



ИРГУПС
МКЖТ

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО
ТРАНСПОРТА

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Материалы заочной межрегиональной студенческой научно-практической
конференции, посвященной Дню медицинского работника



Иркутск 2026

УДК 616-07/616-08

ББК 53.4-53.5

Сборник материалов заочной межрегиональной студенческой научно-практической конференции «Современные технологии диагностики, лечения и профилактики заболеваний», посвященной Дню медицинского работника. – Иркутск, 2026. – 59 с.

В сборник вошли статьи участников заочной межрегиональной студенческой научно-практической конференции «Современные технологии диагностики, лечения и профилактики заболеваний», посвященной Дню медицинского работника. Цель конференции – активизация познавательной и творческой инициативы студентов образовательных организаций СПО.

Содержание

Аманбаева М. Д. Преаналитический этап при проведении микробиологических исследований	3
Ахмедова Н.Ш. Вода, диета, регулярные обследования – три шага против мочекаменной болезни. роль медицинской сестры в профилактике.....	5
Ашалгина К.К. Сестринский процесс при пиелонефрите: опасность данного заболевания и профилактика	8
Бабаева Э.Р. Заболеваемость COVID постпандемийный период в Иркутской области	12
Волощук Е. А. Сестринский уход за пациентами детского возраста с заболеваниями ЛОР-органов	16
Гайнутдинова А. В., Чистогашева Д. А. Использование современных методов доклинической диагностики сахарного диабета 1 типа в амбулаторной практике фельдшера	19
Галимова К.Т. Сестринский уход при мочекаменной болезни: теоретические основы и поэтапные вмешательства	22
Зайцев И. С. Современные технологии диагностики онкологических заболеваний	27
Исакова Е. Э., Черепанова Д. Д. Роль медицинской сестры образовательного учреждения в профилактике внезапной сердечной смерти у молодых людей: влияние курения и приема энергетических напитков	30
Коновалова М. Р. Диагностика метаболического синдрома — это важный инструмент в системе профилактики.	34
Кузьменкова У. Е. Деятельность фельдшера по профилактике обострений ХОБЛ	37
Миллер Д. П. Современные технологии диагностики, лечения и профилактики заболеваний	40
Новоселова М.Ю Профессиональная деятельность медицинской сестры по повышению качества жизни пациентов с артериальной гипертензией.....	43
Сафьяновская Ю. Н. Этиологическая структура ургентных состояний инфекционного генеза по данным Иркутской скорой помощи.....	46
Троянова А. Д. Тактика фельдшера по оказанию неотложной помощи при ОКС с подъемом сегмента ST.....	50
Урбагаева В. П. Роль медицинской сестры в профилактике, диагностике и лечении заболеваний щитовидной железы	54
Шведов И. А. Роль фельдшера в формировании образа жизни пациентов с сахарным диабетом.....	56

ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Студент М.Д Аманбаева, руководитель В.И Очирова, Республиканский базовый медицинский колледж имени Э.Р.Раднаева, г. Улан-Удэ.

Стандартизация преаналитического этапа бактериологических исследований, получение качественных результатов лабораторных анализов больного – это единый процесс, начиная от составления заявки на анализы, взятия биоматериала, его доставки, проведения исследований и кончая получением и использованием результатов для оказания пациенту качественной медицинской помощи.

Но, особое внимание необходимо уделять преаналитическому этапу, именно потому, что большинство персонала, осуществляющего сбор и транспортировку биоматериала на бактериологические исследования не всегда понимает важность этого процесса для получения качественного конечного результата.

Что такое преаналитический этап?

- это процедуры, хронологически начинающиеся с назначения клиницистом исследования, включения исследования в заявку, охватывающие подготовку пациента, взятие проб биологического материала у больного, транспортировку ее в лабораторию.

ЗАДАЧА:

обеспечить качество аналитического этапа.

Ошибки преаналитического этапа при проведении бактериологических исследований

- Некорректно назначено исследование
- Пациент не подготовлен ко взятию образца
- Место взятия образца выбрано неправильно
- Исследуемый материал взят неправильно
- Нарушены условия хранения и транспортировки

Общие требования к сбору проб биологического материала для микробиологического исследования:

Использовать стерильные одноразовые или разрешенные к применению для этих целей контейнеры (емкости) для сбора, хранения и доставки проб не загрязненную биоматериалом, не испорченную трещинами, отколотыми краями и другими дефектами до начала АБ терапии или непосредственно перед повторным введением (приемом) препаратов.

С минимальным загрязнением материала нормальной микрофлорой, т.к. ее наличие приводит к ошибочной трактовке результатов - мокрота, пробы из носа, ротоглотка (зев), гениталии и др.

Общие требования к доставке биоматериала в микробиологическую лабораторию:

Все собранные пробы отправляют в микробиологическую лабораторию немедленно после получения или не позднее 1-2 ч.

Исключение: использование емкостей с транспортными средами, возможно хранение образцов при комнатной температуре в течение 48 ч, моча и мокрота при +4 град. не более 24 часов.

Микробиологическое исследование мочи.

Показания:

- при подозрении на пиелонефрит;
- подозрение на ИМП, связанную с проведением медицинских манипуляций (цистоскопия, катетеризация), а также оказанием медицинской помощи (в т.ч. нозокомиальные ИМП);
- наличии симптоматики ИМП у мужчин;
- наличии симптоматики ИМП у беременных женщин;
- осложненных и/или рецидивирующих ИМП у женщин старше 65 лет;
- клинических признаках ИМП у лиц с иммунодефицитами, почечной недостаточностью, сахарным диабетом, аномалиями развития мочевой системы, мочекаменной болезнью, после трансплантации почек;
- повышении температуры тела у пациентов с постоянным катетером и детей в возрасте до 3 лет при отсутствии очевидных причин лихорадки;
- неэффективности предшествующей антибиотикотерапии ИМП.

Памятка для пациентов.

Правила забора анализа мочи на стерильность.

Отбор материала производят в день сдачи анализа.

1. Руки вымыть с мылом и насухо вытереть.

2. Провести тщательный туалет наружных половых органов теплой водой без применения антисептиков и просушить их салфеткой.

3. Открыть стерильный контейнер, не дотрагиваясь до внутренних его поверхностей.

4. При мочеиспускании собрать в контейнер среднюю порцию мочи (первая порция не собирается, т.к. всегда контаминирована микрофлорой уретры, мочеиспускание завершается в туалет).

5. Плотнo закрыть крышку контейнера со взятым образцом.

Примечание: не следует собирать мочу для бактериологического анализа у женщин в период менструации. Нельзя использовать для бактериологического анализа мочу из мочеприемника и подкладного судна.

Список использованных источников

Валиуллина И.Р., Кадысева Э.Р., Кулагина Л.Ю. и др. Преаналитический этап как показатель качества бактериологического исследования // Практическая медицина. — 2021. — Т. 19, № 4. — С. 14–17.

ВОДА, ДИЕТА, РЕГУЛЯРНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ — ТРИ ШАГА ПРОТИВ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ

*Студент Ахмедова Н.Ш., руководитель Усманова С.В. преподаватель
высшей категории, медицинский колледж железнодорожного транспорта
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет путей сообщения»,
город Иркутск*

Мочекаменная болезнь (МКБ, уролитиаз) – заболевание мочевыводящей системы, при котором в почках, мочеточниках и мочевом пузыре образуются плотные образования — камни (конкременты). Они формируются из солей, содержащихся в моче, и могут долго не вызывать симптомов, пока не начинают двигаться по мочевым путям. В зависимости от состава различают оксалатные, уратные, фосфатные и смешанные камни. Заболевание встречается у мужчин и женщин любого возраста, но чаще развивается у людей старше 30 лет. Мужчины болеют мочекаменной болезнью примерно в три раза чаще, чем женщины.

Мочекаменная болезнь (МКБ, уролитиаз) остаётся актуальной проблемой в медицине по нескольким причинам:

1. **Высокая распространённость и рост заболеваемости.** По данным исследований, в мире наблюдается увеличение абсолютного числа случаев МКБ, хотя стандартизированная по возрасту заболеваемость в некоторых регионах (например, в восточной Азии, Центральной и Восточной Европе) может снижаться. В России за последние десятилетия отмечается рост распространённости заболевания: по некоторым данным, за период с 2020 по 2026 год наблюдался устойчивый рост заболеваемости уролитиазом.

2. **Склонность к рецидивам.** Около 50% пациентов сталкиваются с рецидивами в течение 5 лет после первого эпизода заболевания. Это создаёт дополнительную нагрузку на систему здравоохранения и требует эффективных методов профилактики.

3. **Социальная значимость.** МКБ часто диагностируется у людей трудоспособного возраста (20–50 лет), что повышает её социальную значимость. Заболевание может приводить к инвалидности и в некоторых случаях является причиной летальных исходов.

4. **Разнообразие факторов риска.** На развитие МКБ влияют генетическая предрасположенность, особенности питания (избыток соли, белка, газированных напитков), недостаток жидкости, малоподвижный образ жизни, хронические заболевания (например, патологии ЖКТ, эндокринные нарушения), хронические инфекции мочевыводящих путей.

Существует необходимость в эффективных методах диагностики и лечения. Несмотря на прогресс в области диагностики и терапии, проблема рецидивов сохраняется. Разрабатываются и внедряются новые методы лечения,

включая малоинвазивные технологии (литотрипсия, эндоскопические методы), но требуется дальнейшее изучение патогенеза заболевания и разработка систем профилактики.

Таким образом, МКБ представляет собой серьёзную медицинскую и социальную проблему, требующую постоянного внимания и исследований в области диагностики, лечения и профилактики.

Задачи исследования:

- а) провести статистический анализ показателей заболеваемости мочекаменной болезнью по данным отделения;
- б) изучить и проанализировать значение роли медицинской сестры в диагностическом процессе у пациентов с мочекаменной болезнью;
- в) разработать рекомендации по профилактике мочекаменной болезни.

Мочекаменная болезнь — это хроническое заболевание мочевыводящей системы, которое характеризуется образованием камней из различных органических и неорганических соединений. Камни (конкременты) чаще всего локализованы в почках и мочевом пузыре, вызывают болевой синдром и нарушение оттока мочи. Заболевание нередко называют уролитиазом, а при поражении только почек — нефролитиазом. Распределение пациентов с МКБ по возрастным группам представлено на рисунке 1.

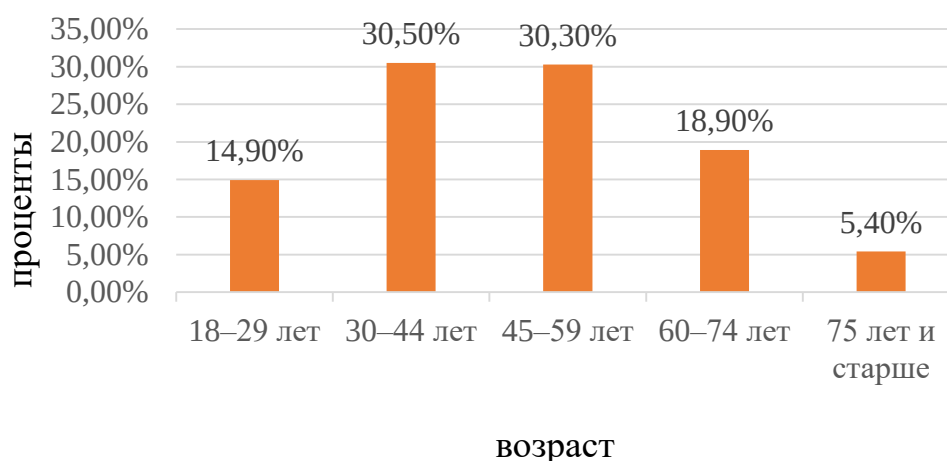


Рисунок 1 – Распределение пациентов с МКБ по возрастным группам за 2023 – 2025 годы

Обращаясь к рисунку 1, мы видим, что наиболее поражённой возрастной группой являются лица трудоспособного возраста от 30 до 44 лет (30,5%) и от 45 до 59 лет (30,3%). Суммарно пациенты в возрасте от 30 до 59 лет составляют 60,8% всех госпитализированных. Наименьшую долю составляют пациенты 75 лет и старше (5,4%). Полученные данные подтверждают, что МКБ преимущественно поражает лиц активного трудоспособного возраста, что придаёт проблеме не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Проведённое эмпирическое исследование на базе урологического отделения ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 8» позволило изучить структуру заболеваемости мочекаменной болезнью, оценить уровень информированности пациентов.

Профилактика мочекаменной болезни

1. Пейте больше чистой воды: суточный объем потребляемой жидкости должен составлять 2–2,5 литра, чтобы моча была светлой.
2. Ограничьте соль и сахар: суточная норма соли — не более 3–5 граммов (уменьшает выведение кальция с мочой).
3. Контролируйте уровень белка: избегайте переизбытка животного белка (мясо, рыба, птица), так как он повышает кислотность мочи.
4. Будьте физически активны: регулярные умеренные нагрузки (ходьба, плавание, ЛФК) предотвращают застойные явления в малом тазу и улучшают обмен веществ.
5. Регулярные обследования: проходите профилактическое УЗИ – почек 1–2 раза в год, особенно при наличии хронических заболеваний.



Список использованных источников

1. Аляев, Ю.Г. Мочекаменная болезнь. Современные методы диагностики и лечения / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, З.К. Гаджиев — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020 — 224 с.
2. Аполихин, О.И. Мочекаменная болезнь: клинические рекомендации / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Н.К. Гаджиев // Экспериментальная и клиническая урология — 2022 — № 3 — С 10–18.
3. Борисов, В.В. Сестринский уход в урологии : учебное пособие / В.В. Борисов, О.В. Борисова — Санкт-Петербург : Фолиант, 2021 — 248 с.
4. Гаджиев, Н.К. Современные аспекты метафилактики мочекаменной болезни / Н.К. Гаджиев, А.В. Сивков // Урология — 2023 — № 2 — С 45–52.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: ОПАСНОСТЬ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

*Студент К.К. Ашалгина, научный руководитель А.А. Солоненко
преподаватель высшей категории, медицинский колледж железнодорожного
транспорта ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет путей
связи», город Иркутск*

Пиелонефрит – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, характеризующийся одновременным или последовательным поражением чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек (преимущественно интерстициальная ткань). Причиной пиелонефрита всегда является инфекция. Возбудителем могут являться грамотрицательные палочки – кишечная палочка, цитробактер, энтеробактер, протей, синегнойная палочка, грамположительные палочки – микобактерии туберкулёза; грамположительная кокковая флора – стафилококк, энтерококк.

Пиелонефрит – самое частое заболевание почек во всех возрастных группах. По патогенезу он классифицируется на первичный пиелонефрит - воспалительное заболевание инфекционного характера, которое поражает почки без предшествующих органических изменений, на фоне анатомически и функционально нормальной мочевыделительной системы: первичный пиелонефрит может быть восходящим (инфекция распространяется на почки в ходе воспаления мочевого пузыря) и гематогенным (инфекция попадает в почки через кровь), вторичный пиелонефрит - это форма пиелонефрита, которая развивается на фоне других заболеваний (аномалии строения почек и мочевыводящих путей, нарушение оттока мочи – обструкция мочевыводящих путей, инфекции нижних мочевых путей – цистит, уретрит), в отличие от первичного (неосложнённого) пиелонефрита, вторичный возникает как следствие уже имеющихся нарушений отведения мочи, гестационный – неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек, возникающее в период беременности, возникающий в основном во втором триместре.

Симптомами острого пиелонефрита являются: лихорадка постоянного или волнообразного характера с ознобами, слабость, артралгии, миалгии, тошнота и рвота, боль в поясничной области различной интенсивности, болезненность при пальпации и при поколачивании в костно-позвоночном (рёберно-позвоночном) углу, часто отмечается дизурия – учащённое или затруднённое мочеиспускание. Хронический пиелонефрит вне обострения протекает малосимптомно или бессимптомно. В периоды обострения возможны общие и местные проявления, схожие с острым пиелонефритом, но обычно менее выраженные.

Острый пиелонефрит опасен тем, что он склонен к хронизации, рецидивированию и прогрессированию с формированием нефросклероза и развитием хронической почечной недостаточности, образованием гнойных процессов в почках, разрушением почечных сосочков, развитием

бактериотоксического, сепсиса и тромбоза почечных вен, что может приводить к инвалидизации, при отсутствии должного лечения и профилактики.

Основа лечения пиелонефрита – строгое соблюдение врачебных рекомендаций и антибактериальная терапия – антибиотики (полный курс обычно 7–14 дней, даже если симптомы исчезли, чтобы предотвратить переход в хроническую форму, также назначаются спазмолитики (помогают снять боль в пояснице и восстановить отток мочи), обезболивающие и жаропонижающие (для облегчения симптомов интоксикации), фитотерапия (используют лекарственные растения, обладающие противовоспалительными, антимикробными и мочегонными свойствами - лист брусники, лист толокнянки, цветки ромашки, хвощ полевой). В период заболевания и после следует соблюдать диету, исключить переохлаждения и тяжелые физические нагрузки, обеспечить покой.

Профилактика пиелонефрита складывается из первичных и вторичных мероприятий. В свою очередь, первичная профилактика состоит из немедикаментозной и медикаментозной профилактики. К первичной немедикаментозной профилактике можно отнести комплекс мероприятий, направленных на снижения риска первичного развития инфекционного воспаления в почках. Прежде всего, лечение заболеваний, которые могут привести к развитию пиелонефрита: очаговых инфекций, урологических заболеваний. Медикаментозная профилактика подразумевает следующие рекомендации: фитопрепараты (канефрон, фитолизин, и т.д.) и антибактериальные средства.

Вторичная профилактика позволяет снизить вероятность рецидива хронического воспалительного процесса и заключается в своевременном выявлении бактериурии.

