

ISSN - 2782-6864

ВЕСТНИК

СИБИРСКОГО ИНСТИТУТА
НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1 (8)/2026





СКРИПНИЧЕНКО ЮЛИЯ ПЕТРОВНА

Кандидат медицинских наук,
врач-акушер-гинеколог женской консультации ГKB им. А.К. Ерамишанцева,
доцент АНО ДПО «СИНМО».

Образование:

В 2010 году окончила ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию по специальности «Лечебное дело».

В 2012 году окончила ординатуру по специальности «Акушерство и гинекология» на кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии и репродукции ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В 2015 году прошла профессиональную переподготовку по специальности «Ультразвуковая диагностика» на кафедре лучевой диагностики ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна».

В 2017 году защитила кандидатскую диссертацию по теме: «Прогнозирование осложнений беременности на основе молекулярных маркеров функционального состояния тканевых про- и антиоксидантных систем в организме матери» по специальности 14.00.16 Патологическая физиология на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. ак. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В 2019 году прошла профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в ЧУДПО «ИПИПКСЗ».

Опыт работы:

С 2012 года по настоящее время работает врачом-акушером-гинекологом женской консультации ГKB им. А.К. Ерамишанцева.

Стаж научно-педагогической деятельности – 3 года.

Стаж работы более 13 лет.

Автор и соавтор научных работ, которые были опубликованы в журналах научных конференций, учебно-методических пособий, монографий.

Участник научных конференций, конгрессов и семинаров по акушерству и гинекологии, ультразвуковой диагностики.

ВЕСТНИК

СИБИРСКОГО ИНСТИТУТА
НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ВЫПУСК 1(8)

февраль 2026
EDN NTOSBV

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Александр Владимирович Карпов,
доктор медицинских наук,
исполнительный директор
ООО ММК «АВЕ ВИТА»,
профессор АНО ДПО «СИНМО»

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Сергей Николаевич Шилов,
профессор, д-р мед. наук,
профессор АНО ДПО «СИНМО»

ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР:

Елизавета Викторовна Быкова,
ведущий специалист научно-исследовательского отдела АНО ДПО «СИНМО», почетный работник сферы образования Российской Федерации

ВЕРСТКА:

Денис Владимирович Помогаев,
графический дизайнер

ДИЗАЙН:

Алена Михайловна Сивцова,
графический дизайнер

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Васькина Елена Анатольевна,
доктор медицинских наук, профессор

Ивановская Елена Алексеевна,
доктор фармацевтических наук, профессор

Карпов Александр Владимирович,
доктор медицинских наук, профессор

Красильников Сергей Эдуардович,
доктор мед. наук, профессор

Малкова Елена Михайловна,
профессор, д-р мед. наук, профессор АНО ДПО «СИНМО»

Несина Ирина Алексеевна,
доктор мед. наук, профессор

Узаков Орозали Жаанбаевич,
доктор медицинских наук, профессор

Уметалиев Юсуп Калжигитович,
доктор медицинских наук, профессор

Бондаренко Илья Викторович,
канд. мед наук, доцент АНО ДПО «СИНМО»,
врач ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

Гусев Аркадий Федорович,
канд. мед наук, ученый секретарь ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России

Казначеев Константин Сергеевич,
канд. мед наук, доцент АНО ДПО «СИНМО»

Макарихина Инна Михайловна,
канд. пед. наук (РФ), доктор PHD (психология, педагогика)

Мышко Татьяна Дмитриевна,
канд. мед наук, врач-педиатр, нефролог Многопрофильной медицинской клиники «Претор»

Скрипниченко Юлия Петровна,
канд. мед наук, врач акушер-гинеколог ЖК 2 ГБУЗ «ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ»

Яшанин Анатолий Александрович,
профессор, канд. мед наук, заслуженный врач РФ, профессор АНО ДПО «СИНМО»

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ:

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»



АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПЕРЕПОДГОТОВКА



ПОВЫШЕНИЕ
КВАЛИФИКАЦИИ



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБУЧЕНИЕ

ПРЕИМУЩЕСТВА ОБУЧЕНИЯ В АНО ДПО «СИНМО»



ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ
ПРОГРАММЫ



ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЙ
СОСТАВ - ОПЫТНЫЕ ПРАКТИКУЮЩИЕ
СПЕЦИАЛИСТЫ



БАЛЛЫ НМО ПО ВСЕМ
СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ



ОБУЧЕНИЕ БЕЗ ОТРЫВА
ОТ РАБОТЫ 24/7



СОПРОВОЖДЕНИЕ ПЯТИЛЕТНЕГО
ЦИКЛА ВРАЧА



СТАЖИРОВКИ



ВЫДАННЫЕ ДОКУМЕНТЫ ВНОСЯТСЯ В
ЕДИНУЮ ФЕДЕРАЛЬНУЮ БАЗУ ФИС
ФРДО

■ Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

■ Регистрационный номер
серия ПИ N ФС77-82875 от 04 марта 2022 г.

■ Журнал издается с июля 2022 г.

■ Выходит два раза в год.

■ Печатная версия журнала «Вестник»
зарегистрирована в международном центре ISSN

■ Для печатной версии ISSN 2782-6864

■ EDN NTOSBV

■ При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

■ Рукописи, присланные в журнал «Вестник Сибирского
института непрерывного медицинского образования»

Адрес редакции и издательства:
633009, г. Новосибирск,
ул. Добролюбова д.18/1, этаж 02, помещение 11

Формат А4. Бумага офсетная N1.
Печать RISO.

Усл. печ. л. 6,93. Заказ 2402/2026

Тираж 1000 экз. Цена свободная.

Дата выхода: 24.02.2026

Отпечатано в типографии: ООО «Союзник»

Адрес типографии: 630005, г. Новосибирск,
ул. Демьяна Бедного, 55 оф. 115

© 2026

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ОБ ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ДОВЕРИЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ К САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ МЕРАМ, ПРИНИМАЕМЫМ РОСПОТРЕБНАДЗОРОМ

Семенова Елена Викторовна.

г. Новосибирск

Ступа Сергей Сергеевич.

г. Новосибирск

Савченко Олег Андреевич.

г. Новосибирск

5

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА С РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЕГО ПОД УГЛАМИ 45° И 90° НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

Ткаченко Татьяна Борисовна.

г. Санкт-Петербург

Фархуллин Адель Ильфатович.

г. Санкт-Петербург

Фархуллина Алина Севаковна.

г. Санкт-Петербург

9

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ И ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ КОМПОНЕНТОВ БАД «РАДАЛЕЯ» В ОТНОШЕНИИ КОРОНАВИРУСА ОС43 И ВИРУСА ГЕРПЕСА

Келин Леонид Валерьевич.

г. Москва

Ефремов Анатолий Васильевич.

г. Новосибирск

15

ОБМЕН ОПЫТОМ

ОПЫТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ХИРУРГИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЕНИЯ НЕЙРОХИРУРГИИ)

Яриков Антон Викторович.

г. Нижний Новгород

Засухин Дмитрий Алексеевич.

г. Саранск

Дубровский Даниил Викторович.

г. Нижний Новгород

Байтингер Андрей Владимирович.

г. Томск

Байтингер Владимир Фёдорович.

г. Томск

Селянинов Константин Владимирович.

г. Томск

Цыбусов Сергей Николаевич.

г. Нижний Новгород

Перльмуттер Ольга Александровна.

г. Нижний Новгород

Фраерман Александр Петрович.

г. Нижний Новгород

Пасхин Дмитрий Львович.

г. Красноярск

Соснин Андрей Геннадьевич.

г. Владивосток

18

ОБМЕН ОПЫТОМ

РОЛЬ ЦЕНТРА ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ: ОТ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИЙ ДО ПРИВИТИЯ НАВЫКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Семенова Елена Викторовна.

г. Новосибирск

Ступа Сергей Сергеевич.

г. Новосибирск

Савченко Олег Андреевич.

г. Новосибирск

27

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Большедворская Екатерина Николаевна.

г. Иркутск

31

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ОЖИРЕНИЕ – НАЗРЕВШАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СТРАТЕГИЯ БОРЬБЫ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Глотова Марина Евгеньевна.

г. Нижний Новгород

Куртин Александр Николаевич.

г. Нижний Новгород

Шевченко Сергей Владимирович.

г. Нижний Новгород

Веревкин Андрей Иванович.

г. Нижний Новгород

34

ОБМЕН ОПЫТОМ

МАНУАЛЬНО - СЕНСОРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Хрипков Владимир Васильевич.

г. Курск

Никулина Мария Владимировна.

г. Курск

39

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПОНИМАНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (РЕВТ)

Радованович Мила,

Сербия, г. Нови Сад

45

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Кривошеков Михаил Анатольевич.

г. Новосибирск

Пронин Сергей Владимирович.

г. Новосибирск

Чухрова Марина Геннадьевна.

г. Новосибирск

48

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ МИГРАНТОВ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Чухрова Марина Геннадьевна.

г. Новосибирск

Феденева Екатерина Дмитриевна.

г. Новосибирск

50



УДК 614.4:316.654.5
EDN TWZQCM

ОБ ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ДОВЕРИЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ К САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ МЕРАМ, ПРИНИМАЕМЫМ РОСПОТРЕБНАДЗОРОМ

Семенова Елена Викторовна.

Россия, г. Новосибирск, Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области,
главный врач,
elena26120@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6341-4822>;
РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=1287564

Ступа Сергей Сергеевич.

Россия, г. Новосибирск, Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области,
заместитель главного врача,
stupa_s73@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8027-1403>;
РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=1166179

Савченко Олег Андреевич.

Россия, г. Новосибирск, ФБУН Новосибирский НИИ гигиены Роспотребнадзора,
кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник,
Savchenkooa1969@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7110-7871>;
РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=426812;
SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57220086064>

РЕЦЕНЗЕНТ: Юдин Андрей Сергеевич, кандидат медицинских наук, врач по общей гигиене, отделение гигиены труда и коммунальной гигиены Центра гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области

ON THE ASSESSMENT OF THE LEVEL OF CONFIDENCE OF CITIZENS OF THE RUSSIAN FEDERATION IN SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL MEASURES TAKEN BY RSPOTREBNADZOR

Semenova Elena Viktorovna.

Russia, Novosibirsk, Center for Hygiene and Epidemiology in the Novosibirsk Region,
Chief Physician,
elena26120@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6341-4822>;
RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=1287564

Stupa Sergey Sergeevich.

Russia, Novosibirsk, Center for Hygiene and Epidemiology in the Novosibirsk Region,
Deputy Chief Physician,
stupa_s73@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8027-1403>;
RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=1166179

Savchenko Oleg Andreevich,

Russia, Novosibirsk, Novosibirsk Research Institute of Hygiene of Rospotrebnadzor,
Candidate of Biological Sciences, Leading Researcher,
Savchenkooa1969@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7110-7871>;
RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=426812;
SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57220086064>



REVIEWER: Yudin Andrey Sergeevich, MD, PhD, general hygiene physician, Department of Occupational and Communal Hygiene, Center for Hygiene and Epidemiology in the Novosibirsk Region

АННОТАЦИЯ

ABSTRACT

Представлены результаты всероссийского репрезентативного онлайн-опроса (2500 респондентов, ноябрь 2025 г.), посвящённого оценке уровня доверия граждан к санитарно-эпидемиологическим мерам Роспотребнадзора, стремлению граждан Российской Федерации к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ) и достижению целей трудового долголетия. Выявлен устойчивый и в целом высокий уровень доверия с позитивной динамикой: показатель доверия к санитарным мерам в 2025 г. составил 43 %, что на 5 % выше уровня 2024 г. и на 25 % выше базового показателя 2022 г.

Ключевые тенденции включают общий высокий уровень доверия к региональным мерам безопасности и профилактики (71 %), значительный рост доверия к официальным источникам информации (до 75 %) и увеличение уверенности в прогнозах санитарно-эпидемиологической обстановки (с 58,4 % в 2022 г. до 68 % в 2025 г.).

Определены социально-демографические и региональные особенности: наиболее лояльна молодёжь 18–25 лет и родители, наиболее критична аудитория 36–55 лет; наивысшие показатели доверия зафиксированы в Приволжском, Центральном и Уральском округах, наименьшие – в Северо-Кавказском и Южном. Выделены проблемные зоны, такие как безопасность детского отдыха (62 %) и профилактика в общественных местах (63 %).

Сформулированы рекомендации по укреплению доверия, включающие усиление адресной коммуникации, фокус на практической пользе мер, повышение прозрачности в проблемных сферах и развитие санитарно-гигиенической культуры через авторитетные каналы информации. Делается вывод об устойчивом и растущем доверии населения к системе санитарно-эпидемиологического благополучия и необходимости дальнейшей работы по его укреплению в регионах и сферах с потенциалом роста.

Ключевые слова: доверие населения, санитарно-эпидемиологические меры, Роспотребнадзор, опрос, профилактика, коммуникация, региональная специфика.

The results of an All-Russian representative online survey (2,500 respondents, November 2025) are presented, dedicated to assessing the level of public confidence in the sanitary and epidemiological measures of Rospotrebnadzor, the desire of citizens of the Russian Federation to lead a healthy lifestyle and achieve the goals of longevity. A stable and generally high level of trust was revealed with positive dynamics: the confidence index for sanitary measures in 2025 was 43%, which is 5% higher than the level of 2024 and 25% higher than the baseline of 2022.

Key trends include a generally high level of trust in regional security and prevention measures (71%), a significant increase in trust in official sources of information (up to 75%), and increased confidence in forecasts of the sanitary and epidemiological situation (from 58.4% in 2022 to 68% in 2025).

Socio-demographic and regional features have been identified: young people aged 18-25 and parents are the most loyal, the audience aged 36-55 is the most critical; the highest trust rates are recorded in the Volga, Central and Ural districts, the lowest in the North Caucasus and South. Problem areas were identified, such as the safety of children's recreation (62%) and prevention in public places (63%).

Recommendations on confidence-building are formulated, including strengthening targeted communication, focusing on the practical benefits of measures, increasing transparency in problem areas and developing a sanitary culture through reputable information channels. The conclusion is drawn about the steady and growing public confidence in the system of sanitary and epidemiological well-being and the need for further work to strengthen it in regions and areas with growth potential.

Keywords: public confidence, sanitary and epidemiological measures, Rospotrebnadzor, survey, prevention, communication, regional specifics.

Представлены результаты всероссийского репрезентативного онлайн-опроса (2500 респондентов, ноябрь 2025 г.), посвящённого оценке уровня доверия граждан к санитарно-эпидемиологическим мерам Роспотребнадзора [1], стремлению граждан Российской Федерации к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ) и достижению целей трудового долголетия [1-20].

В настоящее время число конкретных задач, которые необходимо решить для достижения санитарно-эпидемиологического благополучия населения России, практически безгранично [2]. По итогам всероссийского репрезентативного онлайн-опроса, проведенного в ноябре

2025 года, выявлен устойчивый и в целом высокий уровень доверия граждан к санитарно-эпидемиологическим мерам, реализуемым Роспотребнадзором. Исследование, охватившее 2500 респондентов, показывает положительную динамику: показатель доверия к принимаемым санитарным мерам на конец 2025 года составил 43%, что на 5% выше результата 2024 года и на 25% выше базового уровня 2022 года.

Результаты.

Ключевые тенденции доверия граждан РФ Роспотребнадзору:

- ♦ общий высокий уровень доверия: в среднем 71% россиян доверяют мерам по санитарной безопасности, информации о



причинах неинфекционных заболеваний и профилактическим мероприятиям в своём регионе;

- ♦ рост доверия к информации: значительно выросло доверие к официальным источникам информации. Доверие федеральным каналам увеличилось на 23% с 2022 года (до 75%), региональным и местным – на 25% (до 75%);
- ♦ уверенность в прогнозах: доверие к прогнозам изменения санитарно-эпидемиологической обстановки за три года выросло почти на 10 процентных пунктов – с 58,4% в 2022 году до 68% в 2025-м.

Социально-демографический портрет доверия. Наиболее лояльной и восприимчивой аудиторией оказалась молодёжь в возрасте 18-25 лет [3, 4]. В этой группе показатели доверия по всем направлениям стабильно превышают средние значения. Например, 81% молодых людей доверяют мерам санитарной безопасности при среднем показателе в 71%. Также высокий уровень доверия демонстрируют родители несовершеннолетних детей.

В то же время аудитория 36-55 лет относится к мерам более критично, их показатели доверия часто ниже средних [5, 6]. Это указывает на запрос данной группы на более прикладную, адресную и понятную информацию о профилактике в повседневной жизни.

География доверия: региональная специфика. Анализ по федеральным округам выявил заметные различия:

- ♦ наибольшее доверие Роспотребнадзор вызывает у жителей Приволжского (74%), Центрального и Уральского округов;
- ♦ наиболее низкие показатели зафиксированы в Северо-Кавказском (64%) и Южном федеральных округах.

Почти во всех регионах наименьшее доверие вызывают вопросы обеспечения безопасности детского отдыха (средний показатель 62%) и профилактики в общественных местах (63%). Это указывает на направления, требующие усиления разъяснительной работы и повышения прозрачности.

Рекомендации для укрепления доверия граждан РФ к Роспотребнадзору (общие направления):

1. усиление адресной коммуникации: разработка сообщений с учётом особенностей восприятия разных социально-демографических групп (молодёжи, родителей, старшего поколения) и регионов с низким уровнем доверия [7, 8];
2. фокус на практической пользе: для взрослой аудитории важно смещать акцент с общей информации на конкретные сценарии применения мер на работе, в быту, в социальной сфере [9, 10];

3. повышение прозрачности в "болевых" точках: необходимо расширять открытое и регулярное информирование о мерах безопасности в детских учреждениях и организациях отдыха, а также в общественных местах, предоставляя понятные данные о стандартах и результатах контроля [11, 12];
4. развитие санитарно-гигиенической культуры: поддержка и популяризация профилактических практик через наиболее авторитетные федеральные и региональные информационные каналы [13, 14].

Обсуждение результатов.

Проведенное исследование показало, что доверие

граждан к системе санитарно-эпидемиологического благополучия в России носит устойчивый характер и имеет позитивную динамику [1, 15]. Стратегия Роспотребнадзора, сочетающая федеральные меры с региональной спецификой и адресной коммуникацией, доказала свою эффективность, особенно среди ключевых групп – молодёжи и родителей [16, 17]. Дальнейшая работа должна быть направлена на укрепление доверия в тех сферах и регионах, где сохраняется потенциал для роста, через диалог, прозрачность и ориентацию на практические запросы населения [18, 19], в целях достижения здорового и активного долголетия [20].

Заключение.

По результатам проведенного исследования сформулированы рекомендации по укреплению доверия граждан РФ к Роспотребнадзору, включающие усиление адресной коммуникации, фокус на практической пользе мер, повышение прозрачности в проблемных сферах и развитие санитарно-гигиенической культуры, здорового образа жизни через авторитетные каналы информации. Делается вывод об устойчивом и растущем доверии населения к системе санитарно-эпидемиологического благополучия и необходимости дальнейшей работы по его укреплению в регионах и сферах с потенциалом роста.

Библиографический список.

1. Аналитический отчет об оценке уровня доверия граждан Российской Федерации к санитарно-эпидемиологическим мерам, принимаемым Роспотребнадзором. – М., 2025. (Документ создан в электронной форме. № 02/1515-2026-27 от 03.02.2026. Исполнитель: Замалиева М.А.).
2. Современное состояние медицины окружающей среды и оценка риска состояния здоровья населения / О. А. Савченко, И. И. Костюк, И. Ю. Кропотов [и др.] // Наука и военная безопасность. – 2023. – № 4(35). – С. 80–87.
3. Савченко О.А., Соловьев А.А., Тарасова Т.В., и др. Актуальные вопросы здоровьесбережения населения Арктической зоны Российской Федерации и территорий к ним приравненных: Материалы Круглого стола по проблемам здоровьесбережения населения Арктической зоны Российской Федерации и территорий, к ним приравненных в рамках Третьего Международного Арктического Форума, Омск, 10 февраля 2026 года. – Омск: Центр оперативной полиграфии «АН2», 2026. – 126 с.
4. Значение гигиенических и медико-биологических знаний в формировании модели здоровья и долголетия населения / О. А. Савченко, И. И. Новикова, И. И. Костюк [и др.] // Наука и военная безопасность. – 2023. – № 3(34). – С. 127–133.
5. Здоровьесбережение трудового контингента Российской Федерации / О. А. Савченко, Н. Ф. Чуенко, О. А. Савченко [и др.] // Здоровье и окружающая среда: Сборник материалов международной научно-практической конференции, Минск, 05–06 декабря 2024 года. – Гомель: Редакция газеты «Гомельская праўда», 2024. – С. 121–123.
6. О профилактике развития заболеваний при работе с информационно-коммуникационными устройствами / О.А.Савченко, И.И.Новикова, О.В.Плотникова [и др.] // Здоровье



- и окружающая среда: Сборник материалов международной научно-практической конференции, Минск, 23–24 ноября 2023 года. – Минск: РУП «Издательский центр БГУ», 2023. – С. 214–218.
7. Савченко, О.А. Управление мотивами, мотивациями и эмоциями для достижения цели здоровьесбережения: трудового долголетия и долгожительства / О. А. Савченко, О. А. Савченко, О. О. Савченко // Современные аспекты формирования здорового образа жизни: Материалы XII научно-практической конференции с международным участием, посвященной 90-летию Новосибирского государственного медицинского университета в 2т., Новосибирск, 28 февраля 2025 года. – Новосибирск: Новосибирский государственный медицинский университет, 2025. – С. 219–227.
8. Система профилактической работы с населением: научный анализ эффективности и практической значимости / О. А. Савченко, И. И. Новикова, Н. Ф. Чуенко [и др.] // Вестник Сибирского Отделения Академии Военных Наук. – 2025. – № 77. – С. 189–195.
9. Трудовой контингент – производственные факторы – хронический стресс – профессиональные заболевания – ускоренное старение – профилактические меры – профессиональное долголетие / О. А. Савченко, И. И. Новикова, О. А. Савченко [и др.] // Научные труды ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства». – Новосибирск: ООО «Сибирское университетское издательство», 2024. – С. 169–175.
10. Организация профилактической работы с населением сельской местности (на примере крупного агропромышленного региона Сибири) / В. Г. Бережной, И. И. Новикова, Ю. В. Ерофеев, О. А. Савченко // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2014. – № 2[16]. – С. 56–62.
11. Организация наставничества и преемственности у сотрудников вузов, учреждений, организаций (объектов) как способ улучшения производительности труда и средство достижения трудового долголетия / О. А. Савченко, О. А. Савченко, Н. Ф. Чуенко, О. О. Савченко // Научные школы как основа развития науки : Сборник научных трудов международной научно-практической конференции, посвященной 300-летию РАН, Новосибирск, 28–29 марта 2024 года. – Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2024. – С. 231–238.
12. Формирование у сотрудников вузов, учреждений, организаций (объектов) стереотипов к ведению здорового образа жизни в целях достижения трудового долголетия / О. А. Савченко, Н. Ф. Чуенко, О. А. Савченко, О. О. Савченко // Профилактика кризисных состояний в условиях образовательной организации : Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Новосибирск, 16 февраля 2024 года. – Новосибирск: Новосибирский государственный медицинский университет, 2024. – С. 435–443.
13. Факторы и биомаркеры, связанные с ускоренным старением / О. А. Савченко, Н. Ф. Чуенко, О. В. Плотникова [и др.] // Национальные приоритеты России. – 2024. – № 3[54]. – С. 45–52.
14. Рискометры и маркеры ускоренного старения / О. А. Савченко, И. И. Новикова, О. В. Плотникова, О. А. Савченко // Научный вестник Омского государственного медицинского университета. – 2024. – Т. 4, № 1[13]. – С. 17–29. – DOI 10.61634/2782-3024-2024-13-17-29.
15. Особенности воздействия производственных факторов на процессы преждевременного старения и изменение биологического возраста / О. А. Савченко, И. И. Новикова, О. В. Плотникова, О. А. Савченко // Научный вестник Омского государственного медицинского университета. – 2024. – Т. 4, № 1[13]. – С. 3–16. – DOI 10.61634/2782-3024-2024-13-3-16.
16. Биомаркеры ускоренного старения: современные достижения и перспективы / О. А. Савченко, И. И. Новикова, Н. Ф. Чуенко [и др.] // Вестник Сибирского Отделения Академии Военных Наук. – 2025. – № 77. – С. 183–188.
17. Гигиеническая оценка факторов обучения и жизнедеятельности курсантов в период обучения в военной образовательной организации / И. И. Новикова, В. В. Климов, А. В. Сорокина [и др.] // Медицина труда и экология человека. – 2021. – № 2[26]. – С. 48–59. – DOI 10.24412/2411-3794-2021-10204.
18. Климов, В.В. Модель дополнительных профилактических мероприятий, направленных на предотвращение негативных изменений здоровья курсантов / В. В. Климов, И. И. Новикова, О. А. Савченко // Медицина труда и промышленная экология. – 2023. – Т. 63, № 3. – С. 155–162. – DOI 10.31089/1026-9428-2023-63-3-155-162.
19. Гигиеническая оценка значимости образа жизни в укреплении функциональных возможностей здоровья курсантов на этапе получения профессионального образования / О. А. Савченко, И. И. Новикова, Ю. В. Ерофеев [и др.] // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2014. – № 1[15]. – С. 119–123.
20. Савченко, О. А. Гигиеническое обучение – воспитание – модель здорового образа жизни и активного долголетия – здоровьесбережение / О. А. Савченко, О. О. Савченко // Проблемы гигиенической безопасности и профилактики нарушений трудоспособности у работающих: Материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции с международным участием, Нижний Новгород, 29–30 ноября 2023 года. – Нижний Новгород: Медиаль, 2023. – С. 279–285.

3 марта Всемирный день слуха

Ежегодно 3 марта отмечается **Международный день охраны здоровья уха и слуха** (англ. International Day for Ear and Hearing), известный как **Всемирный день слуха** (англ. World Hearing Day).

Предполагается, что в этот день медицинские и волонтерские организации в разных странах должны проводить мероприятия, направленные на то, чтобы повышать осведомленность населения о возможных проблемах, связанных со слухом. В свою очередь, ВОЗ оказывает государствам, состоящим в организации, всестороннюю поддержку при разработке и осуществлении национальных программ лечебной и профилактической помощи людям с заболеваниями ушей и проблемами со слухом.



УДК 616.314-72
EDN TYIBQH

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА С РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЕГО ПОД УГЛАМИ 45 И 90° НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

Ткаченко Татьяна Борисовна.

Россия, Санкт-Петербург, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, заведующий кафедрой стоматологии детской стоматологии и ортодонтии, д.м.н, проф., декан стоматологического факультета.

Фархуллин Адель Ильфатович.

Россия, Санкт-Петербург, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, ассистент кафедры стоматологии детской стоматологии и ортодонтии; СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника 30», зав. отделением хирургической стоматологии.

Фархуллина Алина Севаковна.

Россия, Санкт-Петербург, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, ассистент кафедры стоматологии детской стоматологии и ортодонтии

РЕЦЕНЗЕНТ: Шевелева Нина Юрьевна, доцент кафедры стоматологии детской стоматологии и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, канд.мед.наук.

COMPARISON OF THE EFFICIENCY OF USING A NEEDLE-FREE INJECTOR WITH ITS LOCATION AT ANGLES OF 45° AND 90° ON AN EXPERIMENTAL MODEL

Tkachenko Tatyana Borisovna.

