы, бактерии, простейшие), приводящие к инфекционно-аллергической МЭЭ. Среди вирусных агентов, вызывающих герпесассоциированную многоформную экссудативную эритему (ГАМЭЭ), до 80% случаев обусловлены представителями семейства герпесвирусов, включая вирусы простого герпеса 1 и 2 типов, вирус варицелла-зостер, цитомегаловирус и вирус Эпштейна–Барр [7]. Характерными особенностями, указывающими на ГАМЭЭ, являются наличие продромального периода, склонность высыпаний к сезонности и хроническое рецидивирующее течение [1].

Цель данной статьи – на примере собственных наблюдений продемонстрировать врачам различных клинических специальностей ключевые аспекты течения и диагностические критерии ГАМЭЭ, вызывая их интерес к этой проблеме.

Клинический случай.

Пациентка С., 43 года, связывает начало своего заболевания с 10 января 2022 года. В этот день, при температуре тела от 37,8 до 39 °С, у неё возникла слабость и ухудшился аппетит. У пациентки отсутствовали катарально-респираторные симптомы. Для купирования лихорадочно-интоксикационного синдрома она самостоятельно принимала «Нурофен». На второй день наблюдения температура тела нормализовалась. Однако,

одномоментно с этим, на туловище появилась мелкопятнистая розовая сыпь, не вызывающая зуда. Пациентка предположила, что возникающая сыпь является аллергической реакцией на прием «нурофена». Самостоятельно назначив себе «Кларитин» и принимая его в течение двух дней, она отметила полное исчезновение кожных проявлений к 14.01.2022. 24 января 2022 года отмечено рецидивом кожной сыпи на внутренней поверхности предплечий и бедер. Сыпь сопровождалась интенсивным зудом, который не зависел от времени суток. Первоначально наблюдались мелкие, возвышающиеся над поверхностью кожи образования (папулы) размером до 1 мм. Со временем эти папулы увеличивались в диаметре, достигая 1 см. Наряду с папулами в очагах поражения также формировались гнойнички (пустулы). Пациентка самостоятельно принимала «Кларитин» и использовала мазь с алклометазонадипропионатом. Отмечалось незначительное уменьшение зуда. Со временем кожные высыпания прогрессировали с распространением по всему телу. Отмечалось появление пузырей диаметром до 2 см, локализованных преимущественно на боковых поверхностях туловища. Пациентка обратилась за консультацией к дерматологу 3 февраля 2022 года. У пациентки был диагностирован буллезный вариант многоформной экссудативной эритемы (L51.1) средней степени тяжести. В результате проведенной комплексной терапии наблюдалось разрешение кожных высыпаний и улучшение общего состояния. Кольцевидные элементы регрессировали, трансформируясь в пигментированные участки, хотя полное их исчезновение не отмечалось. Ремиссия длилась всего 3 недели, после чего пациентка вновь обратилась к дерматологу с зудящими высыпаниями. В течение года заболевание обострялось 10 раз, проявляясь не только кожными симптомами, но и субфебрильной температурой, слабостью, ломотой в теле и головной болью.

Учитывая рецидивирующий характер заболевания, для стабилизации состояния пациентке назначена терапия глюкокортикостероидами. Параллельно с этим, для выявления и устранения возможных этиологических факторов, рекомендовано проведение всестороннего обследования. Оно

включало в себя диагностику на наличие герпесвирусных инфекций (Herpes simplex 1/2, EBV, CMV, HHV-6), аденовирусов, *Mycoplasma pneumoniae*, гельминтозов, а также исключение системных заболеваний, таких как саркоидоз, и онкологических процессов.

При детальном опросе пациентки установлен факт эпизодического (примерно раз в месяц) проявления герпетической инфекции на губах, которые купировались наружным применением крема ацикловир.

Результаты общего анализа крови показали наличие абсолютного лимфоцитоза, при умеренном лейкоцитозе с общим числом лейкоцитов до $11,0 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ составила 12 мм/час. Анализ иммунограммы выявил дисбаланс в гуморальном звене иммунитета, характеризующийся повышенной концентрацией иммуноглобулинов класса E (IgE) и сниженной выработкой иммуноглобулинов класса A (IgA), играющих ключевую роль в барьерной защите кожных покровов. По итогам диагностического обследования методом ИФА обнаружены антитела класса IgG к Herpes simplex 1/2 в титре 1:220 и к вирусу HHV-6 в титре 1:750. Молекулярно-генетическим методом (ПЦР) подтверждено наличие ДНК ВГЧ-6 в крови и ДНК Herpes simplex 1/2 в образцах с пораженных участков кожи. В результате проводимого лечения (валацикловир и циклоферон) кожные проявления регрессировали в течение трех недель. В течение года супрессивной терапии валацикловиром и после ее завершения (два года) у пациентки отсутствовали клинические симптомы герпесвирусной инфекции и связанные с ней кожные проявления ГАМЭЭ.