Противорецидивное лечение состоит из фитопрепаратов, бактериофагов, антибактериальных средств. При пиелонефрите и предрасполагающих факторов очень важно соблюдать диету и количество потребляемой жидкости. Диета в острый период должна быть щадящей для почек. Белок и соль в рационе на первое время стараются ограничить. Рацион состоит из хорошо усваивающихся продуктов с достаточным содержанием микроэлементов и витаминов. Калорийность рациона – до 3200 ккал в день. Основной способ кулинарной обработки – на пару. При остром пиелонефрите рекомендуется увеличение количества потребляемой жидкости до 2 л в сутки для людей старше 16 лет, 1,5 л для детей 8-16 лет, 1 л для 1-8 лет. При хроническом пиелонефрите рекомендуется уменьшить потребление поваренной соли до 5 г в сутки и менее.

Роль медицинской сестры при пиелонефрите заключается в обеспечении комплексного ухода, контроле состояния пациента и обучении профилактике. Работа делится на три ключевых направления: клинический уход, выполнение назначений и образовательная функция. Медсестра – первый человек, который замечает динамику состояния пациента. На стадии клинического ухода она осуществляет контроль жизненно важных показателей: регулярное измерение температуры, артериального давления и частоты сердечных сокращений,

мониторинг диуреза: подсчёт объёма выделяемой мочи (суточный диурез) и контроль его цвета, прозрачности и наличия примесей (кровь, гной, слизь).

При выполнении назначений врача медсестра обеспечивает точность и своевременность терапии: инфузионная терапия – своевременное постановка капельниц (регидратация, введение антибиотиков и дезинтоксикационных растворов), фармакотерапия – строгое соблюдение временных интервалов при введении антибиотиков для поддержания стабильной концентрации препарата в крови, забор биоматериала – правильный сбор мочи (средняя порция, стерильность) и крови для лабораторных исследований (ОАМ, ОАК, посев на флору), контроль за соблюдением диеты, исключая избыток соли и специй.

Образовательная и психологическая роль медицинской сестры заключается в подготовке пациента к жизни после выписки. В это входит: обучение гигиене, режим питья – разъяснение важности соблюдения питьевого режима (преодоление страха пациента перед увеличением объёма жидкости), комплаенс (приверженность лечению) – разъяснение пациенту, почему нельзя прерывать курс антибиотиков даже после исчезновения симптомов (профилактика хронизации процесса), психологическая поддержка – снижение уровня тревожности пациента, что способствует более быстрому выздоровлению.

В соответствии с проведённым исследованием, включающим анкетирования пациентов, в котором приняло участие 10 пациентов, была выяснена гендерная структура.



Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу

Данная диаграмма показывает, что доля пациентов женского пола значительно превышает долю пациентов мужского пола, и составляет 70% (7 пациентов). Эти данные подтверждают, что такому заболеванию, как пиелонефрит чаще всего подвержены женщины.

Также необходимо было узнать, были ли у пациентов с пиелонефритом переохлаждения.

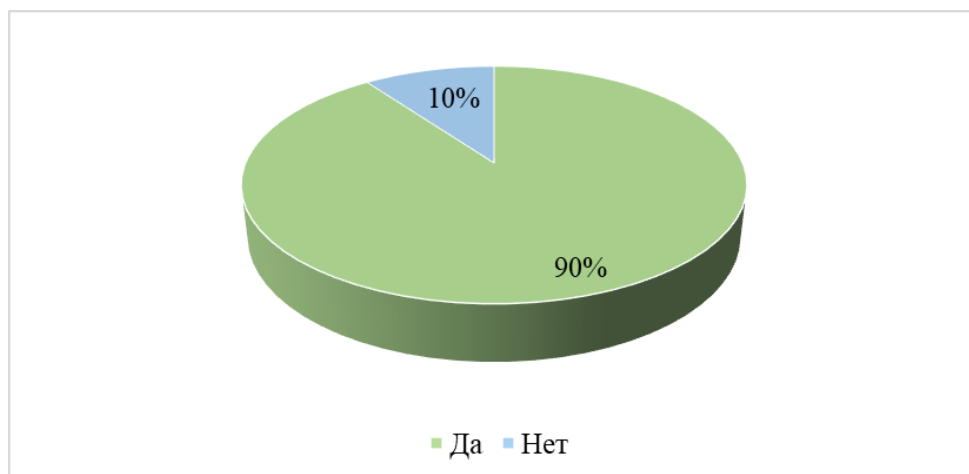


Рисунок 2 – Распределение пациентов по случаям переохлаждений

Большая часть пациентов – 90% (9 пациентов) на вопрос о переохлаждениях ответили положительно. Это указывает на ведущую роль фактора переохлаждения в возникновении пиелонефрита.

В заключении необходимо отметить, что обеспечение должного уровня сестринской помощи является важной задачей любого лечебно-профилактического учреждения, что возможно, с одной стороны, при разработке реальных критериев оценки работы среднего медицинского персонала, а с другой – при внедрении системы мероприятий, направленных на повышение уровня оказания медицинских услуг. Успех лечения целиком определяется качеством сестринской помощи и является обязательной составной частью лечения, влияющей на течение заболевания и выздоровления пациента.

Список использованных источников:

1. Аляев, Ю. Г. Урология: Российские клинические рекомендации / Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко, Д. Ю.Пушкарев. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2021.
2. Глыбочко, П.В. Практическая урология. Руководство для врачей / П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев. – М.: Медфорум, 2022.
3. Корягина, Н.Ю. Организация специализированного сестринского ухода: учебное пособие / Н. Ю. Корягина и др.; под ред. З. Е. Сопиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
4. Попова, Ю. Болезни почек. Пиелонефрит, цистит, опущение почки / Ю. Попова. - М.: Крылов, 2021.
5. Сигитова, О.Н. Болезни почек и мочевыводящих путей. Методические рекомендации для терапевтов / О.Н Сигитова // URL: https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2022/Сигитова_инфекции%20мочевых%20путей_%20MP%20для%20терапевтов.pdf
6. Фадеев, П.А. Пиелонефрит / П.А. Фадеев. - М.: Мир и образование, 2022.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ COVID В ПОСТПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОД В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

*Студент Э.Р. Бабаева, научный руководитель Н.С. Давыдова
преподаватель высшей категории, Медицинский колледж железнодорожного
транспорта ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет путей
сообщения», город Иркутск*

Пандемия новой коронавирусной инфекции на протяжении более трех лет оставалась основной проблемой здравоохранения большинства стран мира из-за тяжести течения заболевания, значительной смертности, высокой контагиозности и существенной распространенности COVID-19. Изучение особенностей течения новой коронавирусной инфекции, а также ее влияния на показатели здоровья населения имеет огромную эпидемиологическую, медицинскую и социально-экономическую значимость.

Изучение заболеваемости новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) остаётся актуальным по ряду причин, связанных с эпидемиологическими, медицинскими, социальными и экономическими аспектами.

1. Продолжающаяся угроза для здоровья населения. Несмотря на то, что с начала пандемии прошло несколько лет, коронавирус SARS-CoV-2 продолжает представлять угрозу. Появление новых штаммов вируса может вызывать подъёмы заболеваемости, что требует постоянного мониторинга и изучения.

2. Динамика заболеваемости. Для COVID-19 характерны периоды роста и спада, различающиеся по продолжительности и интенсивности. Эти колебания связаны с появлением новых штаммов, проведением противоэпидемических мероприятий, состоянием здравоохранения, экономикой, демографическими особенностями и другими факторами

3. Уязвимость групп риска. Особое внимание уделяется людям с сопутствующими заболеваниями, пожилым гражданам, а также медицинским работникам, которые подвергаются повышенному риску заражения при оказании помощи пациентам.

4. Эволюция вируса. Мутации генома SARS-CoV-2 могут приводить к непредсказуемому течению болезни и осложнениям у людей разных возрастных групп. Непрерывный молекулярно-генетический мониторинг за вирусом важен для оценки его новых свойств и способности избегать ранее сформированного иммунитета.

5. Эффективность вакцинации и необходимость её совершенствования. На начальном этапе пандемии применение вакцин привело к снижению заболеваемости, но позже эффективность имеющихся вакцин оказалась недостаточной. Это потребовало корректировки тактики вакцинации и введения ревакцинаций

6. Социально-экономические последствия. Пандемия оказала значительное влияние на систему здравоохранения, экономику и уровень жизни населения. Например, она повлияла на продолжительность жизни.

7. Необходимость совершенствования систем эпидемиологического надзора. Изучение эпидемического процесса, включая его проявления в разных регионах и условиях (например, в моногородах с ограниченной миграцией), помогает оптимизировать противоэпидемические мероприятия и улучшить систему мониторинга

8. Развитие научных исследований. Пандемия стала катализатором прогресса в области эпидемиологии, клинической медицины, диагностики, биоинформатики и цифровых методов.

Таким образом, изучение заболеваемости COVID-19 необходимо для понимания механизмов распространения вируса, разработки эффективных мер профилактики и лечения, а также для минимизации долгосрочных последствий для здоровья населения и системы здравоохранения.

Проведен анализ статистических показателей по заболеваемости ОРВИ, гриппом и новой коронавирусной инфекцией в Иркутской области за 2023-2024 годы по данным Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Иркутской области» за 2023-2024 годы.

В 2024 году инфекции респираторного тракта, как и в предыдущие годы, доминировали в структуре инфекционной заболеваемости, на их долю пришлось 94,3 % всех зарегистрированных случаев инфекционных заболеваний. На рисунке 1 отображена доля ОРВИ и гриппа среди всех инфекционных заболеваний, зарегистрированных в Иркутской области в 2024 году.

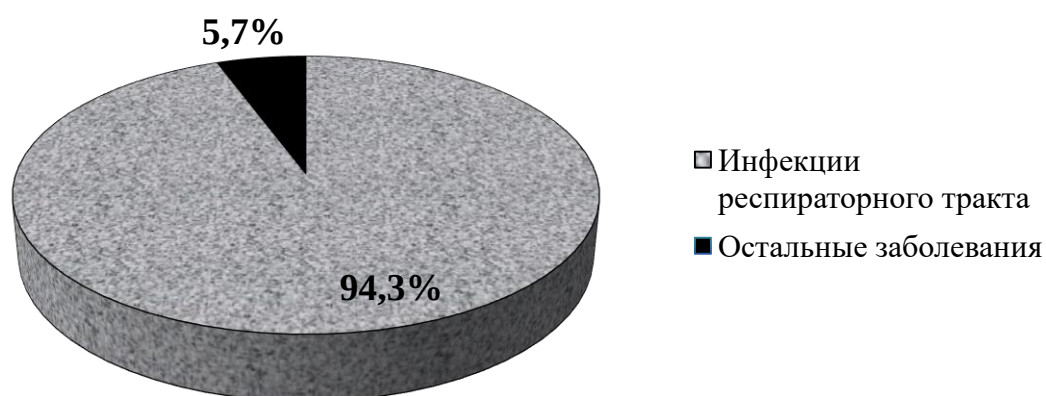


Рисунок 1 - Доля ОРВИ и гриппом среди всех инфекционных заболеваний в Иркутской области в 2024 году

В большую группу ОРВИ, вызвавших заболевания, входит заболеваемость новой коронавирусной инфекцией. В 2023 году зарегистрировано 34293 случаев COVID-19, в 2024 году в Иркутской области зарегистрировано 16298 случаев COVID-19. Показатель заболеваемости в 2023 году составил 1454,86 на 100

тысяч населения. В 2024 году показатель заболеваемости составил 699,3 на 100 тысяч населения, что в 2,1 раза ниже уровня 2023 года. На рисунке 2 отображены абсолютный (число случаев) и относительный (показатель заболеваемости на 100 тысяч населения) показатели заболеваемости новой коронавирусной инфекцией в Иркутской области в 2023-2024 годах.

При анализе возрастной структуры заболеваемости COVID-19 в Иркутской области в 2023-2024 годах установлено, что доля детей среди заболевших COVID-19 в 2024 году увеличилась с 14,5 % в 2023 году до 17,3 %. Среди детей показатель заболеваемости в 2023 году составил 869,4 на 100 тысяч населения; в 2024 году - 499,1 на 100 тысяч населения – в 1,8 раза, что ниже уровня 2023 года (рисунок 3).

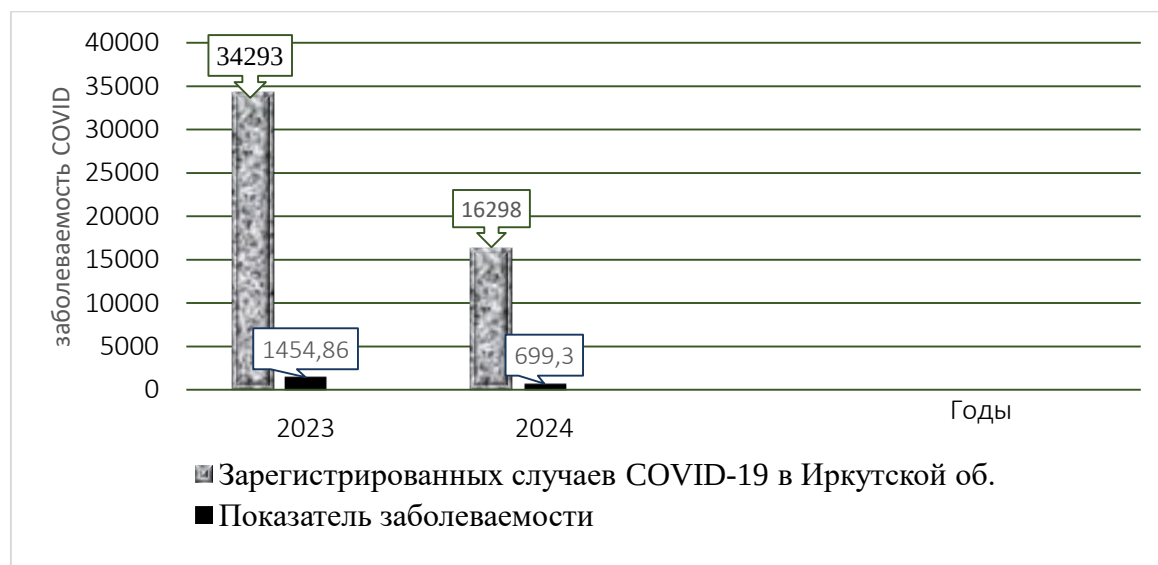


Рисунок 2- Абсолютный и относительный показатели заболеваемости COVID -19 в Иркутской области в 2023-2024 году.

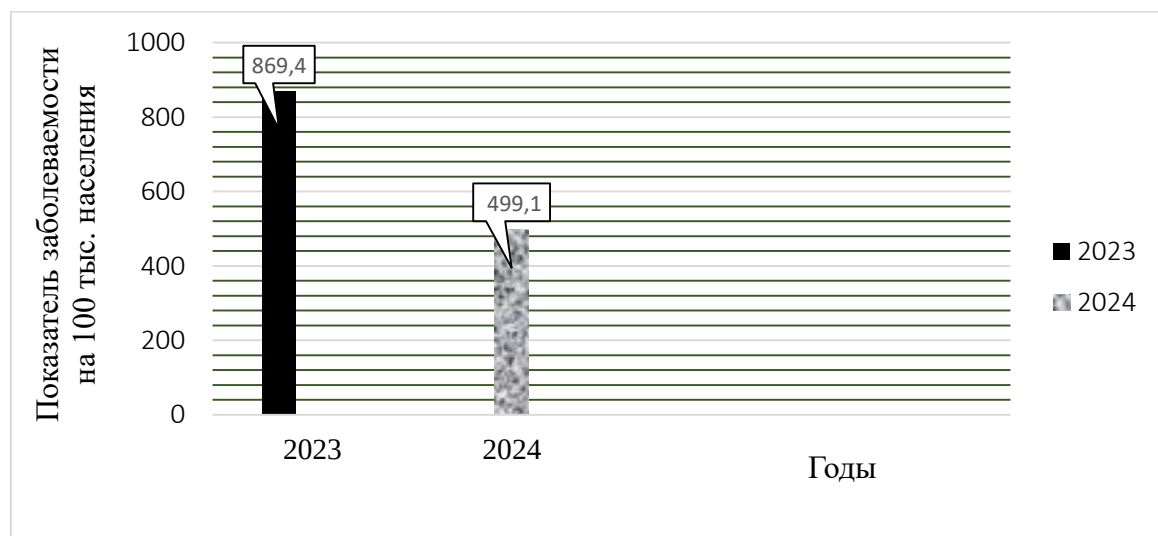


Рисунок 3 - Показатели заболеваемости COVID-19 на 100 тысяч населения среди детей в 2023-2024 годах

В таблице 1 отображены показатели заболеваемости новой коронавирусной инфекцией среди детей разных возрастных групп в Иркутской области за 2023-2024 годы.

Таблица 1 – Показатели заболеваемости новой коронавирусной инфекцией в различных возрастных группах на 100 тысяч населения

Возрастная группа	Годы	
	2023	2024
до 1 года	3488,7	2487,0
от 1до 2 лет	912,8	690,2
3-6 лет	557,2	295,6
7-14 лет	737,6	384,9
15-17 лет	1055,6	500,5
взрослые	1648,6	763,0

Анализ возрастной структуры показал, что заболеваемость новой коронавирусной инфекцией в Иркутской области в 2024 году снизилась во всех возрастных группах.

В структуре клинических форм заболеваемости новой коронавирусной инфекцией преобладали случаи с проявлениями ОРВИ (95,4 %), однако, доля ВП увеличилась с 3,4 % в 2023 году до 4,6 % в 2024 году.

Анализ возрастной структуры заболеваемости пневмонией, вызванной SARS-CoV-2, показал, что показатели заболеваемости в 2024 году увеличились в возрастных группах от 1 года до 17 лет. Значительное снижение данного показателя отмечено в возрастных группах до 1 года и среди взрослого населения. В таблице 2 отображено изменение заболеваемости пневмонией в 2023-2024 годах во всех возрастных группах

Таблица 2 - Заболеваемость пневмониями, вызванными SARS-CoV-2, в Иркутской области в 2023- 2024годах в разных возрастных группах.