Russia, Saint Petersburg, I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Head of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Doctor of Medical Sciences, Professor, Dean of the Faculty of Dentistry.

Farkhullin Adel Ilfatovich.

Russia, St. Petersburg, I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics; St. Petersburg State Healthcare Institution "Dental Clinic No. 30," Head of the Department of Surgical Dentistry.

Farkhullina Alina Sevakovna.

Russia, Saint Petersburg, I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics

REVIEWER: Nina Yuryevna Sheveleva, Associate Professor of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics of the I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, PhD.

АННОТАЦИЯ

Важную роль в оказании качественной стоматологической помощи играет местная анестезия. В современной стоматологии наиболее распространенным способом обезболивания является инъекционный метод введения анестетика. Однако, до сих пор беспокойство и страх, возникающие до и во время инъекции, остаются препятствием для многих детей и взрослых при получении стоматологического лечения. Кроме того, еще одной проблемой остаются риски осложнений во время

ABSTRACT

Local anesthesia plays a vital role in providing high-quality dental care. In modern dentistry, the most common method of pain relief is injection. However, anxiety and fear before and during injections remain a barrier to dental treatment for many children and adults. Furthermore, the risk of complications during injections remains a concern. The development of new anesthesia methods and devices allows dentists to achieve a higher level of professionalism and provide high-quality dental



проведения инъекций. Разработка новых методов и аппаратов для обезболивания позволяют врачу достичь более высокого уровня профессионализма в работе и оказании качественной стоматологической помощи. Цель работы – сравнение эффективности применения безыгольного инъектора (Comfort – in thesera, PMG, РФ) с расположением его под углами 45° и 90° на экспериментальной модели. Материалы и методы исследования: 12 оригинальных денто-альвеолярных желатиновых фантомов размером 20 мм x 20 мм и толщиной 10 мм, размещенной на стеклянной основе. При изучении диаметра входного отверстия, площади дисперсии раствора, объема регургитированной жидкости применяли цифровую линейку, фотофиксацию фотоаппаратом Canon EOS 1100D.

Ключевые слова: безыгольный инъектор, местная анестезия, страх перед иглой.

care. The aim of this study was to compare the effectiveness of a needle-free injector (Comfort – in thesera, PMG, Russia) positioned at 45° and 90° angles in an experimental model. Materials and methods: 12 original dentoalveolar gelatin phantoms measuring 20 mm x 20 mm and 10 mm thick, mounted on a glass base. When studying the diameter of the inlet, the area of solution dispersion, and the volume of regurgitated fluid, a digital ruler and photographic recording with a camera were used.

Keywords: needle-free injector, local anesthesia, fear of needles.

Введение.

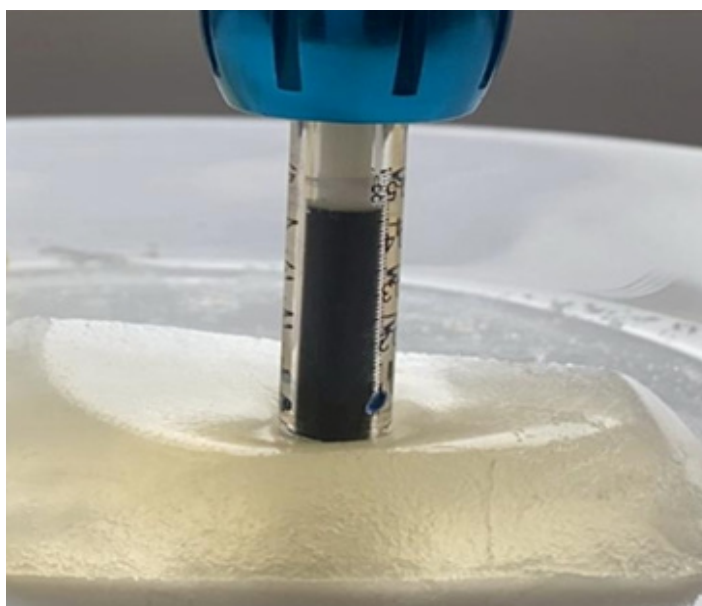
Местная анестезия с момента своего появления является краеугольным камнем при оказании стоматологической помощи. Наиболее распространенным способом обезболивания в стоматологии является инъекционный метод введения раствора местного анестетика, с использованием шприцов и игл, которые были разработаны более 100 лет назад Куком [4]. Фундаментальным изменением в основных принципах инъекций стал безыгольный инъектор, который при плотном контакте с кожей или слизистой оболочкой под высоким давлением позволял вводить лекарственный

раствор в виде тончайшей струи в ткани организма [1,2,3].

Цель работы – сравнение эффективности применения безыгольного инъектора (Comfort – in thesera, PMG, РФ) с расположением его под углами 45° и 90° на экспериментальной модели.

Материалы и методы исследования.

В качестве экспериментальной модели использовали денто-альвеолярный желатиновый фантом размером 20 мм x 20 мм и толщиной 10 мм, размещенной на стеклянной основе. Всего в работе было изучено 12 оригинальных моделей (рисунок 1).



А – под углом 90°



Б – под углом 45°

Рисунок 1. Расположение инъектора (БИ) по отношению к модели



Подготовка инъектора к работе и методика проведения безыгольной инъекции на экспериментальном этапе заключалась в следующем:

1. для активации инъектора, помещали его в зарядное устройство и активировали путем закрытия крышки;
2. ампулу безыгольного инъектора заполняли 0,2% раствором метиленового синего (имитатора раствора анестетика) в объеме 0,4 мл.;
3. активированный инъектор заряжали ампулой;
4. после снятия с предохранителя, инъектор устанавливали

в точке (зоне) инъекции, прижимая ампулу к фантому мягких тканей под разными углами (90° и 45°). Ось расположения инъектора рассчитывали с помощью транспорта;

5. как только инъектор был надежно зафиксирован в необходимом положении, нажимали спусковой крючок.

Контроль расположения угла наклона безыгольного инъектора осуществляли с помощью транспорта. При изучении данных параметров на денто-альвеолярном фантоме применяли цифровую линейку, фотофиксацию фотоаппаратом Canon EOS 1100D (рисунок 2).



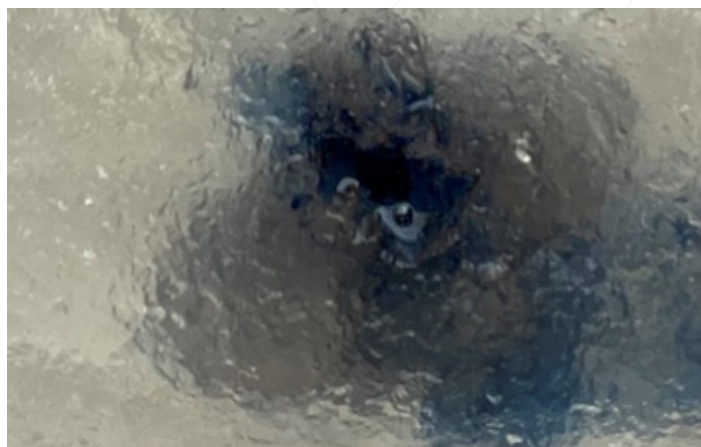
Рисунок 2. Фотофиксация результатов эксперимента на фантоме

В тот момент, когда струя жидкости проникала в фантом мягких тканей перпендикулярно, входящий поток и его обратный поток создавали область рециркуляции, что усиливало выброс жидкости по направлению к первоначальному месту пункции. Для оценки дисперсии в зависимости от угла наклона безыгольного инъектора очерчивали границы распространения 0,2% раствора метиленового синего в фантоме. С помощью линейки измеряли диаметр полученной формы. Показатели вносили в протокол. Размер входного отверстия оценивали по размеру наиболее ярких границ пятна с помощью линейки.

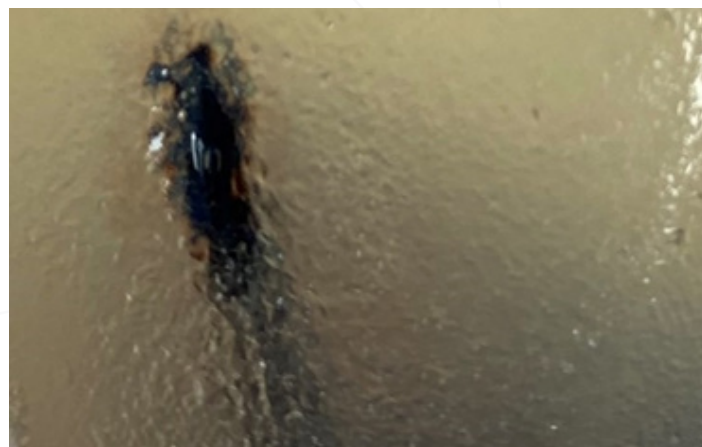
Регургитированную жидкость (жидкость, выступающую над поверхностью желатина) собирали пипеткой и переносили в чашку для взвешивания. Процент регургитации рассчитывали по формуле, как массу регургитированной жидкости, деленную на общую массу жидкости.

Результаты.

На рисунке 3 зафиксированы результаты фотопротокола размера входного отверстия, формирующегося на модели при расположении безыгольного инъектора под 90° и 45°.



А – под углом 90°



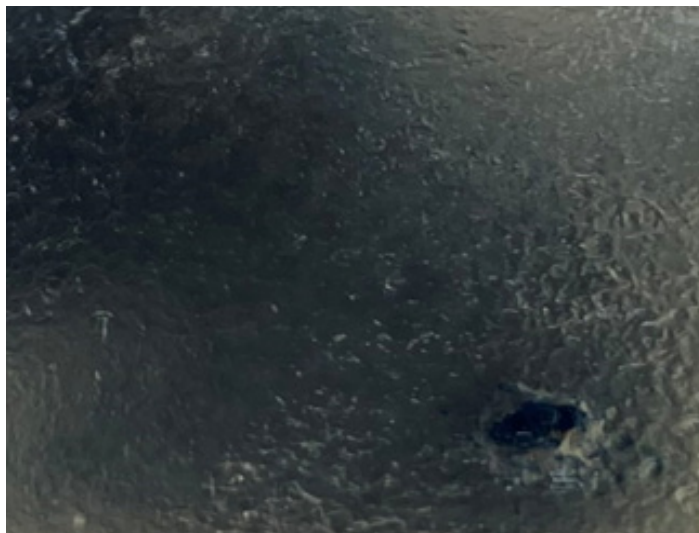
Б – под углом 45°

Рисунок 3. Вид входного отверстия при использовании БИ

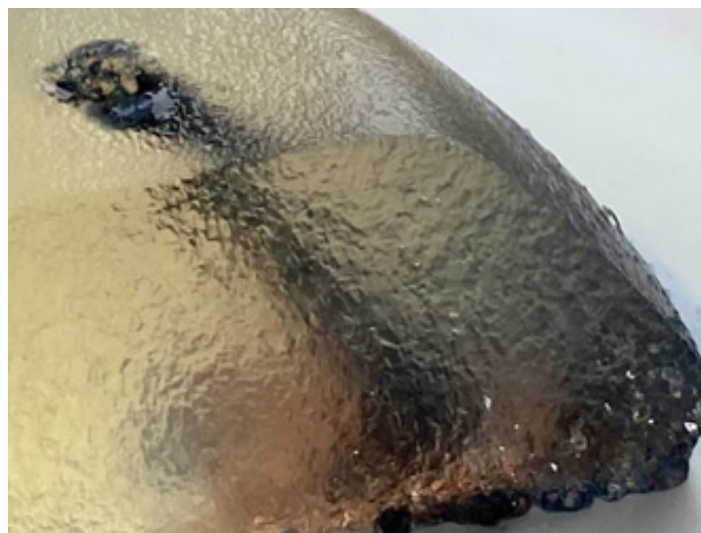


Как видно из рисунка 3, визуально размер входного отверстия при расположении БИ под углом 45° по отношению к модели значительно меньше, чем при расположении БИ под углом 90°.

Далее на всех 12 образцах был оценен уровень дисперсии раствора, имитирующего вводимый анестетик (раствор метиленового синего 0,2%). Фотопротокол приведен на рисунке 4.



А – под углом 90°



Б – под углом 45°

Рисунок 4. Дисперсия раствора метиленового синего

Визуально, при расположении БИ под углом 45° по отношению к модели отмечается большая площадь дисперсии раствора 0,2% метиленового синего, чем при расположении безыгольного инъектора под углом 90°.

сравнительных характеристик двух вариантов введения раствора, имитирующего вводимый анестетик (раствор метиленового синего 0,2%) по 3 параметрам: диаметр входного отверстия, площадь дисперсии раствора в ткани, объем регургитирующей части раствора.

Ниже, в таблице 1 представлены результаты

Таблица 1.

Сравнительная характеристика основных оцениваемых параметров двух моделей, имитирующих введение местного анестетика под разным углом

Угол расположения безыгольного инъектора	45° (n=12)	90° (n=12)	р-значения
Диаметр входного отверстия, мм Me	2,00 (1,75-3,00)	4,00 (4,00-5,00)	<0,001
Площадь дисперсии раствора, mm ² Me	1017 (197)	408 (135)	<0,001
Объем регургитации раствора, %	2,00 (1-2,25)	47,50 (44,75-61,25)	<0,001



Далее на рисунках 5-7 приведены диаграммы сравнения результатов двух методик введения метиленового синего (0,2%) в экспериментальную модель.

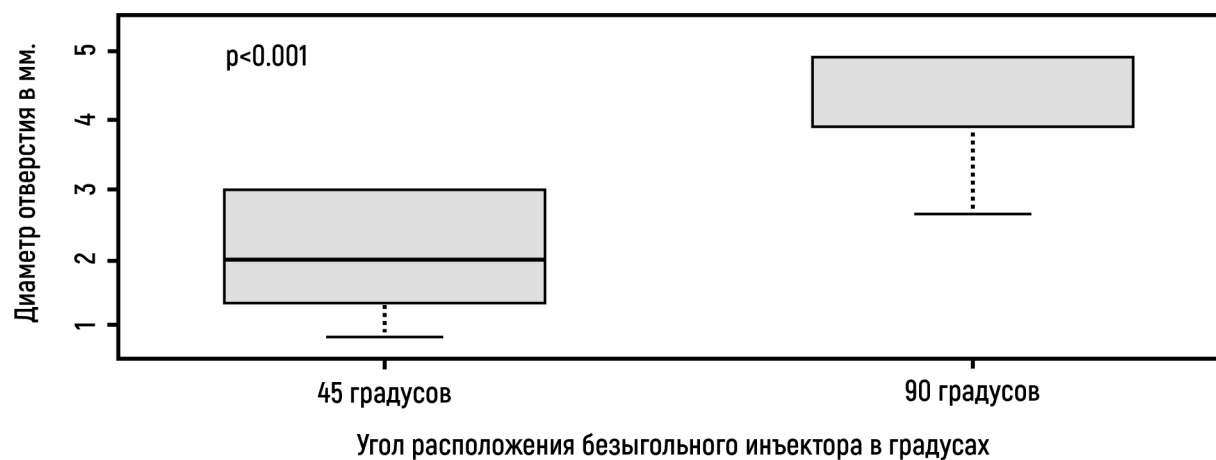


Рисунок 5. Зависимость диаметра входного отверстия в экспериментальной модели от угла расположения безыгольного инъектора

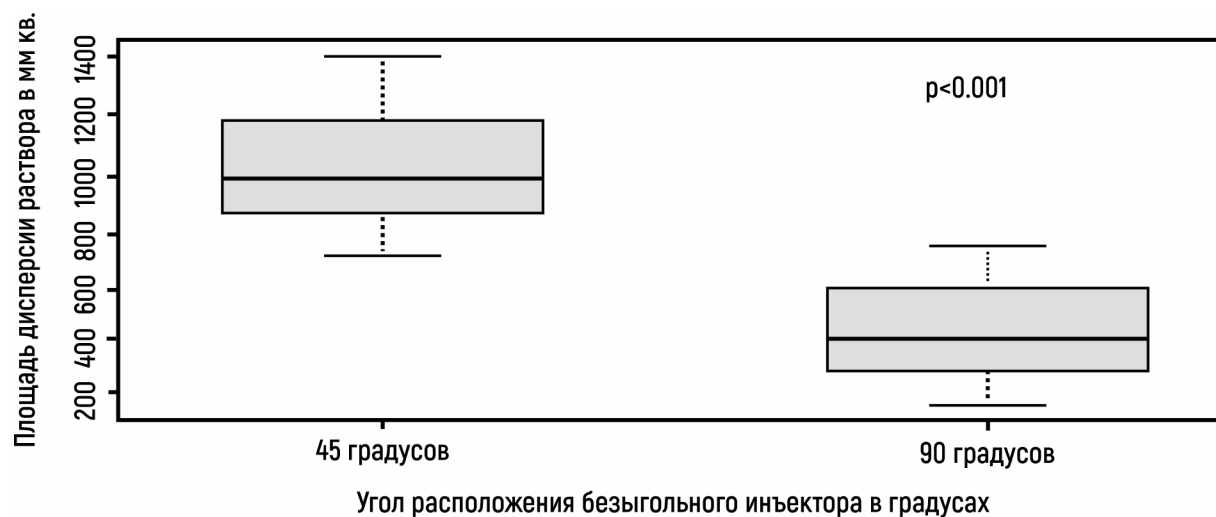


Рисунок 6. Зависимость площади дисперсии раствора от угла расположения безыгольного инъектора

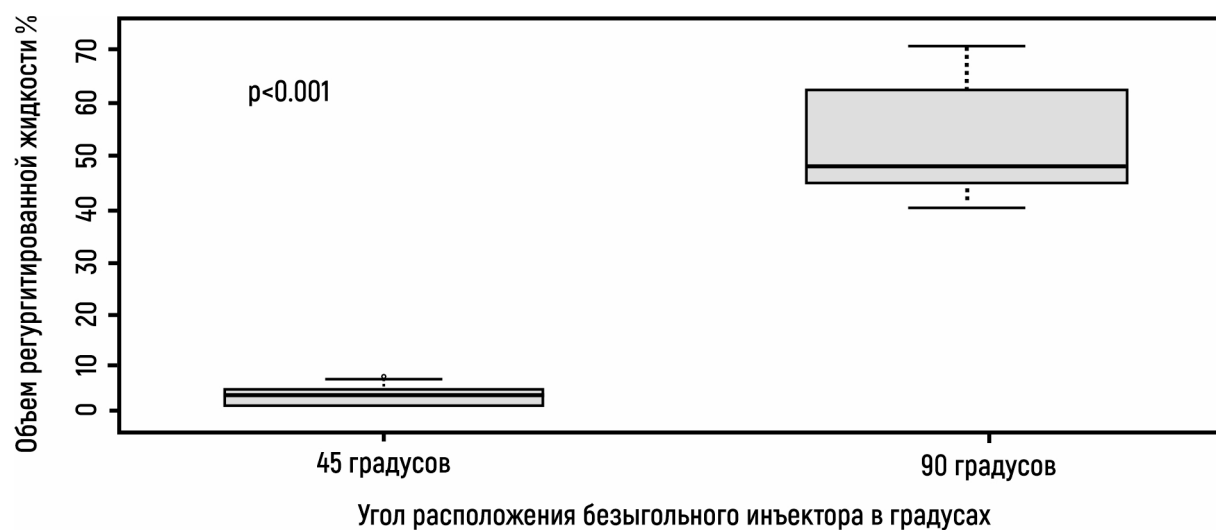


Рисунок 7. Зависимость регургитированной жидкости от угла расположения безыгольного инъектора



Таким образом, по результатам проведенного нами исследования было показано, что при сравнении способов введения раствора анестетика на экспериментальном этапе более эффективным применением безыгольного инъектора является его расположение под углом 45° по отношению к тканям, что связано с максимальной дисперсией раствора ($p < 0,001$), минимальным размером входного отверстия ($p < 0,001$) и небольшим процентом обратного выброса раствора ($p < 0,001$).

Заключение.

Страх перед инъекционной анестезией является одной из актуальных проблем современной стоматологии XXI века. На сегодняшний день, несмотря на высокий уровень оказания стоматологической помощи, все еще остается нерешенной проблема страха пациентов перед инъекцией. Многих пациентов в получении стоматологического лечения останавливает этап

местного обезболивания. Одним из вариантов альтернативного метода доставки раствора местного анестетика в ткани на сегодняшний день является использование безыгольного инъектора.

Библиографический список.

1. Bonjar S., Hashem A. Dental injection pain reducer instrument (DIPRI) with micro vibration to reduce pain and stress of injection. // Res. J. Biol. Sci. – 2010. – Vol. 5. – P. 94-96.
2. Kolhe S., Sneha S. A review on needle free drug delivery system. // Int. J. Curr. Pharm. Res. – 2013. – Vol. 5. – P. 15-20.
3. Koyuturk A.E., Avsar A., Sumer M. Efficacy of dental practitioners in injection techniques: computerized device and traditional syringe. // Quintessence Int. – 2009. – Vol. 40. – P. 73-77.
4. Ring M.E. The history of local anesthesia. // J Calif Dent Assoc. – 2007. – V. 35. – P. 275-282.

4 марта

Всемирный день борьбы с ожирением

4 марта отмечается Всемирный день борьбы с ожирением (англ. World Obesity Day). Изначально он отмечался 11 октября, но с 2020 года дата его проведения была изменена.

Если 30-40 лет назад проблема ожирения являлась темой обсуждения отдельных людей, заботящихся о здоровом образе жизни и ведущих его, а также врачей-диетологов, то сегодня ожирение и рост числа людей с избыточным весом превратились в одну из серьезных угроз для здоровья человечества, которую нередко ставят в один ряд с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и онкозаболеваниями.

6 марта

Международный день зубного врача

Ежегодно 6 марта во многих странах отмечается профессиональный праздник стоматологов – Международный день зубного врача (англ. International Dentist Day) или День дантиста (англ. Dentist's Day).

Стоматология – одна из древнейших отраслей медицины. И как бы мы не относились к зубным врачам, но без посещения кабинета данного специалиста сегодня в деле поддержания здоровья, увы, не обойтись. Только малой части человечества удается избежать проблем больных зубов, больных десен, неправильного прикуса. Основную же часть населения Земли хотя бы один раз в жизни постигла участь посидеть в кресле зубного врача. К счастью, наука и технология развиваются с такой стремительной скоростью, что за последние несколько десятков лет поход к стоматологу становится все меньше и меньше похожим на средневековую экзекуцию.

Выбору даты этого праздника послужило одно из выдающихся изобретений в зубном деле. В 1790 году Джоном Гринвудом (англ. John Greenwood), зубным врачом из Вашингтона и личным зубным врачом Джорджа Вашингтона, был изобретен стоматологический бор. Первый стоматологический бор представлял собой увесистую бормашину с ножным приводом, что не помешало Гринвуду изготовить для Вашингтона четыре съемных зубных протеза. Интересно, что в качестве ножного привода бора Гринвуд приспособил колесо прялки, которой пользовалась его мать. И только спустя век с лишним, в 1907 году, появилась электрическая бормашина.



УДК 638.15:638.12
EDN RINBZD

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ И ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ КОМПОНЕНТОВ БАД «РАДАЛЕЯ» В ОТНОШЕНИИ КОРОНАВИРУСА ОС43 И ВИРУСА ГЕРПЕСА

Келин Леонид Валерьевич.

Россия, г. Москва, ООО «Северный стиль»,
кандидат экономических наук, директор,
kelins@mail.ru

Ефремов Анатолий Васильевич.

Россия, г. Новосибирск, АНО «Международная оздоровительная клиника»,
доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАН, засл. деятель науки РФ, директор,
eav48@yandex.ru

РЕЦЕНЗЕНТ: Пронин Сергей Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии, педагогики и правоведения ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления»

DETERMINATION OF CYTOTOXICITY AND ANTIVIRAL EFFECT OF RADALEA DIETARY SUPPLEMENT COMPONENTS IN RELATION TO OS43 CORONAVIRUS AND HERPES VIRUS

Kelin Leonid V.

Moscow, LLC «Northern Style»,
Candidate of Economic Sciences, Director,
kelins@mail.ru

Efremov Anatoly Vasilyevich.

Novosibirsk, ANO «International Wellness Clinic»,
Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences,
Distinguished Scientist of the Russian Federation, Director,
eav48@yandex.ru

REVIEWER: Pronin Sergey Vladimirovich, PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Psychology, Pedagogy and Law, Novosibirsk State University of Economics and Management

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты исследования противовирусной активности препарата БАД Рададея in vitro в отношении вируса герпеса и коронавируса человека ОС43. Показано наличие противовирусной активности препарата в отношении обоих изученных в настоящей работе вирусов, при использовании по лечебно-профилактической схеме в экспериментах in vitro на культуре клеток. Значения химиотерапевтического индекса препарата превышают 17 и 57,4 для вирусов герпеса и коронавируса ОС43, соответственно.

Ключевые слова: Рададея, противовирусное действие, коронавирус ОС43, вирус герпеса

ABSTRACT

The article presents the results of a study of the antiviral activity of the dietary supplement Radalea in vitro against the herpes virus and human coronavirus OS43. The presence of antiviral activity of the drug against both viruses studied in this work has been shown when used according to the therapeutic and prophylactic scheme in in vitro experiments on cell culture. The values of the chemotherapeutic index of the drug exceed 17 and 57.4 for herpes viruses and coronavirus OS43, respectively.

Keywords: Radalea, antiviral effect, OS43 coronavirus, herpes virus,

ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.

В настоящей статье применяются следующие термины с соответствующими определениями, сокращения и обозначения:

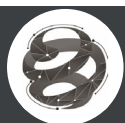
МТТ-тест - микротетразолиевый тест

ТИД50 - 50 % тканевая инфекционная доза - доза вируса,

вызывающая заражение 50 % клеток

ЦТД50 - 50 % цитотоксичная доза - доза препарата, вызывающая гибель половины клеток

ХТИ - Химиотерапевтический индекс (также селективный индекс) - показатель широты терапевтического действия ле-



карственного средства либо БАД, указывает на разницу между токсической и эффективной концентрациями. Чем выше значение этого индекса, тем более перспективным противовирусным средством считается препарат.

ЗД50 – средняя эффективная доза – доза препарата, которая уменьшает количество вирусов

Вирусные заболевания являются острой медико-социальной проблемой, затрагивающей все человечество. В настоящее время наблюдается глобальное распространение инфекции COVID-19, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2. Высокая контагиозность данного возбудителя, большое количество летальных исходов, а также отсутствие доступных этиотропных средств терапии говорят о необходимости разработки новых лекарственных препаратов, предназначенных для её лечения [1, 2].

Объектом исследования являлся препарат БАД Радалея, предоставленный Заказчиком.

Целью работы является оценка цитотоксичности и противовирусной активности препарата БАД «Радалея» *in vitro* в отношении вируса герпеса и коронавируса ОС-43.

В ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» было проведено исследование противовирусной активности препарата БАД «Радалея» *in vitro* в отношении вируса герпеса и коронавируса человека ОС43.

Работа с вирусом SARS-CoV2 требует специальных условий и возможна не во всех исследовательских лабораториях, вследствие чего первоначальный этап поиска и разработки новых лекарственных средств представляется возможным проводить с использованием так называемого суррогатного вируса – близкородственного к необходимому инфекционному агенту штамма, обладающего более низкой патогенностью для человека. В настоящей работе в качестве такого суррогатного патогена используется коронавирус человека ОС43, относящийся к тому же роду Betacoronavirus, что и SARS-CoV2.

Помимо коронавируса, в ходе проведения настоящей работы будет изучена противовирусная активность препарата в отношении вируса герпеса – одного из самых распространенных в человеческой популяции инфекционных агентов, затрагивающих до 67% обитателей планеты [1].