Таким образом, ГАМЭ – это серьезное заболевание, требующее пристального внимания врачей многих специальностей. Чтобы отнести МЭЭ к герпес-ассоциированной форме (ГАМЭ), важно установить связь с недавним обострением герпеса [2]. Также диагноз подтверждается обнаружением ДНК вируса в пораженных участках кожи. Если вовремя выявить причину заболевания и назначить длительное противовирусное лечение в поддерживающей дозировке, можно уменьшить частоту рецидивов ГАМЭ. Комплексная осведомленность о патогенезе и фенотипических проявлениях заболевания обеспечивает своевременное выявление и

целенаправленное терапевтическое вмешательство, что способствует предотвращению неблагоприятных исходов и повышению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамова А. Герпесвирусная инфекция как междисциплинарная проблема : интервью / А. Абрамова. – DOI 10.17116/klinderma201514469-78 // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – Т. 14 (4). – Р. 69–78.
2. Клинические аспекты герпес-ассоциированной многоформной экссудативной эритемы / Д.Г. Ким, А.А. Халдин, М.А. Гомберг, Н.Р. Сунятулина // Клиническая дерматология и венерология. – 2024. – Т. 23, № 3. – С. 290–297.
3. Многоформная экссудативная эритема: этиология, патогенез и клинические аспекты / З.Р. Хисматуллина, В.В. Чичкова, Р.Р. Григорьева [и др.]. – DOI10.17513/spno.30873 // Современные проблемы науки и образования : сетевое научное издание. – 2021. – № 4. – URL: <https://science-education.ru/article/view?id=30873> (дата обращения: 14.12.2025).
4. Современное состояние проблемы герпесвирусных инфекций 6-го и 7-го типов с разными клиническими формами, возможности лечения / С.В. Орлова, И.О. Стома, Н.П. Шмелева, Н.В. Сивец. – DOI 10.33029/2305-3496-2021-10-1-78-86 // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2021. – Т. 10, № 2. – С. 78–86.
5. Сормолотова И.Н. Эритемы : учебное пособие / И.Н. Сормолотова, И.В. Кибалина. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2022. – 78 с.
6. Carneiro V.C.S. Family Herpesviridae and neuroinfections: current status and research in progress / V.C.S. Carneiro, J.G. Pereira, V.S. de Paula. – DOI 10.1590/0074-02760220200// Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. – 2022. – Vol. 117. – P. 200–220.
7. Herpes associated erythema multiforme: A retrospective study / M. Hao, P. Zang, M. Miller [et al.]. – DOI 10.1016/j.ajem.2020.05.084 // The American Journal of Emergency Medicine. – 2020. – Vol. 38 (12) 2761. – e1-761.e3.

ИНФОРМАЦИЯ

ИНФОРМАЦИЯ О XII КОНФЕРЕНЦИИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ С ВСЕРОССИЙСКИМ УЧАСТИЕМ «КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ И КОНТРАВЕРСИИ В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ, РЕПРОДУКТОЛОГИИ»

18-19 марта 2026 года в ЧГМА состоялась конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием «Клинические протоколы и контраверсии в акушерстве, гинекологии, репродуктологии», организаторами которой явились Читинская государственная медицинская академия, Министерство Здравоохранения Забайкальского края, Краевая общественная организация «Забайкальское общество акушеров-гинекологов» (ЗОАГ). Конференция проходила в очном формате с видеотрансляцией и включала лекции главных внештатных специалистов Минздрава России и Забайкальского края, организаторов здравоохранения Забайкальского края, профильных специалистов и ученых, занимающихся проблемами здоровья женщин.

С позиций нового Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (приказ МЗ РФ № 747 от 19.12.2025), согласно стратегии демографической политики Дальнего Востока на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года от 02.02.2026, принятой правительством России 02.02.2026, основной задачей данного образовательного мероприятия было формирование дифференцированного подхода к разработке и внедрению организационных, медицинских и профилактических стратегий, направленных на сохранение здоровья и жизни матерей и потомства, повышение качества и доступности медицинской помощи женщинам всех возрастных групп.

За два дня конференции в ней приняли участие в очной форме 145 человек, он-лайн было 56 точек подключения.

На открытии конференции были награждены Почетными Грамотами Министерства Здравоохранения Забайкальского края за верность профессии, малой Родине и в связи с юбилеем со дня рождения врачи

медицинских организаций Забайкалья:

- Берина Ольга Юрьевна – врач акушер-гинеколог ГАУЗ «Краевая Больница № 4»;
- Голятина Наталья Дмитриевна – врач акушер-гинеколог ГУЗ «Петровск-Забайкальская Центральная Районная Больница»;
- Епифанцева Наталья Николаевна – врач акушер-гинеколог ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»;
- Иванова Ольга Анатольевна – врач акушер-гинеколог ГУЗ «Городской родильный дом»;
- Морицан Наталья Николаевна – врач акушер-гинеколог ГУЗ «Детский Клинический медицинский центр г. Читы»;
- Писаренко Марина Владимировна – врач акушер-гинеколог ГАУЗ «Краевая клиническая больница»;
- Силюнская Галина Александровна – врач акушер-гинеколог ГУЗ «Дульдургинская Центральная Районная Больница».