Возрастная группа	Годы	
	2023	2024
до 1 года	241,0	181,3
от 1до 2 лет	41,8	51,7
3-6 лет	10,4	12,9
7-14 лет	10,0	21,0
15-17 лет	9,4	20,7
взрослые	65,6	33,5

Таким образом, анализ показателей заболеваемости новой коронавирусной инфекцией в Иркутской области за 2023-2024 годы показал, что количество случаев и показатель заболеваемости на 100 тысяч населения снизились в 2024

году, но возросла доля детей в общей заболеваемости данной инфекцией. Несмотря на то, что показатели заболеваемости среди всех возрастных групп значительно снизились, показатели заболеваемости пневмониями, вызванными SARS-CoV-2, возросли среди детей в возрастных группах от 1 года до 17 лет. Необходимо учитывать выявленную тенденцию при проведении профилактических, противоэпидемических мероприятий; более эффективно проводить раннюю диагностику данной инфекции и повышать эффективность лечения первоначальных признаков заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией.

Список использованных источников:

1. [https://www.crie.ru/upload/iblock/d2e/573litakc7862eldigk2rq1219cpfb3z/disser1\(gasanov\).pdf](https://www.crie.ru/upload/iblock/d2e/573litakc7862eldigk2rq1219cpfb3z/disser1(gasanov).pdf)
2. <https://diseases.medelement.com/disease/вирусные-пневмонии-у-взрослых-кр-рф-2024/18397>
3. https://irknipchi.ru/ib_covid-19_2023.pdf

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ

Студент Е. А. Волощук, научный руководитель Н. А. Бутина преподаватель высшей категории, Медицинский колледж железнодорожного транспорта ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет путей сообщения», город Иркутск

Заболевания ЛОР-органов (ринит, синусит, тонзиллит, аденоидит, отит) занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детского населения и являются значимой медико-социальной проблемой. Высокая частота воспалительных процессов у детей обусловлена анатомо-физиологическими особенностями (узкие носовые ходы, короткая широкая слуховая труба, рыхлая слизистая оболочка) и незрелостью иммунной системы. Несвоевременное лечение способствует развитию осложнений и хронизации патологии. Ключевая роль в оказании помощи детям принадлежит медицинской сестре.

Цель работы – изучить особенности сестринского ухода за детьми с ЛОР-заболеваниями.

Задачи:

1. Проанализировать структуру ЛОР-заболеваемости у детей по данным отделения.
2. Выделить основные проблемы пациентов с отитом и определить цели сестринского ухода.
3. Описать алгоритм сестринских вмешательств.

ЛОР-заболевания – это патологические состояния, поражающие верхние дыхательные пути и слуховую систему (уши, нос, горло, гортань). Диагностикой и лечением занимается врач-оториноларинголог.

Этиология. Основные возбудители – вирусно-бактериальные агенты (пневмококк, гемофильная палочка, стрептококк). Предрасполагающие факторы: гипертрофия лимфоидного глоточного кольца, частые ОРВИ, переохлаждение, снижение иммунитета, хронические очаги инфекции.

Клиническая картина. У детей раннего возраста преобладают неспецифические симптомы: беспокойство, плач, отказ от еды, нарушение сна, лихорадка. У старших детей – локализованные симптомы: боль в ухе, затруднение носового дыхания, кашель, боль в горле.

Диагностика включает сбор жалоб и анамнеза, риноскопию, фарингоскопию, отоскопию, общий анализ крови, бактериологическое исследование мазков, при необходимости – рентгенографию или КТ пазух, аудиометрию.

Лечение комплексное: антибактериальная терапия, противовоспалительные средства, местное лечение (туалет носа и уха, сосудосуживающие и антисептические капли), физиотерапия, при необходимости – хирургическое вмешательство.

Было проведено исследование на базе детского оториноларингологического отделения ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница».

В ходе исследования проанализирована структура заболеваемости за 2023–2025 годы по трём основным локализациям: ухо (отиты), нос и околоносовые пазухи (риниты, синуситы), глотка и гортань (тонзиллиты, аденоидиты, фарингиты, ларингиты).

Таблица 1 – Распределение ЛОР-заболеваний у детей по локализации, %

Локализация	2023 г.	2024 г.	2025 г.
Заболевания уха (отит)	52%	48%	45%
Заболевания носа и пазух	28%	32%	35%
Заболевания глотки и гортани	20%	20%	20%

Как видно из таблицы 1, на протяжении трёх лет преобладают заболевания уха (45–52% всех случаев). Это объясняется анатомо-физиологическими особенностями детского возраста: короткая, широкая и горизонтально расположенная евстахиева труба. При любой респираторной инфекции отёк слизистой носа и глотки быстро перекрывает устье трубы, нарушается вентиляция среднего уха, возникает отрицательное давление, затем – воспаление. В связи с высокой частотой отитов и риском осложнений (мастоидит, тугоухость, менингит) особое внимание в работе уделено сестринскому уходу при отите.

Сестринский уход за ребёнком с отитом

1. Оценка состояния ребёнка

- Контроль температуры тела (каждые 3–4 часа).
- Оценка боли (поведение, реакция на надавливание на козелок).
- Контроль дыхания, сна, аппетита.

2. Выявление проблем

- Гипертермия, болевой синдром.
- Нарушение носового дыхания.
- Риск осложнений (гнойный отит, тугоухость).
- Нарушение сна, тревожность.
- Дефицит знаний у родителей.

3. Цели ухода

- Краткосрочные: снижение температуры, уменьшение боли за 1–2 дня.
- Долгосрочные: выздоровление без осложнений, обучение родителей.

4. Выполнение назначений врача

- Антибиотики (в/м или перорально).
- Жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен).
- Сосудосуживающие капли в нос.
- Ушные капли (при отсутствии перфорации барабанной перепонки).

5. Местный уход

Закапывание капель в ухо:

- Очистить слуховой проход ватной турундой.
- Согреть капли в руке.
- Уложить ребёнка на бок здоровым ухом вниз.
- Оттянуть ушную раковину кзади и книзу (до 2 лет) или кзади и кверху

(старше 2 лет).

- Закапать капли, полежать 2–3 минуты.

Туалет носа:

- Очистить носовые ходы ватными жгутиками или аспиратором.
- Закапать сосудосуживающие капли.

6. Режим

- Палатный режим, покой.
- Обильное тёплое питьё.
- При кормлении грудных – полувертикальное положение.

7. Наблюдение за состоянием

- Ежедневная термометрия, оценка боли и слуха.
- Отслеживание побочных реакций на лекарства.
- Контроль диуреза.

8. Обучение родителей

- Алгоритму закапывания капель.
- Правилам гигиены ушей (не использовать ватные палочки).
- Симптомам, требующим срочного обращения к врачу (усиление боли, выделения из уха, ухудшение слуха).

- Важности полного курса антибиотиков.

9. Оценка эффективности

- Нормализация температуры через 2–3 дня.
- Уменьшение боли, улучшение аппетита и сна.
- Восстановление слуха.
- Родители уверенно выполняют манипуляции.

Отит у детей остаётся одним из самых частых ЛОР-заболеваний в силу анатомо-физиологических особенностей. Эффективность лечения зависит от своевременной диагностики, комплексной терапии и правильно организованного сестринского ухода.

В ходе исследования (февраль–март 2025 г., на базе ЛОР-отделения ГИМДКБ) подтверждено, что заболевания уха составляют до 52% всех ЛОР-патологий у детей. Медицинская сестра играет ключевую роль: она не только выполняет врачебные назначения, но и обучает родителей, проводит безопасные манипуляции, выявляет ранние признаки осложнений.

Список использованных источников:

1. Баранов, А.А. Педиатрия: учебник / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1024 с.
2. Богомильский, М.Р. Детская оториноларингология: учебник / М.Р. Богомильский, В.Р. Чистякова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 432 с.
3. Карпова, Е.П. Острые средние отиты у детей: роль медицинской сестры / Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов // Медицинская сестра. – 2024. – № 3. – С. 24–29.
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого среднего отита у детей. – М.: Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, 2023. – 35 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА

Студенты: А. В. Гайнутдинова , Д. А. Чистогашева, научный руководитель В. Н. Денисова, Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Ачинский медицинский техникум», город Ачинск

Сахарный диабет (СД) – ведущая медико-социальная проблема современности ввиду глобальной распространённости, роста заболеваемости и тяжёлых осложнений. Всемирное распространение диабета расценивается как неинфекционная пандемия XXI века. По данным ВОЗ, заболевание поражает 830 миллионов человек во всём мире, включая более 1,5 миллиона детей с ежегодным приростом на 3–4%. Исходя из приведённой ниже гистограммы, заболеваемость СД в мире за период с 2021 по 2025 годы увеличилась в 1.5 раза.

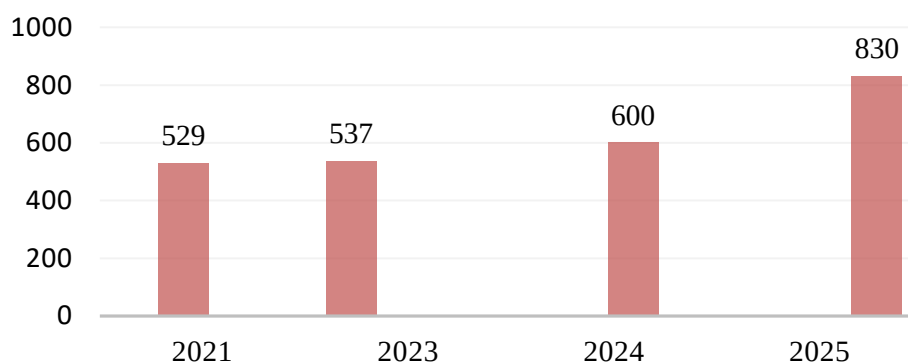


Рис.1 Заболеваемость сахарным диабетом в мире

В России официально зарегистрировано свыше 6 миллионов взрослых и порядка 65 тысяч детей-диабетиков, однако реальные показатели почти вдвое превышают официальные цифры, приближаясь к отметке в 12 миллионов пациентов. Таким образом, примерно половина больных живёт без постановки диагноза и соответствующего лечения. Особую тревогу вызывает тот факт, что до 70% случаев заболевания у детей диагностируются только на этапе развития жизнеугрожающего диабетического кетоацидоза. Это, безусловно, отрицательно сказывается на прогнозе заболевания в перспективе [1, 2].

Поздняя диагностика является одной из ключевых проблем. Поэтому на современном этапе стала актуальной разработка комплекса мероприятий, направленных на установление диагноза до манифестации заболевания. С этой целью был разработан Всероссийский скрининг СД 1 типа в группах риска. Красноярский край участвует в этой программе [3,4].

СД 1 типа - наследственное аутоиммунное заболевание. Особенности его манифестации на современном этапе у детей являются: начало в более раннем возрасте; заболевание в 70% случаев дебютирует в диабетической кетоацидотической коме; нарушения углеводного обмена на момент дебюта заболевания показали тенденцию к более высокому уровню гликированного гемоглобина; диабетический кетоацидоз в дебюте увеличивает риски хронических осложнений, прогноз на перспективу.

К группе риска по развитию СД 1 типа относят пациентов, имеющих отягощённую наследственность. Скрининг должен проводиться детям, у которых СД 1 типа диагностирован у родственников 1 линии: родителей, родных братьев, сестёр. Этапы скрининга: заполняется анкета, сдаются анализы (гликемия натощак, гликированный гемоглобин, проводится глюкозотолерантный тест). Обследование на аутоантитела (ААТ проводится в платных лабораториях).

СД 1 типа начинается за несколько месяцев или даже лет до появления симптомов, при наличии 2-х или более ААТ к b клеткам поджелудочной железы и прогрессирует до клинической стадии постепенно. Информация, отражённая в таблице 1, показывает этапы прогрессирования и тактику ведения пациентов.

Таблица 1

Этапы прогрессирования и тактика ведения СД 1 на доклинической стадии

Этапы прогрессирования	Тактика ведения
Генетический риск	Первичная профилактика
Стадия 1. Активация иммунитета (нормогликемия, отсутствие симптомов, одно антитело).	Первичная профилактика
Стадия 2. Иммунный ответ (выработка антител к β клеткам поджелудочной железы). Дисгликемия, свидетельствующая о нарушении толерантности к глюкозе, отсутствие симптомов, два и $>$ антител.	Вторичная профилактика
Стадия 3. Клинический диагноз, гликемия, наличие симптомов, типичных для манифеста СД, два и $>$ антител.	Вмешательство

Диагностика проводится по наличию пяти специфических ААТ: декарбоксилаза глутаминовой кислоты - GAD65, тирозинфосфатаза - IA-2, ICA512, транспортёр цинка - ZnT8, инсулин - IA, островковые клетки – ICA и позволяет выявить людей с риском развития СД 1 типа. Не существует последовательности появления ААТ, поэтому надо сдавать анализы на все 5. Это обследование позволяет выявить пациентов с риском развития СД.

Если получен положительный результат на одно ААТ, необходимо динамическое наблюдение. Родителям должны быть разъяснены принципы ЗОЖ (питание с ограничением простых углеводов, достаточным содержанием клетчатки, двигательная активность). Необходимо контролировать гликемию натошак один раз в 3 месяца, гликированный гемоглобин и глюкозотолерантный тест каждые 6 месяцев. Если получен положительный результат на два и более ААТ пациенты должны наблюдаться эндокринологом, пройти обследование для уточнения стадии СД 1 типа в детской краевой больнице и затем направляются на заочную, а при наличии показаний на очную генетическую диагностику (Москва, ВЭНЦ). Доставка до центра и анализ образцов проводится бесплатно. ВЭНЦ исследует на все 5 ААТ. Если будут выявлены ААТ, ребёнок приглашается на генетическое и полное обследование углеводного обмена. По результатам будут даны рекомендации по наблюдению и лечению. На сегодняшний день существуют эффективные методы терапии - инъекции моноклеарных антител, которые могут отсрочить манифестацию заболевания на десятки лет, на более старший сознательный возраст. [3,4].

В практической части исследования проанализированы статистические данные в мире, по РФ, Красноярскому краю, городу Ачинску. Выводы неутешительные: число случаев заболевания СД значительно растёт [5,9,10].

Проведён анализ 8-и амбулаторных карт пациентов ДП№2 КГБУЗ «ККЦОМД №2» города Ачинска.

Выводы: возраст дебюта заболевания от 1 года 6 месяцев до 10 лет; у четырех пациентов отягощена наследственность по сахарному диабету (50%); заболевание у пяти детей первично выявлено в кетоацидотической коме (63%); у одной девочки заболевание выявлено на фоне лечения ГКС узловой эритемы (лечение проводилось под контролем КАК и ОАМ, в анализе мочи была

выявлена глюкозурия, рекомендовано сдать кровь на сахар, выявлена гликемия 15,4 ммоль /л); у двух детей заболевание выявлено при обращении к педиатру с жалобами, характерными для сахарного диабета, при обследовании выявлена гликемия 15-16 ммоль/л; только у 3-х детей СД1 типа выявлен без кетоацидоза (37%).

Невозможно переоценить важность доклинической диагностики СД1 типа, так как это позволит отсрочить осложнения и улучшить прогноз. Из всего сказанного выше следует особая значимость определения тактики фельдшера, который работает в первичном звене здравоохранения (на участке детской поликлиники или на ФАП). Именно он, собирая генеалогический анамнез, выявляет детей с отягощённой наследственностью по СД и отправляет их на первый этап скрининга, в дальнейшем осуществляет наблюдение, а при выявлении показаний направляет на дальнейшие этапы скрининга.

Список использованных источников:

1. Сахарный диабет 1 типа у детей: Клинические рекомендации утверждены МЗ РФ от 2025 г.
2. Здравоохранение в России 2025: статистический сборник/Росстат - Москва.2025 г. – 194 с. – Текст электронный.
3. Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии: материалы межрегиональной научно-практической конференции от 29.05. 2025г., КККЦОМД, Красноярск.
4. Новые горизонты Сибири и Дальнего востока: материалы регионального эндокринологического съезда от 05.09.2025г., Иркутск.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПОЭТАПНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Студент К.Т. Галимова, научный руководитель А.А. Солоненко преподаватель высшей категории, Медицинский колледж железнодорожного транспорта ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет путей сообщения», город Иркутск

Мочекаменная болезнь (уролитиаз) – хроническое заболевание, характеризующееся образованием конкрементов в различных отделах мочевыделительной системы. Оно занимает одно из ведущих мест в структуре урологической патологии, а склонность к частым рецидивам делает проблему не только медицинской, но и социально значимой. В этой связи сестринский процесс приобретает особую ценность: он объединяет квалифицированный уход, целенаправленное управление факторами риска и обучение пациента, что напрямую влияет на прогноз и качество жизни.

Фундаментом эффективной профилактики как первичного, так и повторного камнеобразования служит глубокое понимание факторов риска,

которые принято делить на экзогенные и эндогенные. К экзогенным причинам относятся, прежде всего, алиментарные погрешности: избыток в рационе острой, соленой, богатой животным белком и оксалатами пищи, а также хронически недостаточное употребление жидкости, приводящее к постоянной высокой концентрации солей в моче. Эндогенные факторы не менее значимы: наследственные энзимопатии и генетическая предрасположенность обуславливают до трети всех случаев заболевания, а аномалии развития мочевых путей, вызывающие застой мочи, хронические инфекции, нарушения обмена веществ, ожирение и сопутствующие эндокринные патологии создают благоприятную среду для литогенеза. Медицинская сестра, собирая анамнез и оценивая образ жизни пациента, должна выявлять и систематизировать эти факторы, чтобы в дальнейшем адресно воздействовать на модифицируемые из них.

Сестринский процесс при мочекаменной болезни строится по классической пятиэтапной схеме. На первом этапе медсестра проводит детальное обследование: фиксирует жалобы, собирает анамнез жизни и болезни, измеряет артериальное давление, пульс, температуру, оценивает состояние кожных покровов и характер болевого синдрома.