В задачи исследования входит:

1. Провести оценку противовирусного действия препарата.
2. На основании полученных результатов выбрать дозы исследуемого препарата и оценить его противовирусную активность в отношении вируса герпеса и коронавируса ОС43.

Материалы и методы исследования.

Эксперименты по изучению специфической фармакологической активности препарата БАД «Радалея» *in vitro* проводили согласно Техническому заданию Договора № 14122021 от 14.12.2021 г.

Исследуемые препараты.

Препарат БАД «Радалея» был предоставлен в виде лиофилизированного порошка. После получения хранился при температуре +4°C.

Вирусы.

Сезонный коронавирус (вариант ОС-43, штамм 1902) получен из рабочей коллекции лаборатории химиотерапии вирусных инфекций ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России. Накоплен на культуре клеток Vero, далее из вирусосодержащей культуральной жидкости готовили серию аликвот. Полученные аликвоты хранились при температуре -80°C.

Вирус герпеса человека 1 типа, штамм ЕС, получен из рабочей коллекции лаборатории химиотерапии вирусных инфекций ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России. Накоплен на культуре клеток Vero, далее из вирусосодержащей культуральной жидкости готовили серию аликвот. Полученные аликвоты хранились при температуре -80°C.

Культуры клеток. В настоящей работе была использована клеточная культура Vero (почечный эпителий зеленой мартышки), полученная из рабочей коллекции лаборатории химиотерапии вирусных инфекций.

Определение цитотоксичности *in vitro*. Готовили серию 2-х кратных разведений препарата в поддерживающей среде, начиная с 833 у.ед., далее в лунки вносили растворы исследуемого соединения. Клетки инкубировали при 37°C в атмосфере 5% CO₂ в течение 4 суток. По окончании срока инкубации клетки отмывали от супернатанта физиологическим раствором (по 100 мкл/лунку).

Далее готовили раствор 3-4,5-диметилтиазол-2-ил-2,5-дифенилтетразолий бромид (МТТ) 0,5 мг/мл растворяли в физиологическом растворе. Полученный раствор вносили в лунки в объеме 100 мкл/лунку. Далее планшеты помещали в CO₂-инкубатор на 1,5-2 часа, чтобы произошло восстановление соли тетразолия митохондриальными и цитоплазматическими дегидрогеназами живых метаболически активных клеток с образованием голубых кристаллов формазана. Затем жидкость удаляли, добавляли в лунки по 100 мкл ДМСО (диметилсульфоксид) и осуществляли измерение оптической плотности при длине волны 535 нм. На основании полученных значений оптической плотности вычисляли ЦТД50 (50% цитотоксическая доза) соединения – дозу вещества в лунке, при которой наблюдается 50% деструкция клеточного монослоя.

Оценка противовирусной активности исследуемых соединений.

Противовирусную активность исследуемого препарата, а также препаратов сравнения оценивали по лечебно-профилактической схеме.

Готовили серию трехкратных разведений препарата на поддерживающей среде, после чего наносили на суточный монослой клеточной культуры, после чего инкубировали в течение часа в CO₂-инкубаторе при температуре 37°C и 5% CO₂. Далее готовили серию 10-кратных разведений вируса и наносили на клеточный монослой, после чего инкубировали необходимое для каждого вируса время (4-10 суток) при 37°C в атмосфере 5% CO₂.

По окончании срока инкубации инфекционную активность вируса оценивали с помощью МТТ теста, как описано выше (в разделе «Определение цитотоксичности»).

Титр вирусов рассчитывали по методу Рида и Менча и вы-



ражали в 50% тканевых инфекционных дозах (ТИД50) на 100 мкл объема [2].

На основании полученных результатов рассчитывали ЕС50 препарата (50% эффективную концентрацию) и ХТИ (отношение ЦТД50 к ЕС50). Препарат считался эффективным в случае, если значение ХТИ превышало 10. Вторым показателем активности соединений служила разница в титрах в максимальной переносимой концентрации, препарат считался эффективным в случае, если она составляла более 2 lg ТИД50.

Статистическая обработка. Статистический анализ полученных данных проводили в программах Microsoft Office и GraphPad Prism.

Результаты исследования.

Цитотоксичность соединений не была выявлена ни в одной из исследованных концентраций, вследствие чего для проведения расчетов в качестве ЦТД50 использовали значение >833.

Результаты исследования противовирусной активности препарата представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты исследования противовирусной активности компонентов БАД «Радалея» в отношении вирусов герпеса и коронавируса ОС43 in vitro.

Дозировка препарата, усл.ед.	Титр вируса, lg	ТИД 50 %	Снижения титров вируса по сравнению с контролем ЕС50 (мкг/мл) ХТИ
Вирус герпеса			
0	4,17±0,58	-48,8	>17
10	4,33±0,29	-46,78	
31	4,00±0,50	31,87	
93	3,83±0,29	53,584	
277	3,00±0,50	93,19	
833	2,17±0,29	99,00	
Коронавирус ОС-43			
0	5,00±0,00	-14,5	>57,4
10	4,83±0,29	31,87	
31	3,83±0,29	93,19	
93	3,33±0,29	97,85	
277	1,17±0,58	99,99	
833	0,50±0,00	99,997	

Из данных, представленных в таблице 1, следует, что расчетный показатель ХТИ (химиотерапевтический индекс) превышает пороговое значение 10 в отношении обоих исследованных вирусов, при этом активность в отношении коронавируса ОС43 проявлена сильнее, чем в отношении вируса герпеса.

По второму показателю противовирусной активности (снижению титра вируса) значение 2 lg ТИД50 достигается в случае вируса герпеса только в максимальной использованной дозировке - 833 усл.ед., а в случае коронавируса ОС43 - в дозировках 277 и 833 усл.ед.

Заключение.

В результате проведенного исследования выявлено, что значения химиотерапевтического индекса препарата превышают 17 и 57,4 для вирусов герпеса и коронавируса ОС43, со-

ответственно, что существенно выше порогового значения, равного 10.

Таким образом, показано наличие противовирусной активности препарата БАД «Радалея» в отношении обоих изученных в настоящей работе вирусов при использовании препарата по лечебно-профилактической схеме в экспериментах in vitro на культуре клеток.

Библиографический список.

1. Всемирная организация здравоохранения / Вирус простого герпеса. – [Электронный ресурс] (дата обращения 23.12.2021).
2. Christian P, Carstens E, Domier L, Johnson K, Nakashima N, Scotti P, van de Wilk, F, 2002. Dicrostoviridae ICTVdb Index of Viruses. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ICTVdb/Ictv/fs_disis.htm



УДК 616.8-089
EDN RVKNCK

ОПЫТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ХИРУРГИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЕНИЯ НЕЙРОХИРУРГИИ)

Яриков Антон Викторович.

Россия, г. Нижний Новгород, ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России;
ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»; ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского»,
кандидат медицинских наук,
anton-yarikov@mail.ru,
SPIN-код: 8151-2292,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4437-4480>.

Засухин Дмитрий Алексеевич.

Россия, г. Саранск, ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»,
dima.zasuhin.dima@yandex.ru,
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5721-5266>.

Дубровский Даниил Викторович.

Россия, г. Нижний Новгород, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»,
chiefbromden@mail.ru,
ORCID: 0009-0008-9051-8562

Байтингер Андрей Владимирович.

Россия, г. Томск, АНО «НИИ микрохирургии»;
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России;
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
кандидат медицинских наук,
SPIN-код: 5068-6957.

Байтингер Владимир Фёдорович.

Россия, г. Томск, АНО «НИИ микрохирургии»;
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России;
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
доктор медицинских наук,
SPIN-код: 6182-0420.

Селянинов Константин Владимирович.

Россия, г. Томск, АНО «НИИ микрохирургии»;
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
доктор медицинских наук,
SPIN-код: 8402-1040.

Цыбусов Сергей Николаевич.

Россия, г. Нижний Новгород, ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России,
доктор медицинских наук,
SPIN-код: 1774-4646

Перльмуттер Ольга Александровна.

Россия, г. Нижний Новгород, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»,
доктор медицинских наук, профессор,
oaperlmutter@mail.ru.

Фраерман Александр Петрович.

Россия, г. Нижний Новгород, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»,
доктор медицинских наук, профессор,
fraermanap@mail.ru,
SPIN-код: 2974-3349,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3486-6124>.

Пасхин Дмитрий Львович.

Россия, г. Красноярск, ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России,
нейрохирург,
yas-moe@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0003-3915-7796>,
SPIN: 8930-1390;

Соснин Андрей Геннадьевич.

Россия, г. Владивосток, ФГБУ «Дальневосточный окружной медицинский центр» ФМБА России, кандидат медицинских наук,
травматолог-ортопед,
sosdoc@yandex.ru,
SPIN-код: 6493-2303, ORCID: 0000-0003-1370-3904.



РЕЦЕНЗЕНТ: Ефремов Анатолий Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАН, засл. деятель науки РФ

POSTGRADUATE EXPERIENCE IN SURGERY OF THE PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM (USING THE EXAMPLE OF THE DEPARTMENT OF NEUROSURGERY)

Yarikov Anton Viktorovich.

Russia, Nizhny Novgorod, Privolzhsky District Medical Center of the FMBA of Russia;
GBUZ NO "City clinical hospital No. 39";
Lobachevsky National Research Nizhny Novgorod State University,
Candidate of Medical Sciences,
anton-yarikov@mail.ru,
SPIN code: 8151-2292, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4437-4480>.

Zasukhin Dmitry Alekseevich.

Russia, Saransk, Ogarev Mordovian State University,
dima.zasuhin.dima@yandex.ru,
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5721-5266>

Dubrovskiy Daniil Viktorovich.

Russia, Nizhny Novgorod, GBUZ NO «City clinical hospital No. 39»,
chiefbromden@mail.ru,
ORCID: 0009-0008-9051-8562

Bytinger Andrey Vladimirovich.

Russia, Tomsk, ANO «Research Institute of Microsurgery»,
«Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky» Ministry of Health of Russia;
Siberian State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Candidate of Medical Sciences, SPIN code: 5068-6957.

Bytinger, Vladimir Fedorovich.

Russia, Tomsk, ANO «Research Institute of Microsurgery»;
«Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky» Ministry of Health of Russia;
Siberian State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Doctor of Medical Sciences, SPIN code: 6182-0420.

Selyaninov Konstantin Vladimirovich.

Russia, Tomsk, ANO "Research Institute of Microsurgery";
Siberian State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Doctor of Medical Sciences, SPIN code: 8402-1040.

Tsybusov Sergey Nikolaevich.

Russia, Nizhny Novgorod, Privolzhsky District Medical Center of the FMBA of Russia;
Doctor of Medical Sciences, SPIN code: 1774-4646

Perlmutter Olga Alexandrovna.

Russia, Nizhny Novgorod, GBUZ NO «City clinical hospital No. 39»,
Doctor of Medical Sciences, Professor,
oaperlmutter@mail.ru.

Fraerman Alexander Petrovich.

Russia, Nizhny Novgorod, GBUZ NO «City clinical hospital No. 39»,
Doctor of Medical Sciences, Professor,
fraermanap@mail.ru,
SPIN code: 2974-3349, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3486-6124>.

Paskhin Dmitry Lvovich.

Russia, Krasnoyarsk, Federal State Budgetary Institution «Federal Siberian Scientific and Clinical Center» of the FMBA of Russia, yas-moe@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3915-7796>, SPIN: 8930-1390;

Sosnin Andrey Gennadievich.

Russia, Vladivostok, Far Eastern District Medical Center, FMBA of Russia,
Candidate of Medical Sciences,
sosdoc@yandex.ru,
SPIN code: 6493-2303, ORCID: 0000-0003-1370-3904.



REVIEWER: Efremov Anatoly Vasilyevich, doctor of medical sciences, professor, corresponding member of the Russian academy of sciences, honored scientist of the Russian Federation

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлен опыт работы в лечении травм и заболеваний периферической нервной системы на базе нейрохирургического отделения №2 ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» (ПОМЦ) ФМБА России (г. Н. Новгород). Описаны способы повышения квалификации врачей-нейрохирургов, реализация обучения основным навыкам хирургии периферической нервной системы. Обозначена роль научно-исследовательской деятельности, направленной на поиск новых методов диагностики и лечения заболеваний периферической нервной системы. Обсуждены нормативно-правовые документы, приведена экономическая составляющая лечения травматических повреждений периферических нервов. В заключение представлены пути совершенствования хирургии периферической нервной системы.

Ключевые слова: симуляционное обучение, последипломное образование, микрохирургия, практические навыки, нейрохирургия, лечение боли, алгология, нейроконduit.

ABSTRACT

This article presents the experience of working in the treatment of injuries and diseases of the peripheral nervous system at the neurosurgical Department No. 2 of the Volga Region Medical Center (POMC) of the FMBA of Russia (Nizhny Novgorod). The methods of advanced training of neurosurgeons, the implementation of training in basic skills of surgery of the peripheral nervous system are described. The role of research activities aimed at finding new methods of diagnosis and treatment of diseases of the peripheral nervous system is outlined. Regulatory documents were discussed, and the economic component of the treatment of traumatic peripheral nerve injuries was presented. In conclusion, the ways of improving surgery of the peripheral nervous system are presented.

Keywords: simulation training, postgraduate education, microsurgery, practical skills, neurosurgery, pain management, algology, neuroconduit.

Введение.

Хирургия периферической нервной системы (ПНС) – направление, включающее хирургические вмешательства при лечении заболеваний и травм периферических нервов и нервных сплетений. Данным направлением занимаются врачи различных специальностей: нейрохирурги, травматологи-ортопеды, пластические хирурги, кистевые хирурги, челюстно-лицевые хирурги и др. В настоящее время активно применяются и совершенствуются разнообразные виды оперативных вмешательств, выполняемых на ПНС. Врач, выполняющий операции с ПНС, в совершенстве обязан владеть основными видами хирургических вмешательств, знать топографическую анатомию, топическую диагностику ПНС, физиологию ПНС и т.д.

Важным моментом в лечении травм ПНС является определение правильной медицинской тактики, от которой в дальнейшем будет зависеть выздоровление пациента или ограничение его трудоспособности вплоть до инвалидизации [1]. Немедленно следует начинать оперативное лечение при резаных ранах, нанесенных острыми предметами (стеклом, лезвием или ножом) для соединения проксимального и дистального отрезков нерва, что возможно только при очень «чистой» перерезке последних [2, 3].

Актуальность.

На долю поражений периферической нервной системы (ПНС) приходится 5-10% общей заболеваемости населения [4]. В РФ ежегодно регистрируется от 150-700 тыс. случаев повреждений ПНС. В 20-22% травмы ПНС сочетаются с повреждением сухожилий, в 12-15% с магистральными сосудами, в 14-25% с переломами трубчатых костей, а также могут

сопровождаться одномоментным повреждением всех анатомических структур [5]. В 5-10% всех случаев повреждение ПНС носит ятрогенный характер: внутримышечные инъекции, внутривенная катетеризация, после операций (эндопротезирование суставов, остеосинтез, артроскопия, артериальные реконструкции, сафенэктомия, флебэктомия), резекция и/или удаление опухоли, тракция и/или компрессию нерва в ходе операции и др. Ежегодно в РФ в хирургическом лечении нуждается 4-7 тыс. лиц с травматическими повреждениями ПНС. Травматические поражения ПНС верхних конечностей составляют более 70% всех травм нервных стволов. Стоит отметить, что около 45% повреждений ПНС приходится на молодой возраст (21-30 лет), что, в свою очередь, обуславливает высокую социальную значимость данной проблемы. Даже после лечения в специализированных учреждениях около 30% больных становятся инвалидами или вынуждены сменить профессию.

Нормативно-правовые документы по оказанию медицинской помощи при повреждениях ПНС.

Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 07.11.2012 г. № 616 н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений» – основной документ, регламентирующий порядок оказания помощи пострадавшим с повреждениями ПНС. [6] Базовой формой оказания помощи данному контингенту больных является плановое стационарное лечение, без учета осложнений. Кроме того, при травматических повреждениях ПНС наиболее часто вариантом выбора становится первичный отсроченный шов, тогда как рекомендуется выполнение оперативного вмешательства в



раннем периоде после получения ранения, что требует соблюдения ряда условий (высокий уровень подготовки и мастерства хирурга, техническое оснащение стационара, позволяющее выполнять манипуляции с поврежденными нервами и окружающими тканями, наличие специализированных материалов). Именно поэтому реконструктивные оперативные вмешательства планируются в более поздние сроки, что сопровождается дегенерацией поврежденных анатомических образований, иногда необратимого характера.

Цель: повысить продуктивность лечения при травмах и заболеваниях ПНС.

Материалы и методы.

Нейрохирургическое отделение №2 (email: nho@pomc.ru, anton.yarickov@yandex.ru, anton-yarikov@mail.ru) ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» (ПОМЦ) ФМБА России (г. Н. Новгород) активно занимается лечением патологии ПНС при травмах и заболеваниях. В штате отделения имеются врачи нейрохирурги, травматологи-ортопеды, неврологи, пластический хирург и онкологи. В нейрохирургии №2 выполняются реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях (каротидная эндартерэктомия, протезирование сонных артерий, резекция патологической извитости сонных артерий, сонно-подключичное шунтирование, сонно-подключичный анастомоз), на кисти (Болезнь Нотта, Де Кервена, Дюпюитрена, Вайнштейна, гигрома кистевого сустава, травма сухожилий, мягкотканые образования кисти), что позволяет повысить уровень компетенции в сосудистом, сухожильном швах, микрохирургии. Для формирования потока пациентов с патологией ПНС врачи отделения выезжают на консультацию в города Нижегородской обл. (Арзамас, Саров, Бор, Дзержинск) и соседние регионы (Владимирская обл., Пензенская обл., Ульяновская обл., респ. Мордовия), проводят консультации по программе «Телемедицина». С 2024 г. учреждение оказывает помощь участникам СВО. Из-за увеличения спроса на данный раздел хирургии это требует от нейрохирургов повышения уровня теоретической и практической подготовки, мануальных навыков [7, 8].

В лечебную практику внедряются современные хирургические вмешательства, новые медицинские технологии [9]. Все доктора отделения прошли стажировку в НИИ Микрохирургии (г. Томск) (<https://www.microsurgeryinstitute.com/>), где был сделан акцент на участие в оперативных вмешательствах на ПНС, обучении навыкам микрохирургии в лаборатории и повышения уровня теоретической подготовки [10]. Также сотрудники нейрохирургии №2 стажировались в следующих учреждениях: Федеральный центр нейрохирургии (г. Новосибирск и г. Тюмень), НМИЦ им. Г.А. Илизарова (г. Курган), НМИЦ им. Р.Р. Вредена, РНХИ им. А.Л. Поленова (г. Санкт-Петербург), НМИЦ им. Н.Н. Бурденко, НМИЦ им. Н.Н. Блохина, Сеченовский Университет, ФННК ФМБА, РМАПО (г. Москва), ДВФУ (г. Владивосток) [11, 12]. Во время стажировки уклона был сделан на просмотр оперативных вмешательств, осмотр пациентов совместно с ведущими специалистами, обход в отделении. Врачи отделения посетили мастер-классы и кадавер-курсы следующих организаций: Asclepius Academy (<https://asclepius.academy/>), Microlab Surgery (<https://microlab.surgery/>), Hand Masterclass

(<https://handmasterclass.com/>), DASTA Education Centre (<https://dastamed.com/>), Novo Nexus (<https://novonexus.ru/>), АНО ДПО НОМЦ (<https://anonmc.ru/>), Академия кистевого клуба (<https://handgroup.ru/>), Евразийский ортопедический форум (ЕОФ) (<https://eoforum.ru/>), Академия Физической Реабилитации (<https://arehab.ru/>), Терра Инкогнита (<https://nn-terra.ru/>), SMART (<http://traumasmart.ru/>) и Школа фундаментальной нейрохирургии академика Крылова В.В (<http://schoolneuro.ru/>). На данных курсах акцент был сделан на симуляционную подготовку. Специалисты были обучены мануальным навыкам и ознакомлены с основными реконструктивными оперативными вмешательствами на ПНС (эпинеуральный шов, невротизация, аутонейропластика, сухожильно-мышечная транспозиция), микрохирургии, сосудистому и сухожильному шву.

В SMART произведен уклон на сосудистые реконструкции (временное протезирование, боковой сосудистый шов, циркулярный сосудистый шов, циркулярный сосудистый шов с «парашютной техникой»), доступы к магистральным артериям (подключичная, подмышечная, подвздошные, бедренная и т.д.), фасциотомии (показания, техника и т.д.) и РЭ-БОА (рентген эндоваскулярная баллонная окклюзия аорты).

На Академии кистевого клуба акцент был сделан на теоретическую (патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение туннельных невропатий, травм ПНС, сухожильно-мышечные транспозиции, патология кисти) и практическую (Z-, Y-и кожная пластика, основы сухожильного шва) подготовку.

В DASTA Education Centre внимание было сделано на практическую подготовку (отработка навыков невротизации, тенолиза, трансфера сухожилий, основы хирургии кисти).

На HAND MASTERCLASS акцент был сделан на теоретическую (анатомия верхней конечности (нервы, мышцы, кости), история микрохирургии, блокада нервов под УЗ-навигацией, туннельные невропатии) и практическую (базовые микрохирургические навыки, отработка навыков невротизации, тенолиза, шва сухожилий, трансфера сухожилий) подготовки.

В АНО ДПО НОМЦ внимание было обращено на теоретическую (клиническая анатомия, постампутационная боль) и практическую (отработка навыков невротизации, блокад нервов под УЗ-навигацией) подготовки.

Также было проведено обучение в Ассоциации интервенционного лечения боли (АИЛБ) (<https://interpain.ru/>), где основное внимание было уделено проведению интервенционных (блокада, инфильтрация и др.) и оперативных (нейромодуляция, радиочастотная нейроабляция, крионевролиз) вмешательств при травмах и заболеваниях ПНС под УЗ-, рентген-, ЭМГ-навигацией [13].

Перед проведением оперативного вмешательства просматривают показательные видео оперативных вмешательств на следующих платформах: RuTube, VKВидео, YouTube и т.д.

В 2023 г. на базе ПОМЦ ФМБА проведен мастер-класс по хирургии ПНС.

Также в учреждении имеется отделения медицинской реабилитации (круглосуточный и дневной), в которые направляются пациенты на лечение после хирургических вмешательств. Сотрудники отделения медицинской реабилитации прошли обучение по следующим темам: «Индивиду-

альное ортезирование верхней конечности», «Экспресс-ортезирование», «Базовый курс по кинезиологическому тейпированию», «Реабилитация кисти после травм и операций».

Доктора отделения ведут тесную деятельность со следующими ассоциациями: Ассоциация нейрохирургов России (АНР) (<https://ruans.org/>), Ассоциация травматологов России (АТОР) (<https://ator.su/>), Ассоциация вертебрологов России (РАСС) (<https://rass.pro/>), Ассоциация интервенционного лечения боли (АИЛБ), Ассоциация нейромодуляции России (National Neuromodulation Society in Russia-NNSR) (<https://nnsr.com.ru/>), Российское межрегиональное общество по изучению боли (РОИБ) (<https://painrussia.ru/>), Общество кистевых хирургов-кистевая группа, Российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов (РОПРЭХ) (<https://spras.ru/>), Национальное общество реконструктивной микрохирургии (НОРМ) (<https://microsurge.ru/>), Сибирская ассоциация нейрохирургов (СибНейро) (<https://sibneuro.org/>), Ассоциация нейрохирургов Тюменской области (ROOANTO) (<http://rooanto.ru/>) по вопросам хирургии ПНС. Были посещены курсы, конференции, мастер-классы и съезды этих ассоциаций.

Следует отметить, что лечебная работа отделения неотделима от научной деятельности, непрерывного медицинского обучения и организационно-методической работы [14, 15]. ПОМЦ ведет активное сотрудничество с ИКМ ФГАОУ ВО «ННГУ им. Н.И. Лобачевского» (<https://icm.unn.ru/>), ФГКУ «422 Военный госпиталь» Министерства обороны РФ, ЧУЗ «РЖД-Медицина» (<https://nizhny-novgorod.rzd-medicine.ru/>), ГБУЗ НО «Городская больница №33» (<http://mlpu33nn.ru/>) г. Н. Новгород, ФГБУ «ФНКЦРиО» ФМБА России г. Дмитровград (<https://fnkcrio.ru/>), и МБУ ИНО ФГБУ «ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна» ФМБА России (<https://mbufmbc.ru/>) г. Москва.

Результаты.

В настоящее время в отделении ежегодно выполняется 80-90 различных видов оперативных вмешательств и около 120-150 интервенций. При том с каждым годом отмечается рост нестандартным вмешательствам (аутонейропластика, невротизация, сухожильно-мышечные транспозиции, стимуляция стволов периферических нервов, стимуляция поля периферического нерва) и интервенционных вмешательств. Растет количество симулированных операций на ПНС: реконструктивные вмешательства на нервных стволах с швом сухожилий, остеосинтезом, сосудистым шунтированием и др. Также отмечается рост вмешательств при редких патологиях ПНС: опухоли, КРБС, нейропатический болевой синдром, реиннервация лицевого нерва и др. [16].

В настоящее время ПОМЦ ФМБА России обладает богатым опытом лечения следующих патологий:

1. туннельные нейропатии,
 - синдром карпального канала,
 - синдром круглого пронатора (синдром Сейфарта),
 - Лацертус-синдром,
 - синдром кубитального канала,
 - синдром канала Гийона,
 - синдром спирального канала,
 - синдром супинаторного канала (синдром Фрозе, синдром Томсона-Копелля, синдром «локтя теннисиста»),

- синдром Вартенберга,
 - синдром фибулярного канала,
 - синдром тарзального канала,
 - неврома Мортонна,
 - пудендальная нейропатия,
 - синдром верхней апертуры грудной клетки.
2. Травма ПНС.
 3. Опухоли ПНС.
 - доброкачественные (нейрофиброма, шваннома, периневрома и др.),
 - злокачественные.
 4. Комплексный региональный болевой синдром (КРБС).
 5. Нейропатический болевой синдром.
 6. Мононевропатии некомпрессионной этиологии.
 7. Патология плечевого сплетения.
 8. Фантомный болевой синдром.
 9. Паралич лицевого нерва.

В отделении выполняются следующие оперативные вмешательства на ПНС:

- декомпрессия нерва (рисунок 1,2),
- невролиз (рисунок 1,2),
- эпинеуральный шов (рисунок 3),
- аутонейропластика,
- невротизация (рисунок 4),
- таргентная реиннервация культей,
- реиннервация лицевого нерва,
- биопсия объемного образования,
- удаление опухолей ПНС (рисунок 5),
- сухожильно-мышечные транспозиции (рисунок 6),
- блокада/инфильтрация периферических нервов, сплетений,
- радиочастотная нейроабляция периферических нервов (надлопаточный, срединный, седалищный, бедренный, малоберцовый, половой, подвздошно-паховый, бедренно-половой, межреберный, затылочный),
- радиочастотная нейроабляция ганглиев (непарный, звездчатый, тройничный, крылонебный),
- радиочастотная нейроабляция сплетений (поясничное, чревное),
- нейромодуляция ПНС.