Заседание № 1. «Проблемы и задачи акушерско-гинекологической службы на современном этапе». Открыла конференцию главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ДФО, профессор Т.Е. Белокриницкая (Чита) актуальным докладом «Критические акушерские состояния в ДФО в 2025 году и пути преодоления», в котором представила

глубокий анализ структуры и качества оказания медицинской помощи при критических акушерских состояниях и определила векторы снижения тяжелой материнской заболеваемости и смертности. Заместитель министра здравоохранения Забайкальского края С.Е. Якименко (Чита) в докладе «Современные вызовы, стоящие перед службой акушерства и гинекологии» озвучила медико-демографическую ситуацию в крае и приоритетные задачи, стоящие в свете современной демографической политики Правительства и Президента РФ. Руководитель территориального органа федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Забайкальскому краю А.Г. Лоскутников (Чита) представил доклад «Основные направления контрольно-надзорной деятельности по профилю акушерство и гинекология Росздравнадзора», сделав акценты на современной нормативной базе, индикаторах риска, контроле за обращением лекарственных средств, мониторинге безопасности медицинских изделий и необходимости постоянного взаимодействия.



Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава Забайкальского края О.Ю. Брум (Чита) изложила новеллы приказа № 747 МЗ РФ и четко обозначила пути их реализации на территории Забайкалья. Главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Красноярского края, профессор М.И. Базина (Красноярск) осветила важную проблему современной практики – онкологические заболевания с позиций риска критических акушерских состояний. Д.м.н., доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФДПО В.А. Мудров

(Чита) представил доклад на актуальную тему «Искусственный интеллект в медицине охраны матери и плода: возможности и перспективы».



Заседание № 2 «Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика, коррекция, превенция» было в фокусе повышенного внимания врачей-участников конференции, поскольку доля септических осложнений и антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов неуклонно растут. Образовательная программа этого заседания включала лекции директора Института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России, главного внештатного специалиста по медицинской микробиологии Минздрава России, член-корреспондента РАН, профессора Т.В. Припутневич (Москва) «Методы оценки женской микробиоты: нормативная база, теория, практика»; главного внештатного специалиста Минздрава Забайкальского края по инфекционным болезням, д.м.н., доцента А.Н. Емельяновой (Чита) «Инфекционные заболевания у беременных Забайкальского края: проблемы и пути решения», «Расширение возможностей вакцинопрофилактики коклюша: вакцинация беременных»; к.м.н. доцента М.Н. Мочаловой (Чита) «Вирусные инфекции у беременных (герпес, ЦМВ, ВИЧ): клинические рекомендации и современные алгоритмы»; к.м.н. доцента Е.С. Ахметовой (Чита) «Контаминация генитального тракта беременных стрептококком группы В: стратификация риска и профилактика». На этой площадке было задано много вопросов, а в дискуссии активно участвовали и докладчики, и врачи.

Заседание № 3 «Актуальные проблемы здоровья современных женщин: мультидисциплинарный подход в принятии решений», посвященное актуальнейшим и наиболее сложным аспектам клинической практики, вызвало большой интерес, массу вопросов и бурные обсуждения врачами разных специальностей — акушерами-гинекологами, репродуктологами, эндокринологами, психиатрами и организаторами здравоохранения. На основе докладов д.м.н., доцента, профессора кафедры акушерства и гинекологии ФДПО В.А. Мудрова (Чита) «Принципы формулировки клинического диагноза в акушерстве и гинекологии: унифицированный подход» и к.м.н., доцента кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии И.В. Мындускина (Чита) «Психические расстройства у женщин: структура, триггеры, влияние на репродуктивное поведение» конференцией было вынесено решение разработать и утвердить на уровне Минздрава Забайкальского края информационное письмо по формулировке клинического диагноза в акушерстве и гинекологии и чек-лист для оценки послеродовой депрессии. Современные научные и клинические сведения на сложнейшие для практических врачей темы доступно и с блеском представили в своих презентациях профессор М.И. Базина (Красноярск) «Роль генетических факторов при неудачах ВРТ. Стык репродукции и генетики» и «Эффективность криопереносов в программах ВРТ»; профессор Т.Е. Белокриницкая (Чита) «Преждевременная овариальная недостаточность и менопауза: рациональная реализация МГТ с позиций новых клинических рекомендаций 2024–2026 года»; д.м.н., старший научный сотрудник Л.М. Лазарева (Иркутск) «Овариальная дисфункция у женщин репродуктивного периода», «Пациентка с СПКЯ: рациональная прекоцепция», «Низкий овариальный ответ. Проблемы и перспективы»; к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии Д.М. Серкин (Чита) «Ожирение и репродукция». Врачам участникам конференции предоставлена возможность прослушать новый информационный материал и посмотреть виртуозные операции д.м.н., профессора Т.А. Макаренко (Красноярск) по проблеме внутриматочных синехий с позиций

отечественных и зарубежных рекомендаций и консенсусов и дифференцированному подходу к выбору хирургических стратегий при апикальном пролапсе тазовых органов. В финале конференции состоялся интерактивный разбор клинических случаев, предоставленных непосредственно практическими врачами, модераторами которого были профессор Т.Е. Белокриницкая (Чита), профессор М.И. Базина (Красноярск), д.м.н., ст.н.с. Л.М. Лазарева (Иркутск).