Второй этап заключается в выявлении актуальных и потенциальных проблем пациента. К приоритетным проблемам относятся острая боль в поясничной области, вплоть до почечной колики, дизурические расстройства, гематурия, тошнота и рвота, лихорадка, а также страх и тревога, связанные с тяжестью состояния и неопределенностью прогноза. Потенциальные проблемы включают риск развития острого обструктивного пиелонефрита, рецидива камнеобразования и прогрессирования хронической почечной недостаточности. Нельзя игнорировать и психосоциальную составляющую: пациент часто испытывает выраженный дефицит знаний о своем заболевании, принципах диетотерапии и профилактики, что требует активной просветительской работы. В исследовании темы было выяснено какие первые проблемы заставили пациентов обратиться за медицинской помощью.



Рисунок 8 – Распределение пациентов по наличию первых симптомов мочекаменной болезни

На третьем этапе медицинская сестра формулирует конкретные, измеримые и достижимые цели ухода, как краткосрочные (например, купирование боли в течение получаса после инъекции), так и долгосрочные (демонстрация пациентом понимания принципов питания и питьевого режима к моменту выписки), и составляет план сестринских вмешательств.

Четвертый этап - непосредственная реализация этого плана, а пятый - оценка эффективности выполненных действий и, при необходимости, коррекция ухода. Особое место в деятельности медицинской сестры занимает управление факторами риска и специализированный уход, что и составляет основное содержание четвертого этапа сестринского процесса.

Ключевым компонентом профилактики и ухода служит контроль водного режима и диуреза. Медицинская сестра ведет строгий учет выпитой и выделенной жидкости, обучает пациента поддерживать суточный диурез на уровне не менее 2–2,5 литров (при отсутствии сердечной и почечной недостаточности) и визуально оценивать цвет мочи. Не менее значима и диетотерапия, которая дифференцируется в зависимости от химического состава конкрементов. При наличии у пациента оксалатных камней исключаются продукты, богатые щавелевой кислотой: щавель, шпинат, бобовые, шоколад, крепкий кофе. При наличии уратных камней ограничивается потребление животного белка, субпродуктов и рекомендуется ощелачивающее питье. При наличии фосфатных камней, напротив, диета направлена на подкисление мочи и ограничение молочных продуктов. Задача медсестры - в доступной форме разъяснить пациенту эти принципы, помочь составить примерное меню и ответить на возникающие вопросы. Важную роль играет и коррекция образа жизни: медсестра убеждает пациента в необходимости регулярной двигательной

активности, которая способствует естественному отхождению мелких конкрементов и препятствует застою мочи.

Одним из опасных осложнений МКБ является почечная колика. Пациент при почечной колике чувствует себя крайне тяжело, и это состояние трудно с чем-то перепутать. Она возникает внезапно, без видимых причин, днем или ночью, в покое или при движении. Боль носит нестерпимый характер и локализуется в левой или правой поясничной области с распространением вниз по ходу мочеточника в подвздошную область, в пах, внутренние поверхности бедра и наружные половые органы. Продолжительность колики - от нескольких минут до суток и более. При этом больной стонет, может кричать, его бьет озноб, выступает холодный липкий пот, пульс учащается, давление повышается, часто возникает тошнота и многократная рвота, которая не даёт облегчения. Позывы на мочеиспускание становятся частыми и ложными, мочи выделяется очень мало либо она идёт по каплям, нередко с примесью крови. Боль остаётся доминирующим, всепоглощающим ощущением до тех пор, пока не будет оказана квалифицированная медицинская помощь. Приоритетной задачей при почечной колике является обезболивание: строго по назначению врача сестра вводит спазмолитические и анальгетические препараты, а на доврачебном этапе, при отсутствии противопоказаний, может применить грелку на поясничную область или горячую ванну.

Купировать почечную колику - задача врача и медсестры. При этом медсестра, работая по назначению врача, выполняет все требуемые процедуры. При почечной колике следует немедленно выполнить обезболивание. Для купирования боли применяют ненаркотические анальгетики и их комбинации со спазмолитиками:

а) дротаверин внутривенно медленно в дозе 40–80 мг (2% раствор в дозе 2–4 мл);

б) кеторолак внутривенно в дозе 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее чем в течение 15 с или внутримышечно;

в) диклофенак (диклофенак натрия) внутримышечно, ректально, внутрь или сублингвально. Доза при приеме внутрь и для внутримышечного введения 75 мг, в ректальных свечах — 100 мг.

Одной из важных задач медсестры является научить пациента самопомощи:

а) вызвать бригаду СМП;

б) обеспечить покой, принять удобное положение, постараться уменьшить физическую нагрузку;

в) приложить грелку на поясничную область или поместить пациента в теплую ванну (37 – 39°C) – только если нет температуры, травмы, подозрения на пиелонефрит и по согласованию с врачом; тепло снимает спазм;

г) применить спазмолитик Но-шпа 40 мг.

В послеоперационном периоде после дистанционной литотрипсии или эндоскопических вмешательств объем сестринского ухода значительно расширяется. Он включает контроль состояния послеоперационной раны,

своевременную смену повязок, уход за нефростомическим дренажом или уретральным катетером с точной регистрацией характера и количества отделяемого, тщательный мониторинг диуреза, профилактику инфекционных осложнений и своевременное обезболивание. Наконец, огромное значение имеет психосоциальная поддержка и обучение. Медицинская сестра должна провести индивидуальную или групповую беседу о сути заболевания, объяснить, что строгое соблюдение питьевого режима, диеты и рекомендаций по физической активности способно существенно снизить риск рецидива, и подчеркнуть важность регулярного диспансерного наблюдения у уролога с периодическим выполнением УЗИ почек и анализов мочи.

В заключении необходимо отметить, что сестринский процесс при мочекаменной болезни представляет собой комплексную систему, объединяющую высококвалифицированный уход, активное воздействие на модифицируемые факторы риска и непрерывное обучение пациента. Медицинская сестра в этом тандеме выступает не только как ассистент врача, но и как педагог, психолог и наставник, сопровождающий пациента на всех этапах лечения и реабилитации. Именно от ее компетентных действий в значительной степени зависят скорость выздоровления, снижение частоты рецидивов и улучшение качества жизни больных мочекаменной болезнью.

Список использованных источников:

1. Бронников, А. С. Значение сестринской деятельности в решении проблем пациентов с мочекаменной болезнью: дипломная работа / А. С. Бронников, науч. рук. С. И. Коровянская. — Белгород, 2019. — 46 с.
2. Гельвих, А. В. Сестринский процесс при оказании помощи пациентам с мочекаменной болезнью в условиях стационара: выпускная квалификационная работа / А. В. Гельвих. — М., 2021.
3. Ибраева, А. С. Сестринский процесс при мочекаменной болезни, острой и хронической почечной недостаточности: презентация / А. С. Ибраева ; ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж». — Петропавловск-Камчатский, 2024.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 июля 2021 г. № 736н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)».
5. Смолева, Э. В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э. В. Смолева. — Ростов н/Д: Феникс, 2019. — С. 293–300.
6. Уход за больными с проблемами мочевыводящих путей / М. М. Иминова [и др.] // [econfseries.com]. — 2025. п

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Студент И.С. Зайцев, руководитель С.В. Синякова, Прокопьевский филиал Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Кузбасский медицинский колледж», город Прокопьевск.

Онкологические заболевания – это группа заболеваний, при которых клетки организма начинают бесконтрольно делиться, образуя злокачественные новообразования. Данные клетки могут поражать различные органы и ткани, включая кожу, внутренние анатомические структуры и функциональные системы.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2025 году заболеваемость онкологическими заболеваниями составила около 460 случаев на 100 000 населения. Всего в стране было выявлено почти 1,3 миллиона новых диагнозов, а общее число пациентов, находящихся на учете у онкологов уже превысило 4,4 миллиона человек. Наиболее распространёнными среди них онкологическими заболеваниями стали: рак кожи (включая меланому) – около 14% всех случаев, рак молочной железы – около 11,1%, рак трахеи, бронхов и легких – 10,7%. Но благодаря ранней диагностике максимальный шанс на полное выздоровление и стойкую ремиссию получают от 70% до 90% пациентов, в зависимости от локализации опухоли. Так, в 2025 году ранняя выявляемость злокачественных новообразований в Российской Федерации достигла более 61,5%, а в отдельных регионах и медицинских учреждениях этот показатель уже приближается к 68%. Всё это стало возможным при помощи современных технологий диагностики онкологических заболеваний, о которых я расскажу в данной статье.

Современные методы диагностики онкологических заболеваний постоянно развиваются, сочетая технические инновации, персонализированный подход и использование передовых технологий, таких как искусственный интеллект. Наиболее актуальные и перспективные из них я отразил в своей статье.

ПЭТ/КТ (позитронно-эмиссионная томография в сочетании с компьютерной томографией).

Принцип метода интегрирует функциональную визуализацию (ПЭТ) и анатомическую детализацию (КТ). В рамках процедуры пациенту вводится радиофармацевтический препарат (например, ^{18}F -фтордезоксиглюкоза), который обладает способностью накапливаться в активно делящихся клетках, включая опухолевые.

Метод ПЭТ/КТ широко используется в диагностике злокачественных новообразований лёгких, молочной железы, лимфомы, коло ректального рака, рака пищевода, опухоли головы и шеи, а также меланомы. Особую ценность метод представляет при выявлении первичного опухолевого очага, оценке

распространённости опухолевого процесса и мониторинге эффективности проводимой терапии.

К основным преимуществам ПЭТ/КТ относится высокая чувствительность к выявлению метастазов (вторичных очагов злокачественной опухоли) и рецидивов, а также возможность дифференциации рубцовой ткани от возвращения опухолевого процесса.

Жидкостная биопсия.

Основным принципом работы данной технологии является анализ циркулирующих биомаркеров в крови и других биологических жидкостях (например, циркулирующих опухолевых клеток, ДНК, РНК и переносчиков биологически активных молекул) для выявления раковых клеток и изучения генетических особенностей опухоли.

Основными достоинствами данной технологии стали: менее инвазивный подход по сравнению с традиционной биопсией тканей; возможность обнаружения мутаций даже при их незначительном содержании в опухоли; возможность контроля опухолевого процесса после удаления первичного очага и прогнозирование метастазов или рецидивов.

Жидкостную биопсию используют для назначения таргетной терапии (т.е. для целенаправленного воздействия на рост и выживание раковых клеток), корректировки лечения, мониторинга эффективности терапии, а также для раннего выявления рака.

Искусственный интеллект.

Концепция применения ИИ заключается в обработке больших объёмов медицинских данных, включая результаты жидкостной биопсии, анализацию генетических маркеров в крови и выявление закономерностей, которые могут быть незаметны для человека.

Прерогатива ИИ ярко проявляется в таких показателях, как: способность выявлять сложные взаимосвязи между различными биомаркерами, которые могут указывать на наличие рака или определять его тип; ИИ может быстро обрабатывать и анализировать медицинские данные, что позволяет ускорить постановку диагноза и начать лечение; анализировать данные о состоянии пациента в динамике и выявлять тенденции, которые могут указывать на рецидив или метастазы.

Искусственный интеллект получает свою реализацию в помощи врачам корректировать лечение в зависимости от реакции организма пациента на терапию и определять его эффективность, а также осуществлять прогнозирование вероятности рецидива или метастазов.

3D-модели метастазов.

Принципом работы технологии 3D-моделирование метастазов стало создание объёмного изображения опухолевых очагов в теле пациента. Для которого используются данные компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии или позитронно-эмиссионной томографии. Полученная информация обрабатывается с помощью специализированного

программного обеспечения, которое позволяет визуализировать метастазы в трёхмерном пространстве.

Ключевыми плюсами использования технологии стала возможность более точной оценки размеров, форм и расположения метастазов, а также 3D-модель помогает хирургам разработать оптимальный план операции и минимизировать риск осложнений. Кроме того, 3D-модели могут использоваться для обучения медицинских специалистов и отработки хирургических техник.

Практическое использование 3D-моделирования заключается в более точной диагностике метастазов, особенно в сложных случаях, планировании хирургического лечения и научных исследований.

Стоит помнить, что независимо от клинической ситуации, локализации опухоли, стадии заболевания и других факторах современные технологии диагностики значительно расширяют возможности обследования. Но окончательное решение о назначении конкретного метода принимает лечащий врач.

В заключение необходимо отметить, что современные технологии диагностики онкологических заболеваний открывают новые возможности для раннего выявления и лечения начальных этапов данных патологий. Однако стоит помнить о том, что успех в лечении во многом зависит от своевременного обращения к специалистам и регулярного прохождения медицинских обследований.

Список источников:

1. Диагностика онкологических заболеваний [Электронный ресурс] / Мед.РФ. — Москва. — URL: <https://med-rf.ru/about/news/9582> (дата обращения: 21.05.2026).
2. Диагноз по стране: от каких болезней лечились россияне в 2025 году [Электронный ресурс] / СОГАЗ-Мед. — URL: <https://www.sogaz-med.ru/health/actual/diagnoz-po-strane-ot-kakikh-bolezney-lechilis-rossiyane-v-2025-godu/> (дата обращения: 22.05.2026).
3. ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография) [Электронный ресурс] / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии (НМИЦ радиологии). — Обнинск. — URL: <https://new.nmicr.ru/pacientam/metody-diagnostiki-i-lechenija/pet/> (дата обращения: 21.05.2026).
4. Рак: симптомы, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / Лаборатория «Гемотест». — Москва. — URL: <https://gemotest.ru/info/spravochnik/zabolevaniya/rak/> (дата обращения: 22.05.2026).
5. Ситуация с онкозаболеваниями в России в 2025 году: что изменилось [Электронный ресурс] / Gynecology School. — Москва. — URL: <https://gynecology.school/news/situatsiya-s-onkozabolevaniyami-v-rossii-v-2025-godu-cto-izmenilos/> (дата обращения: 22.05.2026).

6. Что такое жидкостная биопсия [Электронный ресурс] / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии (НМИЦ радиологии). — Обнинск. — URL: <https://new.nmicr.ru/pacientam/metody-diagnostiki-i-lechenija/chto-takoe-zhidkostnaja-biopsija/> (дата обращения: 21.05.2026).

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ: ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ И ПРИЕМА ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ

*Студенты: Черепанова Д.Д., Исакова Е.Э., руководитель Сунцова М.А.,
ГБПОУ «Кузбасский медицинский колледж», Прокопьевский филиал,
г. Прокопьевск*

Введение

Актуальность: Внезапная сердечная смерть (ВСС) среди молодых людей вопреки распространённому мнению, не всегда связана с врожденными болезнями сердца или явными патологиями. Всё чаще причина кроется в образе жизни и привычках, которые мы можем изменить. Курение (в том числе вейпы) и регулярное употребление энергетических напитков стали обычным делом для многих студентов. При этом, как именно их сочетание влияет на проводящую систему сердца, знают единицы. Многие наши ровесники искренне уверены: «Я выпью банку энергетика, чтобы взбодриться, и покурю вейп, чтобы расслабиться — ничего страшного». Но это опасное заблуждение. В данной работе мы анализируем эти риски и роль медицинской сестры в их профилактике.

Основная часть

Начнем с того что же такое внезапная сердечная смерть. ВСС – это естественная ненасильственная смерть в результате прекращения эффективной работы сердца от кардиальных причин. Она проявляется внезапной потерей сознания в течение часа от начала симптомов, при условии, что ранее состояние пациента не предвещало фатального исхода. С точки зрения патофизиологии, в 80% случаев ВСС обусловлена злокачественными желудочковыми аритмиями — фибрилляцией или желудочковой тахикардией. Молодое сердце, казалось бы, здоровое, может давать сбой на электрическом уровне.

На ЭКГ есть специальный показатель — интервал QT. Он отражает время от начала возбуждения желудочков (деполяризации) до их полного расслабления (реполяризации). Простыми словами, это время, которое нужно сердцу, чтобы «перезарядиться» перед следующим ударом. Согласно исследованиям, проведённым в клиниках США, уже через 2 часа после приёма двух банок энергетика интервал QT у здоровых молодых людей удлиняется на 15–20 мс, что создаёт риск развития аритмий. Если этот интервал становится слишком длинным, то в сердце возникает состояние, когда некоторые клетки уже

«зарядились» и готовы биться, а другие ещё нет. Это явление называется ранняя постдеполяризация — когда еще не полностью перезарядившаяся клетка сердца хаотично возбуждается вновь, запуская смертельную аритмию. Есть врожденные синдромы удлиненного QT — они часто становятся причиной внезапной смерти у спортсменов. Но мы хотим показать, что такое же опасное удлинение могут вызывать повседневные продукты и привычки, с которыми студенты сталкиваются каждый день.

Факторы риска ВСС у молодых. Все факторы риска ВСС делятся на две группы:

1. **Немодифицируемые (независящие от нас):** наследственная предрасположенность к ВСС и врожденные нарушения в работе ионных каналов клеток сердца (например, синдром Бругада).
2. **Модифицируемые (зависящие от нас):** сюда относятся дефицит калия и магния, приём некоторых лекарств, чрезмерные физические нагрузки, хронический стресс.

А также токсические факторы — курение (включая вейпы) и регулярное употребление энергетиков. При этом наибольшую угрозу представляет именно их сочетание. Комбинация никотина и энергетика создает критическую нагрузку на сердце.

Почему мы говорим о дозе и сочетании? Любой студент скажет: «Я курю всего ничего» или «Пью энергетики только раз в неделю на сессии». Но проблема в том, что для человека со скрытой предрасположенностью безопасной дозы не существует. Согласно данным Европейского общества кардиологов (ESC), распространённость недиагностированных врожденных нарушений сердечного ритма (в том числе синдрома удлинённого интервала QT) среди молодого населения составляет не менее 1 человека из 2000. Это значит, что в колледже с тысячей студентов потенциально есть как минимум один человек, у которого энергетик или сигарета могут стать «спусковым крючком» для остановки сердца.