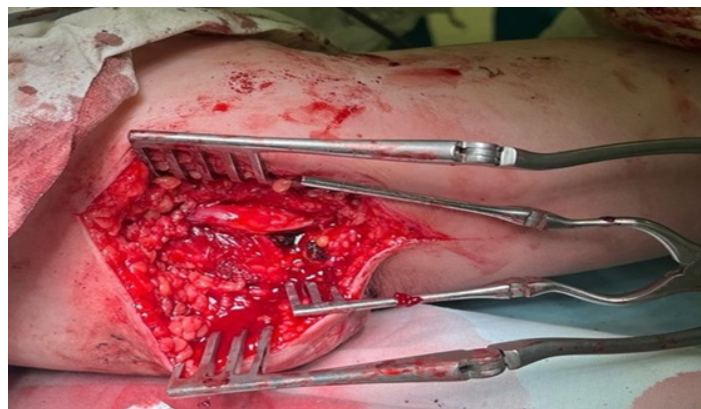


Рисунок 1. Локтевой нерв после декомпрессии рубцово-спаечными образованиями и невролиза



Рисунок 2. Невролиз малоберцового нерва на уровне подколенной ямки



Рисунок 3. Эпинеуральный шов лучевого нерва



Рисунок 4. Невротизация мышечно-кожного нерва межреберными при авульсии корешков.

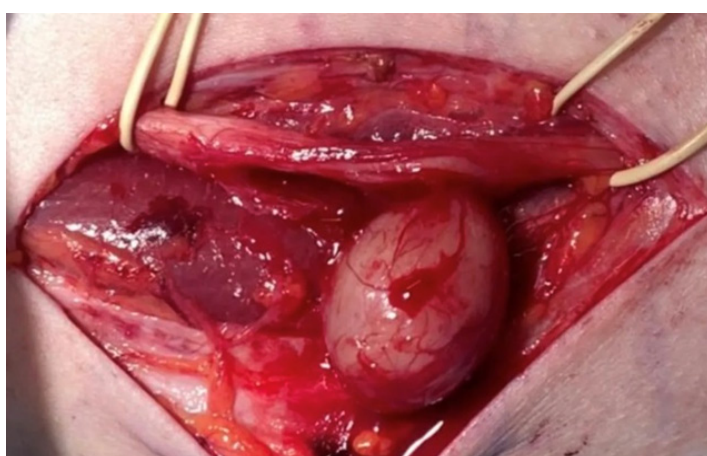


Рисунок 5. Микрохирургическое удаление опухоли срединного нерва



Рисунок 6. Сухожильные транспозиции при нейропатии общего малоберцового нерва

Было опубликовано 56 научных трудов (статей, тезисов) по вопросам диагностики и лечения травм и заболеваний ПНС.

Экономическая оценка лечения повреждений ПНС.

Стоимость лечения одного пациента с посттравматической нейропатией в среднем составляет 55 тыс. ₽, однако интервал затрат в зависимости от состояния больного варьирует от 27 до 92 тыс. ₽ [17].

В 2020 г. было проведено исследование по расчету приблизительных экономических затрат, основанное на анализе 250 пациентов с 268 травмами ПНС верхних конечностей, получавших медицинскую помощь как в неотложной форме, так и в виде длительного наблюдения с периодом реабилитации. Финансовые вложения распределились следующим образом:

- 66% с возмещением больничных расходов в размере 270 тыс. ₽. - лечение острого повреждения срединного нерва
- 24% (200 тыс. ₽) - повреждение локтевого нерва
- 10% (240 тыс. ₽) - повреждение лучевого нерва

Комбинированные повреждения ПНС отличались более высокими затратами:

- в сочетании с травматизацией сухожилий ~ 390 тыс. ₽,
- в сочетании с травматизацией сосудов ~ 370 тыс. ₽.

В зависимости от локализации повреждений стоимость лечения составила:

- травмы ПНС на уровне предплечья ~ 400-490 тыс. ₽,
- травмы ПНС на уровне запястья ~ 200-270 тыс. ₽,
- травмы ПНС на уровне пальцевых фаланг ~ 250-260 тыс. ₽.

Необходимость реабилитационных мероприятий в комплексном лечении травм ПНС потребовалась в 16% случаев, где средние экономические затраты составили 445 тыс. ₽. [18]

По оценке экспертов, мировые затраты на терапию повреждений ПНС к 2030 г. Составят приблизительно 190 млрд. ₽,

со средним приростом в 7,65% ежегодно.

Таким образом, отмечается довольно высокий уровень затрат направленных на лечение повреждений ПНС, что обусловлено высоким процентом инвалидизации и длительным восстановительным периодом. Становление достоверной исследовательской базы, разработок и производство новых материалов и препаратов - один из основных способов снижения финансовых издержек.

Обсуждение.

Развитие мануальных навыков нейрохирургов в настоящее время очень актуально с целью снижения ошибок и осложнений. Тренировка в wet-lab с использованием техноскопов может применяться для повышения компетенции в хирургии ПНС. В современных условиях актуальным является тренировка мануальных навыков в рамках лабораторий для работы с cadaver или на живых животных – wetlab. В хирургии качество ПНС результата в значительной степени определяется точностью манипуляций, работой в ограниченном операционном поле и владением микроинструментами. Поэтому программы подготовки включают тренировку на моделях, которые позволяют безопасно отрабатывать микрохирургические навыки до перехода к клинической практике.

Одним из наиболее эффективных форматов является работа на техноскопах/операционных микроскопах с использованием биологических моделей. Такие занятия развивают у нейрохирургов ключевые микроскопические компетенции: координацию обеих рук, способность выполнять прецизионные движения в глубине раны, навык работы с оптикой, двухручную технику владения инструментами и базовые элементы микрорешивной техники (рисунок 7).



Рисунок 7. Занятие в рамках нейрохирургического кружка



В рамках wet-lab применяются этически одобренные модели тканей животных (обычно послеубойный материал), позволяющие хирургу познакомиться с анатомическими особенностями ПНС и смежных структур. Так же для отработки более сложных манипуляций можно использовать живые биологические модели животных, что максимально приближает тренировочный процесс к реальности, но при этом делает его безопасным. Наиболее часто отрабатываются следующие виды манипуляций:

- ♦ микродиссекция периферических нервов, включая выделение ствола и отдельных фасцикул;
- ♦ нейрорафия – отработка шовных техник и координации в условиях малого диаметра нервных волокон;
- ♦ работа с мягкоткаными доступами, моделирующая этапы подготовки операционного поля при вмешательствах на нервных сплетениях и крупных периферических нервах;
- ♦ манипуляции с сосудисто-нервными пучками, направленные на развитие аккуратности, пространственного восприятия и способности работать рядом с критическими структурами.

Такие практические занятия формируют фундамент хирургической моторики, улучшают ощущение глубины, позволяют освоить эргономику рабочего положения под микроскопом и существенно повышают готовность к выполнению сложных реконструктивных операций на ПНС. Wet-lab остаётся важным мостом между теоретической подготовкой и самостоятельной операционной практикой, обеспечивая безопасную среду для совершенствования микрохирургических навыков.

Эффективность занятий в рамках wet-lab сочетает демонстрацию, наблюдаемую практику под присмотром, повторяемые тренировки и объективную оценку навыков (check-листы, time-тесты, оценка качества швов по стандартизованным критериям). Регулярные тренировки позволяют безопасно переводить обучающихся к работе на более сложных биологических образцах и в конечном счёте – к клинической практике (рисунок 8).

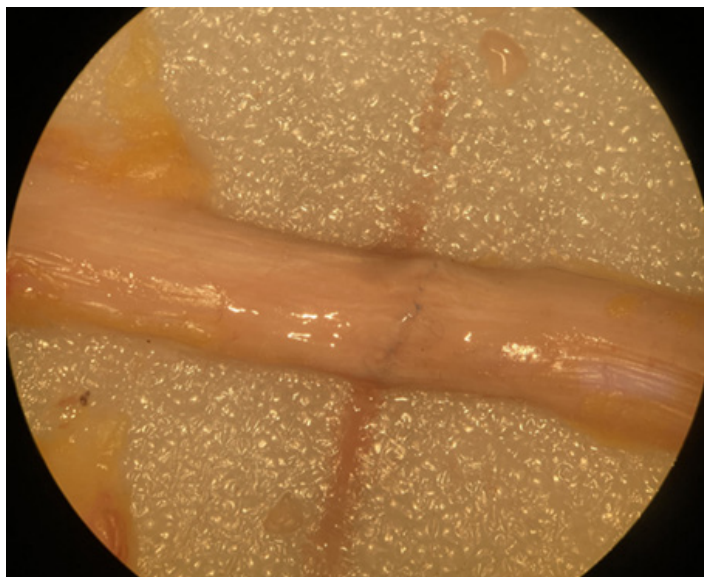


Рисунок 8. Шов нерва на лучевом нерве курицы.
Модель – куриное крыло.

Вышеперечисленные методы обучения применяются в институте клинической медицины ФГАОУ ВО «ННГУ им. Н.И. Лобачевского» г. Н. Новгород (<https://icm.unn.ru/>).

Бесспорно, исход лечения патологии ПНС зависит от квалификации врача-нейрохирурга. Современной тенденцией медицинского образования является внедрение в учебный процесс симуляционного обучения [19]. В настоящее время основной проблемой в додипломном и последипломном образовании нейрохирургов является ограниченность времени получения практических навыков [20]. Симуляционное обучение постепенно становится частью системы практической подготовки нейрохирургов [21]. Особое внимание нейрохирурги ПОМЦ ФМБА России уделяют симуляционному обучению. Обучение практическим навыкам на различных курсах, мастер-классах дало возможность повысить уровень операционной техники, освоить новые виды вмешательств и снизить количество осложнений. Сотрудничество с травматологами-ортопедами, кистевыми хирургами, пластическими хирургами, неврологами, алгологами, анестезиологами-реаниматологами и онкологами по вопросам хирургии ПНС позволило расширить спектр хирургических вмешательств, увеличило процент симультанных операций [22]. У каждой специальности и школы есть свои «хитрости», что позволяет посмотреть на некоторые заболевания с иной стороны.

Травма ПНС часто сочетается с повреждением сосудов, сухожилий, мышц, костей, наличием дефектов кожных покровов (особенно у лиц с боевой травмой), что требует у нейрохирурга знаний в смежных дисциплинах.

Все вышеперечисленные учебные организации (АНО НИИ Микрохирургии, Asclepius Academy, Microlab Surgery, Hand Masterclass, Novo Nexus, Dasta Education, АИЛБ, АНО ДПО НОМЦ, ШФНХ ак. Крылова В.В) показали высокое качество обучения, получения теоретической подготовки и мануальных навыков. Это позволяет им конкурировать с иностранными образовательными организациями (в том числе, по опросу многих курсантов, которые обучались за границей). Для повышения престижа данным организациям необходимо проведение мероприятий за рубежом и привлечения обучающихся из заграницы.

Выводы.

1. Обучение в различных школах, сотрудничество со смежными специалистами, освоение широкого спектра методик позволило сформировать новую школу хирургии ПНС. Это позволило увеличить спектр патологии, диапазон вмешательств на ПНС, количество оперативных вмешательств и повысить их продуктивность. Также отмечается увеличения количества научных работ по вопросам диагностики и лечения патологии ПНС.
2. Нейрохирург, занимающийся хирургией ПНС должен иметь глубокие знания топографической анатомии, топической и функциональной диагностики заболеваний ПНС, пластической хирургии и протезирования кистевой хирургии.
3. Хирург, выполняющий оперативные вмешательства на ПНС должен иметь навыки сухожильного, сосудистого шва, кожной пластики, интервенционных вмешательств.



4. Правильная диагностика и адекватное хирургическое лечение патологии ПНС позволит снизить инвалидизацию, что уменьшит финансовое бремя на экономику страны.
5. Необходимо создание центров хирургии ПНС в крупных городах.
6. В РФ нужно открывать больше образовательных центров, кадавер-центров, симуляционных лабораторий, которые будут заниматься обучением врачей, в том числе и из зарубежья.

Библиографический список.

1. Шимон Р. Почему надо оперировать травматические повреждения периферических нервов? // Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2012. – № 2-3 (32-33). – С. 130-134.
2. Худяев А.Т., Мартель И.И., Самылов В.В., Мещерягина О.С., Россик О.С. Малоинвазивные методы лечения повреждений периферических нервов. // Гений ортопедии. – 2012. – № 1. – С. 85-88.
3. Сафронов В.А., Шевелев И.Н. Предоперационное исследование сохранности нервов-невротизаторов. // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – 2005. – № 3. – С. 17-20.
4. Яриков А.В., Байтингер А.В., Тутуров А.О., Евграфов Д.П., Байтингер В.Ф., Селянинов К.В., Фраерман А.П., Перльмуттер О.А., Волков И.В., Паркаев М.В., Цыбусов С.Н., Гарсия А., Туткин А.В., Соснин А.Г., Ежов И.Ю. Повреждения периферических нервов, история развития лечения, консервативное, интервенционное и хирургическое лечение. // Бюллетень науки и практики. – 2025. – Т. 11. – № 1. – С. 146-184.
5. Гайворонский А.И., Ким-Скалийчук Б.В., Свистов Д.В., Исаев Д.М., Чуриков Л.И. К вопросу о современной классификации боевых повреждений периферической нервной системы. // Казанский медицинский журнал. – 2024. – Т. 105. – № 5. – С. 760-770.
6. Приказ Минздрава России от 7 ноября 2012 г. № 616н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений» [в соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – с. 6724. – 2012. – № 26. – ст. 3442, 3446
7. Древаль О.Н., Кузнецов А.В., Пучков В.Л. Современные учебные технологии в подготовке нейрохирургов на кафедре нейрохирургии РМАПО. // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – 2014. – Т. 6. – № 1. – С. 70-73.
8. Хелимский А.М., Толстоногова В.И., Максимчук Л.В. Семидесятилетняя история кафедры неврологии и нейрохирургии Дальневосточного государственного медицинского университета. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2002. – № 3. – С. 93-96.
9. Алифирова В.М., Ажермачева М.Н. Томская научная школа неврологов. К 120-летию кафедры неврологии и нейрохирургии Сибирского государственного медицинского университета. // Бюллетень сибирской медицины. – 2013. – Т. 12. – № 5. – С. 139-145.
10. Яриков А.В., Байтингер А.В., Байтингер В.Ф., Селянинов К.В., Фраерман А.П., Перльмуттер О.А., Цыбусов С.Н., Клецкин А.Э., Овченков Д.С., Макеев Д.А. Опыт работы института микрохирургии города Томск. // Бюллетень науки и практики. – 2024. – Т. 10. – № 12. – С. 253-261.
11. Суфианов А.А., Якимов Ю.А., Гизатуллин М.Р., Суфианов Р.А., Макаров С.С., Машкин А.М. Опыт комплексного обучения врачей-нейрохирургов. // Виртуальные технологии в медицине. – 2020. – № 4 (26). – С. 18-20.
12. Мещерягина И.А., Скрипников А.А. Применение комбинированной электростимуляции при изолированных и сочетанных повреждениях периферических нервов верхних и нижних конечностей. // Российский медицинский журнал. – 2015. – Т. 21. – № 3. – С. 14-19.
13. Филяева А.С., Яриков А.В., Павлова Е.А., Фраерман А.П., Перльмуттер О.А., Генов П.Г., Новиков Д.А., Туткин А.В., Паркаев М.В., Симонов А.Е., Истрелов А.К. Ассоциация интервенционного лечения боли в последипломном обучении нейрохирургов клинической алгологии. // Виртуальные технологии в медицине. – 2024. – № 3(41). – С. 140-141.
14. Хелимский А.М. Научные достижения кафедры неврологии и нейрохирургии Дальневосточного государственного медицинского университета. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2005. – № 3. – С. 65-68.
15. Захарычева Т.А., Хелимский А.М., Проскокова Т.Н. Кафедра неврологии и нейрохирургии Дальневосточного государственного медицинского университета: страницы истории и научные достижения. // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2023. – № 44 (44). – С. 116-121.
16. Яриков А.В., Игнатъева О.И., Волков И.В., Романов С.В. Современные подходы к решению проблемы комплексного регионарного болевого синдрома. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2023. – № 4. – С. 115-125.
17. Кабакова Т.И., Попов А.В., Давидов С.Б., Гончарова Л.В. Фармакоэкономический анализ лечения стационарных больных неврологического профиля, пострадавших в чрезвычайных ситуациях // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 6-1. – С. 109-112.
18. Bergmeiste KD, Große-Hartlage L, Daeschler S.C., Rhodius P, Bocker A, Beyersdort M., Kern. AO, Kneser U, Harhaus L. Acute and Long Term Costs of 268 Penipheral Nerve Injuries in the Upper Extremity // Plos One. – 2020. – Vol. 15. – 1s. 4.
19. Закондырин Д.Е. Правовые основы обеспечения биологическим материалом симуляционного обучения врачей-нейрохирургов. // Медицинское право. – 2015. – № 6. – С. 47-50.
20. Плутницкий А.Н., Каримова Д.Ю., Макиров Т.Р., Дубинин И.П. Проблемы додипломной и постдипломной подготовки врачей-нейрохирургов. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 3. – С. 965-992.
21. Яковенко И.В., Кондаков Е.Н., Закондырин Д.Е. Организация симуляционно-тренинговой лаборатории для обучения нейрохирургов. // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – 2015. – Т. 7. – № 1. – С. 73-78.
22. Berezin P.A., Zolotov A.S. Lacertus syndrome: one term – two different pathologies. Journal of Hand Surgery (European Volume). – 2023. – Т. 48. – № 8. – С. 825-826.

Новый порядок оказания помощи по акушерству и гинекологии

10 января 2026 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 747н от 19 декабря 2025 г. «Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"», который заменяет прежний порядок, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2020 года № 1130н (за исключением приложений № 7-9).

Новый порядок регулирует наблюдение за течением беременности, включая проведение пренатальных скринингов для выявления рисков хромосомных аномалий и пороков развития плода. Новые правила касаются работы центров охраны репродуктивного здоровья подростков, центров охраны семьи и репродукции, акушерских стационаров, женских консультаций.

Что изменилось принципиально?

1. Усовершенствовали порядок обследования беременных. На сроках 11 недель 0 дней – 13 недель 6 дней, 18 недель 0 дней – 20 недель 6 дней и 34 недели 0 дней – 35 недель 6 дней проводят оценку антенатального развития плода (пренатальный скрининг).

Проведение и оценка антенатального развития плода (пренатальный скрининг) должны выполняться врачами ультразвуковой диагностики, прошедшими повышение квалификации по вопросам ультразвуковой диагностики развития плода (пренатальный скрининг):

№	Наименование программы	Количество часов	Стоимость	Выдаваемый документ
1	Скрининговое УЗИ в первом триместре беременности. Диагностика нарушений развития плода	36	2900	Удостоверение о повышении квалификации
2	Скрининговое УЗИ во втором триместре беременности	72	4000	Удостоверение о повышении квалификации
3	Актуальные вопросы пренатального УЗИ в третьем триместре беременности	72	4000	Удостоверение о повышении квалификации
4	Ультразвуковые скрининговые исследования при беременности и диагностика нарушений развития плода	72	4000	Удостоверение о повышении квалификации

2. Уточнили правила помощи женщинам при наличии у плода хромосомных аномалий, врожденных или наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития.

3. Внесли корректировки в рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения женских консультаций, перинатальных центров, акушерских стационаров и т.д.

4. Установили новые требования к работе с беременными при репродуктивном выборе. Доабортное консультирование проводит медицинский психолог (психолог) или медработник, который прошел повышение квалификации по вопросам психологического консультирования беременных в ситуации репродуктивного выбора (доабортное консультирование):

№	Наименование программы	Количество часов	Стоимость	Выдаваемый документ
1	Психологическое доабортное консультирование	36	2900	Удостоверение о повышении квалификации
2	Доабортное и постабортное психологическое консультирование	72	4000	Удостоверение о повышении квалификации
3	Психологическое доабортное консультирование	72	4000	Удостоверение о повышении квалификации

5. Отдельные разделы данного приказа посвящены оказанию помощи в период родов и послеродовой период, неотложной помощи, включая реанимационные мероприятия, и помощи пациентам с гинекологическими заболеваниями. Подробно прописан порядок искусственного прерывания беременности.

Приказ устанавливает правила организации и оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению. Новые правила касаются работы центров охраны семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков, женских консультаций и акушерских стационаров. Помощь по профилю может оказываться амбулаторно, стационарно, в условиях дневного стационара или вне медицинской организации в экстренной, неотложной и плановой формах.

Допуск к работе без аккредитации в 2026 году

27 января 2026 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 34н от 20 января 2026 г. «Об определении случаев и условий, при которых физические лица могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без прохождения аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или аккредитацией специалиста».

Кто может работать без аккредитации в 2026 году?

1. Специалисты с медицинским или фармацевтическим образованием при соблюдении следующих условий:

- ♦ наличие стажа по специальности в 2025 году (без требований к его объему),
- ♦ наличие документов об образовании и (или) квалификации по данной специальности (направлению подготовки),
- ♦ наличие сертификата специалиста (аккредитации) по аккредитуемой специальности, срок действия которого истек в период с 1 января по 31 декабря 2025 г.

2. Специалисты с иным образованием при соблюдении следующих условий:

- ♦ наличие стажа на должностях медицинских работников в 2025 году,

- ♦ наличие документов об образовании и (или) квалификации по данной специальности (направлению подготовки),

- ♦ соответствие имеющегося образования специалиста квалификационным требованиям приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 206н, или квалификационным требованиям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н, или требованиям профессионального стандарта, или иным квалификационным требованиям, действовавшим на дату трудоустройства данного специалиста.

3. Специалисты с иным образованием, не соответствующие условиям, которые указаны в пункте 2, при соблюдении следующих условий:

- ♦ наличие непрерывного стажа на должностях медицинских работников более 5 лет,
- ♦ наличие диплома о переподготовке по направлению профессиональной деятельности.

Кроме того, данным приказом сохранен упрощенный порядок, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 сентября 2024 г. № 491н, который обеспечивал упрощенный допуск к осуществлению медицинской деятельности на должностях операционной медицинской сестры (операционного медицинского брата), медицинской сестры – анестезиста (медицинского брата – анестезиста) без прохождения аккредитации специалиста в случае чрезвычайной ситуации (федерального, межрегионального, регионального характера).

Что важно отметить?

1. Упрощенный допуск касается исключительно периодической аккредитации.
2. Упрощенный допуск – временная мера, которая направлена на помощь специалистам, не прошедшим периодическую аккредитацию в 2025 году в связи с повышенной нагрузкой на ФАЦ. Им необходимо использовать 2026 год для прохождения процедуры.

Приказ действует до 1 января 2027 года.

Оказание ситуационной помощи маломобильным пациентам

1 сентября 2025 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 210н от 14 апреля 2025 г. «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов инфраструктуры государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и предоставляемых услуг в сфере охраны здоровья, а также оказания им при этом необходимой помощи». Новый приказ № 210н заменил прежний порядок, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2015 г. № 802н. Приказ действует до 1 сентября 2031 года.

Какие ключевые изменения необходимо выделить?

1. Уточнили порядок посадки/высадки пациента и его сопровождения.
2. Ввели норму по условиям допуска на объекты пациента с собакой-проводником.
3. Уточнили, каких именно специалистов можно привлекать для помощи пациентам с нарушениями слуха и зрения.

4. Расширили перечень документов, в соответствии с которыми необходимо оснащать медицинские организации оборудованием с учетом потребностей инвалидов.
5. Ввели требование к доступности официальных сайтов для слабовидящих.
6. Уточнили, к кому применяется требование по доступности транспортных средств для перевозки инвалидов.
7. Расширили формулировку по учету услуг, которые оказывают переводчики русского жестового языка [сурдопереводчик, тифлосурдопереводчик].

Руководители медицинских организаций обязаны организовывать обучение работников, работающих с инвалидами, по вопросам, связанным с обеспечением доступности объектов и услуг с учетом имеющихся у них стойких расстройств функций организма и (или) ограничений жизнедеятельности:

№	Наименование программы	Количество часов	Стоимость	Выдаваемый документ
1	Оказание ситуационной помощи инвалидам и другим маломобильным группам населения при получении ими медицинских услуг (ВО)	36	2900	Удостоверение о повышении квалификации
2	Оказание ситуационной помощи инвалидам и другим маломобильным группам населения при получении ими медицинских услуг (СПО)	36	2500	Удостоверение о повышении квалификации

Новый профстандарт «Врач скорой медицинской помощи»

С 1 сентября 2026 года вступает в силу приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 634н от 10 ноября 2025 г. «Об утверждении профессионального стандарта "Врач скорой медицинской помощи"». Он заменит старый профстандарт от 2018 г.

Основной целью актуализации профстандарта стало правовое регулирование вопросов деятельности в должности «Врач выездной бригады скорой медицинской помощи». Указанная должность была введена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 205н от 02 мая 2023 г. А приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 206н от 02 мая 2023 г. установлены требования к образованию – специалитет «Лечебное дело» или «Педиатрия», полученный после 1 сентября 2023 г.

Упрощенный допуск направлен на то, чтобы восполнить кадровый дефицит врачей СМП без ординатуры, прохождения переподготовки и без краткосрочного повышения квалификации по специальности, указав в профстандарте в качестве требований к образованию специалитет, а в качестве условия допуска к работе – прохождение аккредитации.

Траектория противоречит требованиям приказа № 206н. Если исходить из конструкции, то должность «Врач выездной бригады скорой медицинской помощи» должна быть включена в разделы «Лечебное дело» и «Педиатрия» приказа № 206н и без внесения соответствующих изменений заявленная траектория допуска остается декларативной.



УДК 614.1:613.9(571.14)
EDN YTLGYD

РОЛЬ ЦЕНТРА ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ: ОТ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИЙ ДО ПРИВИТИЯ НАВЫКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Семенова Елена Викторовна.

Россия, г. Новосибирск, Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области,
главный врач,
elena26120@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6341-4822>;
РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=1287564

Ступа Сергей Сергеевич.

Россия, г. Новосибирск, Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области,
заместитель главного врача,
stupa_s73@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8027-1403>;
РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=1166179

Савченко Олег Андреевич.

Россия, г. Новосибирск, ФБУН Новосибирский НИИ гигиены Роспотребнадзора,
кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник,
Savchenkooa1969@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7110-7871>;
РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=426812;
SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57220086064>

РЕЦЕНЗЕНТ: Юдин Андрей Сергеевич, кандидат медицинских наук, врач по общей гигиене, отделение гигиены труда и коммунальной гигиены Центра гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области

THE ROLE OF THE CENTER FOR HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY IN THE NOVOSIBIRSK REGION IN ORGANIZING PREVENTIVE WORK WITH THE POPULATION: FROM THE FORMATION

Semenova Elena Viktorovna.

Russia, Novosibirsk, Center for Hygiene and Epidemiology in the Novosibirsk Region,
Chief Physician,
elena26120@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6341-4822>;
RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=1287564

Stupa Sergey Sergeevich.

Russia, Novosibirsk, Center for Hygiene and Epidemiology in the Novosibirsk Region,
Deputy Chief Physician,
stupa_s73@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8027-1403>;
RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=1166179

Savchenko Oleg Andreevich.

