



НАУЧНЫЙ
ФОРУМ
nauchforum.ru

ISSN 2541-8386



№6(79)

НАУЧНЫЙ ФОРУМ:
МЕДИЦИНА, БИОЛОГИЯ
И ХИМИЯ

МОСКВА, 2025



НАУЧНЫЙ ФОРУМ: МЕДИЦИНА, БИОЛОГИЯ И ХИМИЯ

*Сборник статей по материалам LXXIX международной
научно-практической конференции*

№ 6(79)
Июль 2025 г.

Издается с ноября 2016 года

Москва
2025

УДК 54/57+61+63

ББК 24/28+4+5

НЗ4

Председатель редколлегии:

Лебедева Надежда Анатольевна – доктор философии в области культурологии, профессор философии Международной кадровой академии, член Евразийской Академии Телевидения и Радио.

Редакционная коллегия:

Арестова Инесса Юрьевна – канд. биол. наук, доц. кафедры биоэкологии и химии факультета естественнонаучного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева», Россия, г. Чебоксары;

Карабекова Джамиля Усенгазиевна – д-р биол. наук, гл. науч. сотр. Биолого-почвенного института Национальной Академии Наук Кыргызской Республики, Кыргызская Республика, г. Бишкек;

Сафонов Максим Анатольевич – д-р биол. наук, доц., зав. кафедрой общей биологии, экологии и методики обучения биологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный педагогический университет», Россия, г. Оренбург.

НЗ4 Научный форум: Медицина, биология и химия: сб. ст. по материалам LXXIX междунар. науч.-практ. конф. – № 6(79). – М.: Изд. «МЦНО», 2025. – 22 с.

ISSN 2541-8386

Статьи, принятые к публикации, размещаются на сайте научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU.

ISSN 2541-8386

ББК 24/28+4+5

© «МЦНО», 2025

Оглавление

Медицина и фармацевтика	4
Раздел 1 «Клиническая медицина»	4
1.1 Гастроэнтерология	4
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БОЛИ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА Коцлова Анна Аликовна Соловьев Владислав Владимирович	4
1.2 Урология	10
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ Холименко Иван Михайлович	10
Раздел 2 «Профилактическая медицина»	15
2.1 общественное здоровье и здравоохранение	15
О СОЧЕТАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ Касиев Накен Касиевич Албаев Рустам Куанышбекович	15

МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА

РАЗДЕЛ 1

«КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

1.1 ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БОЛИ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА

Коцлова Анна Аликовна

канд. мед. наук, преподаватель кафедры
факультетской терапии им. С.П. Боткина,
ФГБ ВОУ ВО Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова,
РФ, г. Санкт-Петербург

Соловьев Владислав Владимирович

Курсант
ФГБ ВОУ ВО Военно-медицинская
академия имени С.М. Кирова,
РФ, г. Санкт-Петербург

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PAIN IN THE UPPER ABDOMEN

Anna Kotslova

PhD, Associate professor at the Department
of Botkin's Faculty Therapy
Kirov's Military Medical Academy,
Russia, Saint-Petersburg

Vladislav Solovyov

Cadet

*Kirov's Military Medical Academy,
Russia, Saint-Petersburg*

Аннотация. Произведен обзор литературы по тематике дифференциальной диагностики боли в верхней половине живота. на современном этапе развития представлений и гипотез о данной нозологии. Был выполнен анализ наиболее цитируемых источников литературы из открытых ресурсов по данному вопросу.

Abstract. A review of the literature on the topic of differential diagnosis of pain in the upper abdomen has been conducted. at the present stage of the development of ideas and hypotheses about this nosology. An analysis of the most cited literature sources from open resources on this issue was performed.

Ключевые слова: болевой синдром; брюшная полость; живот; гастроэнтерология.

Keywords: pain syndrome; abdominal cavity; abdomen; gastroenterology.