Каждая сигарета — это выброс никотина, который через стимуляцию симпатической нервной системы приводит её к состоянию постоянного напряжения. Энергетик, в свою очередь, содержит кофеин и таурин, а также вещества, усиливающие их действие. Кофеин сам по себе может провоцировать тахиаритмии, а в комбинации с никотином их действие увеличивается. Самое главное — энергетики напрямую удлиняют интервал QT уже через 1–2 часа после приёма. Если в это время сердце получает дополнительную никотиновую стимуляцию, риск развития фибрилляции возрастает в разы. Этот вывод подтверждается заявлением Американской кардиологической ассоциации (АНА): энергетики могут служить триггером для фатальных аритмий у молодых людей с неустановленными врожденными заболеваниями сердца, особенно при сочетании с никотином.

Исследовательская часть: Чтобы понять реальную ситуацию на базе нашего образовательного учреждения было проведено собственное исследование. Опрос проводился на базе ГБПОУ «Кузбасский медицинский

колледж», Прокопьевский филиал. Использовалось анонимное анкетирование с помощью Яндекс Формы (QR-код размещался в учебных аудиториях и группе ВК). Анкета включала вопросы о частоте курения, употребления энергетических напитков, осведомленности о внезапной сердечной смерти (ВСС), наличии субъективных сердечных симптомов после их сочетанного приема.

QR-код и ссылка на анкету представлены ниже.



<https://vk.com/away.php?to=https%3A%2F%2Fforms.yandex.ru%2Fu%2F6a0f1ef8eb614698dde0fb19&utf=1>

Результаты исследования. В опросе приняли участие 110 студентов. Большинство составили студенты 3-го и 4-го курсов — 71%, студенты 1-2 курсов — 29%. Распределение по возрасту: 19–20 лет — 42%, 21 год и старше — 28%, 17–18 лет — 18%, 15–16 лет — 12%. Пол: 87% женский, 13% мужской.

Исходя из результатов, курят так или иначе 76% опрошенных, при этом регулярно ежедневно курят 42%, а иногда — 24%. Регулярно употребляют энергетики (один раз в неделю и чаще) 68% студентов, из них почти каждый день — 16%, 2–3 раза в неделю — 22%, один раз в неделю — 30%. Совмещают курение и энергетики в течение одного часа 65% опрошенных (постоянно — 16%, иногда — 28%, очень редко — 21%). Среди тех, кто совмещает, наиболее часто отмечались сильное сердцебиение (42%), головокружение (35%), чувство нехватки воздуха (32%), перебои в работе сердца (25%), боль или дискомфорт в груди (12%), обморок или «темнота в глазах» (8%); не замечали симптомов только 22% из этой группы.

Слышали термин «внезапная сердечная смерть» и знают, что это, лишь 35% опрошенных, ещё 43% что-то слышали, но не уверены, а 22% не слышали вообще. Считают, что курение и энергетики могут стать причиной ВСС у молодых, 50%, затрудняются ответить 30%, а 20% считают это преувеличением. Хорошо знают тему влияния энергетиков и курения на сердечный ритм только 20% студентов, 48% слышали поверхностно, а 32% слышат об этом впервые. При этом 70% студентов хотели бы получать от медсестры профилактическую информацию: наиболее востребованы наглядные истории о реальных случаях среди молодых, а также простые и короткие объяснения от врачей.

Таким образом, исследование выявило высокую распространённость

курения и употребления энергетиков среди студентов, а также их частое сочетание, которое в 78% случаев сопровождается симптомами сердечных нарушений. При этом уровень осведомлённости о рисках ВСС остаётся низким, а запрос на наглядную профилактическую информацию — крайне высоким, что входит в прямые задачи медицинской сестры колледжа и ещё раз подтверждает актуальность данной темы.

Заключение

Профилактика ВСС у молодых людей не должна сводиться к скучным лекциям — студенты их просто не слышат. Нужно говорить прямо: энергетик не бодрит — он растягивает время перезарядки сердца до опасных пределов, а сигарета не успокаивает — она заставляет нервную систему и сердце работать в режиме постоянного стресса. Вместе они превращают привычный образ жизни в игру с собственным ритмом, где ставка — остановка сердца и внезапная смерть. Наше исследование подтвердило, что студенты недооценивают этот риск, и именно здесь ключевая роль медсестры образовательного учреждения.

Медсестра колледжа может начать с малого, но действенного. Разместить в учебных корпусах и общежитиях информационные стенды с короткими и жёсткими фразами, например: «Энергетик + никотин = риск остановки сердца». Включить в стандартный опрос при медосмотре всего два дополнительных вопроса — о сочетании энергетиков и курения, а также об обмороках или сердцебиении после них. Этого достаточно, чтобы выявить группу риска. Подготовить для кураторов краткую памятку с признаками опасности и алгоритмом действий: направить к врачу, рекомендовать снять ЭКГ. И по возможности создать здоровую альтернативу — доступ к чистой воде и тихую комнату для отдыха, чтобы у студентов была возможность взбодриться без никотина и кофеина.

Сердце не предупреждает. Оно просто останавливается. И чаще всего это случается не у стариков с букетом болезней, а у тех, кто ещё вчера пил энергетик и курил вейп на перемене. Медсестра в колледже — это не только тот, кто ставит прививки и оформляет справки. Она может стать тем человеком, который вовремя задаст правильный вопрос, заметит тревожный звоночек и предупредит студента о рисках. Иногда этого достаточно, чтобы риск не стал реальностью.

Список источников:

1. Орлов В.А. Влияние никотина на сердце: от клетки до клиники. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 210 с.
2. Рекомендации ESC по профилактике внезапной сердечной смерти 2022 / Европейское общество кардиологов // Российский кардиологический журнал. — 2022. — Т. 27. — № 6. — С. 15-28.
3. Шляхто Е.В., Арутюнов Г.П., Беленков Ю.Н. Национальные рекомендации по определению риска внезапной сердечной смерти // Кардиология. — 2021. — Т. 61. — № 3. — С. 45-62.
4. Бокарев И.Н., Попова Л.В. Внезапная сердечная смерть у лиц молодого возраста: факторы риска и профилактика // Российский кардиологический журнал. — 2020. — Т. 25. — № 5. — С. 78-84.

ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА — ЭТО ВАЖНЫЙ ИНСТРУМЕНТ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Студент М.Р. Коновалова, руководитель М.Г. Кулешова, краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Красноярский базовый медицинский колледж имени В.М. Крутовского» г. Красноярск

Введение: Метаболический синдром (МС) — это клинико-лабораторный симптомокомплекс, объединяющий абдоминальное ожирение, артериальную гипертензию, гипергликемию и дислипидемию. Являясь интегральным фактором риска, МС в 2-4 раза увеличивает вероятность развития ишемической болезни сердца, инфаркта и инсульта. Ключевым патогенетическим звеном выступает инсулинорезистентность, запуская каскад нарушений: эндотелиальную дисфункцию, хроническое воспаление и атеросклероз. Основой профилактики и лечения является модификация образа жизни (диета, физическая активность, снижение веса), при неэффективности которой подключается медикаментозная терапия.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — ведущая причина смертности в мире. Рост их распространенности напрямую связан с эпидемией метаболического синдрома. МС — это не просто сумма отдельных патологий, а самостоятельное состояние с единым механизмом развития, что делает его раннюю диагностику и коррекцию критически важными для снижения кардиоваскулярных рисков.

Диагностические критерии и эпидемиология метаболического синдрома

Единого общепринятого определения МС не существует, однако наиболее распространенными являются критерии Международной федерации диабета (IDF) и Национальной образовательной программы по холестерину США (NCEP ATR III). Согласно этим подходам, для постановки диагноза необходимо наличие у пациента не менее трех из пяти следующих компонентов:

1. Абдоминальное ожирение: Увеличение окружности талии (более 94 см для мужчин и 80 см для женщин в европейской популяции).
2. Артериальная гипертензия: Уровень артериального давления $\geq 130/85$ мм рт. ст. или прием гипотензивных препаратов.
3. Гипергликемия натощак: Уровень глюкозы в плазме крови натощак $\geq 5,6$ ммоль/л или наличие ранее диагностированного сахарного диабета 2-го типа.
4. Дислипидемия (повышение уровня триглицеридов): Уровень ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л.
5. Дислипидемия (снижение уровня холестерина ЛПВП): Уровень ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л у мужчин и $< 1,3$ ммоль/л у женщин или прием препаратов для коррекции дислипидемии.

Ранняя диагностика метаболического синдрома — это важный инструмент в системе профилактики заболеваний, который позволяет своевременно реагировать на нарушения обмена веществ и снижать их прогрессирование.

Компоненты метаболического синдрома в настоящее время являются обязательными при проведении скринингов.

Практическая часть исследования

Материалы и методы

Для оценки распространенности и структуры метаболического синдрома среди пациентов кардиологического отделения было проведено исследование. На базе ФЦССХ г. Красноярск, была сформирована выборка из 100 пациентов (55 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 50 до 65 лет. Данный возрастной диапазон был выбран в связи с многочисленным числом трудоспособных пациентов, госпитализированных с нарушениями сердечного ритма и проводимости.

Критерии включения: возраст 50-65 лет, наличие сердечно-сосудистых заболеваний, информированное согласие на участие.

Всем пациентам проводилась антропометрия (измерение роста, веса, окружности талии — ОТ), забор крови натощак для определения уровня глюкозы, триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), а также измерение артериального давления (АД).

Диагноз МС устанавливался при наличии ≥ 3 из 5 компонентов:

1. Абдоминальное ожирение: ОТ ≥ 94 см (муж.), ≥ 80 см (жен.)
2. Артериальная гипертензия: АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. или гипотензивная терапия.
3. Гипергликемия: глюкоза $\geq 5,6$ ммоль/л.
4. Гипертриглицеридемия: ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л.
5. Низкий ХС ЛПВП: $< 1,0$ мм рт.ст. (муж.), $< 1,3$ мм рт.ст. (жен.)

Результаты и обсуждение

В результате обследования метаболический синдром был диагностирован у 68% пациентов.

Это подтверждает высокую распространенность МС среди пациентов кардиологического профиля и его роль как значимого фактора риска ССЗ.

Структура компонентов метаболического синдрома среди всех обследованных пациентов распределилась следующим образом:

- Артериальная гипертензия — 95%
- Абдоминальное ожирение — 82%
- Низкий уровень ХС ЛПВП — 75%
- Повышенный уровень триглицеридов — 70%
- Гипергликемия натощак — 65%

Анализ структуры МС у пациентов, которым был поставлен этот диагноз (n=68), показал следующее распределение количества компонентов:

- Наличие 3 компонентов — 45% пациентов
- Наличие 4 компонентов — 35% пациентов
- Наличие всех 5 компонентов — 20% пациентов

Наиболее частой комбинацией у пациентов с МС являлась триада: Абдоминальное ожирение + Артериальная гипертензия + Дислипидемия (низкий ХС ЛПВП).

Полученные данные наглядно демонстрируют, что у пациентов с сердечно-сосудистой патологией метаболические нарушения носят массовый характер. Доминирование абдоминального ожирения и дислипидемии подчеркивает центральную роль инсулинорезистентности в патогенезе как МС, так и ассоциированных ССЗ. Выявление у 55% пациентов с МС четырех и более компонентов указывает на высокий интегральный кардиоваскулярный риск и необходимость профилактической тактики.

Заключение

Полученные результаты позволяют сформулировать несколько важных практических рекомендаций:

Скрининг МС обязателен. Всем пациентам кардиологического профиля, особенно в возрастной группе 50-65 лет, необходимо проводить целенаправленное обследование для выявления метаболического синдрома. Это подразумевает не просто измерение артериального давления, а обязательную антропометрию (окружность талии) и базовый липидный и гликемический профиль.

Стратегия лечения должна быть комплексной. Терапия не может ограничиваться лишь коррекцией АД или сердечного ритма. Ведением таких пациентов должна стать агрессивная модификация образа жизни, направленная в первую очередь на снижение массы тела и увеличение физической активности. Снижение веса всего на 5-10% уже способно значительно улучшить чувствительность тканей к инсулину и положительно повлиять на все компоненты МС.

Раннее вмешательство как приоритет. Высокая распространенность МС в кардиологической популяции указывает на необходимость смещения акцента в сторону первичной и вторичной профилактики. Ранняя диагностика и коррекция метаболических нарушений на этапе первичного звена здравоохранения могут стать наиболее эффективным способом снижения как заболеваемости, так и смертности от сердечно-сосудистых катастроф.

В заключение, данное исследование убедительно доказывает, что метаболический синдром является не просто сопутствующим состоянием, а ключевым патогенетическим фоном, на котором развивается и прогрессирует сердечно-сосудистая патология.

Список использованных источников:

1. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стратегия управления кардиометаболическим риском: от метаболического синдрома к сахарному диабету и сердечно-сосудистым осложнениям // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2021. – Т. 17(4). – С. 567-576.
2. Клинические рекомендации «Ожирение». Российская ассоциация эндокринологов. – 2021. – 70 с.
3. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Эпидемия метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний: вызовы и решения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19(1). – С. 5-10.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ

*Студент У. Е. Кузьменкова, научный руководитель Г. П. Евсеева,
Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение «Ачинский медицинский техникум», город Ачинск*

ХОБЛ остаётся одной из наиболее значимых медико-социальных проблем ввиду высокой распространённости, прогрессирующего течения и существенного влияния на качество жизни пациентов. ХОБЛ является третьей по частоте причиной смерти во всем мире, приводит к ~ 3 миллионам смертей ежегодно.

По данным эпидемиологических исследований, распространённость ХОБЛ в Красноярском крае составляет 21,2 на 1 000 населения. Это превышает показатели официальной статистики примерно в 2 раза. По информации профессора И. В. Демко, доля больных ХОБЛ в крае, как и в других регионах России, составляет 10–12% взрослого населения.

В период с 2022 по 2024 годы статистика легочных заболеваний в городе Ачинске указывает на ХОБЛ как на основную и наиболее распространенную патологию, которая уверенно занимает первое место.

Это подтверждает, что ХОБЛ остается самым высоким среди всех заболеваний органов дыхания в городе.

Объект исследования: хроническая обструктивная болезнь легких.

Предмет исследования: деятельность фельдшера по профилактике обострений ХОБЛ

Цель исследования: повышение уровня осведомлённости пациентов о мерах профилактики обострений хронической обструктивной болезни легких через организацию и проведение санитарно-просветительской работы с применением разработанных информационных материалов, с проведением повторного анкетирования.

Задачи исследования:

1. Проанализировать учебную и научно-методическую литературу по теме исследования.

2. Разработать анкету по выявлению уровня осведомленности о профилактике обострений ХОБЛ, провести опрос пациентов в пульмонологическом отделении КГБУЗ «Ачинская МРБ».

3. Провести санитарно-просветительскую работу с пациентами с применением разработанных информационных материалов и провести повторное анкетирование.

Гипотеза: уровень осведомленности пациентов пульмонологического отделения КГБУЗ "Ачинская МРБ" о профилактике обострений ХОБЛ повысится, если провести санитарно-просветительскую работу.

ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) – гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническими респираторными симптомами

из-за поражения дыхательных путей (бронхит, бронхиолит) и/или альвеол (эмфизема), которые вызывают персистирующее, часто прогрессирующее ограничение воздушного потока.

Обострение и коморбидные состояния ухудшают течение болезни и влияют на клиническую картину.

Факторы риска ХОБЛ:

1. Табачный дым, который вызывает хроническое воспаление и необратимое повреждение слизистой оболочки бронхов и альвеол.

2. Загрязнение воздуха включает как наружное загрязнение (городской смог, промышленные выбросы, выхлопные газы), так и внутридомовое.

3. Профессиональные вредности – длительное вдыхание промышленной пыли (угольной, цементной, зерновой), химических паров, газов на производстве.

4. Частые инфекции нижних дыхательных путей в детстве. Наследственный дефицит белка альфа-1-антитрипсина – доказанная генетическая причина ХОБЛ.

5. Социально-экономический статус.

Основные клинические симптомы: Одышка, которая ухудшается со временем, усиливается при физической нагрузке; хронический кашель; отделение мокроты.

Для диагностики ХОБЛ, у всех пациентов с подозрением на ХОБЛ рекомендуется собрать жалобы, анамнез, выделить фенотипы ХОБЛ, провести:

1. Спирометрию, которая является методом измерения ограничения скорости воздушного потока. Тест с бронходилататорами.

2. Пикфлоуметрию, с помощью исследования можно выявить обострение заболевания на ранних стадиях его развития.

3. Исследование мокроты, эхокардиография, рентгенография.

Ключевой момент успешной профилактики обострений ХОБЛ отдается приверженности больного к рекомендациям врача, фельдшера по профилактике обострений ХОБЛ: отказ от вредных привычек, своевременное лечение хронических заболеваний и вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции.

На базе пульмонологического отделения КГБУЗ «Ачинская МРБ» для повышения уровня осведомлённости пациентов о мерах профилактики обострений ХОБЛ, пациентам с ХОБЛ было предложено поучаствовать в анкетировании.

Для реализации цели исследования разработана анкета из 16 вопросов. Выборку составили 12 пациентов отделения с подтвержденным диагнозом хронической обструктивной болезни легких. Из них: 58% (7 человек) – мужчины и 42% (6 человек) – женщины. Возраст анкетированных пациентов составил от 40 до 80 лет, большинство из которых составили группу до 65 лет.

При первом анкетировании пациенты отвечали на вопросы, руководствуясь своим представлением о ХОБЛ и профилактике обострений заболевания. Преобладает число респондентов, которые не знают о факторах

риска обострений ХОБЛ: 58 % опрошенных затруднялись ответить, 17% отметили курение и 25 % ОРВИ.

Из 7 работающих 43% (3 человека) имеют профессиональные вредности – переохлаждение и 57% (4 человека) ответили, что их труд связан физической нагрузкой и наличием поллютантов.