При подведении итогов конференции гости-докладчики из других городов и приглашенные профильные специалисты г. Читы отметили высочайшую заинтересованность и профессиональные компетенции забайкальских акушеров-гинекологов, а врачи, в свою очередь, поблагодарили организаторов конференции и спикеров за уникальную возможность получить новую и актуальную информацию и коллегиально обсудить волнующие их проблемы и сложные клинические ситуации.

Президент ЗОАГ, профессор Т.Е.

Белокриницкая

Член ЗОАГ, член оргкомитета конференции,

д.м.н., доцент Н.И. Фролова

И.О.секретаря ЗОАГ, член оргкомитета

конференции М.А. Агаркова

ЮБИЛЕИ**К ЮБИЛЕЮ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА,
АССИСТЕНТА КАФЕДРЫ
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
ВАЛЕНТИНЫ НИКАНДРОВНЫ
ЗОЛОТУХИНОЙ**

*Так все сущее в мире судьба отмечает сама,
но особенным знаком — упорство души и ума.
Се Тяо, китайский поэт*

Валентина Никандровна родилась 7 января 1921 года в г. Чите. В 1937 г. поступила в Иркутский медицинский стоматологический институт. В 1938 г. ее отец, Никандр Тимофеевич Золотухин, был арестован, осужден и расстрелян как контрреволюционер. Как дочь «врага народа», Валентина Никандровна была едва не отчислена из института. Только несомненные успехи в учебе позволили руководству вуза отстоять ее право продолжить обучение.

Первый день Великой Отечественной войны изменил судьбу. Уже 1 июля 1941 г., сразу после получения диплома врача-стоматолога, Валентину Никандровну мобилизовали врачом в Красную армию и направили в Читу, где с началом войны непростая кадровая ситуация в системе здравоохранения стала еще сложнее. Молоденькая девушка, только закончившая стоматологический институт, оказалась в гуще событий, которые требовали не только знаний и

навыков, но не дюжей силы характера. За годы службы Валентине Никандровне довелось работать стоматологом, начальником зубоортопедического отделения в разных эвакуационных госпиталях, размещенных в Чите и Читинской области: ЭГ 1654, ЭГ 950, ЭГ 1955, ЭГ 1051. В августе 1945 г. она принимала участие в Маньчжурской стратегической наступательной операции, более известной как война с Японией. Из воспоминаний дочери: «Мама рассказывала, что в 1945 г. полевой передвижной госпиталь, в котором она служила, размещался в степной местности, в палаточной городке. Весь медицинский персонал подвергался смертельной опасности не только от вражеских сил, но и от множества волчьих стай. Врачам и медсестрам пришлось делать пожоги вокруг госпиталя, чтобы отпугнуть хищников. Было страшно видеть множество голодных и разъяренных животных, но медики справились. Также мама рассказывала, что каждый сотрудник эвакуационного госпиталя носил с собой капсулу с ядом. Японцы были известны своей жестокостью к военнопленным и попасть в плен к считалось самым страшным. Лучше было умереть от яда».

После окончания войны Валентина Никандровна еще некоторое время служила в армии, в должности начальника зубного кабинета окружного госпиталя 321, где проходили лечение раненные в Маньчжурии военнослужащие. Демобилизована в 1948 г. в звании майора медицинской службы. Ее заслуги отмечены медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», «За победу над Японией», орденом Отечественной войны II степени, юбилейными медалями.

В 1960 г. в ЧГМИ был организован курс ортопедической стоматологии, первым заведующим которого стал майор медицинской службы В.Т. Поважный. Для проведения практических занятий со студентами привлекли опытных практикующих стоматологов, в том числе и В.Н. Золотухину. Валентина Никандровна проработала ассистентом кафедры ортопедической стоматологии в нашем вузе до 1972 г. Небольшое время исполняла обязанности заведующей кафедрой. За более чем 10-летний период она успела стать наставником не для одного выпуска врачей стоматологов, внося таким образом значительный вклад в совершенствование

стоматологической помощи забайкальцам.

Доцент кафедры хирургической стоматологии Капитолина Васильевна Буранова с теплом вспоминает о коллеге: «Валентина Никандровна была замечательным специалистом с огромным опытом работы в практическом здравоохранении. Она пришла работать в институт, когда только-только начала формироваться кафедра. Под руководством заведующего кафедрой В.Т. Поважного ассистентами В.Н. Золотухиной и О.П. Стрельниковой организован учебный процесс для студентов-стоматологов. В тот момент времени все кафедры работали как одно целое, делились опытом и просто дружили. Валентина Никандровна всегда тщательно готовилась к лекциям. Помню случай: студенты плохо слушали материал, и она сказала им, что излагает не просто теорию, а использует своей личный профессиональный опыт. Этого хватило для установления дисциплины».