Russia, Novosibirsk, Novosibirsk Research Institute of Hygiene of Rospotrebnadzor,
Candidate of Biological Sciences, Leading Researcher at the Russia,
Savchenkooa1969@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7110-7871>;
RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?authorid=426812;
SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57220086064>

REVIEWER: Chukhrova Marina Gennadyevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Psychology and History of Psychology of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Novosibirsk State Pedagogical



АННОТАЦИЯ

В статье рассматривается системная деятельность Центра гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ) в Новосибирской области как ключевого звена в реализации региональной политики профилактики и формирования здорового образа жизни (ЗОЖ). На основе научных подходов, анализируется комплексная модель работы Центра, охватывающая все этапы: от формирования первичной мотивации у различных групп населения до закрепления практических навыков здоровьесбережения. Особое внимание уделено адаптации научно-методических основ гигиенического воспитания к региональным условиям Сибири, включая работу с сельским населением, трудовыми коллективами, образовательными учреждениями. Показано, что эффективная профилактика невозможна без целенаправленного формирования мотивационной сферы, переходящего в устойчивые поведенческие стереотипы, направленные на достижение активного долголетия. Деятельность ЦГиЭ представлена как практическая реализация современной парадигмы профилактической медицины, где гигиеническое обучение и воспитание являются инструментами управления здоровьем населения.

Ключевые слова: Роспотребнадзор, Центр гигиены и эпидемиологии, Новосибирская область, профилактическая работа, здоровый образ жизни, гигиеническое воспитание, мотивация, здоровьесбережение, трудовое долголетие.

В современных условиях достижение стратегических целей демографической политики и повышение качества жизни напрямую зависят от эффективности системы профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) среди населения. Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области» (ЦГиЭ) выступает ключевым оператором, реализующим государственную политику в области санитарно-эпидемиологического благополучия на региональном уровне. Его роль выходит за рамки контроля и надзора, трансформируясь в активную организацию просветительской и воспитательной работы, основанной на научных принципах гигиены и эпидемиологии. В данном контексте особую ценность представляют научные разработки, систематизирующие теоретические основы и практические методы формирования ЗОЖ [1-21]. Эти работы дают методологический фундамент для построения многоуровневой профилактической работы, где ЦГиЭ выступает в роли интегратора знаний и организатора процесса, направленного на постепенное преобразование сознания и поведения граждан: от зарождения личной мотивации до устойчивых навыков здоровьесбережения.

РЕЗУЛЬТАТЫ (ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ И МОДЕЛЬ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ).

1) Комплексная модель и основные направления профилактической работы ЦГиЭ

ABSTRACT

The article examines the systemic activities of the Center for Hygiene and Epidemiology (CGE) in the Novosibirsk Region as a key link in the implementation of regional prevention policies and the formation of a healthy lifestyle (HL). Based on scientific approaches, the article analyzes a comprehensive model of the Center's work, covering all stages: from the formation of initial motivation among various population groups to the consolidation of practical health-saving skills. Special attention is given to the adaptation of scientific and methodological foundations of hygienic education to the regional conditions of Siberia, including work with rural populations, work teams, and educational institutions. It has been shown that effective prevention is impossible without the purposeful formation of the motivational sphere, which leads to the development of stable behavioral patterns aimed at achieving active longevity. The activities of the Center for Hygiene and Epidemiology are presented as a practical implementation of the modern paradigm of preventive medicine, where hygienic education and training are tools for managing public health.

Keywords: Rospotrebnadzor, Center for Hygiene and Epidemiology, Novosibirsk Region, preventive work, healthy lifestyle, hygienic education, motivation, health preservation, and active longevity.

Деятельность Центра базируется на понимании здоровья как многокомпонентной категории, зависящей от образа жизни, окружающей среды, наследственности и качества медицинской помощи [1, 2]. Современная профилактика, согласно подходам, изложенным в работах [3, 4, 7], – это не просто информирование, а целенаправленный процесс гигиенического обучения и воспитания, ведущий к формированию активной модели ЗОЖ. ЦГиЭ в Новосибирской области, опираясь на эти принципы, строит свою работу как непрерывную цепь взаимосвязанных этапов:

♦ 1-й этап: Формирование мотивации и осознанной потребности.

Исходным пунктом является создание у различных целевых групп (дети, молодежь, трудоспособное население, лица старшего возраста) понимания ценности здоровья как капитала долголетия и качества жизни [5, 8]. В этом ключе Центр использует данные исследований о биомаркерах старения и рисках преждевременного износа организма [9-11], чтобы наглядно продемонстрировать связь между поведенческими привычками и отдаленными последствиями для здоровья.

♦ 2-й этап: Гигиеническое обучение и передача знаний.

На основе учебных пособий и методик [2, 12] специалисты Центра проводят лекции, семинары, тренинги, обеспечивая население достоверными гигиеническими знаниями. Особое внимание уделяется вопросам питания, физической активности, борьбы со стрессом, профилактики зависимостей, безо-



пасного поведения в быту и на производстве.

- ♦ 3-й этап: Формирование навыков и поведенческих стереотипов.

Важнейший этап, на котором знания переводятся в умения. Через практикумы, мастер-классы, акции здоровья ЦГиЭ способствует выработке конкретных навыков, например, составления рационального меню, проведения самообследования, организации рабочего места с учетом эргономики [13, 15, 17].

- ♦ 4-й этап: Закрепление практик и достижение долгосрочных целей.

Конечная цель деятельности Центра – содействие переходу к устойчивому здоровьесберегающему поведению, ведущему к профессиональному и активному долголетию [11, 17, 18]. Работа на этом этапе включает долгосрочное сопровождение, наставничество в коллективах [16] и оценку эффективности вмешательств.

2) Региональная специфика и целевые группы в работе новосибирского ЦГиЭ.

Новосибирская область, являясь крупным промышленным, научным и аграрным регионом Сибири, определяет приоритетные направления работы Центра, которые коррелируют с исследованиями, проведенными в сибирском контексте [10, 19].

- ♦ Работа с трудовыми коллективами.

Учитывая высокую долю занятого населения в промышленности и науке, ЦГиЭ реализует программы «здоровье на рабочем месте». Это включает профилактику профессиональных заболеваний, связанных с производственными факторами и хроническим стрессом [9, 11], формирование корпоративной культуры здоровья [15, 20]. Программы направлены не только на сохранение трудоспособности, но и на повышение производительности труда через здоровьесбережение.

- ♦ Профилактическая работа в сельской местности.

Опыт, описанный для агропромышленного региона Сибири [19], активно применяется ЦГиЭ. Это требует адаптации коммуникационных стратегий, использования местных каналов информации, проведения выездных мероприятий, фокусировки на специфических рисках сельской жизни.

- ♦ Работа с образовательными учреждениями.

Являясь краеугольным камнем профилактики, это направление включает гигиеническое обучение детей и подростков, а также формирование здоровьесберегающей среды в вузах и ссузах. Принципы, изложенные для системы профессионального образования [6, 12-14], лежат в основе программ Центра для новосибирских учебных заведений. Особый акцент делается на подготовке будущих специалистов, для которых ЗОЖ станет неотъемлемой частью профессиональной компетентности.

- ♦ Работа с населением через консультационные пункты и акции.

ЦГиЭ организует работу консультационных пунктов для потребителей, «горячих линий», масштабных акций (таких как «День здоровья»), где каждый житель области может получить персональные рекомендации, измерить ключевые показатели здоровья (артериальное давление, индекс массы тела и др.) и тем самым укрепить мотивацию на основе обратной связи.

Роспотребнадзор, продолжая многолетние традиции и

укрепляя «Санитарный щит страны», неизменно находится на переднем крае защиты жизни и здоровья граждан России [21]. Столетняя история становления санитарной службы сформировала её ключевые преимущества: строгую управленческую вертикаль, научно обоснованный подход к деятельности, оперативность в решениях, сплочённость при выполнении задач и готовность к реагированию на любые угрозы. ЦГиЭ по Новосибирской области в полной мере разделяет эти приоритеты.

Заключение.

Таким образом, Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области выполняет критически важную функцию в системе общественного здоровья региона, выступая в роли практического организатора и проводника научно обоснованной профилактики. Его деятельность, выстроенная в логике от формирования мотиваций к привитию устойчивых навыков, представляет собой реализацию комплексного подхода, теоретическая ценность которого подтверждена практической деятельностью Общества гигиенистов, токсикологов и санитарных врачей. Интеграция научных знаний о здоровье, долголетию, факторах рисков конкретные региональные программы и адресную работу с разными группами населения позволяет ЦГиЭ эффективно содействовать изменению поведенческих моделей в сторону здоровьесбережения. Дальнейшее развитие этой работы видится в углублении персонализации подходов, внедрении цифровых инструментов мониторинга и поддержки, а также в укреплении межведомственного взаимодействия для создания единой здоровьесберегающей среды в Новосибирской области, конечной целью которой является достижение активного и здорового долголетия ее жителей.

Библиографический список.

1. Савченко О.А. Сохрани и преумножь или искусство быть здоровым. – С-Пб. – Омск: Омский автобронетанковый инженерный институт, 2017. – 133 с.
2. Основы гигиенических знаний и здорового образа жизни: учебное пособие для обучающихся средних и высших учебных заведений / О. А. Савченко, И. И. Новикова, Р. И. Айзман [и др.]. – Омск: Омская гуманитарная академия, 2021. – 143 с. – ISBN 978-5-98566-200-9.
3. Савченко О.А., Савченко О.О. Образ жизни - здоровье - риски - качество жизни. // Проблемы гигиенической безопасности и профилактики нарушений трудоспособности у работающих: Материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции с международным участием, Нижний Новгород, 29-30 ноября 2023 года. – Нижний Новгород: Медиа, 2023. – С. 286-293.
4. Савченко О.А. О формировании здорового образа жизни. – М.: Академия медико-технических наук, 2015. – 84 с.
5. Долгожительство: миф или реальность / О. А. Савченко, И. Ф. Мингазов, И. И. Новикова [и др.] // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2022. – Т. 17, № 3. – С. 1110-1119.
6. Савченко О.А., Вейних П.А., Бережной В.Г. Формирование мотивации к здоровому образу жизни, сохранению и укреплению здоровья на этапе получения профессионального образова-



- ния. // Здоровье населения и среда обитания - ЗНиСО. – 2015. – № 2(263). – С. 33–36.
7. Савченко О.А., Савченко О. О. Гигиеническое обучение – воспитание – модель здорового образа жизни и активного долголетия – здоровьесбережение. // Проблемы гигиенической безопасности и профилактики нарушений трудоспособности у работающих: Материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции с международным участием, Нижний Новгород, 29–30 ноября 2023 года. – Нижний Новгород: Медиаль, 2023. – С. 279–285.
8. Савченко, О.А. Роль здорового и безопасного образа жизни в достижении здорового долголетия / О. А. Савченко // Современные аспекты формирования здорового образа жизни : Материалы XI научно-практической конференции с международным участием, Новосибирск, 17 февраля 2023 года. – Новосибирск: Новосибирский государственный медицинский университет, 2023. – С. 238–247.
9. Савченко О.А., Савченко О.О. Образ жизни – здоровье – хронический стресс – производственные факторы -- преждевременное старение. // Здоровье человека, здоровый образ жизни, здоровьесберегающие технологии, физическая культура и спорт: материалы VI Всероссийской научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 08 декабря 2023 года. – С-Пб.: ООО "НИЦ АРТ", 2024. – С. 38–46. – DOI 10.51623/0231046_038.
10. Здоровьесбережение – долголетие –профилактика ускоренного старения – биомаркеры / О. А. Савченко, И. И. Костюк, И. Ю. Кропотов [и др.] // Актуальные вопросы гигиены и профилактики: Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 95-летию ФБУН "Новосибирский НИИ гигиены" Роспотребнадзора". В 2-х частях, Новосибирск, 27–28 февраля 2025 года. – Омск: Омская гуманитарная академия, 2025. – С. 95–101.
11. Трудовой контингент – производственные факторы – хронический стресс – профессиональные заболевания – ускоренное старение – профилактические меры – профессиональное долголетие / О.А. Савченко, И.И. Новикова, О. А. Савченко [и др.] // Научные труды ФГБУЗ "Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства". – Новосибирск: ООО «Сибирское университетское издательство», 2024. – С. 169–175.
12. Гигиеническое обучение и воспитание военнослужащих на этапе получения профессионального образования / О. А. Савченко, К. А. Манченко, Ф. И. Разгонов, А. А. Прохорова // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2016. – № 51. – С. 95–108.
13. Гигиеническая оценка значимости образа жизни в укреплении функциональных возможностей здоровья курсантов на этапе получения профессионального образования / О. А. Савченко, И. И. Новикова, Ю. В. Ерофеев [и др.] // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2014. – №1(15). – С. 119–123.
14. Савченко О.А., Разгонов Ф.И., Савченко О.А. О роли военного образования в сохранении и укреплении здоровья курсантов на этапе получения профессионального образования. // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2016. – № 1(23). – С. 147–156. – DOI 10.17238/issn1998-5320.2016.23.147.
15. Формирование у сотрудников вузов, учреждений, организаций (объектов) стереотипов к ведению здорового образа жизни в целях достижения трудового долголетия / О. А. Савченко, Н. Ф. Чуенко, О. А. Савченко, О. О. Савченко // Профилактика кризисных состояний в условиях образовательной организации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Новосибирск, 16 февраля 2024 года. – Новосибирск: Новосибирский государственный медицинский университет, 2024. – С. 435–443.
16. Организация наставничества и преемственности у сотрудников вузов, учреждений, организаций (объектов) как способ улучшения производительности труда и средство достижения трудового долголетия / О. А. Савченко, О. А. Савченко, Н. Ф. Чуенко, О. О. Савченко // Научные школы как основа развития науки: Сборник научных трудов международной научно-практической конференции, посвященной 300-летию РАН, Новосибирск, 28–29 марта 2024 года. – Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2024. – С. 231–238.
17. Образ жизни и его роль в достижении трудового долголетия / О. А. Савченко, Н. Ф. Чуенко, О. А. Савченко, О. О. Савченко // Современные аспекты формирования здорового образа жизни: Материалы XII научно-практической конференции с международным участием, посвященной 90-летию Новосибирского государственного медицинского университета в 2-х частях, Новосибирск, 28 февраля 2025 года. – Новосибирск: Новосибирский государственный медицинский университет, 2025. – С. 227–233.
18. Система профилактической работы с населением: научный анализ эффективности и практической значимости / О. А. Савченко, И. И. Новикова, Н. Ф. Чуенко [и др.] // Вестник Сибирского Отделения Академии Военных Наук. – 2025. – № 77. – С. 189–195.
19. Организация профилактической работы с населением сельской местности (на примере крупного агропромышленного региона Сибири) / В. Г. Бережной, И. И. Новикова, Ю. В. Ерофеев, О. А. Савченко // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2014. – № 2(16). – С. 56–62.
20. Здоровьесбережение трудового контингента Российской Федерации/ О.А. Савченко, Н.Ф. Чуенко, О. А. Савченко [и др.] // Здоровье и окружающая среда: Сборник материалов международной научно-практической конференции, Минск, 05–06 декабря 2024 года. – Гомель: Редакция газеты "Гомельская праўда", 2024. – С. 121–123.
21. Общество гигиенистов, токсикологов и санитарных врачей в Новосибирской области - современные вызовы, задачи и перспективы / О.А. Савченко, Н.В. Ильиных, С.С. Ступа [и др.] // Актуальные вопросы гигиены и профилактики: Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 95-летию ФБУН "Новосибирский НИИ гигиены" Роспотребнадзора". В 2-х частях, Новосибирск, 27–28 февраля 2025 года. – Омск: Омская гуманитарная академия, 2025. – С. 29–34.



УДК 616.89
EDN ZGROAY

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Большедворская Екатерина Николаевна.

Россия, г. Иркутск, клиника «Здоровый ребенок»,
врач-невролог,
katuxabolsh@gmail.com

РЕЦЕНЗЕНТ: Чухрова Марина Геннадьевна, доктор медицинских наук, доцент

NEUROBIOLOGICAL MODEL OF PRIMARY HEADACHES

Bolshedvorskaya Ekaterina Nikolaevna.

Russia, Irkutsk, Healthy Child Clinic,
neurologist,
katuxabolsh@gmail.com

REVIEWER: Chukhrova Marina Gennadievna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

АННОТАЦИЯ

В статье представлен интегративный подход к пониманию патогенеза первичных головных болей (головной боли напряжения и мигрени) в контексте современной BANI-среды (Brittle, Anxious, Nonlinear, Incomprehensible). Доказывается, что хронический стресс, вызванный информационной перегрузкой, «синдромом упущенной выгоды» и постпандемической тревогой, ведет к системному срыву трех ключевых адаптационных гомеостатов: энергетического, адаптационного и репродуктивного (витального). Этот срыв клинически манифестирует через тригемино-васкулярную и миофасциальную дисфункцию.

Ключевые слова: головная боль напряжения, мигрень, BANI-среда, аллостатическая нагрузка, адаптационный гомеостат, вариабельность сердечного ритма, тригемино-васкулярная система, персонализированная неврология.

Введение.

Первичные головные боли, в особенности головная боль напряжения (ГБН) и мигрень, представляют собой глобальное бремя для систем здравоохранения, занимая второе место среди причин лет, прожитых с инвалидностью во всем мире [1]. Несмотря на прогресс в понимании патофизиологии, включая концепции периферической и центральной сенситизации, роль корковой распространяющейся депрессии (при мигрени) и дисфункцию нисходящих модуляторных путей, эпидемиология демонстрирует тревожный рост хронических и резистентных форм [2]. Традиционные терапевтические подходы, фокусирующиеся на купировании приступа и профилактической медикаментозной терапии, зачастую оказываются недостаточно эффективными в долгосрочной перспективе, что указывает на наличие более глубоких, системных причин.

Можно предположить, что ключевым фактором, объясняющим современную «эпидемию» цефалгий, является качественная трансформация среды обитания человека. Переход

ABSTRACT

The article presents an integrative approach to understanding the pathogenesis of primary headaches (tension headaches and migraines) in the context of the modern BANI environment (Brittle, Anxious, Nonlinear, Incomprehensible). It is proved that chronic stress caused by information overload, "lost profits syndrome" and post-pandemic anxiety leads to a systemic breakdown of three key adaptive homeostats: energy, adaptive, and reproductive (vital). This breakdown is clinically manifested through trigeminal vascular and myofascial dysfunction.

Keywords: tension headache, migraine, BANI environment, allostatic load, adaptive homeostat, heart rate variability, trigeminal vascular system, personalized neurology.

от относительно структурированной VUCA-среды (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity) к BANI-реальности (Brittle, Anxious, Nonlinear, Incomprehensible) создает условия для хронической, комплексной и вездесущей аллостатической нагрузки на центральную нервную систему (ЦНС) [3, 4]. BANI-характеристики среды не являются абстракцией; они имеют конкретные нейробиологические корреляты, воздействующие на системы регуляции боли, стресса и гомеостаза. В данной работе представлена оригинальная интегративная модель, рассматривающая первичную головную боль не как изолированную неврологическую дисфункцию, а как клинический маркер срыва фундаментальных адаптационных гомеостатов организма в условиях BANI-среды. 1. Теоретический фундамент: BANI-среда и теория гомеостатических систем

1.1. Эволюция концепции среды: от VUCA к BANI. Концепция VUCA, пришедшая из военной стратегии, доминировала в описании сложности мира конца XX – начала XXI века [5].



Однако события последнего десятилетия, включая глобальную пандемию, продемонстрировали её недостаточность. Среда стала не просто сложной, а фундаментально хрупкой (Brittle), где стабильные системы рушатся неожиданно; тревожной (Anxious), порождающей перманентное состояние ожидания угрозы; нелинейной (Nonlinear), где малые причины ведут к непропорциональным следствиям; и непостижимой (Incomprehensible), переполненной противоречивой информацией, не складывающейся в целостную картину [3, 6]. Эти условия формируют новый тип хронического стресса, отличный от острых или циклических стрессоров прошлого.

1.2. Три адаптационных гомеостата: энергетический, адаптационный, репродуктивный (витальный). В основе жизнедеятельности любой сложной биологической системы лежат три взаимосвязанных процесса, каждый из которых поддерживается специализированным функциональным контуром – гомеостатом [7].

Энергетический гомеостат обеспечивает базовый метаболизм, производство и распределение энергии (АТФ), поддержание циркадных ритмов.

Адаптационный гомеостат отвечает за обработку изменений, оценку угроз, формирование поведенческих и нейроэндокринных ответов (стресс-реакция).

Репродуктивный (витальный) гомеостат обеспечивает связь с будущим, смыслообразование, мотивацию и социальное поведение, направленное на продолжение и развитие.

Хроническая BANI-нагрузка приводит к последовательному или сочетанному срыву этих систем, что и находит свое отражение в специфических клинических фенотипах головной боли.

2. Нейробиологическая модель: BANI как драйвер дезинтеграции гомеостатов и активации цефалгических систем.

2.1. Срыв энергетического гомеостата (Brittle) и соматические предикторы боли.

BANI-факторы: цифровая перегрузка, нарушение гигиены сна («синий свет»), хронический недосып, информационное истощение.

Нейробиологические мишени: митохондриальная дисфункция в нейронах тройничного ганглия и перикраниальных мышцах; истощение запасов АТФ; нарушение работы ионных насосов (Na⁺/K⁺-АТФазы) [8].

Патофизиологический механизм: снижение энергетического резерва напрямую понижает порог активации периферических ноцицепторов в мышечных волокнах (при ГБН) и сосудистой стенке (при мигрени). Энергодефицит способствует развитию корковой распространяющейся депрессии – ключевому звену мигренозной ауры [9].

Клинический фенотип – «Головная боль истощения»: тупая, давящая, двусторонняя боль. Усиливается к концу рабочего дня, при умственном переутомлении, недосыпе. Частая коморбидность с астенией и синдромом хронической усталости.

2.2. Дисфункция адаптационного гомеостата (Anxious) и модуляция боли.

BANI-факторы: перманентная фоновая тревожность, синдром упущенной выгоды (FOMO – Fear Of Missing Out), необходимость постоянного многозадачного реагирования.

Нейробиологические мишени: гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось (ГГНО), голубое пятно (locus coeruleus), дорсальное ядро шва, нисходящие норадренергические и серотонинергические обезболивающие пути [10].

Патофизиологический механизм: хронический стресс приводит к дисрегуляции ГГНО, от начальной гиперкортизолемии к последующему истощению и адреналовой усталости. Нарушается баланс норадреналина и серотонина, что ослабляет нисходящее ингибирование ноцицептивного потока на уровне дорсального рога спинного мозга и тригемино-цервикального комплекса [11]. Активация голубого пятна усиливает церебральную вазоконстрикцию и тревогу.

Клинический фенотип – «Тревожная цефалгия»: головная боль сочетается с напряжением мышц шеи и плечевого пояса, ощущением «шлема» или «обруча». Четкая связь с эмоциональными стрессорами. Высокая коморбидность с генерализованным тревожным расстройством и паническими атаками.

2.3. Коллапс репродуктивного (витального) гомеостата (Incomprehensible) и центральная сенситизация.

BANI-факторы: Экзистенциальная тревога, утрата смысла, чувство бессилия перед глобальными вызовами (пандемия, климатические изменения), социальная изоляция.

Нейробиологические мишени: сеть пассивного режима работы мозга (Default Mode Network – DMN), включающая медиальную префронтальную кору, заднюю поясную кору и предклинье; островковая доля; периаквадуктальное серое вещество [12].

Патофизиологический механизм: Кризис смысловой сферы коррелирует с гиперактивацией и дисфункциональной связностью DMN, что связано с руминациями и катастрофизацией боли. Снижение активности дорсолатеральной префронтальной коры ослабляет когнитивный контроль над болевым восприятием. Боль сама становится доминирующим смыслом, формируя порочный круг ноципластической боли [13].

Клинический фенотип – «Цефалгия опустошенности»: рефрактерная хроническая ежедневная головная боль. Пациенты описывают страдание как «бессмысленное», «пустоту в голове». Характерна высокая коморбидность с депрессией, алекситимией и ангедонией.

Параметр Nonlinear (Нелинейность) интегрирован во все уровни модели, объясняя, почему незначительный триггер (один негативный комментарий в сети, пропущенный прием пищи) может запустить каскад, приводящий к тяжелому приступу.

3. Методология диагностики: от симптома к оценке гомеостатического дисбаланса

Для реализации персонализированного подхода необходим переход от синдромального диагноза к оценке ведущего типа гомеостатического срыва.

3.1. Оценка энергетического гомеостата (Brittle): Вариабельность сердечного ритма (BCR), «золотой стандарт» неинвазивной оценки вегетативного баланса [14].

Маркеры истощения: низкая общая мощность (Total Power – TP), высокий индекс напряжения (Stress Index – SI). Смещение баланса: высокое отношение LF/HF – симпатикотония (тревога), крайне низкое LF/HF – ваготония (истощение). Дневник головной боли и активности: анализ связи боли с



цифровым временем, качеством сна, периодами умственной нагрузки.

3.2. Оценка адаптационного и витального гомеостатов (Anxious/Incomprehensible).

Психометрическое тестирование:

Шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20).

Анализ копинг-стратегий (опросник COPE).

Структурированное интервью по BANI-триггерам: цифровые привычки, время у экрана, использование соцсетей перед сном, наличие FOMO.

Смысловые аспекты: удовлетворенность работой/учебой, наличие жизненных целей, восприятие глобальных событий.

Персонализированный терапевтический алгоритм: лечение гомеостата, а не боли. Лечение строится поэтапно, с приоритетом на восстановлении наиболее дефицитной системы.

Заключение.

Предложенная BANI-гомеостатическая модель представляет собой новый парадигмальный взгляд на патогенез первичных головных болей, интегрирующий достижения нейробиологии, психосоматики и социальных наук. Она позволяет:

1. Классифицировать пациентов по типу лежащего в основе гомеостатического дефицита, что повышает точность прогноза.
2. Разрабатывать персонализированные, этапные протоколы лечения, направленные на устранение причины, а не на подавление симптома.
3. Использовать объективные инструменты (BCP) для мониторинга эффективности терапии и коррекции стратегии.
4. Интегрировать методы цифровой гигиены и смысло-ориентированной психотерапии в стандартный неврологический прием.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на валидацию модели с помощью методов нейровизуализации (оценка связности DMN), поиска биохимических маркеров срыва гомеостатов (нейротрофины, маркеры воспаления) и проведения рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) предложенного поэтапного алгоритма против стандартной терапии. В эпоху BANI головная боль становится не только клинической проблемой, но и важным биомаркером дезадап-

тации человека к новой реальности, а её успешное лечение – моделью для холистического подхода в медицине XXI века.

Библиографический список.

1. GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2018;17(11):954–976.
2. Ashina M., Katsarava Z., Do T.P., et al. Migraine: epidemiology and systems of care. *Lancet.* 2021;397(10283):1485–1495.
3. Cascio J. Facing the Age of Chaos. 2020. [Электронный ресурс]. URL: <https://medium.com/@cascio/facing-the-age-of-chaos-b00687b1f51d>
4. McEwen B.S. Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci.* 1998;840:33–44.
5. Bennett N., Lemoine G.J. What a difference a word makes: Understanding threats to performance in a VUCA world. *Business Horizons.* 2014;57(3):311–317.
6. Fath B.D., Dean C.A., Katzmaier H. Navigating the adaptive cycle: an approach to managing the resilience of social systems. *Ecology and Society.* 2015;20(2):24.
7. Sterling P. Allostasis: a model of predictive regulation. *Physiol Behav.* 2012;106(1):5–15.
8. Gross E.C., Lisicki M., Fischer D., Sándor P.S., Schoenen J. The metabolic face of migraine – from pathophysiology to treatment. *Nat Rev Neurol.* 2019;15(11):627–643.
9. Charles A. The evolution of a migraine attack – a review of recent evidence. *Headache.* 2013;53(2):413–419.
10. Borsook D., Maleki N., Becerra L., McEwen B.S. Understanding migraine through the lens of maladaptive stress responses: a model disease of allostatic load. *Neuron.* 2012;73(2):219–234.
11. Maleki N., Becerra L., Borsook D. Migraine: maladaptive brain responses to stress. *Headache.* 2012;52 Suppl 2:102–106.
12. May A. Understanding migraine as a cycling brain syndrome: reviewing the evidence from functional imaging. *Neurol Sci.* 2017;38(Suppl 1):125–130.
13. Woolf C.J. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain.* 2011;152(3 Suppl):S2–S15.
14. Heart rate variability: standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Circulation.* 1996;93(5):1043–1065.