Введение. Боль в верхней части живота – частая жалоба у пациентов общесоматических отделений. Не стоит ожидать, что врач в каждом случае сможет перечислить все возможные причины боли и провести исчерпывающее обследование с использованием всех клинических и лабораторных методов. В этом, как и в многих других медицинских ситуациях, чрезмерное увлечение "полным обследованием" может превратиться в изнурительную и финансово обременительную процедуру. Врачу необходимо детально изучить характер боли в верхней части живота, акцентируя внимание на ее ключевых признаках [1]. Понимание основных причин возникновения боли поможет поставить предварительный диагноз и определить вероятные заболевания или состояния, которые могут вызывать наблюдаемые симптомы, что в свою очередь позволит оптимизировать направление диагностических исследований. Хотя диагноз, выстроенный только на основании патогномичных признаков, встречается редко, клиническая картина всё же может быть очень полезна для определения места повреждения в определенной системе органов и часто позволяет с достаточной уверенностью предположить его природу.

Материалы и Методы. Произведен поиск и анализ наиболее цитируемых источников литературных сведений по данным открытых источников литературы интернет-портала www.elibrary.ru.

Результаты и обсуждение. И у людей, которые в целом здоровы, могут возникать периодические боли в верхней части живота. У пациентов с нормальными показателями крови (ферменты печени, билирубин и амилаза) диагностируются следующие заболевания, которые могут быть причиной болевого синдрома. Три основные причины этого синдрома - печеночная колика, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и расстройство пищеварения.

Даже у людей с крепким здоровьем периодически могут появляться боли в верхней части живота. При нормальных показателях крови (ферменты печени, билирубин и амилаза) врачи выявляют ряд заболеваний, которые могут провоцировать болевые ощущения. Среди основных причин таких болей выделяют печеночную колику, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь и нарушения работы пищеварительной системы.

Печеночная колика характеризуется периодическими болями в правом подреберье или в эпигастрии, которые обостряются после приема жирных блюд и достигают пика интенсивности через час, после чего постепенно ослабевают.

Использование термина "колика" при описании боли в печени не совсем точно, так как боль при печеночной колике не имеет периодического характера с периодами безболезненности. Однако, могут наблюдаться такие симптомы, как тошнота и рвота, без развития желтухи и при нормальных показателях ферментов печени. Необходимо выполнить ультразвуковое сканирование для диагностики желчных камней.

Иногда наблюдаются ощущения жжения и дискомфорта в области груди и эпигастрии, которые могут длиться от 10 до 60 минут. Помимо этого, часто фиксируется продолжительное жжение в этих зонах, а также длительная боль в правом верхнем подреберье и эпигастрии. Сильная, затянувшаяся боль в области груди и эпигастрии может усиливаться после обильной еды и во время отдыха после приёма пищи в горизонтальном положении. Антацидные препараты при этом способствуют снижению болевых ощущений. [1]. Жжение и дискомфорт в эпигастральной области, которые обостряются при горизонтальном положении, часто сопровождаются отрыжкой с кислым запахом, оставляющей привкус кислоты во рту. В некоторых случаях могут наблюдаться кашель и боль в груди.

При возникновении подозрений на рак пищевода, врачи обращают особое внимание на наличие таких признаков, как анемия, потеря веса, сложности с проглатыванием пищи и рвота [2].

Неприятные ощущения в верхней части живота, чувство переполненности после приема пищи и/или быстрое насыщение – вот основные проявления диспепсии. В большинстве случаев диспепсия носит функциональный характер, не сопровождается структурными изменениями в органах ЖКТ, но может указывать на более серьезные проблемы, такие как пептические язвы, рак желудка и другие патологии. При наличии факторов риска, таких как возраст старше 60 лет, анемия, снижение массы тела, желтуха, кровотечение из ЖКТ, трудности при проглатывании пищи или семейная история злокачественных опухолей в верхних отделах ЖКТ, требуется более тщательное обследование. Если же таких тревожных признаков нет, диагноз функциональной диспепсии может быть уверенно установлен без проведения излишних эндоскопических исследований и дополнительных анализов. Избегайте назначения лекарств, которые могут усугубить течение заболевания, например, нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикостероидов. Проведите диагностику на *Helicobacter pylori* и при его выявлении назначьте курс лечения, включающий эрадикацию и гастропротекторную терапию.[1].

Хроническая прогрессирующая боль в животе. Такая симптоматика вызывает тревогу из-за постоянного прогрессирования заболевания. Злокачественные опухоли, если они обнаруживаются в виде хронических болей в животе, свидетельствуют о том, что заболевание уже находится на поздней стадии.