После увольнения из ЧГМИ много лет работала в практическом здравоохранении врачом-стоматологом высшей квалификации. Умерла 16 июля 2003 г. и была похоронена с воинскими почестями как участник Великой Отечественной войны. Коллектив кафедры, выпускники нашего института сохранили память о Валентине Никандровне как о надежном товарище, высококвалифицированном педагоге и враче на долгие годы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессмертный полк ЧГМА / под ред. Д.Н. Зайцева и др. – Чита, 2023. – 128 с.: ил.
2. Читинская государственная медицинская академия. 60 лет / под ред. А.В. Говорина и др. – Чита, 2013. – 233 с.: ил.

Губанова И.В., методист научной библиотеки ЧГМА

Москалева Е.П., заведующая научной библиотекой ЧГМА

Аксенова Т.А., Калинина Д.С., Горбунов В.В., Царенок С.Ю.

ВКЛАД ТАТЬЯНЫ ВЛАСЬЕВНЫ САВЕЛЬЕВОЙ В РАЗВИТИЕ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВУЗА (К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ) ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)



Введение.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней Читинской государственной медицинской академии (ЧГМА), основанная в 1955 году на базе 1-й городской клинической больницы, в течение многих десятилетий остается одной из ключевых образовательных и научных структур вуза. Среди выдающихся педагогов и ученых, чей труд вошел в историю кафедры, особое место занимает Татьяна Власьевна Савельева, посвятившая более 40 лет своей жизни подготовке медицинских кадров и научным исследованиям в области внутренних болезней. Ее вклад в развитие кафедры, совершенствование учебного процесса и воспитание студентов-медиков демонстрирует сочетание научной активности, педагогического опыта и преданности профессии.



Фото 1. Коллектив кафедры пропедевтики внутренних болезней (2003 г.)

Биографическая справка

Татьяна Власьевна Савельева родилась 28 декабря 1940 года в городе Чите в семье медиков. Её отец, Соболев Власий Алексеевич, был врачом-рентгенологом, мать, Медведева Ольга Александровна, работала фельдшером. Татьяна Власьевна, как и её старшая сестра Валентина Власьевна, продолжила медицинскую династию семьи.

Путь Татьяны Власьевны в медицину был обусловлен обстоятельствами. Согласно интервью с её дочерью Мариной Викторовной, после окончания школы Татьяна планировала поступить в Томский радиотехнический институт, в чём её активно поддерживал школьный учитель по физике. Однако судьбоносные соревнования по лёгкой атлетике выпали на даты вступительных экзаменов, и тогда её отец принял решение подать документы в приёмную комиссию Читинского государственного медицинского института. Так начался путь Татьяны Власьевны как медика, который впоследствии стал её призванием. В 1964 году с отличием окончила Читинский государственный медицинский институт (ныне ЧГМА). После окончания учебы в течение трех лет работала ординатором-терапевтом в Дорожной клинической больнице.

С октября 1967 года Татьяна Власьевна начала свою педагогическую деятельность на кафедре пропедевтики внутренних болезней ЧГМА, занимая сначала должность ассистента, а с 1980 года — доцента. Под руководством профессора Б.И. Кузника в 1975 году она успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «Свертываемость артериальной и венозной крови у здоровых людей и больных с

нарушением кровообращения различной этиологии».

За многолетний добросовестный труд в 2002 году Татьяна Власьевна была награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации, а в 2003 году — Почетной грамотой главы Администрации города Читы и медалью «Ветеран труда». Татьяна Власьевна Савельева скончалась 13 ноября 2024 года в Чите.

Вклад в развитие кафедры пропедевтики внутренних болезней.

Учебная деятельность.

Татьяна Власьевна Савельева на протяжении своей многолетней работы на кафедре внесла весомый вклад в совершенствование учебного процесса, уделяла значительное внимание разработке учебно-методических материалов. В период работы на кафедре она участвовала в создании учебных программ, методических указаний к лекциям и практическим занятиям. Её лекции и практические занятия отличались глубиной научного содержания и доступностью изложения, что способствовало высокому уровню усвоения материала студентами.



Фото 2. Т.В. Савельева принимает экзамен у студентов 3 курса лечебного факультета.

В рамках Федеральной программы «Здоровье человека на Севере» Татьяна Власьевна входила в группу специалистов по исследованию изменений бронхолегочной системы у строителей БАМа в процессе адаптации. На протяжении нескольких лет она неоднократно участвовала в экспедициях по Читинскому отрезку БАМа. В результате исследований были разработаны «Методические рекомендации по выявлению

патологии респираторной системы на стадии предболезни в период адаптации на Севере Забайкалья», которые получили практическое применение в клинической работе.

Научная работа.

Научная деятельность Татьяны Власьевны была тесно связана с основными направлениями исследований кафедры. Ее кандидатская диссертация посвящена изучению свертываемости крови у больных с нарушением кровообращения, что соответствовало одному из ключевых направлений научной работы кафедры в тот период. Согласно документам, исследования в области свертываемости крови проводились совместно с кафедрой нормальной физиологии, что подтверждается кандидатскими диссертациями Т.В. Савельевой, С.В. Куликовой и Л.Д. Акимовой.