10 марта

День диетолога

10 марта в ряде стран отмечается профессиональный праздник специалистов, занимающихся вопросами правильного и здорового питания, – День диетолога.

Врачи-диетологи занимаются лечением и профилактикой ожирения, а также разрабатывают рекомендации под каждого пациента по вопросам правильного питания и ведения здорового образа жизни.

Можно сказать, что диетология – древняя наука, поскольку интерес к принципам правильного питания возникал в разных цивилизациях и эпохах, что подтверждается текстами древних цивилизаций – Египта, Греции и Китая, где питание рассматривалось как ключевой аспект здоровья и долголетия. Своё развитие в качестве научной дисциплины диетология получила в конце 19 века, когда появились научные исследования и эксперименты, изучающие биохимические и физиологические аспекты пищеварения и питания. И сегодня она продолжает развиваться как отдельная научная дисциплина, связанная с медициной, биохимией и пищевой технологией.



УДК: 614.2
EDN WDTKAK

ОЖИРЕНИЕ – НАЗРЕВШАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СТРАТЕГИЯ БОРЬБЫ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Глотова Марина Евгеньевна.

Россия, г. Нижний Новгород, ГБУ «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов», кандидат медицинских наук, заместитель директора по реабилитации, norci.zammed@yandex.ru

Куртин Александр Николаевич.

Россия, г. Нижний Новгород, ГБУ «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов», директор, norcidir@yandex.ru

Шевченко Сергей Владимирович.

Россия, г. Нижний Новгород, ГБУ «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов», врач-ординатор, gbunorci@yandex.ru

Веревкин Андрей Иванович.

Россия, г. Нижний Новгород, ГБУ «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов», кандидат медицинских наук, врач, gbunorci@yandex.ru

РЕЦЕНЗЕНТ: Носкова Вера Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры экономики, менеджмента и медицинского права ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

OBESITY IS A CURRENT MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM OF MODERN HEALTHCARE. STRATEGY FOR COMBAT AND WAYS TO OVERCOME IT

Glotova Marina Evgenievna.

Russia, Nizhny Novgorod, State Budgetary Institution "Nizhny Novgorod Regional Rehabilitation Center for the Disabled", candidate of medical sciences, deputy director for rehabilitation, norci.zammed@yandex.ru

Kurtin Alexander Nikolaevich.

Russia, Nizhny Novgorod, State Budgetary Institution "Nizhny Novgorod Regional Rehabilitation Center for the Disabled", director, norcidir@yandex.ru

Shevchenko Sergei Vladimirovich.

Russia, Nizhny Novgorod, State Budgetary Institution "Nizhny Novgorod Regional Rehabilitation Center for the Disabled", medical resident, gbunorci@yandex.ru

Verevkin Andrei Ivanovich.

Russia, Nizhny Novgorod, State Budgetary Institution "Nizhny Novgorod Regional Rehabilitation Center for the Disabled", candidate of medical sciences, physician, gbunorci@yandex.ru

REVIEWER: Noskova Vera Anatolyevna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Economics, Management and Medical Law of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Volga Region Research Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

АННОТАЦИЯ

В статье представлены эпидемиологические данные о распространенности ожирения и избыточной массы тела в разных половозрастных группах населения России и других странах. Обозначены основные проблемные

ABSTRACT

This article presents epidemiological data on the prevalence of obesity and overweight in different age and gender groups in Russia and other countries. Key problematic aspects of obesity management are identified. Solutions to obesity as



аспекты борьбы с ожирением. Отражены пути решения борьбы с ожирением, как медико-социальной проблемы, предпринимаемые и осуществляемые на правительственном уровне. Определены наиболее уязвимые группы населения, нуждающиеся в проведении коррекционных профилактических и лечебных мероприятий. Особо отмечена необходимость проведения не только лечебных, фармакологических, но и профилактических мероприятий, в том числе мероприятий по изменению образа жизни.

Ключевые слова: факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, избыточная масса тела, ожирение, профилактика метаболического синдрома, совершенствование мероприятий по коррекции факторов риска.

Актуальность проблемы.

В настоящее время распространенность ожирения и избыточной массы тела представляет собой важную медико-социальную проблему. По данным Всемирной организации здравоохранения [ВОЗ], объявившей ожирение «эпидемией XXI века», избыточной массой тела страдают более 40% взрослого населения планеты. Более чем у 1,9 млрд. людей в возрасте старше 18 лет во всем мире имеется избыточная масса тела, из них 650 млн. страдают ожирением [2, с. 151-153].

Показатели распространенности ожирения возрастают высокими темпами, так, частота ожирения в Европейском регионе за последние 20 лет увеличилась практически в 3 раза. Большую угрозу здоровью будущих поколений создает рост ожирения среди детей, подростков и молодежи, а также среди женщин репродуктивного возраста.

Группа национальных экспертов из Ирландии, Испании, Португалии и Словении вместе со Специальной инициативой ЕРБ ВОЗ по неинфекционным заболеваниям и инновациям (СНИ) и Европейским центром ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи выступили с инициативой уделять первоочередное внимание профилактике и лечению ожирения в качестве одного из основных компонентов всеобщего охвата услугами здравоохранения и борьбы с хроническими неинфекционными

a medical and social problem, undertaken and implemented at the government level, are discussed. The most vulnerable population groups requiring corrective, preventive, and therapeutic measures are identified. The need for not only therapeutic and pharmacological measures, but also preventive measures, including lifestyle modification, is emphasized.

Keywords: risk factors for chronic noncommunicable diseases, overweight, obesity, metabolic syndrome prevention, improvement of risk factor correction measures.

заболеваниями (ХНИЗ) системой здравоохранения во всем мире (совещание Демонстрационной платформы ВОЗ по борьбе с ожирением, Дублин, Ирландия, январь 2025 г.).

Актуальность данной темы продиктована увеличением частоты распространения ХНИЗ, приносимым экономическим ущербом, связанным с высокой частотой госпитализации, временной утратой трудоспособности и смертности. Необходима разработка новых подходов по коррекции избыточной массы тела (ИМТ) и абдоминального ожирения (АО) – основных факторов риска ХНИЗ, в том числе таких значимых, как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа).

Проблема ожирения в Российской Федерации и пути ее решения.

В настоящее время в России проблема ожирения приобретает национальный характер. По оценкам Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2024 г. в России проживает более 40 млн. человек, страдающих ожирением, что составляет более 25,5% от всего населения страны. В то же время распространенность ожирения в Китае и Индии – 15% населения, в Германии и Великобритании – около 20%, в США 70% взрослого населения имеют ИМТ, из них 38% страдают ожирением [2, с. 151-153] (рис. 1).

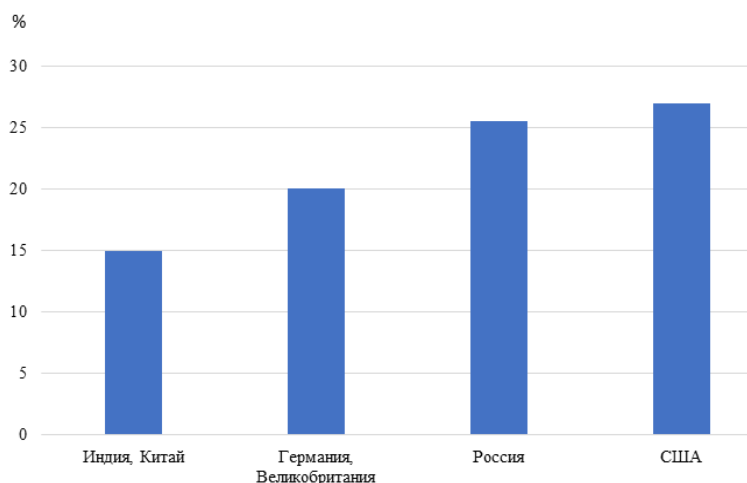


Рисунок 1. Распространенность ожирения в странах мира в современных условиях



По результатам комплексных медицинских обследований 13 948 лиц обоего пола в возрасте от 20 до 79 лет, проживающих на территории Ярославской области, распространенность избыточной массы тела и ожирения среди взрослого населения Ярославской области составила 34,2%, ожирения – 31,6% [6, с. 166].

Российские эксперты призывают сделать профилактику ожирения и борьбу с эпидемией ожирения одним из центральных направлений общественного здравоохранения.

Абдоминальное ожирение и избыточная масса тела – значимые факторы риска, ведущие к развитию метаболических изменений, а в дальнейшем – целого ряда различных заболеваний. Роль ожирения в формировании метаболического синдрома (МС) признается большинством исследователей, также как трансформация метаболического синдрома в сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС)), сахарный диабет 2 типа, жировой гепатоз печени и другие ХНИЗ [3, с. 24; 5, с. 85]. Ожирение является не только одним из основных факторов риска развития вышеперечисленных ХНИЗ, но также фактором, отягощающим их течение и увеличивающим риск возникновения осложнений, в том числе фатальных, таких, как инфаркты и инсульты.

Вышесказанное подтверждает необходимость дальнейшей разработки и внедрения в повседневную практику врачей современных высокоэффективных методов профилактики и лечения избыточной массы тела и ожирения. В соответствии со статьей 12 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» профилактика ХНИЗ, являющихся основной причиной преждевременной смертности, утраты трудоспособности граждан, а также коррекция факторов риска их развития, ранняя диагностика и лечение являются центральным направлением системы национального здравоохранения [8, с. 9].

В Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 г., утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 8 декабря 2025 г. № 896 (далее – Стратегия) отмечена отрицательная динамика в виде увеличения числа российских граждан в возрасте 19 лет и старше, страдающих ожирением из-за сохраняющейся привычки к нерациональному питанию и недостаточной физической активности к 2024 г. [7, с. 3]. Согласно утвержденной на государственном уровне Стратегии основными задачами развития здравоохранения в Российской Федерации являются борьба с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний, включая повышение мотивации граждан к ведению здорового образа жизни, обеспечение динамического наблюдения за состоянием здоровья граждан, у которых выявлены изменения в организме, способные привести к формированию факторов риска развития заболеваний и предикторов их развития, реализация мер, направленных на борьбу с ожирением населения [7, с. 8].

Министр здравоохранения Российской Федерации М. А. Мурашко в рамках Российского национального конгресса «Человек и лекарство» на вступительном слове 14 апреля 2025 г. сделал заявление, что идеология «токсичного бодипозитива» отбирает у россиян здоровый образ жизни, и призвал уделить особое внимание пациентам с ожирением, которое является не просто

недостатком, а серьезным медицинским состоянием и одним из ключевых факторов риска, формирующим до 40% ХНИЗ.

Всероссийский союз пациентов (ВСП), объединяющий 17 общероссийских и межрегиональных пациентских организаций из более 80 регионов России, обратился к правительству с просьбой принять дополнительные меры поддержки пациентов, страдающих ожирением. В обращении ВСП к правительству Российской Федерации было сказано, что борьба с ожирением должна стать частью национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Данный проект стартовал 1 января 2025 г. и действует до 2030 г. Целью национального проекта является увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году, в том числе опережающий рост показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни. ВСП небезосновательно предлагает включить в указанный национальный проект целевые показатели, характеризующие распространенность ожирения. В том числе обозначить ограничивающие показатели доли взрослого населения с индексом массы тела (ИМТ) больше 30. На данный момент такой показатель в проекте отсутствует.

Целесообразно выделить следующие популяционные направления для стратегической работы по борьбе с ожирением и ИМТ.

Следует уделить отдельное внимание вопросу помощи женщинам репродуктивного возраста с избыточной массой тела и ожирением. Ожирение у женщин детородного возраста оказывает критическое воздействие на снижение репродуктивной функции, сопровождаясь высокой частотой ановуляции, синдромом гиперандрогении, нарушением менструальных циклов. Режим питания беременных также оказывает непосредственное влияние на состояние здоровья ребенка. Эта группа женщин, по мнению представителей ВСП, должна быть обеспечена препаратами для снижения массы тела, для них должен быть упрощен доступ к бариатрическим процедурам.

Вторым тревожным аспектом является проблема детского ожирения, подростков и молодежи. По данным исследования, проведенного Г.И. Бездетко, В.С. Ступак, Т.Г. Богдановой, опубликованного в 2024 г., за девятилетний период (2014–2022 гг.) в Приволжском федеральном округе (ПФО) были выявлены тенденции к росту показателей общей и впервые выявленной (первичной) заболеваемости ожирением у детей 15–17 лет на 7,9 % и 16,9% соответственно. По данным на 2022 г. показатель общей заболеваемости ожирением в ПФО был больше, чем по Российской Федерации на 14,9% [1, с. 40].

Высокую распространенность нарушений питания среди детей и подростков Тюменской области продемонстрировало исследование, проведенное Сметаниной С.А., Сургутской А.Ю., Дзгоевой Ф.Х. (2025г.). Авторы приводят следующие данные по распространенности детского ожирения среди детей и подростков от 3 до 18 лет в Тюменской области. Из числа обследованных 5130 человек, учащихся дошкольных и школьных учреждений, доля детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением составила 1209 человек (23,6%), из них 778 детей (15,2%) имели избыточную массу тела, а 431 человек (8,4%) – ожирение [4, с. 28].

Настороженность вызывает негативная тенденция к росту



«детского ожирения»: по последним данным, в 2024 г. число случаев ожирения среди подростков 14–18 лет увеличилось в 2 раза.

Ожирение у детей 15–17 лет может стать не только причиной для развития хронических соматических заболеваний, но также стать основой депрессивных состояний, беспокойства и низкой самооценки. Борьба с ожирением с детского возраста прописана в Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2030 года [7, с. 9–13]. «Начало профилактики и борьбы с ожирением с детского возраста критически важно, так как именно в этот период закладываются основы пищевых привычек и физической активности, а значит – база здоровья, что позволяет избежать серьезных проблем со здоровьем в зрелом возрасте», – сказала О.М. Драпкина, главный внештатный специалист Министерства Здравоохранения Российской Федерации по терапии и общей врачебной практике.

Совет при правительстве по вопросам попечительства в социальной сфере утвердил комплекс мер по борьбе с ожирением у детей и подростков в 2023 г., их реализация началась с января 2024 г. В программе задействованы федеральные органы исполнительной власти, национальные медицинские исследовательские центры, профессиональные некоммерческие организации в сфере охраны здоровья и др.

Для борьбы с возрастающим количеством случаев детского ожирения 1 июля 2024г. Министерство здравоохранения России и АНО «Национальные приоритеты» запустили платформу по популяризации здорового питания и профилактике детского ожирения. Проект создан в рамках федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» нацпроекта «Демография». По данным мониторинга начиная с июля 2024 г. профилактическими диспансерными осмотрами были охвачены 2,2 миллионов человек.

Третьим направлением в борьбе с ожирением следует считать популяцию взрослого населения, имеющую ХНИЗ, тесно ассоциированные с ожирением, такие, как АГ, ИБС, СД

2 – типа, заболевания опорно-двигательного аппарата. В 2024 г. диагноз «ожирение» был установлен у более, чем 3 млн. россиян. В августе 2025 г. депутаты предложили официально признать ожирение социально значимым заболеванием. Меры против ожирения включены в Стратегию развития здравоохранения Российской Федерации до 2030 года [7, с. 9–13]. Министерство здравоохранения России с привлечением экспертного сообщества, по заявлению заместителя председателя правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой к марту 2026 г. разработают так называемый «план стройности» для взрослых. Для снижения высоких показателей распространенности заболевания в комплекс основных мер будут включены такие мероприятия, как ограничение маркетинга вредных продуктов, маркировка питания, увеличение физической активности населения, развитие многопрофильной медицинской помощи (врачи, диетологи, психологи). По данным исследования, проведенного российской фармацевтической компанией «ГЕРОФАРМ» совместно с Центром экспертизы контроля качества медицинской помощи, социально-экономический аспект проблемы ожирения выражается в том, что минимальные ежегодные расходы государства на лечение таких пациентов достигают 150 млрд рублей, а косвенные затраты, связанные с потерей трудоспособности, исчисляются сотнями миллиардов. Исследование показало, что более 300 тысяч преждевременных смертей в год вызваны осложнениями ожирения. На конгрессе «Национальное здравоохранение» в октябре 2025 г. эксперты подчеркнули необходимость комплексного подхода к решению проблемы борьбы с ожирением. При этом основные направления национальной стратегии борьбы с ожирением должны включать меры профилактики и формирования здорового образа жизни, меры медицинского характера, меры государственного регулирования (рис. 2).

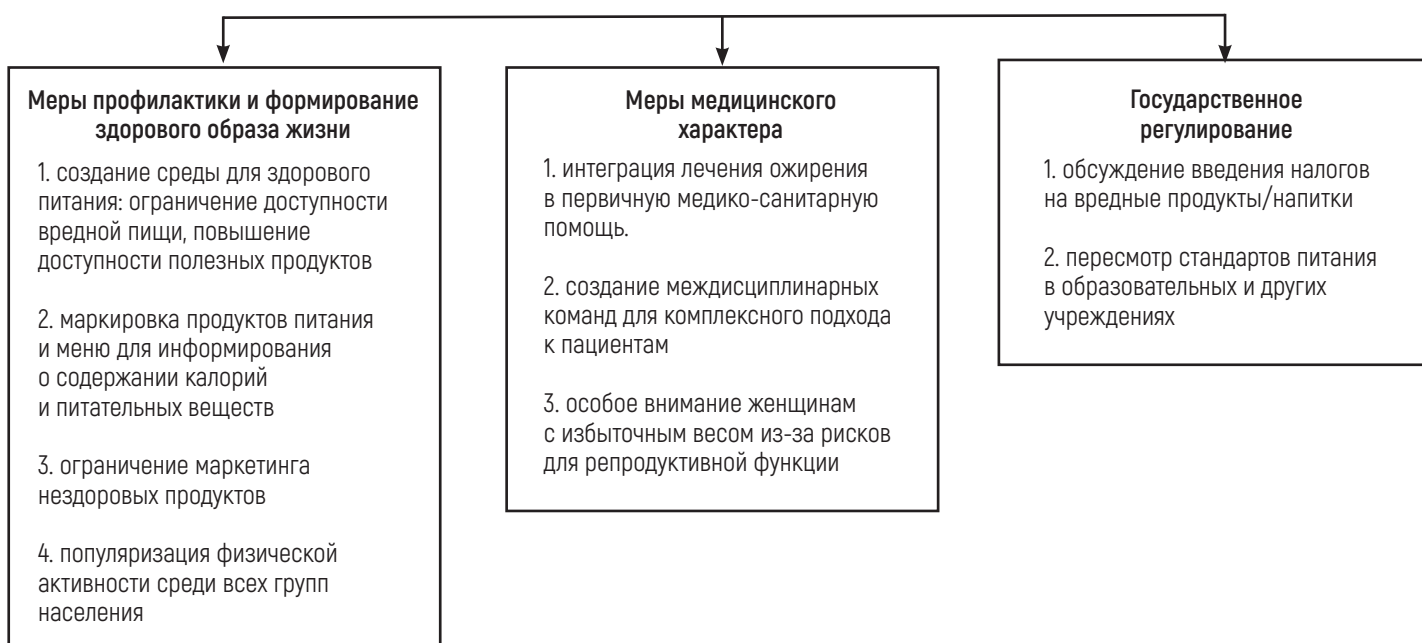


Рисунок 2. Основные направления национальной стратегии борьбы с ожирением.



В настоящее время на амбулаторном и стационарном этапах лечения достаточно определены фармакотерапевтические методы профилактики и лечения проявлений ожирения. В выступлении на конгрессе П.П. Родионов, генеральный директор компании ГЕРОФАРМ, заместитель председателя Совета при правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере, указал, что фармацевтические компании серьезно воспринимают проблему и ищут комплексные пути ее решения через создание лекарств и участие в информационных программах. Однако «включение профилактики ожирения в стратегию – это не просто признание проблемы, это реальный шаг к созданию более здорового будущего для миллионов детей и взрослых».

В условиях санаториев успешно применяется немедикаментозная коррекция массы тела, как одного из важнейших факторов риска возникновения ожирения.

Однако, по мнению экспертного сообщества, подходы к разработке профилактических методов лечения ожирения используются не в полном объеме. В тоже время, для достижения высокой эффективности в профилактике и лечении, в том числе ожирения, необходим индивидуальный комплексный подход, разработка персонализированных программ, в основе которых лежит тщательное обследование пациента, сочетание диетотерапии, модификации образа жизни, психотерапии, методов физиотерапевтического воздействия и постоянный самоконтроль над избыточной массой тела в течение всей жизни.

Ранняя диагностика, профилактика и формирование культуры осознанного потребления стали ключевыми темами сессии «Битва за здоровье: как лишний вес стал глобальным вызовом для здравоохранения», состоявшейся 23 октября 2025 г. в рамках конгресса «Национальное здравоохранение».

Таким образом, приоритетными направлениями развития здравоохранения в Российской Федерации на современном этапе является формирование среды, способствующей сбережению здоровья, совершенствование деятельности медицинских организаций, осуществляющих профилактику, раннее выявление и динамическое наблюдение за пациентами с ХНИЗ, продвижение принципов здорового питания с акцентом на индивидуальные программы питания.

Необходимо активно разрабатывать эффективные стратегии профилактики, концентрируя внимание на контроле и снижении метаболических и поведенческих факторов здоровья. Требуется дальнейшее совершенствование форм профилактической деятельности, с внедрением психологических методик

в рамках различных видов профилактического консультирования с целью выработки мотивационных установок на ведение здорового образа жизни. Усиление профилактической и реабилитационной направленности в деятельности медицинских организаций, в том числе санаториев, позволит своевременно проводить диагностику ХНИЗ и факторов риска их развития, повысить медицинскую культуру пациента, приверженность к выполнению врачебных назначений, сформировать поведенческие навыки, способствующие снижению риска заболевания.

Библиографический список.

1. Бездетко Г.И., Ступак В.С., Богданова Т.Г. Динамика заболеваемости ожирением детей 15-17 лет в Приволжском федеральном округе // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2024. – № 4. – С. 36–41.
2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 672 с.
3. Недогода С.В., Цыганкова О.В. Избыточная масса тела и ожирение при метаболическом синдроме // Российский кардиологический журнал. – 2025. – Т. 30. – № 15. – С. 23–36.
4. Сметанина С.А., Сургутская А.Ю., Дзгоева Ф.Х. Распространенность детского ожирения в Тюменской области: современное состояние проблемы // Ожирение и метаболизм. – 2025. – №22(1). – С. 26–34.
5. Спицин А.П., Железнова А.Д., Колодкина Е.В. Избыточная масса тела как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста // Вятский медицинский вестник. – 2020. – №3(67). – С. 85–91.
6. Тятенкова Н.Н., Уварова Ю.Е. Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди взрослого населения Ярославской области // Ожирение и метаболизм. – 2020. – №17(2). – С. 164–170.
7. Указ Президента Российской Федерации от 8 декабря 2025 г. № 896 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года» // Официальный интернет-портал правовой информации [Электронный ресурс]. 2025. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202512090003> [дата обращения: 05.02.2026].
8. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» // Официальный интернет-портал правовой информации [Электронный ресурс]. 2011. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/000120111220007> [дата обращения: 05.02.2026].

7 апреля

Всемирный день здоровья

Всемирный день здоровья (англ. World Health Day) отмечается ежегодно 7 апреля в день создания в 1948 году Всемирной организации здравоохранения, ВОЗ (англ. World Health Organization, WHO). За время, прошедшее с того исторического момента, членами ВОЗ стали 194 государства мира.

Ежегодное проведение Дня здоровья вошло в традицию с 1950 года. Информационно-просветительские мероприятия Дня проводятся для того, чтобы люди могли понять, как много значит здоровье в их жизни. А здравоохранительные организации призваны решить вопрос, что им нужно сделать, чтобы здоровье людей во всем мире стало лучше.



УДК 616
EDN UTERBB

МАНУАЛЬНО - СЕНСОРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Хрипков Владимир Васильевич.

Россия, г. Курск, Кабинет мануальной терапии,
главный врач, врач – невролог, мануальный терапевт,
врач мануально-сенсорной медицины,
Vertebrol53@mail.ru.

Никулина Мария Владимировна.

Россия, г. Курск, Кабинет мануальной терапии,
мануальный терапевт, кинезиолог,
врач мануально-сенсорной медицины,
mvnikulina7777@mail.ru.

РЕЦЕНЗЕНТ: Масалева Ирина Олеговна, ФГБОУ КМГУ Минздрава России, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры неврологии и нейрохирургии

MANUAL-SENSORY PREVENTION OF MUSCULOSKELETAL DISEASES IN CHILDREN AND ADULTS

Khripkov Vladimir Vasilievich.

Russia, Kursk, Manual therapy office,
chief physician, Manual Therapist,
manual-sensory medicine physician,
Vertebrol53@mail.ru.

Nikulina Maria Vladimirovna.

Russia, Kursk, Manual therapy office,
manual therapist, kinesiologist,
doctor of manual-sensory medicine,
mvnikulina7777@mail.ru.

REVIEWER: Masaleva Irina Olegovna, Krasnodar state medical university, candidate of medical sciences, associate professor of the department of neurology and neurosurgery

АННОТАЦИЯ

В статье раскрываются вопросы проведения мануально-сенсорной профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата детей и взрослых.

Ключевые слова: мануально-сенсорная медицина, мануально-сенсорная профилактика

ABSTRACT

This article explores the use of manual-sensory prophylaxis for musculoskeletal disorders in children and adults.

Keywords: manual-sensory medicine, manual-sensory prophylaxis

Мануально-сенсорная профилактика заболеваний и патологий опорно-двигательного аппарата детей и взрослых – это особый инновационный этап мануально-сенсорной медицины, на котором осуществляется профилактический контроль состояния опорно-двигательного аппарата человека от момента его рождения, до глубокой старости.