На вопрос анкеты: «Курите вы?», 75% (9 человек) человек употребляют табачные изделия и только 25% (3 человека) нет.

На вопрос о стаже заболевания, ответы распределились следующим образом: до 3 лет - 25% (3 человека); от 5 - 10 лет 25% (3 человека); более 10 лет % (6 человек).

Из 12 респондентов 25% (3 человека) 2 раза в день проводят пикфлоуметрию, только во время обострения – 8% (1 человек) и 67% (8 человек) – не проводят пикфлоуметрию и не ведут дневник самоконтроля.

Выяснилось, что из 12 респондентов частота обострений за год составляла:

25% (3 человека) – 1 раз в год; 33% (4 человека) – 2 раза в год; 33% (4 человека) – 3 раза в год; 9% (1 человек) – 4 раза в год.

На вопрос: «Принимаете ли вы лекарственные препараты для контроля заболевания», 58 % (7 чел.) респондентов ответили, что вообще не используют лекарственные средства.

Уровень осведомленности о профилактике респираторных заболеваний крайне низок, более половины респондентов не уверены в своих знаниях.

На вопрос: «Где вы получаете информацию о ХОБЛ?», более половины респондентов ответили, что вообще не интересуются информацией, несколько человек пользуются интернет-ресурсом, и только 2 человека пользуются врачебными рекомендациями. Результаты первого анкетирования показали о недостаточной осведомленности пациентов.

После проведения санитарно-просветительской работы (беседа, памятки), было проведено повторное анкетирование и проведён сравнительный анализ результатов исследования. Был сделан вывод, что осведомленность пациентов о профилактике обострений ХОБЛ повысилась.

Проведенное исследование показало высокую значимость профилактики обострений ХОБЛ. Заболевание приводит к стойкому ограничению воздушного потока, существенно снижает качество жизни, является причиной высокой летальности. Своевременное внедрение и соблюдение мер по предотвращению прогрессирования данного заболевания является критически важным. Поставленные задачи были выполнены; цель достигнута; гипотеза подтверждена.

Список использованных источников:

1. Анализ эпидемиологической ситуации по ХОБЛ в городах Сибири / Коллективная монография. - Новосибирск: Наука, 2024.
2. Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких (GOLD Report 2025). - ВОЗ, 2025.

3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению ХОБЛ. - М.: Российское респираторное общество, 2024.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Студент Д.П. Миллер, научный руководитель Е.С. Масловская, КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум», город Ачинск

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной темы обусловлена сменой технологического уклада в здравоохранении. Методы, которые недавно считались экспериментальными, сегодня входят в базовую работу больниц и поликлиник. Сегодня клиническая медицина опирается не только на осмотр и сбор жалоб, но и на данные лабораторных исследований высокой точности, методы прижизненной визуализации внутренних структур организма и малоинвазивные вмешательства. Одновременно с этим всё большее внимание уделяется профилактическому направлению - выявлению рисков заболеваний на ранних стадиях, когда развитие болезни можно избежать или существенно отсрочить.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Современные технологии диагностики

Возможности современных методов исследования позволяют избежать неточности диагностики, снять ошибочный онкологический диагноз или уточнить его. Это помогает в обследовании пациентов как с гистологически верифицированными злокачественными новообразованиями, так и с предраковыми состояниями и при подозрении на онкопатологию. Комплексное обследование пациентов с использованием новейших методик на высокоточном современном оборудовании даёт полную картину состояния всех систем организма пациента.

Компьютерная томография - метод неразрушающего послойного исследования внутреннего строения предмета, был предложен в 1972 году Годфри Хаунсфилдом и Алланом Кормаком. Метод основан на построении трёхмерной модели плотности тканей человеческого тела по ряду двумерных проекций, представляющих собой обычные рентгеновские снимки, снятые с разных точек вокруг тела. В настоящее время рентгеновская компьютерная томография является основным томографическим методом исследования внутренних органов человека с использованием рентгеновского излучения.

Позитронная эмиссионная томография – метод ядерной медицины, основанный на использовании радиофармпрепаратов, меченных короткоживущими позитрон-излучающими радионуклидами, которые могут быть включены в состав многих естественных биологических веществ, участвующих в метаболизме, без изменения их биохимических свойств. Поэтому позитронная эмиссионная томография с различными радиофармпрепаратами

позволяет оценить происходящие в организме процессы, обеспечивает информацией о вариабельности различных клеточных и биологических процессов в опухолях и окружающих их тканях.

Магнитно-резонансная томография - способ получения томографических медицинских изображений для исследования внутренних органов и тканей с использованием явления ядерного магнитного резонанса. Способ основан на измерении электромагнитного отклика атомных ядер, находящихся в сильном постоянном магнитном поле, в ответ на возбуждение их определённым сочетанием электромагнитных волн. В магнитно-резонансной томографии такими ядрами являются ядра атомов водорода, присутствующие в огромном количестве в человеческом теле в составе воды и других веществ. Магнитно-резонансную томографию не использует рентгеновские лучи или ионизирующее излучение, что отличает его от компьютерной и позитронно-эмиссионной томографии.

Эндоскопия – это малоинвазивная инструментальная методика, которая позволяет проводить непосредственный осмотр внутренних полых органов и полостей при помощи специальных приборов. Они вводятся через естественные анатомические или созданные путём небольших проколов отверстия. Получаемые изображения в реальном или увеличенном размере выводятся на монитор, и врач-эндоскопист может составлять заключение о состоянии тканей.

Оценка состояния слизистых и тканей выполняется в режиме реального времени при многократном увеличении, обеспечивающемся оптическими приспособлениями эндоскопов. Эти приборы оснащены оптикой, подсветкой, которая позволяет визуализировать состояние тканей, имеют фототехнические приспособления, позволяющую сохранять получаемые во время исследования данные в виде снимков и видеозаписей.

Современные технологии лечения

Современные технологии в медицине совершают революцию благодаря персонализации, точности и фокусу на малоинвазивных вмешательствах. Они позволяют не просто снимать симптомы, а воздействовать на молекулярном уровне, ускорять заживление и использовать скрытые ресурсы организма.

CAR-T-терапия — инновационный метод клеточной терапии, при котором собственные Т-лимфоциты пациента видоизменяются путём присоединения к ним искусственно созданного рецептора, нацеленного на уничтожение определённого типа опухолевых клеток. Т-лимфоциты пациента извлекают с помощью лейкоцитофереза, модифицируют в лабораторных условиях, размножают и вводят обратно пациенту. CAR-T-клетки сами находят и уничтожают опухоль. Перед введением CAR—клеток пациенту проводится деплеция — курс химиотерапии, направленный на снижение активности оставшихся «обычных» Т-клеток, чтобы в дальнейшем они не отторгли модифицированные клетки. Введение CAR-T-клеток проводится однократно в условиях отделения интенсивной терапии. CAR-T-клетки циркулируют в организме пациента длительное время. Врачи отслеживают их активность и контролируют состояние пациента.

Роботизированная хирургия — это передовой метод малоинвазивной хирургии, при котором операции проводятся с помощью высокотехнологичных роботов-манипуляторов, управляемых хирургом через специальную консоль. Метод позволяет выполнять сверхточные движения без дрожи рук, обеспечивая 3D-визуализацию, минимальную кровопотерю и быстрое восстановление пациента. Данный метод используют при множестве заболеваний: рака различной локализации, в кардиохирургии, заболеваниях кишечника и толстой кишки, почек, при урологических и гинекологических заболеваниях.

3D-биопринтинг — это инновационная технология создания объёмных тканей и структур, при которой вместо пластика используются живые клетки пациента, питательный гидрогель и стволовые клетки. Принтер послойно формирует заданную структуру, которая затем «дозревает» в инкубаторе. С помощью 3D-биопринтинга создают высокоточные имплантаты и протезы, обеспечивающие персонализированные решения для людей с особыми медицинскими или анатомическими потребностями. К ним относятся ортопедические, зубные, челюстно-лицевые, черепно-лицевые, ушные, глазные, кохлеарные, спинальные, грудные имплантаты, протезы и другие приспособления.

Современные технологии профилактики

Современные технологии профилактики — это методы предотвращения заболеваний, девиантного поведения и производственных рисков, основанные на цифровизации. Ключевые инструменты включают искусственный интеллект для ранней диагностики, персонализированные гаджеты для мониторинга здоровья, VR-тренинги и анализ больших данных для оценки рисков.

Носимые датчики усталости - контролируют уровень микросна, температуру и частоту сердцебиения у операторов сложных производств и водителей для предотвращения аварий.

Профилактические базы данных - использование больших данных для выявления групп риска (например, трудных подростков) и своевременной работы с ними социальных работников и психологов.

Носимые устройства - фитнес-браслеты, умные часы и датчики непрерывно отслеживают пульс, сатурацию, сон и уровень стресса. При отклонениях от нормы приложения дают рекомендации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные методы диагностики, лечения и профилактики всё более смещаются в сторону предиктивности, раннего выявления патологий и малоинвазивных вмешательств. Интеграция достижений биомедицинской науки в клиническую практику среднего звена - это не отдалённая перспектива, а текущая реальность. Технологическое переоснащение здравоохранения ставит перед профессиональным обществом новые задачи, связанные с освоением оборудования, стандартизации процедур и обеспечением доступности на всех этапах оказания помощи.

Список использованных источников:

1. Кормак А. Компьютерная томография / А. Кормак, Г. Хаунсфилд // Википедия. — URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/1972_год_в_науке.
2. Хаунсфилд Г. Годфри Хаунсфилд / Г. Хаунсфилд // Википедия. — URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Хаунсфилд,_Годфри.
3. Хаунсфилд Г. Проекция (геометрия) / Г. Хаунсфилд, А. Кормак // Википедия. — URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Проекция_\(геометрия\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Проекция_(геометрия)).
4. Хаунсфилд Г. Рентгенография / Г. Хаунсфилд, А. Кормак // Википедия. — URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Рентгенография>.
5. Хаунсфилд Г. Томография / Г. Хаунсфилд, А. Кормак // Википедия. — URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Томография>.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Студент М.Ю. Новоселова, научный руководитель С.В. Усманова
преподаватель высшей квалификационной категории, Медицинский колледж
железнодорожного транспорта ФГБОУ ВО «Иркутский государственный
университет путей сообщения», город Иркутск*

Аннотация: в данной статье рассматривается роль медицинской сестры в диагностике, профилактике и комплексном уходе за пациентом с гипертонией, так как высококвалифицированная своевременная помощь снижает риск осложнений, повышает качество жизни.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, деятельность медицинской сестры в профилактике, сестринская помощь, качество жизни.

Гипертоническая болезнь - заболевание, характеризующееся высоким артериальным давлением (АД) без видимой причины его повышения, сопровождающееся ускорением развития поражения артерий и сосудистых осложнений. Гипертоническую болезнь рассматривают как результат сочетанного воздействия различных нарушений в системах регуляции артериального давления, сложного взаимодействия гемодинамических, нейрогуморальных, метаболических, генетических и ряда других факторов.

Распространенность артериальной гипертензии среди взрослого населения составляет 30-45%. Распространенность артериальной гипертензии не зависит от уровня дохода и одинакова в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода. Распространенность артериальной гипертензии увеличивается с возрастом, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет.

Цель статьи: показать значимость профессиональной деятельности медицинской сестры по повышению качества жизни пациентов с артериальной гипертензией. Для реализации цели были поставлены следующие задачи:

1) подобрать и провести анализ научной литературы в интернет – ресурсов по артериальной гипертензии;

- 2) проанализировать статистические данные по артериальной гипертензии;
- 3) определить объём работы медицинской сестры в профилактических мероприятиях при артериальной гипертензии.

При написании дипломной работы были использованы следующие общенаучные методы исследования: теоретический анализ, синтез, сравнение, обобщение.

В рамках работы было проведено исследование на базе ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница №8» в кардиологическом отделении. В ходе исследования были проанализированы статистические данные, за период 2023-2025 года. В кардиологическом отделении с артериальной гипертензией в 2023 году в отделении находилось 461 пациент с артериальной гипертензией. В 2024 году показатель резко снизился до 152 пациентов, что на 309 человек (67%) меньше, чем в предыдущем году. В 2025 году наблюдается значительный рост: число пациентов достигло 469 человек, превысив уровень 2023 года на 8 пациентов (+1,7%) и уровень 2024 года – на 317 человек (+208,6%).

Выявленная динамика свидетельствует о нестабильности потока госпитализаций. Резкое падение в 2024 году может объясняться временным перепрофилированием коек, изменением порядка отбора пациентов на стационарное лечение, либо сезонным и эпидемиологическими факторами. Последующий рост в 2025 году до максимальных значений (469 пациентов) позволяет предположить восстановление обычного режима работы отделения или компенсаторную госпитализацию пациентов, не получивших помощь в предыдущем периоде.

Проведенный анализ распределения пациентов кардиологического отделения с артериальной гипертензией по полу показал, что в 2023 году доля женщин составила 60,5%, а мужчин 39,5%. Это означает, что женщин было в 1,5 раза больше, чем мужчин. В 2024 году доля женщин возросла до 63,8%, а мужчин снизилась до 36,2%. Разница между долей женщин и мужчин достигла самого высокого значения за три года – 27,6%, а преобладание женщин усилилось до 1,76 раза. В 2025 году тенденция изменилась: доля женщин уменьшилась до 57,4%, а мужчин увеличилась до 42,6%. Разница сократилась до 14,8%, и женщин стало больше только в 1,35 раза.

При сравнении 2023 и 2025 годов видно, что за три года доля женщин снизилась на 3,1% (с 60,5% до 57,4%), а доля мужчин выросла на те же 3,1% (с 39,5% до 42,6%). Однако на протяжении всего периода женщины оставались преобладающей группой, превышая мужчин как минимум на 14,8%.

Возможные причины такого распределения: более высокая частота артериальной гипертензии у женщин пожилого возраста в связи с климактерическим периодом и более поздним обращением за помощью, более частым развитием осложнений, требующих госпитализации, а также лучшая приверженность женщин лечению. Рост доли мужчин в 2025 году может объясняться усилением диспансеризации мужского населения или временными факторами внутренней среды компании, определяющие условия труда.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего наблюдения за половым составом пациентов с артериальной гипертензией и разработки профилактических мероприятий с учётом пола.

Фундаментом качественного ухода является постоянное и всестороннее наблюдение за пациентом. Медсестра не только регулярно измеряет артериальное давление и пульс, но и оценивает общее самочувствие, цвет кожных покровов, наличие отеков и одышки. Важно фиксировать все жалобы пациента и контролировать выполнение врачебных назначений, особенно прием гипотензивных препаратов. Такой подход позволяет вовремя заметить малейшие ухудшения и предотвратить развитие гипертонического криза или других осложнений.

Для контроля АД важно придерживаться нескольких простых правил:

- обучение в школе здоровья – ключ к самоконтролю;
- психологическая поддержка и мотивация;
- отказ от курения;
- нормализация массы тела;
- снижение потребление алкоголя или отказ от него;
- увеличение физической активности;
- уменьшение потребление поваренной соли;
- изменение режима питания;
- введение дневника АД и пульса
- достаточное количество время на отдых;
- наблюдение у врача кардиолога или терапевта.

На основании результатов исследования были раскрыты ключевые направления профессиональной деятельности медицинской сестры, направленные на повышение качества жизни пациентов с артериальной гипертензией. Основой является систематическое наблюдение и контроль состояния пациента, включая регулярное измерение артериального давления, оценку общего самочувствия и выявление ранних симптомов осложнений. Важнейшую роль играет просветительская деятельность в рамках школ здоровья, где медицинская сестра обучает пациентов правилам самоконтроля, ведению «Дневника гипертоника», правильному питанию, расчету индекса массы тела, методам борьбы с гиподинамией, а также мотивирует к отказу от курения и чрезмерного употребления алкоголя. Не менее значима психологическая поддержка, помогающая пациентам преодолеть тревогу и сформировать приверженность длительному лечению, так как именно немедикаментозные меры профилактики в сочетании с регулярным приемом гипотензивных препаратов являются залогом стабильной ремиссии. Именно комплексный подход позволяет повысить качество своей жизни.

Список использованных источников:

1. Российское кардиологическое общество. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией: учебное пособие / Ж. Д. Кобалава [и др.]; под общ. ред. Ж. Д. Кобалава. – 2-е изд. – 2024. – 72 с.

2. Дроботя Н.В., Калтыкова В.В., Гусейнова Э.Ш., и др. Артериальная гипертензия: современные подходы к профилактике, диагностике и лечению: учебное пособие / Под ред. Н.В. Дроботи. – Ростов-на-Дону: ФГБОУ ВО РостГМУ Миндздрав России, 2021. – 80 с.

3. Замятин, Р. А, как контролировать давление / Р. А. Замятин // [https://ifyoucare.ru/arterialnaya-gipertoniya /](https://ifyoucare.ru/arterialnaya-gipertoniya/). – [общий доступ].

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА ПО ДАННЫМ ИРКУТСКОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Студент Ю.Н. Сафьяновская, научный руководитель Е.А. Путилова, Медицинский колледж железнодорожного транспорта ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет путей сообщения», город Иркутск

Актуальность. Проблема ургентных (неотложных) состояний инфекционного генеза остаётся актуальной в современной медицине по ряду причин.

Высокая летальность. Неотложные состояния – основная причина летальных исходов при инфекционных заболеваниях. Например, при гипертоксических формах менингококковой инфекции без адекватной терапии летальность может достигать 30-50%. Инфекционно-токсический шок (ИТШ) – одно из наиболее частых и опасных осложнений, которое при отсутствии своевременной помощи часто приводит к смерти.

Разнообразие этиологических факторов. ИТШ может развиваться при инфекциях, вызванных не только бактериями (грамотрицательными и грамположительными), но и вирусами, риккетсиями, простейшими, грибами.

Возрастные особенности. У детей неотложные состояния, осложняющие течение инфекций, требуют особых подходов к диагностике и лечению из-за возрастных особенностей организма.