В 1970–1980-е годы, когда кафедру возглавлял профессор М.З. Жиц, научная работа получила дальнейшее развитие. В этот период активно изучались различные аспекты бронхолегочной патологии, малого круга кровообращения и правого сердца. Татьяна Власьева активно участвовала в этих исследованиях, что нашло отражение в ее многочисленных публикациях.

Вклад Савельевой Т.В. в исследования по адаптации человека к северным условиям был значительным. В результате многолетних наблюдений и экспедиционных работ были разработаны рекомендации, которые имели не только региональное, но и общероссийское значение. Эти исследования продемонстрировали связь фундаментальной науки с практической медициной.

Т.В. Савельева является автором более 40 научных публикаций, в том числе в таких известных журналах, как «Сог et Vaza», в центральных журналах СССР и РФ, в журнале «Тромбоз, гемостаз и реология». Ее работы охватывают широкий диапазон проблем, отличаются актуальностью и тесной связью с практическим здравоохранением.

В 2009 году Т.В. Савельева опубликовала работу «Состояние тромбоцитарного гемостаза и свертывающая активность крови, взятой из различных бассейнов сосудистого русла, у больных ИБС», которая была представлена на IV Всероссийской конференции «Клиническая гемостазиология и гемореология в сердечно-сосудистой хирургии» с международным участием в Москве.

На основе «Библиографического указателя научных работ сотрудников ЧГМИ», представлены значимые научные работы Татьяны Власьевны Савельевой:

1. «Адаптационная реакция дыхательной системы и малого круга кровообращения в условиях Севера Забайкалья и пути их коррекции» (1984, с. 34–39) – опубликована совместно с М.З. Жиц, Н.В. Лоскутниковой, С.С. Сороко, С.В. Куликовой и С.В. Котовой. Эта работа представляет собой важный вклад в изучение адаптационных процессов у людей, работающих и проживающих в условиях Севера.

2. «Адаптационные реакции респираторной системы и малого круга кровообращения и жителей Севера и их коррекция» (1981, т. 1, с. 74–75) – опубликована совместно с М.З. Жиц, Н.В. Лоскутниковой, И.Б. Ахметовым, С.С. Сороко, С.В. Куликовой и С.В. Котовой. Эта работа продолжает исследование адаптации человека к северным условиям и предлагает методы коррекции выявленных нарушений.

3. «Адаптационная реакция дыхательной системы и малого круга кровообращения в зоне строительства БАМа» (Красноярск, 1989, вып. 2, с. 8-9) – опубликована совместно с М.З. Жиц и Н.В. Лоскутниковой. Эта работа посвящена изучению адаптационных процессов у строителей БАМа, что имело большое значение для практической медицины в условиях освоения северных территорий.

4. «Некоторые особенности течения острой почечной недостаточности» (1968) – опубликована в журнале "Вопр. Мед. Практ. Чита", вып. 2, с. 84-87. Эта ранняя работа, написанная совместно с А.И. Толмачевой, заложила основы изучения острой сердечной недостаточности в условиях Забайкалья.

5. «О некоторых особенностях системы гемостаза при атеросклерозе и гипертонической болезни» (1973) – опубликована в сборнике «Акт. Вопр. Биохимии атеросклероза и клиника. Чита», вып. 1, с. 21–23. Эта работа стала важным вкладом в изучение нарушений системы гемостаза при сердечно-сосудистых заболеваниях.

6. «Характеристика течения и исходов острых пневмоний у аборигенов и пришлых на Читинском отрезке трассы БАМ» (1982) – опубликована в сборнике «Научные проблемы зоны БАМ», Иркутск, с. 138–139. Эта работа,

написанная совместно с М.З. Жиц, Н.В. Лоскутниковой и С.С. Сороко, представляет особый интерес в контексте исследований адаптации человека к северным условиям.

7. «Характеристика топологии исходов инфаркта миокарда по материалам первой городской клинической больницы» (1979) – представлена на научно-практической конференции, посвященной 75-летию первой городской клинической больницы.



Фото 3. На консилиуме. Савельева Т.В. в центре, делает запись

Татьяна Власьевна систематически повышала свой профессиональный уровень, неоднократно проходила усовершенствование по специальности в 1968, 1971, 1983, 1986, 1991, 1999, 2003 и 2009 годах. Это свидетельствует о ее постоянном стремлении к профессиональному росту и внедрению новых знаний в учебный процесс.

Учебно-воспитательная деятельность.

Татьяна Власьевна Савельева была не только высококвалифицированным клиницистом и ученым, но и выдающимся педагогом, воспитывающим студентов в духе высокой ответственности и любви к профессии. Ее педагогический подход отличался глубоким гуманизмом и вниманием к личности каждого студента. Она искренне любила работать со студентами, получала большое удовольствие от того, чтобы быть наставником, помогать и направлять молодых людей в их профессиональном становлении. Многие выпускники вспоминают, как она находила время для каждого студента, давала ценные советы не только по учебе, но и по жизни, поддерживала в трудные моменты. Её дверь

всегда была открыта для тех, кто нуждался в совете или помощи, что делало её не просто преподавателем, но и настоящим наставником для многих поколений студентов.