Мануально-сенсорная медицина, продвигаемая с начала 2011 года доктором Хрипковым Владимиром Васильевичем, рассматривается как отдельный вектор медицины и имеет

алгоритм этапного ведения пациентов к полному восстановлению здоровья при последовательном прохождении 5-ти этапов:

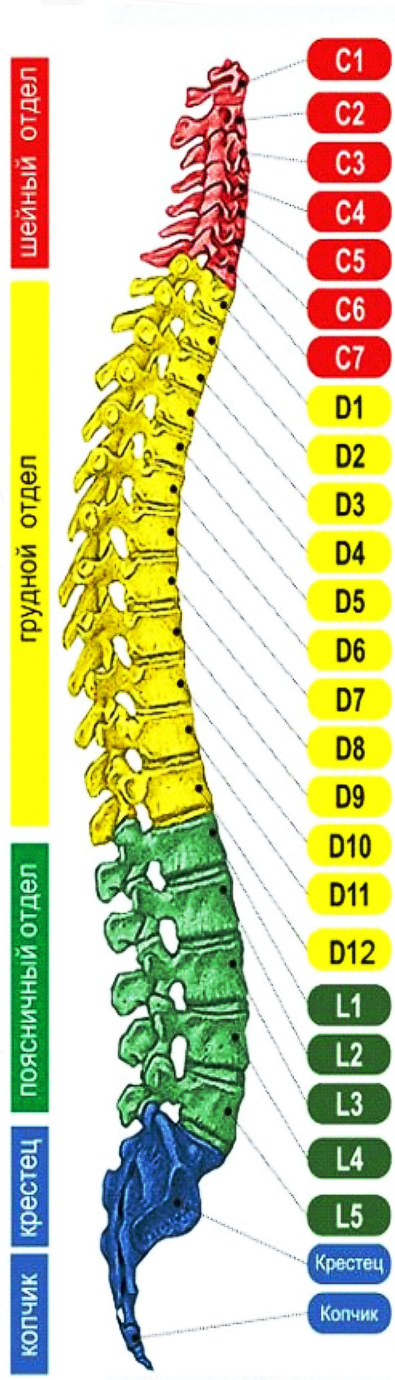
1. мануально-сенсорной диагностики,
2. мануально-сенсорной терапии,
3. мануально-сенсорной реабилитации,
4. мануально-сенсорной диспансерной коррекции двигательного стереотипа пациента,
5. мануально-сенсорной профилактики заболеваний и патологий опорно-двигательного аппарата детей и взрослых [5].



Этап мануально-сенсорной профилактики тесно связан с этапом мануально-сенсорной диагностики, на котором отбираются пациенты для проведения мануально-сенсорной профилактики. В этой статье нет необходимости раскрывать особенности и секреты мануально-сенсорной диагностики, о них достаточно понятным языком написано в наших научных трудах, касающихся описания каждого конкретного этапа мануально-сенсорной медицины. Здесь мы изложим в тезисном варианте общие принципы и подходы к профилактике заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей и взрослых с точки зрения мануально-сенсорной медицины.

Мануально-сенсорной профилактике заболеваний и па-

тологий опорно-двигательного аппарата детей и взрослых предаётся, авторами этой статьи, особенно важное значение, потому, что стержнем опорно-двигательного аппарата является позвоночник, оказывающий огромное влияние, при его патологии и заболевании, на весь организм человека. Во время проведения мануально-сенсорной профилактики, воздействуя на опорно-двигательный аппарат, особенно позвоночно-двигательные сегменты позвоночного столба, появляется возможность предупредить заболевания всех систем организма, включая внутренние органы и органы эндокринной системы человека (рис.1).



№ позвонка	Органы и части тела, связанные с позвонком	Симптомы и патологии, возникающие при смещении позвонка
C1	Гипофиз, внутреннее ухо, мозг, симпатическая нервная система	Головные боли, нервозность, повышенное давление, мигрени, проблемы со сном
C2	Глаза, зрительный и слуховой нервы, височные кости	Заболевания глаз, аллергия, снижение слуха, обмороки
C3	Щеки, внешнее ухо, лицевой нерв, зубы	Невралгия, невриты, угри
C4	Нос, губы, рот, евстахиева труба	Нарушение слуха, увеличенные аденоиды
C5	Горловые связки	Боль в горле, тонзиллит, ларингит
C6	Мышцы шеи, предплечья	Боли в шее, плечах, в затылке
C7	Щитовидная железа, плечевой сустав, локтевой сустав	Гипотериоз, нарушение подвижности в плечах и локте
D1	Руки, запястья и ладони, пища, вода и трахея	Астма, кашель, боли в руках и ладонях
D2	Сердце	Аритмия, боли за грудиной, Ишемическая болезнь
D3	Бронхи, легкие, плевра, грудь и соски	Бронхиты, астма, плевриты, пневмония
D4	Желчный пузырь, желчный проток	Камни в желчном пузыре, желтуха, нарушение усвоения жиров
D5	Печень, солнечное сплетение	Расстройства работы печени, желтуха, нарушение свертываемости крови
D6	Желудок	Гастриты, язвы, нарушение пищеварения
D7	Поджелудочная железа, двенадцатиперстная кишка	Диабет, язвы, расстройства пищеварения и стула
D8	Селезенка, диафрагма	Икота, нарушение дыхания
D9	Надпочечник	Слабость иммунной системы
D10	Почки	Болезни почек, слабость
D11		Расстройства мочеиспускания, хронические заболевания почек
D12	Тонкая и толстые кишки, Паховые кольца, фаллопиевы трубы	Нарушение пищеварения, заболевания женских половых органов, бесплодие
L1	Брюшная полость, верх бедра	Грыжи, запоры, колит, диарея
L2	Аппендикс	Аппендицит, кишечные колики
L3	Половые органы, мочевой пузырь, коленка	Расстройство мочевого пузыря, Импотенция, боли в коленях
L4	Предстательная железа, голени, стопы	Боли в голених, стопах, ишиас, люмбагия, нарушения мочеиспускания
L5	Голени, стопы, пальцы ног	Отеки, боли в лодыжках, плоскостопие
Крестец	Бедерные кости, ягодицы	Боли в крестце
Копчик	Прямая кишка, задний проход	Геморрой, нарушение функции Тазовых органов

Рисунок 1. Проекция спинномозговых корешков и нервов на позвоночный столб [6].



Цель мануально-сенсорной профилактики заболеваний и патологий опорно-двигательного аппарата детей и взрослых: профилировать возникновение патологий и заболеваний опорно-двигательного аппарата человека методами мануально-сенсорной медицины, способствуя сохранению здоровья и поддержанию качества жизни человека на высоком уровне, от момента его рождения до глубокой старости.

Особое внимание профилактике заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей и взрослых уделял наш учитель доктор медицинских наук профессор Казанского медицинско-

го университета Виктор Петрович Веселовский. Он считал, что: «ее целью является укрепление здоровья людей, увеличение продолжительности их активной жизни» [7].

Задачи мануально-сенсорной профилактики заболеваний и патологий опорно-двигательного аппарата детей и взрослых - это диспансерное наблюдение и своевременная коррекция и лечение, раннее выявленных заболеваний и патологий опорно-двигательного аппарата у детей и взрослых с момента рождения и до глубокой старости, методами мануально-сенсорной медицины.



Рисунок 2. Классификация мануально-сенсорной профилактики.

Начнём описание с классификации мануально-сенсорной профилактики заболеваний и патологий опорно-двигательного аппарата детей и взрослых (рис. 2). Данная классификация показывает, что мануально-сенсорная профилактика начинается с самого рождения в неонатальный период, то есть, с мануально-сенсорной диагностики новорождённых, желательно, прямо в родильном зале. Чем раньше, в возрастном диапазоне, проведена мануально-сенсорная диагностика человеку, тем более качественнее, глубже и шире профилактическое воздействие на восстановление, исправление, лечение обнаруженных заболеваний и патологий.

Приведём пример. Родился ребёнок. У него заболело ухо. Допустим, воспалился наружный слуховой проход. Ребёнок беспокойный плачет день и ночь. Сосок молочной железы не берёт, не ест. И всё потому, что ему больно открыть рот. Больно, потому, что в большинстве таких случаев воспаляется, граничащий с наружно слуховым проходом, височно-нижняя челюстная сустав [8]. Боль очень сильная, при малейшем прикосновении и открывании рта. Ребёнок кричит, сам мучается, не спит, не ест и окружающим покоя не даёт. Поставить диагноз в этом возрасте сложно. Никому в голову не придёт, что у ребёнка сразу уже два заболевания одновременно: отит и артрит височно-нижнего челюстного сустава. Далее у этого младенца появляются проблемы со стулом [12]. И никто не знает, что у него одновременно с описанной выше патологией появилась дисфункция в поясничном отделе позвоночника и крестцово-копчиковом сочленении, включая дисфункцию

самого копчика [5]. А это приводит и к другим последствиям. Спустя неделю, месяц, иногда, даже два кто-то заметил выделения из уха и показал детскому отоларингологу и тот оказался хорошим профессионалом и поставил свой диагноз и назначил лечения уха. Наконец начали лечить ухо. Но ребёнок, по-прежнему плачет и не ест. Потому что лечат только ухо, а височно-нижнечелюстной сустав продолжает болеть. Ребёнок перешёл в младенческий возраст, а острый артрит перешёл в хроническое течение. К нему присоединилась скрыто протекающая для окружающих невралгия второй и третьей ветвей тройничного нерва на этой же стороне. Хронический артрит и латентная невралгия скрыто переходят вместе с ребёнком в дошкольный возраст и к ним присоединяется целый «букет» дисфункций, других заболеваний и патологий - ангины, фарингиты, ларингиты, нарушения речи, задержка речевого развития, проблемы с зубами, нарушение прикуса и множество других проблем. И с этим «букетом» ребёнок переходит в следующий период под названием «школьный». Возрастает нагрузка физиологически и психологически, обостряются хронические болезни. Начались головные боли, потому, что перекос и дисфункция в работе височной - ниже челюстных суставов, которые напрямую связаны с работой Атланта и Аксиса [C0- C1 и C1-C2] ПДС (позвоночно-двигательных сегментов). Здесь формируется базилярная артерия, которая несёт кровь к задней области головного мозга и в ствол мозга. Перекос затылочной кости, перекос Атланта и Аксиса, по цепочке ведут к перекосу шейных и грудных позвонков, к которым прикреп-

плёны рёбра и формируется искривление всего позвоночника, деформация рёбер и грудной клетки (кифосколиоз, рёберный горб), патологии пояснично-крестцового отделов и копчика, о которых мы заостряли ваше внимание выше. У девушек появляются боли и нарушения циклов месячных (альгодисменорея) и другие [10]. Это уже пошёл юношеский период взросления. И весь этот отдельно взятый «маленький букетик» хронических заболеваний и патологий незаметно переходит в связке, ещё не перечисленных нами других «букетов» в период взрослой жизни!

Продолжим рассматривать пример заболевания уха, взятый из неонатального возраста человека и на этом примере посмотрим, как этот «букет» заболеваний выглядит, перейдя во взрослую жизнь человека. Проследим как проходит жизнь человека перенесшего, казалось бы, «банальный» острый наружный отит или острый средний отит в младенческом периоде жизни, который перешёл в хроническое течение и осложнился острым артритом височно-нижнечелюстного сустава и воспалением второй и третьей ветвей, тройничного нерва перешедших в хронический процесс. Вышеописанная картина этого человека, а именно: нарушение роста зубов и верхней и нижней челюсти, нарушение и перекус прикуса, ротационный подвывих Атланта, подвывих третьего и пятого, или шестого шейных позвонков, их выраженная нестабильность, с возникновением артролюфтации [9] межпозвонковых и межрёберных суставов, периодически возникают острые и подострые рёберно - позвоночные и межпозвонковые артриты грудного отдела, и межпозвонковые артриты поясничного отдела, острые и подострые сакроилеиты, которые имеют свойство быстро переходить в хроническое течение. Кокцигодинии также быстро переходящие в хроническое течение. К сорока годам этому человеку уже удалят 50% зубов. К 50 годам поставят стенты в сосуды сердца, возможно, сделают более серьёзные вмешательства на сердце и аорте. Непременно и поочерёдно начнут делать операции нейрохирургические, так как появятся межпозвонковые грыжи в шейном отделе, поясничном отделе и грудном отделе, на фоне развившегося генерализованного

остеомионейрофиброза и фибромиалгии [11], которые в России принято называть кратко - остеохондроз. Нейрохирурги приложат свои усилия на освобождение и восстановление корешков спино-мозговых нервов, где-то в возрасте от тридцати до пятидесяти семи лет. Одновременно, параллельно будут прикладывать усилия урологи, колопроктологи и другие службы медицины. В конечном итоге, у человека может случиться рак желудка или кишечника, печени, почек, простаты, матки и молочных желёз, или поджелудочной железы от медикаментозного-токсического поражения органов и систем организма, возможно, тромбоз легочных или мозговых артерий, инфаркт миокарда и острая почечная недостаточность на фоне большого букета болезней, осложнений операций, токсического отравления лекарствами, облучениями. Но первопричину всему этому, которая началась ещё в неонатальном или младенческом возрасте, так никто и не устранит, так как про неё все забудут.

Весь этот вышеописанный подробный пример развития возможных следствий всего одного нарушения у младенца, говорит о важности своевременной диагностики и лечения любого, даже мало заметного нарушения. Однако даже сами родители могут, например, обратить внимание на то,

- как работают ручки ножки новорожденного, какая голова у него, как она поворачивается направо налево, как наклоняется вперёд-назад:
- какие ножки у ребенка, который начал вставать (дугобразные, скрученные, одна короче другой, хромает или нет);
- какой позвоночный столб ребенка, который начал ходить (прямой он или горбатый, выпуклый вперёд или выпуклый в сторону), есть ли перекус таза и наличие хромоты.

В случае каких-то сомнений, конечно, следует незамедлительно обратиться к доктору мануально-сенсорной медицины, чтобы не допустить развития заболевания и присоединения других.

Ниже представлен фото-пример результата работы доктора мануально-сенсорной медицины с ребенком, имеющим болезнь Эрлахера-Блаунта (рис. 3).



Начало работы 2023 г.



Коррекция двигательного стереотипа, 2024 г.



Комфортность процедур (ребенок поет), 2025 г.



Результат работы на 2025 г.

Рисунок 3. Фото отчет о работе с ребенком, имеющим болезнь Эрлахера-Блаунта

Далее рассмотрим взрослую мануально-сенсорную профилактику, которая подразделяется на скрининговую и индивидуальную. Скрининговая профилактика включает в себя скрининговую мануально-сенсорную диагностику, которая проводится в общественных предприятиях, в различных школах, вузах и других учебно-образовательных учреждениях. Индивидуальная мануально-сенсорная профилактика заключается в периодическом обследовании и выявлении скрытых патологий-дефектов, дисфункций опорно-двигательного аппарата и их своевременном устранении, и недопущении дальнейшего усугубления патологий и состояния организма.

Рассмотрим, как проводится мануально-сенсорная профилактика заболеваний у взрослых.

Возьмем пример с позвоночником: не леченый кифосколиоз. Чтобы не допустить возникновения протрузий и тем более межпозвоночных грыж, теперь такому человеку необходимо один раз в полгода обязательно проходить мануально-сенсорную диагностику. Это поможет своевременно обнаружить начальную фазу формирования протрузий. Далее необходимо будет пройти мануально-сенсорную терапию, мануально-сенсорную реабилитацию, привести свой двигательный стереотип в оптимальное функционирование, пройдя четвертый этап мануально-сенсорной медицины под названием-сенсорная диспансерная коррекция двигательного стереотипа пациента. И только после этого, периодически, один раз в полгода, проходить с целью профилактики мануально-сенсорную диагностику. Вот так проводится мануально-сенсорная профилактика в мануально-сенсорной медицине. Водителям это, возможно, напомнит профилактику автомобиля при смене резины с летней на зимнюю и зимней на летнюю, и определение развала и

схождения при каждой хорошей, глубокой ямке. А что жизнь и здоровье самого автолюбителя разве не ценнее, чем его автомобиль?

Пример мануально-сенсорной профилактики взрослого из практики №1.

Пришла на прием женщина 54 лет с целью пройти мануально-сенсорную профилактику опорно-двигательного аппарата. При проведении мануально-сенсорной диагностики у женщины был обнаружен ротационный подвывих Атланта, о котором она узнала впервые от нас. Вспомнила, что ее периодически беспокоят головокружения и головные боли, на которые она не обращала внимание. Специальными методами мануально-сенсорной терапии была восстановлена работа Атланта. Повторное обследование методами мануально-сенсорной диагностики показало нормальное состояние анатомо-физиологического и функционального состояния опорно-двигательного аппарата. Наблюдение за женщиной в течении 3-х месяцев. Боли и головокружений у пациентки не было.

Пример мануально-сенсорной профилактики взрослого из практики № 2.

На приеме мужчина 64 лет. Во время мануально-сенсорной диагностики обнаружено высокое АД. Найдена причина артериальной гипертензии, она скрывалась в дисфункции одного из позвоночно-двигательных сегментов. Сразу же было восстановлено рабочее анатомо-физиологическое и функциональное состояние позвоночно-двигательного сегмента. АД пришло в норму. Наблюдение за этим пациентом в течении 4-х месяцев показало нормальный уровень АД.

Инновационный алгоритм этапности мануально-сенсорной медицины, разработан и практически осуществляется нами на



практике с 11 января 2011 года. Клинический анализ эффективности мануально-сенсорной профилактики у детей показал

высокую результативность в стабилизации здорового образа жизни (рис. 3).

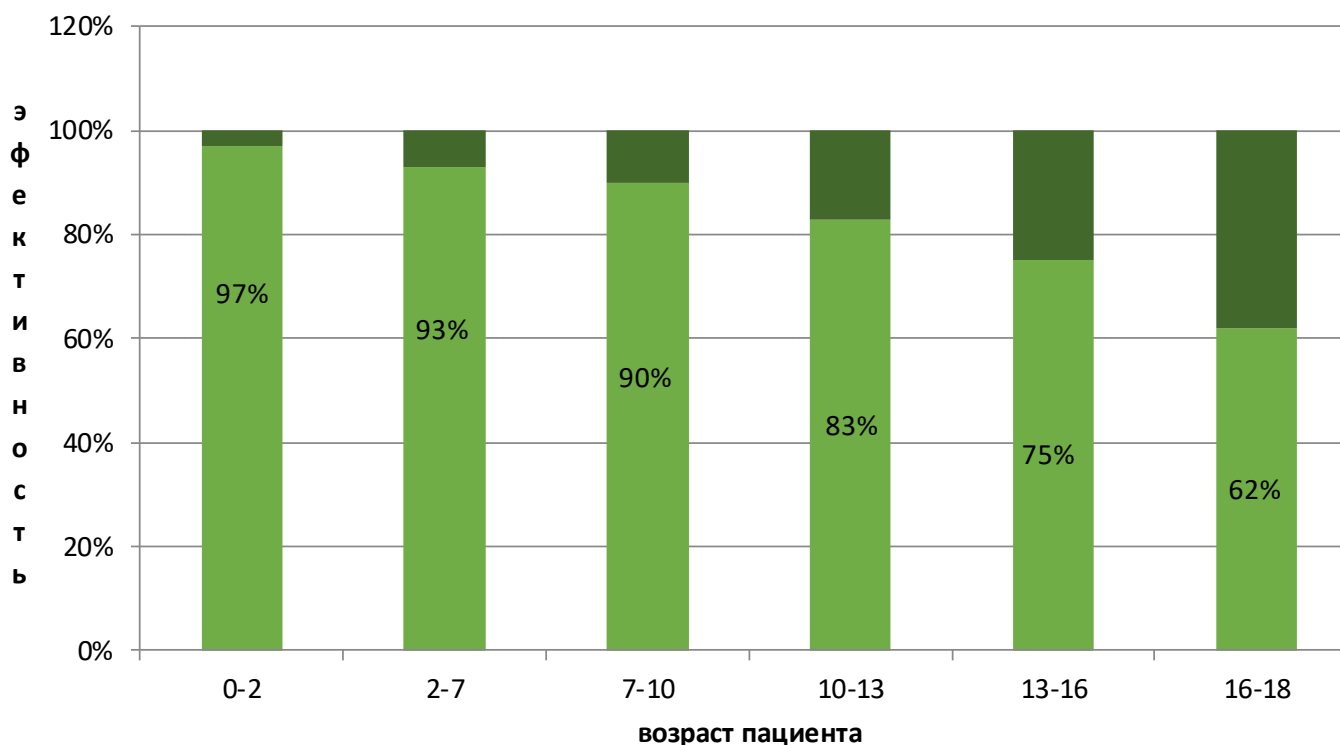


Рисунок 3. Клинический анализ эффективности и результативности детской мануально-сенсорной профилактики за 14 лет

Мануально-сенсорная медицина единственная, инновационная ветвь медицины, способная диагностировать, устранить, профилактировать начавшийся, разрушительный процесс в любом возрасте.

Видится разумным для каждого здравомыслящего человека вести наблюдение, за своим телом и телом окружающих его родственников и друзей, а также за их движениями, а заметив не правильное положение тела, заострить внимание на этом факте, и обратиться/предложить обратиться к врачу мануально-сенсорной медицины.

Библиографический список.

1. Хрипков В.В., Никулина М.В. Мануально-сенсорная медицина // Информационно-методический журнал «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2023. – № 1(3). – С. 30–31
2. Хрипков В.В., Никулина М.В. Мануально-сенсорная диагностика // Информационно-методический журнал «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2023. – № 2 (4). – С. 24–27
3. Хрипков В.В., Никулина М.В. Мануально-сенсорная терапия// «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2024. – № 1(5). – С. 43–46
4. Хрипков В.В., Никулина М.В. Мануально-сенсорная реабилитация // «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2024. – № 2(6). – С. 22–25
5. Хрипков В.В., Никулина М.В. Мануально-сенсорная диспансерная коррекция двигательного стереотипа пациента // «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2025. – № 1(7). – С. 31–34
6. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. – том III. – М.: Медицина, 1974. – 177 с.
7. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – С. 223
8. Ченнел М.К., Мейсон Д.К. Остеопатическая манипулятивная терапия (перевод с английского под редакцией Мохова Д. Е.). – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2022 – С. 355
9. Хрипков В.В., Никулина М.В. Артролюфтация суставов и коэффициент артролюфтации суставов с точки зрения мануально-сенсорной диагностики опорно-двигательного аппарата // «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2023. – № 2(4). – С. 28–32
10. Клэр Дэвис, Амбер Дэвис Триггерные точки (перевод с английского). – М.: Эксмо, 2024. – С. 174–175
11. Епифанов В.А., Епифанов А.В., Котенко К.В., Корчажкина Н.Б. Заболевания и повреждения плечевого сустава. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2021. – С. 198
12. Шаробаро В.Е. Неотложные состояния у детей: Справочник. – М.: БИНОМ-МЕД, 2022. – С. 365–367.



УДК 159.97+616.89
EDN HLGBRF

ПОНИМАНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (REBT)

Радованович Мила.

Сербия, г. Нови Сад, Центр образования «Гаудиум»,
доктор психологии, PhD, психолог

РЕЦЕНЗЕНТ: Филь Татьяна Александровна, кандидат психологических наук

UNDERSTANDING DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY FROM THE PERSPECTIVE OF RATIONAL EMOTIONAL BEHAVIORAL THERAPY (REBT)

Radovanovic Mila.

Serbia, Novi Sad, Gaudium Education Center,
Doctor of Psychology, PhD, Psychologist.

REVIEWER: Fil Tatyana Aleksandrovna, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена анализу психопатологии развития через призму Рациональной Эмоционально-Поведенческой Терапии (REBT). Автор рассматривает ключевые факторы возникновения эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, акцентируя синтез когнитивных и средовых подходов. В работе детально проанализированы три взаимосвязанных аспекта, формирующих концепцию детской неадаптивности в REBT: когнитивно-аффективный статус развития, психологические характеристики личности и характеристики окружающей среды. Особое внимание уделяется роли иррациональных убеждений, формирующихся в раннем детстве под влиянием когнитивных ограничений и стилей воспитания, а также механизму передачи этих убеждений от родителей к детям. Автор подчеркивает, что REBT предлагает уникальный интегративный взгляд на психопатологию развития, как на результат реципрокного взаимодействия между формирующейся личностью ребенка и его социальным окружением, где ключевую роль играют родительские модели поведения и иррациональные установки.

Ключевые слова: рациональная эмоционально-поведенческая терапия (REBT), психопатология развития, иррациональные убеждения, когнитивно-аффективное развитие, стили воспитания, детско-родительские отношения.

Большое количество теоретиков рациональной эмоционально-поведенческой терапии (далее REBT) подчеркнули важность когнитивных и средовых факторов в развитии расстройств у детей. Пол Хак в начале 1970-х годов отметил, что различные стили воспитания, которые, согласно его гипотезе, формируются на основе различных наборов иррациональных убеждений в отношении детей и воспитания детей, могут влиять на формирование отношения и поведения у детей. С дру-

ABSTRACT

The article is devoted to the analysis of developmental psychopathology through the prism of Rational Emotional Behavioral Therapy (REBT). The author examines the key factors of the occurrence of emotional and behavioral disorders in children, emphasizing the synthesis of cognitive and environmental approaches. The paper analyzes in detail three interrelated aspects that form the concept of child maladaptivity in REBT: cognitive-affective developmental status, psychological characteristics of personality and environmental characteristics. Special attention is paid to the role of irrational beliefs formed in early childhood under the influence of cognitive limitations and parenting styles, as well as the mechanism of transmission of these beliefs from parents to children. The author emphasizes that REBT offers a unique integrative view of developmental psychopathology as the result of reciprocal interaction between a child's developing personality and his social environment, where parental behaviors and irrational attitudes play a key role.

Keywords: Rational Emotional Behavioral Therapy (REBT), developmental psychopathology, irrational beliefs, cognitive-affective development, parenting styles, child-parent relations.

гой стороны, по мере того, как когнитивные и поведенческие течения стали более взаимно принимать друг друга, причинно-следственные эффекты факторов среды были признаны важными для понимания возникновения и поддержания определенных форм психопатологии развития.

Есть две основные парадигмы, с помощью которых мы можем концептуализировать, понимать и объяснять психопатологию. Традиционно они делятся на медицинскую модель и



средовую модель. Медицинская модель, которая берет свое начало в соматической медицине, стремится посредством корреляционных исследований доказать связь между генетическими, биохимическими, нейрофизиологическими патологическими процессами, происходящими в организме, и аномальными психическими и поведенческими симптомами. В отличие от медицинской модели, средовая модель подчеркивает роль внешних факторов, которые создают условия для развития ненормального поведения. РЕБТ считает, что причина возникновения эмоциональных и поведенческих расстройств кроется во взаимодействии между человеком и окружающей средой. Люди демонстрируют характерный образ мышления относительно своего окружения, который оказывает влияние на окружающую среду. Точно так же ситуации сами по себе изменяют поведение и отношение людей таким образом, что они дают им возможность изучить и понять возможность того, какие последствия их поведение будет иметь в определенном контексте. Теоретики REBT считают, что это неизбежно взаимный процесс между индивидуумом и средой.

Когнитивная концепция детской неадекватности учитывает три основных аспекта: когнитивно-аффективный статус развития, психологические условия и промежуточные условия.

Когнитивно-аффективный статус развития.

Эмоциональные и поведенческие проблемы детей и взрослых могут быть объяснены тем, как молодой человек интерпретирует и оценивает опыт. Существует взаимная связь между интеллектуальным и эмоциональным развитием. Когда дети малы, качество их субъективного эмоционального опыта очень ограничено способностью того, насколько они могут думать и понимать смысл опыта. Когнитивные ограничения раннего детства могут часто приводить к тому, что дети принимают некоторые иррациональные убеждения о себе и окружающей среде, которые могут существенно повлиять на их будущее психическое здоровье.

До 7 лет многие дети делают выводы о себе в терминах "хороший / плохой ребенок", которые основаны на ошибочных выводах и примитивном наборе моральных ценностей, которые также основаны на их ограниченных рассуждениях. Если дети считают, что они плохие, когда их наказывают за плохое поведение, то нет никаких сомнений в том, что сильная эмоциональная составляющая будет вплетена в их поведение. Идеи и убеждения детей оказывают большое влияние на их поведение.

Однако убеждения детей часто подразумеваются и часто основываются на выводах, которые ребенок делает на основе ограниченного количества доказательств или формирует заключение на основе правил, которым он доверяет, не подвергая сомнению. Сформированные таким образом убеждения формируют поведение детей. Эти правила, которые формируются на ранней стадии, становятся прочно закрепленными и представляют собой часть базовой феноменологической основы, которую ребенок использует в качестве основы для самооценки, определения себя по отношению к другим и взаимодействия с поведением других людей. Способность детей мыслить рационально и логически ограничивает те идеи, ко-

торые они могут усвоить, и часто влечет за собой большое количество иррациональных убеждений, преодоление которых занимает много лет.