Распространённость некоторых инфекций. Наблюдается относительное увеличение частоты гипертоксических форм инфекций (дифтерия, менингококковая инфекция), которые в ранние сроки заболевания могут сопровождаться неотложными состояниями.

Сложности в диагностике и терапии. Патогенез некоторых состояний (например, ИТШ) недостаточно изучен, что порождает противоречивые подходы к терапии и высокие показатели летальности.

Экономические последствия. Неотложные состояния у инфекционных больных требуют интенсивного лечения и могут существенно увеличивать нагрузку на систему здравоохранения.

Таким образом, актуальность проблемы связана с необходимостью совершенствования методов диагностики, своевременного оказания помощи, разработки новых терапевтических подходов и повышения квалификации

медицинского персонала. Совершенствование методов диагностики, эффективности оказания медицинской помощи невозможно без учёта данных статистики ургентных состояний.

Статистика неотложных состояний – это область исследований, которая изучает частоту, распределение, динамику и другие характеристики острых патологических процессов, угрожающих жизни, здоровью или окружающим.

Статистика помогает оценить, насколько своевременно и эффективно оказывается помощь при неотложных состояниях на разных этапах: от само- и взаимопомощи до специализированной помощи. Например, анализ дефектов оказания помощи может выявить проблемы со своевременностью, полнотой оказания, соблюдением алгоритмов и другими параметрами.

Анализ статистических данных о результатах лечения неотложных состояний помогает оценить эффективность медицинских вмешательств, выявить проблемы в диагностике и терапии, а также скорректировать клинические рекомендации и протоколы оказания помощи.

В связи с этим, целью исследования являлся анализ этиологической структуры ургентных состояний инфекционного генеза для повышения эффективности и оперативности оказания медицинской помощи при данных состояниях.

Результаты и выводы. Проведён анализ статистических показателей за 2023-2025 годы по данным учётной формы N 109/у "Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи", утверждённой Приказом Минздравсоцразвития РФ 02.12.2009 № 942 в редакции от 15.09.2020 всех станций скорой медицинской помощи города Иркутска.

Установлено, что количество вызовов в целом, по всем неотложным состояниям, уменьшилось – в 2023 году число вызовов зарегистрировано в количестве 220231, в 2024 году – 217124, в 2025 году – 200508.



Рисунок 1 – Динамика изменений количества регистраций неотложных состояний за 2023-2025 годы.

Анализ причин, вызвавших неотложное состояние инфекционного генеза, позволил установить, что наибольшая доля приходится на такое осложнение инфекционного заболевания, как ИТШ: в 2023 году – 40 случаев, что составило 0,018% от всех неотложных состояний, в 2024 году – 33 (0,016 %); в 2025 году – 41 (0,02%).

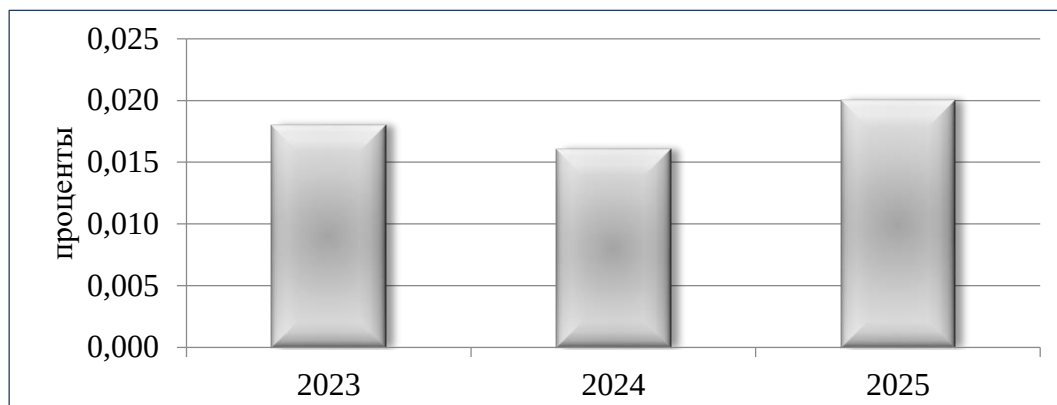


Рисунок 2 – Динамика доли ИТШ во всех неотложных состояниях.

Проведён анализ этиологической структуры инфекционных заболеваний, осложнённых ИТШ.

В 2023 году из 40 случаев ИТШ, из них на сальмонеллёзную этиологию приходилось 10 вызовов (25 %); на шигеллёз – 1 вызов (2,5%), на дифтерию – 1 вызов (2,5%), на менингококковую инфекцию – 28 вызовов (70%).

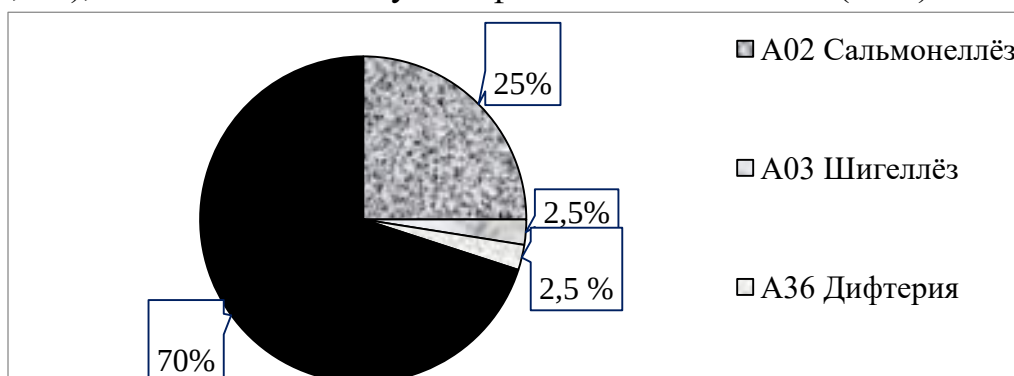


Рисунок 3 – Этиологическая структура инфекционных заболеваний, осложнённых ИТШ, в 2023 году.

В 2024 году зарегистрировано 33 случая ИТШ. Этиологическая структура представлена следующими инфекционными заболеваниями: сальмонеллёз – 6 вызовов (18,0 %); шигеллёз – 1 вызов (3,0%); дифтерия – 1 вызов (3,0%); менингококковая инфекция – 25 вызовов (76,0%).

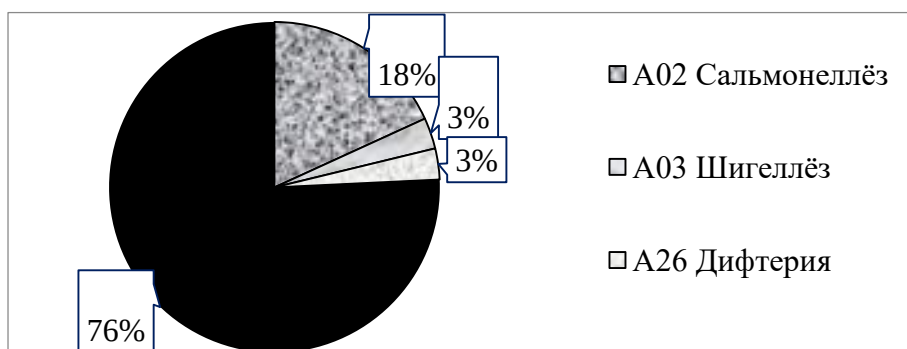


Рисунок 4 – Этиологическая структура инфекционных заболеваний, осложнённых ИТШ, в 2024 году.

В 2025 году этиологическая структура ИТШ представлена следующим образом: сальмонеллёз – 14 вызовов, что составило 34,2 %, шигеллёз – 3 вызова (7,3 %); дифтерия – 3 вызова (7,3 %); менингококковая инфекция – 21 вызов (51,2 %).

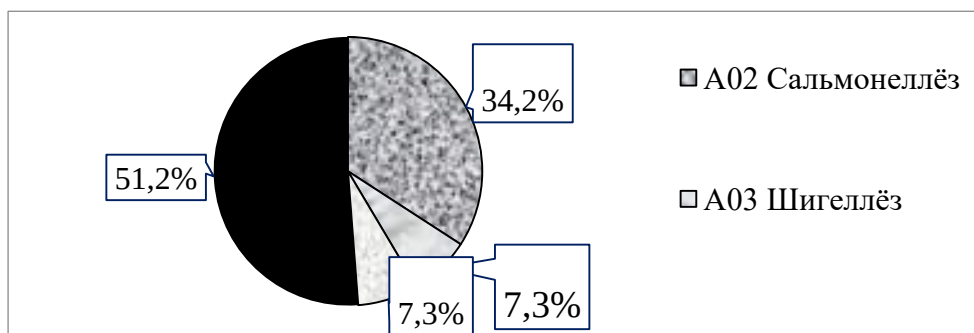


Рисунок 5 – Этиологическая структура инфекционных заболеваний, осложнённых ИТШ, в 2025 году.

Анализ этиологической структуры состояний, вызвавших ИТШ за три года, показал, что наибольшая доля зарегистрированных вызовов СМП с верифицированными по этиологическому признаку диагнозами в анализируемые годы приходится на менингококковую инфекцию. В 2024 году доля таких вызовов со случаями менингококковой инфекции составила 76%, в 2025 году она снизилась до 51 %. Обращает на себя внимание появление случаев с дифтерией и увеличение случаев ИТШ сальмонеллёзной этиологии с 25% в 2023 году до 34% в 2025 году. В 2024 году этот показатель снизился до 18%.

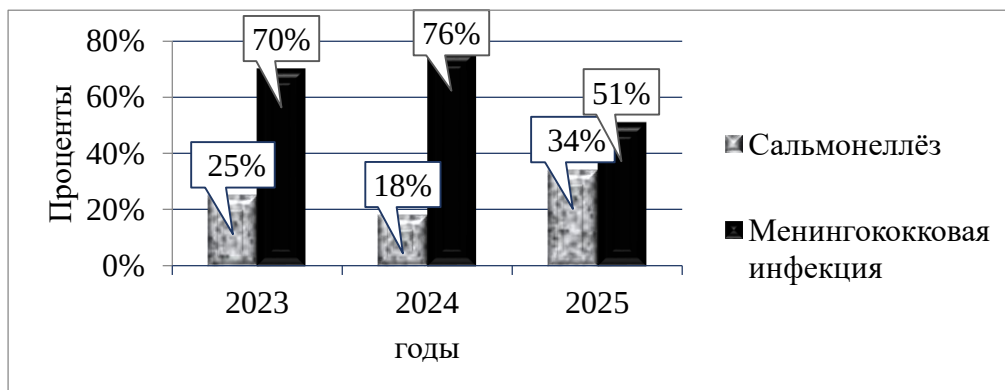


Рисунок 6 – Динамика доли ИТШ при сальмонеллезе и менингококковой инфекции в 2023-2025 годы.

Таким образом, анализ статистических данных зарегистрированных вызовов СМП за 2023-2025 годы показал, что количество вызовов уменьшилось, но отмечен небольшой рост вызовов с осложнением инфекционных заболеваний. Наиболее частым осложнением является ИТШ. Ведущими инфекционными заболеваниями, течение которых осложнялось ИТШ, являются менингококковая инфекция и сальмонеллез. Проведенный анализ позволил сделать следующие выводы:

1) в Иркутской области возросла доля вызовов по неотложным состояниям, вызванных такими инфекционными агентами, как менингококк и сальмонеллезная инфекция;

2) полученные данные статистики по идентифицированным по этиологии urgentных состояний инфекционного генеза позволят повысить эффективность и оперативность оказания неотложной помощи пациентам.

Список использованных источников:

1. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе: учебник/ А.Л. Вёрткин, Л.А. Алексанян, МВ. Балабанова и др.; под ред. А.Л. Вёрткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 544 с.
2. Руководство по скорой медицинской помощи при острых заболеваниях, травмах и отравлениях, под редакцией Д.Н. Вербового, 2020 г.
3. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. С-Петербург, 2003 г.
4. Шувалова Е.П. Синдромная диагностика инфекционных заболеваний. СПб. Питер, 2021 г.

ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПО ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Студентка А. Д. Троянова, руководитель О. Г. Сигаев, ОГБПОУ «Тулунский медицинский колледж»

Острый коронарный синдром (далее ОКС) - термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию.

Особое место в структуре ОКС занимает острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, который, как правило, свидетельствует о глубоком ишемическом повреждении миокарда вследствие тромботической окклюзии коронарной артерии [2, 4]. Несмотря на достижения современной кардиологии, сердечно-сосудистые заболевания продолжают лидировать в структуре

смертности населения Российской Федерации [5]. В связи с этим, своевременная диагностика и неотложная помощь при ОКС с подъемом сегмента ST остаются приоритетными направлениями в работе службы скорой медицинской помощи.

Цель исследования: изучение тактики фельдшера по оказанию неотложной помощи при ОКС с подъемом сегмента ST.

Объект исследования: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST.

Предмет исследования: пациенты с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST.

Задачи курсовой работы:

1) Изучить современные данные об этиологии, патогенезе, клинической картине и диагностики ОКС с подъемом сегмента ST.

2) Изучить принципы лечения ОКС с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе согласно клиническим рекомендациям.

3) Проанализировать статистические данные заболеваемости ОКС с подъемом сегмента ST в г. Тулун и Тулунском районе за период 2023-2025 гг.

4) Провести ретроспективный анализ карт вызовов скорой медицинской помощи с подтвержденным диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST.

5) Обобщить полученные данные и сделать выводы о тактике фельдшера на догоспитальном этапе.

Методы исследования:

1) Теоретический анализ – изучение научной литературы, клинических рекомендаций и периодических изданий;

2) Статистический – обработка данных заболеваемости за 2023-2025 гг.;

3) Ретроспективный анализ первичной медицинской документации (карт вызовов скорой медицинской помощи – форма 110/у);

4) Сравнительный – сопоставление двух клинических случаев.

Острый коронарный синдром со стойкими подъемами сегмента ST – недавно возникшие клинические признаки или симптомы ишемии миокарда в сочетании с наличием стойких (длительностью более 20 минут) подъемов сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ [2,56]. В подавляющем большинстве случаев исходом ОКС с подъемом сегмента ST является развитие крупноочагового инфаркта миокарда (ИМ) с формированием зубца Q [2].

Острый коронарный синдром без стойких подъемов сегмента ST - недавно возникшие клинические признаки или симптомы ишемии миокарда, когда на ЭКГ отсутствуют стойкие (более 20 минут) подъемы сегмента ST [1, 4].

В основе этиологии ОКС с подъемом сегмента ST лежит атеротромбоз коронарной артерии [5,7]. Тромб формируется чаще всего на месте разрыва покрышки «уязвимой» (нестабильной) атеросклеротической бляшки [2, 4]. При ОКС с подъемом сегмента ST почти всегда имеется полная и стойкая тромботическая окклюзия крупной эпикардальной артерии, тогда как при ОКС

без подъема ST тромб чаще является пристеночным и не перекрывает просвет сосуда полностью [5].

Патогенез развивается по следующей цепочке [4, 9]:

- 1) Повреждение атеросклеротической бляшки (разрыв или эрозия).
- 2) Активация тромбоцитов.
- 3) Формирование тромба: Запускается каскад свертывания с образованием фибрина, который полностью перекрывает просвет сосуда.
- 4) Ишемия и некроз: Прекращение кровотока приводит к гибели (некрозу) кардиомиоцитов.

5) Осложнения острого периода: Гибель миокарда вызывает электрическую нестабильность, приводя к фибрилляции желудочков. Потеря сократительной способности может вызвать кардиогенный шок или отек легких. Позже формируется постинфарктный кардиосклероз и ремоделирование левого желудочка (изменение формы, размера и толщины), что со временем приводит к хронической сердечной недостаточности [2, 5].

Ключевым аспектом является то, что своевременное применение тромболитической терапии существенно улучшает прогноз заболевания и снижает летальность среди пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST. Это подтверждается современными клиническими рекомендациями и протоколами лечения.

Анализ материала показал, что преимущества тромболитической терапии заключаются в:

- быстром восстановлении коронарного кровотока;
- значительном ограничении зоны ишемического повреждения;
- эффективном купировании болевого синдрома;
- профилактике тяжелых осложнений;
- возможности применения на догоспитальном этапе.

Во второй главе курсовой работы проведен анализ статистических данных заболеваемости ОКС с подъемом сегмента ST в г. Тулун и Тулунском районе за 2023–2025 гг. и ретроспективный анализ двух карт вызовов скорой медицинской помощи.

Анализ статистических данных показал, что за исследуемый период зарегистрировано 173 случая ИБС Инфаркт миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST. В 2025 году отмечено снижение заболеваемости на 17,5% по сравнению с 2024 годом, что может свидетельствовать о начале положительной динамики при условии сохранения профилактической работы и более ранней диагностики в последующие годы. Все пациенты были госпитализированы по экстренным показаниям и получили стационарное лечение, что соответствует стандартам оказания помощи при ОКС. Диспансерным наблюдением охвачены 100% впервые выявленных больных; за три года снято с учета 41 человек, что требует анализа причин (в том числе летальных исходов).

Ретроспективный анализ двух карт вызовов показал, что в разобранных случаях фельдшерские бригады диагностировали ИБС Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, провели полную медикаментозную терапию и

обоснованно выбирали реперфузионную тактику согласно стандартам оказания неотложной помощи при ОКС с подъемом сегмента ST. Выявленные недостатки – позднее обращение населения (более 80 минут от начала симптомов) и нарушение временного норматива регистрации ЭКГ в одном случае – указывают на резервы для дальнейшего улучшения.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает, что фельдшер является ключевым звеном в системе оказания помощи пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST. От его компетентности в вопросах профилактики, своевременной диагностики, правильного выбора реперфузионной стратегии и соблюдения временных нормативов зависит не только течение острого периода, но и долгосрочный прогноз жизни пациента. Дальнейшее совершенствование качества медицинской помощи возможно за счет регулярного обучения фельдшерского персонала, разбора каждого случая с дефектами и активной работы с населением по формированию знаний о ранних признаках инфаркта миокарда и необходимости немедленного обращения за помощью.