На ее занятиях студенты учились не только искусству диагностики и лечения, но и гуманизму, интеллигентности, культуре ведения медицинской документации. Она умела доступно донести материал, используя для этого современные научные данные и клинические примеры. Ее лекции и практические занятия всегда были насыщены живыми примерами из клинической практики, что делало обучение более наглядным и запоминающимся.

Т.В. Савельева консультировала больных хроническими заболеваниями, участвовала в консилиумах, работе клиник, занималась подготовкой интернов. Она отличалась самокритичностью, внимательностью, корректностью, высокими требованиями к себе и организованностью. Ее личный пример способствовал формированию у студентов профессиональных качеств.



Фото 4. На обходе. Савельева Т.В. сидит, вторая слева

Особое внимание Татьяна Власьевна уделяла подготовке будущих врачей к работе в условиях Забайкалья. Учитывая специфику региона, она включала в учебный процесс вопросы адаптации населения к северным условиям, особенности течения и диагностики заболеваний с учётом климатических и географических особенностей региона.

Несколько лет Т.В. Савельева проводила занятия с врачами на курсах повышения квалификации при ФУВ ЧГМА. Ее методические разработки и рекомендации

использовались не только в учебном процессе, но и в практической работе врачей-терапевтов.



Фото 5. С интернами и ординаторами. Савельева Т.В. в центре, с букетом, слева проф. Жиц М.З.

Личный пример и внеучебная деятельность.



Фото 6–8. Во время соревнований и занятий спортом. Т.В. Савельева в эстафете ДСО № 192

Значительное внимание Татьяна Власьевна уделяла спортивной деятельности. Она с детства и до 61 года увлекалась лёгкой атлетикой, многоборьем, зимними видами спорта. Имела звание кандидата в мастера спорта по летнему многоборью. Она играла в волейбол и была многократным чемпионом области, чемпионом и призером зоны Сибири и Дальнего Востока, участвовала в Российских и Всесоюзных соревнованиях. Татьяна Власьевна защищала честь ЧГМА и железнодорожной больницы на соревнованиях по волейболу, бадминтону, легкой атлетике, стрельбе, плаванию, лыжным гонкам.



Её спортивные достижения ежегодно отмечались в газете «Медик Забайкалья». Этот аспект ее жизни имел большое значение для студентов, так как демонстрировал важность гармоничного развития личности, сочетания умственного и физического труда, дисциплины и целеустремленности. Ее личный пример способствовал формированию у студентов здорового образа жизни и ответственного отношения к собственному здоровью.



Т.В. Савельева также являлась внештатным корреспондентом газеты, что свидетельствует о ее активной гражданской позиции и интересе к общественной жизни.

Заключение.

Вклад Татьяны Власьевны Савельевой в развитие кафедры пропедевтики внутренних болезней ЧГМА и учебно-воспитательную

деятельность вуза имел существенное значение. Ее многолетний труд, сочетающий педагогическое опыт с глубоким знанием предмета, способствовал формированию поколений компетентных и гуманных медиков.

Научные исследования Т.В. Савельевой в области свертываемости крови и адаптации человека к северным условиям не только обогатили теоретическую базу медицины, но и нашли практическое применение в клинической работе. Ее педагогический подход, позволил подготовить высококвалифицированных специалистов для работы в условиях Забайкалья.

Сегодня, когда кафедра пропедевтики внутренних болезней продолжает развиваться, внедряя современные образовательные технологии и методы диагностики, методы и подходы, разработанные Татьяной Власьевной Савельевой, продолжают вдохновлять новых преподавателей и студентов. Ее наследие живет в традициях кафедры, в методических разработках, используемых в учебном процессе, и, что самое важное, в профессиональных качествах тех врачей, которых она учила и воспитывала.

Память о Татьяне Власьевне Савельевой, ее научном и педагогическом подвиге должна сохраниться как пример безграничной преданности медицинской науке и образовательной деятельности, как образец сочетания профессионализма и человечности, которые должны быть неотъемлемой частью любого врача. Коллектив Читинской государственной медицинской академии с благодарностью вспоминает всех тех, кто внес большой вклад в ее становление и развитие, и передает дальнейшему поколению задачу по улучшению оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Библиографический указатель научных работ сотрудников Читинского государственного медицинского института : библиографический указатель. – Чита, 1978. – с. 48–132.
2. Библиографический указатель научных работ сотрудников Читинского государственного медицинского института : библиографический указатель. – Чита, 1993. – с. 298–329.
3. Горбунов В.В. 28 декабря 70 лет со дня рождения врача-терапевта, к.м.н., доцента