Согласно представлениям REBT, многие, если не все, дети, имеют низкую терпимость к фрустрации. Когда их желания нарушаются, они испытывают сильный эмоциональный стресс и демонстрируют низкую терпимость к разочарованию через различные типы неадаптивного поведения. В результате их врожденного потенциала, а также реакции значимых взрослых, дети принимают различные стили и навыки, чтобы справиться с разочарованием. РЕБТ считает, что то, как дети справляются с разочарованием во время отлучения от груди, является ключевым фактором в их общей адаптации. Подвержен ли ребенок риску будущих эмоционально-поведенческих проблем, во многом является результатом того, как они справляются с разочарованием.

Психологические характеристики.

Психологические характеристики можно рассматривать как внутренние переменные личности и познания, которые оказывают непосредственное и постоянное влияние на эмоции и поведение. Их можно рассматривать как условия, которые служат основой для посредничества и самоконтроля. Таким образом, у них есть потенциал для перемен, но они также оказывают сдерживающее влияние. Можно перечислить множество психологических концепций, которые могут участвовать в концептуализации внутренних факторов, влияющих на поведение и эмоции. Тем не менее, нас интересуют те, кто оказывает непосредственное влияние на формирование эмоций и поведения, а именно когнитивные факторы.

Существует пять психологических факторов, которые дают нам понимание дисфункциональной познавательной деятельности молодого человека:

- 1 - внимание;
- 2 - медиационный процесс, который в основном носит вербальный характер и является хранилищем концепции, доступной ребенку для понимания опыта;
- 3 - процесс логического мышления, характеризующий то, как ребенок интерпретирует и делает выводы из собственных наблюдений;
- 4 - убеждения, которые подразумевают понимание и предположения, которые ребенок имеет о себе и окружающем мире, и
- 5 - когнитивные стратегии, которые представляют собой широкую конструкцию, описывающую способность ребенка разработать план решения проблем. Этих пяти психологических характеристик достаточно, чтобы дать нам возможность осмыслить различные аспекты неадаптивного функционирования ребенка.

Характеристики среды.

Характеристики окружающей среды, представляют собой третий значимый фактор в объяснении возникновения детской психопатологии, и относятся к непосредственному окружению детей, которое обеспечивает им стимуляцию. Стимуляция различного типа и интенсивности действует как фасилитатор когнитивно-аффективного развития ребенка.

В процессе развития ребенка существуют критические пе-



риоды в младенчестве и раннем детстве, когда необходимо как уход, так и интеллектуально-языковая стимуляция со стороны окружения, чтобы ребенок мог адекватно развиваться эмоционально и умственно. Кроме того, существуют различные периоды раннего развития, в течение которых неадекватная стимуляция (недостаточная стимуляция, подверженность конфликтам и критике) может привести к торможению развития, а также к развитию дисфункциональных когнитивных процессов и убеждений.

Среда, в которой живет ребенок, не только создает условия для нормального когнитивно-аффективного развития, но и создает основу для того, чтобы ребенок мог научиться ситуативно-специфическому адаптивному поведению, а также усвоить посреднический контроль эмоций.

Подчеркивание важности характеристик окружающей среды при возникновении нарушений развития не является отличительной чертой РЕБТ. Однако отличительной чертой этого направления является взгляд на характеристики окружающей среды через стили воспитания и модели воспитания, которые могут оказать пагубное влияние на детей. С точки зрения этой

теории, иррациональные убеждения родителей создают у них неадекватную степень эмоциональных реакций, которые они проявляют, когда родители взаимодействуют со своим ребенком. Соответственно, именно родители как модели (образцы для подражания) и лица, способные воспитывать ребенка, играют ключевую роль в предотвращении, минимизации или эскалации эмоциональных и поведенческих проблем своих детей.

Эллис (1962) пришел к выводу, что худшее, что родители могут дать ребенку, – это обвинить его в своих ошибках. Такое обвинение побуждает детей начать винить себя за то, что они сделали неправильно, что приводит к хроническому чувству тревоги, чувству вины и низкой уверенности в себе у одного числа детей или к неприязни и нетерпимости у других.

Библиографический список.

1. Бернард. М. Джойс М. Рационально-эмоциональная терапия с детьми и подростками // Wiley-interscience. – 1984.
2. Волкович-Железен Т. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия. // Творческий центр. – 2009.

28 апреля

День работника скорой медицинской помощи

28 апреля считается Днём рождения Службы скорой медицинской помощи в России. Как официальный профессиональный праздник – День работника скорой медицинской помощи – он был установлен постановлением Правительства РФ № 600 от 28 апреля 2020 года.

История оказания помощи обездоленным, пострадавшим от мороза или болезни, покалеченным людям в России уходит корнями в 15 век и связана с деятельностью благотворителей, а также богаделен при церквях и монастырях.

Появление же службы скорой медицинской помощи (СМП) в России относится к концу 19 века, когда 28 апреля 1898 года приказом Московского обер-полицмейстера за двумя полицейскими участками в Москве было закреплено по одной карете скорой помощи и для медиков было выделено отдельное помещение. Дежурили круглосуточно. Пострадавших от несчастных случаев доставляли в приемные покои при полицейских домах. Фактически были учреждены станции скорой помощи. Но отсутствие большего количества карет и закрепление их за конкретным полицейским участком привело к тому, что обслуживали они территорию этого участка.

Однако, первое время по ряду причин, в том числе и потому, что телефонная связь была редким явлением, вызвать карету скорой помощи могли только уполномоченные люди, к которым относились полицейские, дворники и сторожа. По той же причине поначалу помощь оказывали людям на улице, а не на дому. Среди основной массы пациентов, для которых вызывали карету скорой помощи, в первую очередь – пьяные или получившие травму люди.

В 1899 году появились и первые станции скорой помощи в Санкт-Петербурге. В начале 20 века количество станций скорой помощи в России увеличилось, а штат стали составлять профессиональные бригады медиков. В первой половине 20 века появляются научно-исследовательские институты и больницы скорой помощи, наиболее известными из которых стали НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в Москве и НИИ скорой помощи им. Джанелидзе в Санкт-Петербурге.

В 1926 году при Московской станции скорой помощи впервые был организован дежурный пункт неотложной помощи для обслуживания внезапно заболевших на дому. Врачи выезжали к больным на мотоциклах с колясками, машины появились позднее.

С 1 января 2005 года вступил в силу приказ министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи», который определил базовые положения при оказании СМП. Помощь должна производиться круглосуточно и безвозмездно. К тому же она должна быть компетентной и оперативной, ведь от этого зависит жизнь людей.



УДК 159.9
EDN DPKXXN

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Кривошеков Михаил Анатольевич.

Россия, Новосибирск, ФГБУ Новосибирского НИИ туберкулеза,
Магистр психологии, медицинский психолог;
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»,
ассистент кафедры общей психологии и истории психологии,
Sirin1985@mail.ru

Пронин Сергей Владимирович.

Россия, Новосибирск, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления»,
кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии, педагогики и правоведения
pronin53@gmail.com
ORCID: 0000-0002-2626-6021,
SPIN-код (РИНЦ): 7715-5812

Чухрова Марина Геннадьевна.

Россия, Новосибирск, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»,
доктор медицинских наук, профессор кафедры общей психологии и истории психологии;
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления»,
профессор кафедры психологии, педагогики и правоведения,
mbav3@yandex.ru
ORCID: 0000-0001-5389-5897,
SPIN-код (РИНЦ): 4250-9594, AuthorID РИНЦ): 475871

РЕЦЕНЗЕНТ: Ефремов Анатолий Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАН, засл. деятель науки РФ, директор АНО «Международная оздоровительная клиника»

ORGANIZATIONAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS OF BURNOUT SYNDROME DEVELOPMENT AMONG NURSES

Krivoshchekov Mikhail Anatolyevich.

Russia, Novosibirsk, Novosibirsk Research Institute of Tuberculosis,
Master's Degree in Psychology, Medical Psychologist;
Novosibirsk State Pedagogical University,
Assistant Professor at the Department of General Psychology and History of Psychology,
Sirin1985@mail.ru

Pronin Sergey Vladimirovich.

Russia, Novosibirsk, Novosibirsk State University of Economics and Management,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychology,
Pedagogy and Law,
pronin53@gmail.com ORCID: 0000-0002-2626-6021, SPIN code (RSCI): 7715-5812

Chukhrova Marina Gennadievna.

Russia, Novosibirsk, Novosibirsk State Pedagogical University,
Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Psychology and History of Psychology;
Novosibirsk State University of Economics and Management,
Professor of the Department of Psychology, Pedagogy and Law,
mbav3@yandex.ru ORCID: 0000-0001-5389-5897, SPIN code (RSCI): 4250-9594, RSCI AuthorID): 475871

REVIEWER: Efremov Anatoly Vasilyevich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, Director of the International Health Clinic



АННОТАЦИЯ

Представлены результаты исследования синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала крупной городской больницы. Выборка составила 172 респондента. Методами корреляционного анализа установлена связь между компонентами выгорания (эмоциональное истощение, деперсонализация) и организационными факторами: графиком работы, качеством междисциплинарного взаимодействия, системой материального стимулирования и условиями труда. Делается вывод о необходимости управления рисками выгорания как части кадровой политики медицинских организаций.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, управление персоналом, организационный стресс, качество трудовой жизни, медицинские сестры, организационная психология.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) представляет собой актуальную междисциплинарную проблему современной психологии, медицины и социологии труда [1, 4]. Возникая как следствие хронического профессионального стресса в коммуникативных профессиях, СЭВ приводит к дезадаптации, снижению эффективности труда и ухудшению качества жизни специалистов [5, 6]. Важным этапом в признании СЭВ стала его официальная классификация Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В МКБ-11 (2019) синдром выгорания (код QD85) определяется как «синдром, концептуализируемый как результат хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен». ВОЗ подчеркивает, что данное понятие относится исключительно к профессиональному контексту и не должно применяться для описания переживаний в других сферах жизни [2, 3].

Актуальность исследования обусловлена необходимостью управления профессиональным здоровьем персонала в социально значимых отраслях. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у медицинских работников напрямую влияет на качество оказываемых услуг, текучесть кадров и психологический климат в организации.

Целью исследования явился анализ организационно-психологических детерминант СЭВ у среднего медицинского персонала крупной многопрофильной больницы для разработки управленческих решений.

Методика (дизайн) исследования. Исследование проводилось на базе городской клинической больницы (г. Новосибирск) методом анонимного анкетирования. Выборка составила 172 респондента (50,5% от общего числа опрошенных медсестер). В инструментарий вошли авторская анкета, оценивающая параметры трудовой деятельности, самочувствия и психоэмоционального состояния, а также элементы стандартизированных методик диагностики выгорания. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета SPSS 24 (t-критерий Стьюдента, ANOVA, хи-квадрат).

ABSTRACT

The paper presents the results of a study of burnout syndrome among nursing staff of a large city hospital. The sample consisted of 172 respondents. Using correlation analysis, a relationship was established between the components of burnout (emotional exhaustion, depersonalization) and organizational factors: work schedule, quality of interdisciplinary interaction, system of material incentives and working conditions. It is concluded that it is necessary to manage burnout risks as part of the personnel policy of medical organizations.

Keywords: burnout syndrome, personnel management, organizational stress, quality of working life, nurses, organizational psychology.

Результаты и их обсуждение.

Результаты показали, что в целом уровень выгорания среди медсестер является умеренным. Высокую степень выгорания демонстрировали 9,37% респондентов, низкую – 6,24%. Установлены статистически значимые корреляции между компонентами СЭВ и организационными факторами. Эмоциональное истощение значимо коррелировало с работой в ночную смену ($p=0,05$) и намерением уволиться из больницы ($p=0,002$). Высокая рабочая нагрузка: количественная (большой объем работы) и качественная (сложность и эмоциональная напряженность задач) также значимо коррелировало с намерением уволиться из больницы ($p=0,005$). Деперсонализация (обезличивание отношений с пациентами) была связана с наличием препятствий для междисциплинарного сотрудничества в коллективе ($p=0,05$). На развитие синдрома также влияли: отсутствие материального стимулирования, недостаток вознаграждения, как материального, так и морального (признание, обратная связь) – отметили 83% респондентов, высокая загруженность, неясность и конфликтность профессиональных ролей (81%), отсутствие личных перспектив, нарушение справедливости, несправедливое распределение ресурсов, льгот и поощрений (28%), отсутствие контроля и автономии: невозможность влиять на принимаемые решения, процессы и методы своей работы (25%), неудовлетворительные условия труда (оборудование, одежда) (20%).

К личностно-средовым факторам риска были отнесены: низкая двигательная активность, курение, избыточный вес и нарушения сна. Среди стратегий снятия напряжения 20,2% респондентов допускали использование алкоголя, что указывает на дефицит конструктивных методов психологической разгрузки. Респонденты отмечали также конфликт ценностей: рассогласование между личными ценностями сотрудника и корпоративной культурой, требованиями руководства (20%).

Выводы.

1. Развитие синдрома эмоционального выгорания у среднего



медицинского персонала в значительной степени детерминировано организационными факторами: графиком работы, системой оплаты труда, качеством коммуникаций и условиями труда.

2. Управление рисками профессионального выгорания должно быть интегральной частью кадровой политики медицинских организаций и включать как мониторинг состояния персонала, так и реализацию целенаправленных мероприятий по улучшению качества трудовой жизни.

3. Перспективным направлением дальнейших исследований является разработка и апробация корпоративных программ по сохранению психического здоровья и профилактике выгорания для различных профессиональных групп в здравоохранении.

Библиографический список.

1. Маслач К., Джексон С. Феномен выгорания: новейшие исследования и современное состояние // Орга-

низационная психология. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 15–32.

2. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. – 2019. – Т. 40. – № 1. – С. 97–109.

3. Шевченко Ю.С., Винокур В.А. Профессиональный стресс и психическое здоровье медицинских работников в условиях цифровизации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32. – № 2. – С. 81–87.

4. Lu J.L. Organizational Role Stress Indices Affecting Burnout among Nurses // Journal of Occupational Health. – 2020. – Vol. 62. – № 1. – P. 45–57.

5. Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.B. The job demands-resources model of burnout // Journal of Applied Psychology. – 2001. – Vol. 86. – № 3. – P. 499–512.

6. Adali E., Priami M. Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals // ICUs and Nursing Web Journal. – 2002. – № 11. – P. 1–19.

УДК 616.89
EDN NPAAGW

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ МИГРАНТОВ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Чухрова Марина Геннадьевна.

Россия, Новосибирск, ФБГОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»,
докт.мед.наук, профессор кафедры социальной психологии и виктимологии,
руководитель магистерской программы «Девиантология»
mbav3@yandex.ru

Феденева Екатерина Дмитриевна.

Россия, Новосибирск, ФБГОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»,
магистрант 3 курса по профилю «Девиантология»; Средняя общеобразовательная школа № 1,
педагог-психолог,
katya_aedeneva@mail.ru

РЕЦЕНЗЕНТ: Ефремов Анатолий Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАН, засл. деятель науки РФ

PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN FIRST-GENERATION MIGRANT ADOLESCENTS

Marina Gennadievna Chukhrova.

Russia, Novosibirsk, Novosibirsk State Pedagogical University,
Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Social Psychology and Victimology,
Head of the Master's Degree program in Deviantology,
mbav3@yandex.ru

Ekaterina Dmitrievna Fedeneva.

Russia, Novosibirsk, Novosibirsk State Pedagogical University, 3rd year
Master's student in Deviantology; Secondary School No. 1,
teacher-psychologist,
katya_aedeneva@mail.ru

REVIEWER: Efremov Anatoly Vasilyevich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation



АННОТАЦИЯ

Целью исследования был анализ психоэмоциональных нарушений у подростков-мигрантов первого поколения. Обследовано 40 подростков обоего пола в возрасте 14-15 лет, преимущественно таджикской национальности. Выявлены нарушения психосоциальной и нервно-психической адаптации, высокий риск девиантного поведения и деструктивной социализации.

Ключевые слова: подростки мигранты первого поколения, нарушения адаптации, девиантное поведение, деструктивная социализация.

Усиливающаяся миграция в России привела к появлению большого количества детей мигрантов, испытывающих трудности в адаптации к иной среде и культуре. Такие дети часто сталкиваются с множеством вызовов, включая культурную адаптацию, языковой барьер и социальную изоляцию. Эти факторы могут способствовать развитию психопатологических расстройств, в том числе, девиантного поведения, которое, в свою очередь, ставит под угрозу их благополучие и интеграцию в новое общество [1, 2].

Целью исследования был анализ психоэмоциональных нарушений у подростков-мигрантов первого поколения.

Контингент и методы исследования.

Эмпирическое исследование проводилось на базе Муниципального бюджетного образовательного учреждения города Новосибирска «Средняя общеобразовательная школа № 1». В исследовании участвовала группа подростков в возрасте 14-15 лет, 40 человек, мигранты первого поколения, преимущественно выходцы из Таджикистана, проживающие на территории Российской Федерации не более 4 лет. Уровень владения русским языком достаточен для участия в исследовании. Все дети-мигранты аттестованы по русскому языку и литературе и имеют оценку «удовлетворительно».

В рамках исследования с каждым подростком проводилась клиническая беседа, направленная на выявление психоэмоциональных и психопатологических расстройств и уровня адаптации к социальной среде.

Результаты и их обсуждение.

В процессе клинических интервью выявлено, что эмоциональные нарушения – одна из центральных проблем детей мигрантов. В жизни детей мигрантов присутствуют страхи, тревожность, подавленность, чувство растерянности, одиночества и утраты идентичности. Прежде всего, выявляются трудности адаптации из-за сменившихся требований к учебно-воспитательному процессу. Несмотря на удовлетворительное знание русского языка, периодически возникает языковой барьер, переживание культурных различий. Подростковый возраст – это период становления личности и своего места в группе. Подростки мигранты зачастую оказываются в изоляции в классе, не находят друзей, своего места в группе, чувствуют себя отверженными. Длительное переживание этих состояний часто приводит к негативным поведенческим реакциям, которые

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze psychoemotional disorders in first-generation migrant adolescents. 40 adolescents of both sexes aged 14-15 years, mostly of Tajik nationality, were examined. Violations of psychosocial and neuropsychiatric adaptation, a high risk of deviant behavior and destructive socialization were revealed.

Keywords: first-generation migrant adolescents, adaptation disorders, deviant behavior, destructive socialization.

являются реакцией на стресс и индикатором эмоционального неблагополучия. Нами выявлено три подростка (юноша и две девушки), которые очень тяжело переживали свою изоляцию внутри класса, вплоть до суицидальных мыслей и намерений. Народы Средней Азии преимущественно имеют коллективистский настрой, вне коллектива они чувствуют себя неуверенно. Принадлежать какой-то группе, быть частью коллектива для них жизненно необходимо. Поэтому, отверженные в классе, они примыкают к своим соотечественникам, это не всегда законопослушные группы, но в них они чувствуют себя частью группы, находятся под ее защитой. Подросток-мигрант становится способен к самоутверждению только в узком кругу себе подобных, одобряющих его мнения и поступки [5]. Это очень серьезный момент, на который следует обратить внимание учителям и психологам. Подросток-мигрант, вместо того, чтобы стать полноценным членом российского общества, испытывает обиду и ненависть к стране, которая его приютила. Долгосрочные перспективы его развития достаточно тревожные, как в плане нервно-психической устойчивости, так и в плане девиантных и криминальных проявлений.

Подросток может проявлять агрессивность, вспыльчивость, пассивность, боязливость, что свидетельствует о нарушениях в когнитивно-аффективной сфере личности, и является реакцией на недружественное окружение. Это основа для формирования устойчивых девиантных паттернов: агрессивность позволяет силой добиваться своих целей. Такой способ адаптации сказывается на их последующем психосоциальном и личностном развитии. По мнению Н.Н. Касеновой и соавторов, нарушения школьной адаптации могут быть такими серьезными, что провоцируют посттравматические стрессорные расстройства [3].

Кроме того, несмотря на неприятие исламом алкоголя (а большинство опрошенных подростков причислили себя к мусульманам), у подростков зачастую возникает соблазн попробовать алкоголь, это могут провоцировать русские сверстники. Признались в употреблении алкоголя 15 человек из опрошенных подростков. Кроме алкоголя, для жителей южных республик допустимо употребление насвая (разновидность жевательного табака), что также может формировать зависимость. Употребляющих насвай выявлено 12 человек.

Негативным проявлением дезадаптации детей мигрантов



в образовательной среде школы является девиантное поведение, выражающаяся в конфликтности между личностью и обществом (агрессивности, отсутствии активной жизненной позиции, мотивации к учёбе, работе и т.д.). Особое внимание при рассмотрении девиантного проявления следует уделять вопросу адаптации подростков мигрантов, так как подростковый период является наиболее восприимчивым к различным социальным изменениям [4]. Подросток мигрант в большей степени уязвим и подвержен риску девиантного проявления, поскольку в новой культурной среде он сталкивается с необходимостью усвоения новых норм, ценностей и правил поведения. В подростковом возрасте происходит становление ценностных ориентаций. Нарушения адаптации могут привести к деформации ценностно-смысловой сферы подростка и трудностям в социализации. Детям мигрантов бывает трудно примирить свое культурное наследие с доминирующей культурой на новом месте жительства, что создает конфликт в их самоидентификации [5, 6].

Помимо психоэмоциональных расстройств, у ряда подростков выявлено наличие невротических реакций в виде фобий, субдепрессивных расстройств, тревожности, нарушений сна и аппетита, трудности в обучении, усвоении отдельных предметов, недостаточная сформированность социально-коммуникативных навыков, плохое знание привычек, традиций, норм и правил поведения местного населения. По мнению И.В. Тихоновой, Е.В. Куфтяк, если своевременно не предпринять мер по стабилизации и коррекции эмоциональной сферы и внутришкольных процессов, то могут возникнуть различные формы социально-психологической дезадаптации [7].

Заключение.

Таким образом, в процессе клинико-психологического интервью нами выявлены характерные особенности подростков-мигрантов, которые носят отрицательный характер: во-первых, это стремление замкнуться в себе, обособиться от окружающих, ограничить круг своего общения по национальному признаку, в рамках традиций, обычаев и норм поведения своего народа – как реакция на отвержение в классе; во-вторых, противоположное желание раствориться среди новых сверстников, забыв свой язык, культурное и национальное

достояние родного края как невостребованные и ненужные в новых социальных условиях; в-третьих, попытки закрепиться в новой среде путём подражания не самым лучшим примерам другой культуры, перенимая такие вредные привычки, как употребление спиртного, насвая, курение, сквернословие; в-четвёртых, стремление обратить на себя внимание сверстников путём передачи образцов отрицательного поведения, которые заимствованы не у самых лучших представителей своего народа. Подобного рода деструктивная социализация может привести к дезадаптации личности и конфликтам с законом.

Библиографический список.

1. Долгова В.И., Дергачева В.И. Проблемы адаптации детей мигрантов. Монография. – М.: ПЕРО, 2021. – 201 с.
2. Засыпкин В.П., Зборовский Г.Е., Шуклина Е.А. Актуальные проблемы обучения детей мигрантов // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2012. – № 2 (17). – С. 9–36.
3. Касенова Н.Н., Мусатова О.В., Подзорова С.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей-инофонов, билингвов и мигрантов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность в условиях ФГОС. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2018. – 92 с.
4. Кикиани В.А., Здоровенко С.И., Бареева А.А. Этнопсихологические характеристики детей из семей мигрантов // Молодой ученый. – 2016. – №11. – С. 1748–1750.
5. Смолина Т.Л. Социальная поддержка как стратегия преодоления культурного шока // Социосфера. Научно-методический и теоретический журнал. – 2024. – № 1. – С. 656–709.
6. Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А. Психологическая адаптация вынужденных мигрантов // Психологический журнал. – 2022. – Т. 23. – № 4. – С. 66–81.
7. Тихонова И.Н., Куфтяк Е.В. Психологический анализ условий адаптации детей-мигрантов. // Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. // Вестник Костромского государственного. – 2017. – №2. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskii-analiz-usloviy-adaptatsii-detey-migrantov> (дата обращения: 27.11.2025).

5 мая

Международный день акушерки

Уже более двух десятилетий подряд 5 мая считается Международным днем акушерки (англ. International Day of the Midwife).

Идею праздника предложила Международная ассоциация акушеров (англ. International Confederation of Midwives, ICM) на конференции в Нидерландах в 1987 году. Статус официального праздника этот день приобрел только в 1992 году. Сегодня он отмечается более чем в 50 странах.

Основная цель праздника – информировать население о важности работы акушеров. Значимость этой профессии переоценить трудно, ведь именно от акушерки, от ее опыта, знаний и навыков очень часто зависит жизнь и здоровье матери и ребенка.

12 мая

Международный день медицинской сестры

Ежегодно 12 мая отмечается Международный день медицинской сестры (англ. International Nurses Day).

В настоящее время медицинские сестры составляют самую многочисленную категорию работников здравоохранения, так как во врачебной практике большая доля медицинских услуг оказывается исключительно сестринским персоналом.

АНО ДПО «СИНМО» ПРЕДЛАГАЕТ:

- Обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации, разработанным в соответствии с требованиями профессиональных стандартов и аккредитованным на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России.
- Профессиональную переподготовку по специальностям согласно приказу «Об утверждении квалификационных требований 83н от 10.02.2016г. и N 707н от 08.10.15 г».
- Повышение квалификации по всем специальностям, более 2000 программ аккредитовано на портале Непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, что обеспечивает непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также, постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации.
- Профессиональное обучение.
- Стажировки на базе современных медицинских центров.
- Выездное обучение на территории заказчика.
- Сопровождение медицинских работников в системе непрерывного образования (непрерывного профессионального развития), в том числе с использованием интерактивных образовательных технологий.
- Помощь в разработке нормативно-правовых актов по вопросам аккредитации медицинских работников, критериях оценки портфолио врачей, а также, бальной системе непрерывного медицинского образования.
- Внедрение новых современных технологий, оборудования.
- Разработку индивидуальных учебно-методических материалов.
- Сопровождение научно-исследовательской деятельности медицинских организаций.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОБУЧЕНИЯ В АНО ДПО «СИНМО»:

- Более 3000 программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки.
- Собственная образовательная платформа с круглосуточным доступом и сопровождением тьютора.
- Экспертное консультирование слушателей по вопросам профессиональной деятельности.
- Доступные цены на рынке образовательных услуг.
- Профессиональные научно-педагогические кадры (высококвалифицированные преподаватели с многолетним стажем работы, кандидаты и доктора наук – 67%).
- Вариативность форм обучения (дистанционная, очно-дистанционная, очная).
- Практические занятия, стажировки организованы на базе современных медицинских центров.
- Персональный тьютор сопровождает слушателя на всех этапах обучения.
- Методическое сопровождение слушателей и медицинских организаций.
- Организатор Всероссийских научно-практических конференций (с международным участием) «Наука и социум» (сборник включён в национальные библиографические базы данных: eLibrary (РИНЦ) и CYBERLENINKA, присвоены коды DOI).
- Более 200 опубликованных сборников научных трудов.
- Более 80000 слушателей из 85 регионов Российской Федерации и стран зарубежья.
- Реализовано более 2000 государственных контрактов.