Список литературных источников:

- 1) Вышков Е. В. Острый коронарный синдром: патофизиология, диагностика и лечение / Е. В. Вышков, Ю. С. Попонина, М. В. Балахонova, В. В. Рябов. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2019. – 91 с. – URL: https://elar.ssmu.ru/bitstream/20.500.12701/3194/1/tut_ssmu-2019-14.pdf. Дата обращения: 13.03.2026.
- 2) Евразийские клинические рекомендации по диагностике и лечению острого коронарного синдрома с подъёмом сегмента ST // под ред. И. И. Старовойтова, Р.М. Шахновича: URL: [https://cardio-eur.asia/media/files/clinical_recommendations/Eurasian_clinical_guidelines_for_the_diagnosis_and_treatment_of_acute_coronary_syndrome_with_ST_segment_elevation_\(ACSpST\)_rus_2019.pdf](https://cardio-eur.asia/media/files/clinical_recommendations/Eurasian_clinical_guidelines_for_the_diagnosis_and_treatment_of_acute_coronary_syndrome_with_ST_segment_elevation_(ACSpST)_rus_2019.pdf). Дата обращения: 13.03.2026.
- 3) Енисеева Е. С. Дифференциальный диагноз ЭКГ изменений при остром коронарном синдроме: учебное пособие, издание 2, исправленное и дополненное / Е. С. Енисеева; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск: ИГМУ, 2025. – 87 с. – URL: https://irkgmu.ru/src/downloads/f9d18b7c_dif._diagnoz_ekg_pri_im_24.12.2025_compressed.pdf. Дата обращения: 13.03.2026.
- 4) КиберЛенинка // Современные подходы к ведению пациентов с острым коронарным синдромом (инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST) на догоспитальном этапе: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-vedeniyu-patsientov-s-ostrym-koronarnym-sindromom-infarktomiokarda-s-podemom-segmenta-st-na-dogospitalnom/viewer>. Дата обращения: 13.03.2026.
- 5) MedElement // Острый инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST электрокардиограммы (клинические рекомендации РФ, 2024): URL: <https://diseases.medelement.com/disease/острый-инфаркт-миокарда-с-подъемом-сегмента-st-электрокардиограммы-кр-рф-2024/18349?ysclid=mmfuisbbs1400494778>. Дата обращения: 13.03.2026.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Студент В. П. Урбагаева, руководитель С. В. Усманова преподаватель высшей квалификационной категории, медицинский колледж железнодорожного транспорта ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет путей сообщения», город Иркутск

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, до 80% заболеваний щитовидной железы вызваны хроническим дефицитом йода в питании. Иркутская область официально отнесена к территориям, эндемичным по йододефициту, что делает профилактическую работу медицинской сестры актуальной.

Цель работы - изучить особенности профессиональной деятельности медицинской сестры при заболеваниях щитовидной железы.

Задачи:

1) провести анализ заболеваемости патологиями щитовидной железы на базе ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница №8» за 2023–2025 годы;

2) определить ключевые компетенции медицинской сестры;

3) разработать практические рекомендации для пациентов по профилактике йододефицита и правильному приёму лекарственных препаратов.

В рамках работы исследование проведено на базе эндокринологического отделения ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница №8». В ходе исследования проанализированы статистические данные за период с января 2023 года по декабрь 2025 года.

Всего в эндокринологическом отделении зарегистрировано пациентов с патологиями щитовидной железы: 2023 г. — 4434, 2024 г. — 4042, 2025 г. — 4079 случаев (рисунок 1).

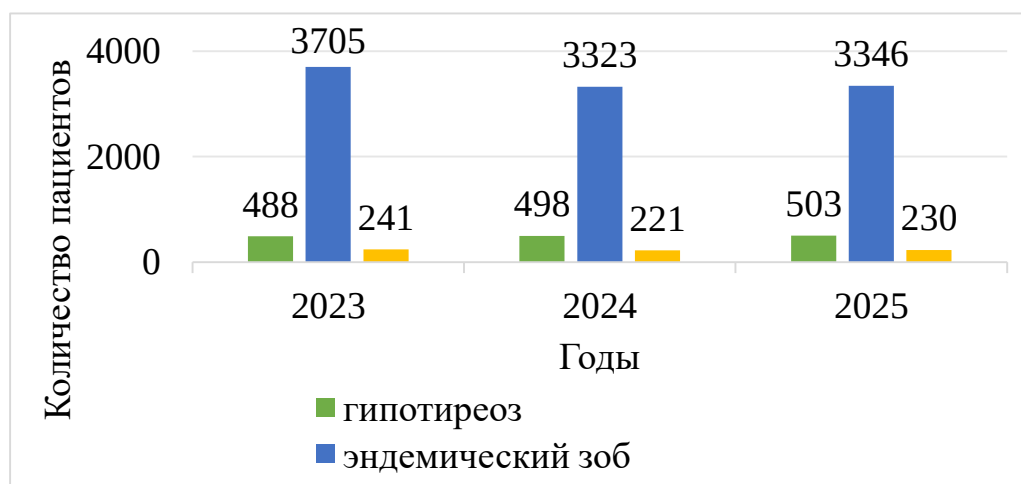


Рисунок 1 - Количество пациентов эндокринологического отделения с патологиями щитовидной железы по годам

Анализируя рисунок 1, видно, что эндемический зоб составляет около 82% от всех заболеваний щитовидной железы.

Эндемический зоб - это патологическое увеличение щитовидной железы, развивающееся из-за недостаточного поступления йода в организм. Наиболее грозные осложнения: компрессия органов шеи и злокачественное перерождение.

Гендерное распределение: женщины составляют 90-92%, мужчины - 8-10% (соотношение 11:1).

Возрастное распределение пациентов с эндемическим зобом представлено на рисунке 2.

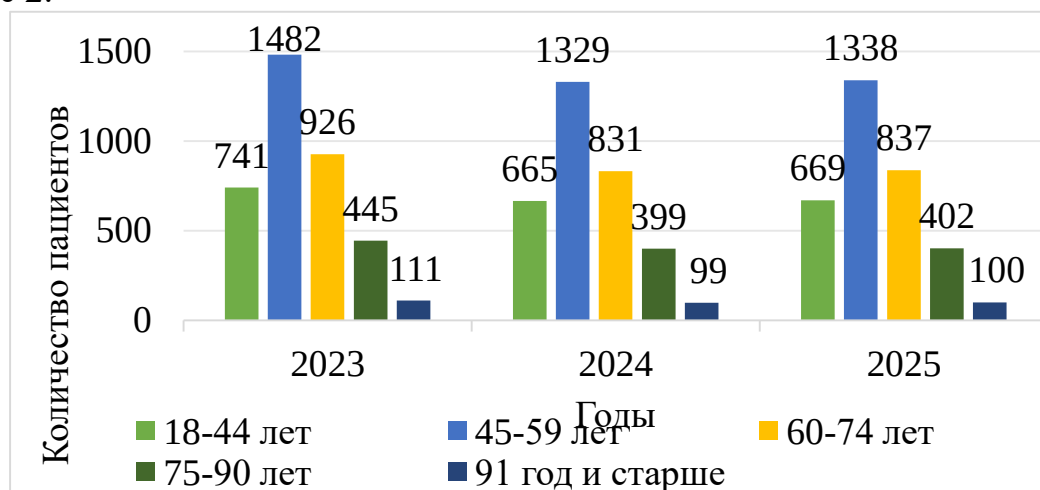


Рисунок 2 - Количество пациентов с эндемическим зобом по возрасту по годам

Рассматривая возрастное распределение, пик заболеваемости приходится на средний возраст 45-59 лет - 40% случаев. Это группа максимальной трудовой активности. Особую тревогу вызывает тот факт, что 30% случаев эндемического зоба регистрируется уже в молодом возрасте (18-44 года). Если молодые женщины с зобом входят в репродуктивный возраст, то йодный дефицит во время беременности может привести к нарушению развития мозга плода.

Компетенции медицинской сестры при заболеваниях щитовидной железы:

1. Диагностическая помощь: подготовка пациентов к сдаче крови на гормоны щитовидной железы (утром, натощак); контроль своевременности УЗИ (1 раз в 12 месяцев); разъяснение необходимости цитологического исследования при узловых формах.

2. Участие в лечебной деятельности: обучение правилам приёма препаратов (L-тироксин - натощак за 30–40 минут до еды, запивать только водой); подготовка к тиреоидэктомии (при гигантском зобе) и послеоперационный уход; обучение пожизненной заместительной терапии после удаления железы.

Основные методы профилактики:

- замена обычной соли на йодированную (не более 5 г/сут, солить готовые блюда, хранить в закрытой банке до 6 месяцев);

- включение в рацион продуктов, богатых йодом: морская рыба (2–3 раза в неделю), морская капуста, грецкие орехи, хурма.

Выводы:

Эндемический зоб — ведущая патология щитовидной железы в Иркутской области (82% случаев). Каждый третий пациент с зобом моложе 44 лет, что требует начала профилактики с детского возраста.

Ключевая задача медицинской сестры — не только участие в лечебно-диагностическом процессе, но и осуществление профилактической деятельности йододефицита, поскольку эндемический зоб — одно из немногих заболеваний, которое можно предотвратить простыми и доступными мерами.

Основной инструмент профилактики — рекомендации по включению в рацион питания продуктов, богатых йодом. Например, йодированная соль, которая включена в массовую профилактику в нашем регионе. Рекомендации по её использованию и питанию должны стать обязательной частью санитарно-просветительной работы медсестры в поликлиниках, школах и женских консультациях.

Список использованных источников

1. Гальперина Г. А. Лечение болезней щитовидной железы / Г. А. Гальперина. — Москва : РИПОЛ Классик, 2022. — 159 с. — ISBN 978-5-7905-3965-7.

2. Дедов, И. И. Эндокринология : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - Изд. 3-е; перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2025. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0459-5.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ФОРМИРОВАНИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Студент Шведов Игорь Алексеевич, руководитель Сигачев Олег Геннадьевич, ОГБПОУ «Тулунский медицинский колледж»

Современная концепция ведения пациентов с сахарным диабетом базируется не только на медикаментозной коррекции уровня гликемии, но и на немедикаментозных методах, ключевым из которых является формирование правильного образа жизни. Образ жизни при диабете включает в себя строгое соблюдение диеты, регулярную физическую активность, самоконтроль глюкозы крови, отказ от вредных привычек и умение справляться с психологическими аспектами хронической болезни. Именно изменение поведения и привычек пациента часто становится более сложной задачей, чем подбор терапии [1]

Актуальность темы исследования обусловлена высокой распространённостью сахарного диабета (СД) в современном обществе, что делает его одной из приоритетных проблем здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, число людей, страдающих от

диабета, продолжает неуклонно расти, что приводит к значительным затратам на лечение и уход за пациентами. В условиях увеличения заболеваемости СД особенно важным становится формирование здорового образа жизни у пациентов, что в значительной степени зависит от квалификации и роли медицинского персонала, в частности фельдшеров, которые играют ключевую роль в системе первичной медико-санитарной помощи [1]

Целью курсовой работы: Определение роли фельдшера в формировании здорового образа жизни у пациентов с сахарным диабетом

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать литературу и интернет – источники по данной теме;
2. Подробно изучить этиологию, патогенез, основные клинические проявления сахарного диабета, а также классификацию;
3. Сформировать образ жизни пациентов с сахарным диабетом;
4. Проанализировать статистические данные по Тулунскому району и городу Тулуну;
5. Проанализировать карты стационарных больных с сахарным диабетом;

Проанализировать статистические данные по городу Тулуну и Тулунскому району за период 2020-2025 гг.;

Объект исследования: сахарный диабет.

Предмет исследования: пациенты с сахарным диабетом.

В написании курсовой работы были использованы следующие методы исследования:

1. Теоретический: изучение медицинской литературы по данной теме.
2. Эмпирический: наблюдение, опрос, сравнение и анализ.

Проведенный теоретический анализ подтверждает, что сахарный диабет является сложным, мультифакториальным заболеванием, представляющим собой одну из главных медико-социальных проблем современного здравоохранения. Понимание этиологии, патогенеза и современной классификации (включая разделение на типы, степени тяжести и фенотипы) имеет фундаментальное значение для выбора правильной стратегии ведения пациента. [3]

Ключевым выводом теоретической части является то, что сахарный диабет - это не просто нарушение углеводного обмена, а состояние, требующее тотального изменения образа жизни. Установлено, что эффективное управление диабетом базируется на трех основных компонентах: строгом соблюдении принципов рационального питания, регулярной физической активности и постоянном самоконтроле уровня глюкозы. Без активного участия пациента в лечебном процессе, его мотивации и дисциплины, даже самая современная медикаментозная терапия не сможет предотвратить развитие тяжелых осложнений. [2]

В этой связи особая роль отводится среднему медицинскому персоналу, в частности фельдшеру. Анализ функциональных обязанностей и методов работы фельдшера показал, что его деятельность выходит далеко за рамки простого

выполнения врачебных назначений. Фельдшер выступает в роли координатора, педагога и психолога. Его основные методы работы включают:

Образовательную деятельность (обучение в «школах диабета», принципам диетотерапии и самоконтроля).

Мотивационное консультирование (преодоление страхов и барьеров, формирование приверженности лечению).

Мониторинг состояния пациента (контроль факторов риска, раннее выявление признаков осложнений).

Психологическую поддержку (создание доверительных отношений, помощь в принятии болезни, вовлечение семьи). [2]

Таким образом, теоретическое исследование доказывает, что формирование здорового образа жизни у пациентов с сахарным диабетом — это комплексный процесс, эффективность которого напрямую зависит от качества профилактической работы фельдшера. Именно фельдшер, находящийся на передовой первичной медико-санитарной помощи, способен обеспечить непрерывность наблюдения, обучить пациента навыкам самоконтроля и создать условия для его полноценной и активной жизни. Данные теоретические положения создают основу для практического анализа роли фельдшера в условиях города Тулуна и Тулунского района.

Анализ двух случаев сахарного диабета у пациентов, наблюдающихся в Тулуне, демонстрирует различные этапы течения заболевания, но схожие проблемы в организации медицинской помощи и приверженности пациентов лечению.

Оба случая объединяет длительное отсутствие должного контроля за заболеванием, что привело к развитию тяжелых, угрожающих жизни состояний или быстрому прогрессированию осложнений. В первом случае это была манифестация сахарного диабета 1 типа с развитием кетоацидотической прекомы, во втором же случае многолетняя декомпенсация СД 2 типа с формированием поздних сосудистых осложнений, таких как: нефропатия, полинейропатия, артериальная гипертензия.

Они подчеркивают критическую важность:

- Ранней диагностики (особенно у детей с жаждой и потерей веса).
- Неотложной терапии кетоацидоза на месте.
- Обязательного обучения пациентов в «Школах диабета» как единственного способа долгосрочного контроля заболевания.
- Своевременной коррекции терапии с учетом риска сердечно-сосудистых и почечных осложнений при СД 2 типа.

Эмпирическая часть работы, выполненная на базе ОГБУЗ «Тулунская городская больница», полностью подтвердила теоретические положения. Анализ статистических данных за 2023–2025 гг. выявил высокую и стабильную распространенность сахарного диабета в Тулунском районе и городе Тулуне (всего 10 416 случаев). Установлено, что ежегодно число пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, значительно превышает число снятых с учёта, что свидетельствует о накоплении контингента больных и возрастающей нагрузке на

систему здравоохранения. Особого внимания требует рост заболеваемости СД 2 типа среди взрослого населения и СД 1 типа у детей 0–14 лет.

Разбор клинических случаев 2026 года наглядно продемонстрировал проблемы: позднюю диагностику (дебют СД 1 типа под маской ОРВИ с развитием кетоацидотической прекомы) и низкую приверженность пациентов лечению (декомпенсация СД 2 типа на фоне нарушения диеты и отсутствия контроля гликированного гемоглобина). В обоих случаях именно недостаточная профилактическая работа на амбулаторном этапе, отсутствие своевременного обучения и мотивации привели к развитию угрожающих жизни состояний или тяжёлых сосудистых осложнений.

Таким образом, цель курсовой работы достигнута, задачи решены полностью. Роль фельдшера в формировании здорового образа жизни у пациентов с сахарным диабетом определена как критически важная и многокомпонентная.

Для улучшения ситуации в Тулунском районе и городе Тулуне целесообразно рекомендовать: усилить настороженность первичного звена в отношении ранних симптомов СД 1 типа у детей; обеспечить регулярную работу «Школ диабета» со всеми вновь выявленными пациентами и пациентами с декомпенсацией; внедрить активные методы мотивационного консультирования; повысить доступность современных методов мониторинга (систем непрерывного мониторинга глюкозы) и органопротективной терапии. Только комплексный подход, сочетающий квалифицированную медицинскую помощь с систематической профилактической работой фельдшера, позволит снизить частоту осложнений, улучшить качество и прогноз жизни пациентов с сахарным диабетом.

Список литературных источников:

1.Аметов А.С. "Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения" Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 280 с.

2.Верткин А.Л. "Сахарный диабет: руководство для практических врачей" Москва: Эксмо, 2015. – 160 с.

3.Дедов И.И., Мельниченко Г.А. "Эндокринология: национальное руководство" Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1112 с.

4.Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Сахарный диабет 1 типа у взрослых». – М., 2022. – 120 с. URL: [https://diseases.medelement.com/disease/сахарный-диабет-1-типа-у-взрослых-кр-рф-2022/17219] (дата обращения: 05.03.2026).

4.Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Сахарный диабет 2 типа у взрослых». – М., 2022. URL: [https://diseases.medelement.com/disease/сахарный-диабет-2-типа-у-взрослых-кр-рф-2022/17220] (дата обращения: 11.03.2026).