- ЧГМА, Т.В. Савельевой (1940 г.) / В.В. Горбунов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2010 год / редактор-составитель Г.И. Погодаева ; редактор Н.В. Попека. – Чита, 2010. – С. 219–221.
4. Горбунов В.В. Савельева Татьяна Власьевна / В.В. Горбунов // Малая энциклопедия Забайкалья «Здравоохранение и медицина» : энциклопедия / главный редактор Р.Ф. Гениатулин. – Новосибирск : Наука, 2011. – С. 406.
 5. Кафедра пропедевтики внутренних болезней // Юбилейная книга Читинской государственной медицинской академии: 50 незабываемых лет : сборник / редакционная коллегия: А.В. Говорин, Ю.А. Ширшов, Б.С. Хышиктуев. – Чита, 2003. – С. 99–101.
 6. Кафедра пропедевтики внутренних болезней // Юбилейная книга Читинской государственной медицинской академии: 1953–2008: сборник / главный редактор: А.В. Говорин. – Чита, 2008. – С. 180–183.
 7. Кафедра пропедевтики внутренних болезней // Юбилейная книга Читинской государственной медицинской академии: 60 лет : сборник / главный редактор: А.В. Говорин. – Чита, 2013. – С. 185–187.
 8. Н. Коктакшева Завершающему году – ударный труд / Н. Коктакшева // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 28.03.1975 г. – № 14 (735) – С. 1.
 9. Полукариков И. Здоровье добывайте в спорте / И. Полукариков // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 23.01.1976 г. – № 3 (769) – С. 2.
 10. Шмеркин Г. Внимание ординатуре / Г. Шмеркин // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 16.04.1976 г. – № 16 (782) – С. 2.
 11. Смекалов В. Успеваемость может быть лучше / В. Смекалов // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 02.12.1977 – № 40 (841) – С. 2.
 12. СПОРТКЛУБ, МЕСТКОМ Зимнее многоборье / СПОРТКЛУБ, МЕСТКОМ // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 27.02.1981 – № 8 (983) – С. 2.

13. Рогова Л. Зимнее многоборье: победил медицинский институт / Л. Рогова // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 27.03.1982 – № 12 (987) – С. 2.
14. Лутцева М. Навстречу экзаменационной сессии: пора задуматься. // М. Лутцева // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита. 11.12.1981 – № 37 (1012) – С. 1.
15. Рогова Л. Зимняя спартакиада медицинских работников: принеси победу институту / Л. Рогова // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 04.03.1983 – № 9 (1068) – С. 2.
16. Сысуева Н. Спорт / Н. Сысуева // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 14.03.1984 – № 11 (1116) – С. 2.
17. Щербаков А, Сысуева Н. За массовость физической культуры и спорта / А. Щербаков, Н. Сысуева // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 14.11.1982 – № 39 (1144) – С. 1.
18. Сысуева Н. Бодрость и здоровье / Н. Сысуева // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 19.11.1986 – № 38 (1232) – С. 2.
19. Щербаков А. Лыжня зовет / А. Щербаков // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 24.02.1988 – № 8 (1293) – С. 2.
20. Щербаков А. На приз «Комсомолец Забайкалья» победили медики / А. Щербаков // Медик Забайкалья: газета / редактор А.Г. Бабий. – Чита, 24.02.1989 – № 7-8 (1333–1334) – С. 4.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Уважаемые коллеги!

Редакционная коллегия ежеквартального научно-практического журнала «Забайкальский медицинский журнал» принимает материалы для публикации по следующим рубрикам:

- вопросы организации здравоохранения;
- клинические лекции;
- новые медицинские технологии;
- в помощь практическому врачу;
- случаи из практики;
- краткие сообщения.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Редакция «Забайкальского медицинского журнала» просит внимательно ознакомиться с нижеследующими положениями по изданию журнальных публикаций

Статья должна быть представлена в печатном виде и на электронном носителе в формате MS Word (любой версии).

Бумажный вариант статьи должен быть напечатан на одной стороне листа А4 через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль – 14. Размеры полей: левое – 30 мм, правое – 10 мм, верхнее и нижнее – каждое не менее 20 мм.

Объем публикаций по вопросам организации здравоохранения не должен превышать 5-7 страниц, лекций – 12-15 страниц, случаев из практики – 2-4 страниц, кратких сообщений – 2-3 страниц.

Структура оригинальной статьи.

Титульная часть статьи должна содержать: название статьи, фамилию и инициалы автора(ов), наименование организации.

Основной текст статьи должен структурно строиться в следующем порядке: введение; цель исследования; методы и материалы; результаты и обсуждение; заключение; список литературы.

Единицы измерения, характеристики и показатели изучаемых явлений должны быть представлены в единицах единой метрической системы.

Таблицы, диаграммы и рисунки помещаются в тексте по ходу изложения. Иллюстративный материал должен быть пронумерован и снабжен подписями.

Цитируемая литература приводится в алфавитном порядке (русские, затем иностранные источники) в соответствии с действующим ГОСТом. В тексте статьи литературные источники проставляются цифрами в квадратных скобках, соответственно списку.

Вся ответственность за достоверность представленных данных возлагается на автора(ов) статьи.

Статьи, не соответствующие указанным требованиям, к опубликованию не принимаются.

Правила направления статьи

1. Файл статьи (в формате MS Word) отправляется по электронной почте на адрес: chgmazabmed@mail.ru.
2. В распечатанном виде (с визой члена редколлегии на первой странице) материалы для опубликования сдаются в редакцию по адресу:

672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а, ЧГМА, каб. 231.