Дискомфорт в верхней части живота после хирургического вмешательства. Пациенты, жалующиеся на боли, до сих пор объединяются в одну категорию больных, которую называют постхолецистическим синдромом - состоянием, возникающим после удаления желчного пузыря [3]. Для исключения заболеваний, не связанных с предыдущей операцией, таким пациентам необходимо провести комплексное обследование, включающее рентгеноскопию желудка, гастродуоденоскопию, ультразвуковую диагностику и другие методы.

Желтуха и холангит часто встречаются вместе, но желтуха может возникнуть и без холангита. Появление желтухи спустя некоторое время после операции является тревожным симптомом, сигнализирующим о серьезных проблемах с оттоком желчи. [3]. Возникновение желтухи может быть обусловлено как органическими факторами, препятствующими нормальному оттоку желчи (камни в протоках, стеноз желчных путей, опухоли протоков, рубцовые сужения), так и забросом (регургитацией)

содержимого кишечника в желчные протоки с затрудненной его обратной эвакуацией (например, после создания билиодигестивного анастомоза). В этих ситуациях желтуха обычно сопровождается холангитом.

Кардиальная патология. Стенокардия проявляется как загрудинный дискомфорт или боль, который может быть давящим, сжимающим или жгучим, и длится от нескольких до 20 минут. Боль часто распространяется в шею, челюсть, область под ложечкой, левую руку и лопатку, а также межлопаточное пространство. Ее интенсивность возрастает при физической нагрузке, в холодное время года или во время эмоционального стресса. Стенокардия сопровождается ощущением одышки и паническим страхом смерти. Приступ купируется приемом нитратов, например, нитроглицерина, под язык.[4].

Инфаркт миокарда проявляется схожими клиническими симптомами с стенокардией, однако может иметь более выраженную интенсивность. Отличительной особенностью является внезапное начало, продолжительность которого обычно превышает 30 минут, и неэффективность нитратов в его купировании. Часто инфаркт сопровождается одышкой, ощущением слабости, тошнотой и рвотой.

Основная концепция диагностики боли в животе - выявление перитонита является первостепенной задачей, так как он требует неотложной помощи (например, при перфорации внутреннего органа, разрыве аневризмы аорты или внематочной беременности) или свидетельствует о наличии инфицированной брюшины. При возникновении сильной боли в животе, обращайтесь внимание на характерные для каждой системы органов (желудочно-кишечной, урологической, репродуктивной и др.) проявления. Учитывая характер боли (очаговая или распространенная, колющая или ноющая) и ее локализацию, можно сузить круг подозрений и определить более точный диагноз. Частые боли в животе у здорового человека с нормальными показателями крови обычно носят функциональный характер, однако стоит быть внимательным к тревожным симптомам, которые могут потребовать дополнительного обследования. Постоянная и усиливающаяся боль в животе вызывает опасения по поводу возможного развития злокачественных опухолей и других серьезных заболеваний.

Самые частые ошибки – это игнорирование кардиальной патологии, поэтому при наличии у пациента сильных острых болей в животе, необходимо не только провести пальпацию живота, но также сделать ЭКГ. [4] Несмотря на то, что нормальная КТ брюшной полости не исключает наличие серьезных заболеваний, она не всегда может выявить мезентериальный тромбоз (в этом случае рекомендуется выполнить коагулограмму). [5].1

Список литературы:

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., и др. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т. 30 - №1 – 49-70.
2. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Казюлин А.Н. Заболевания поджелудочной железы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. 22 - №3 - 13-19.
3. Макарова Ю.В., Осипенко М.Ф., Литвинова Н.В., Дробышева В.П. Состояния и заболевания, ассоциированные с холецистэктомией, проведенной по поводу желчнокаменной болезни // Журнал «Эффективная фармакотерапия». – 2023. – Т. 19 - №8 – 76-83.
4. Манак Н.А., Соловей С.П., Карпова И.С. О стенокардии как одной из форм ИБС и симптомах стенокардии при других заболеваниях // Журнал «Кардиология в Беларуси». – 2015. – Т. 38 - №1 – 130-137.
5. Сваткова О.А., Шептулин А.А. Причины ошибок в диагностике хронических воспалительных заболеваний кишечника в общей врачебной практике. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т. 30 – №5 – 26-29.

1.2 УРОЛОГИЯ

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Холименко Иван Михайлович

канд. мед. наук, врач уролог,
Областное бюджетное учреждение
здравоохранения Курская областная
многопрофильная клиническая больница
Министерства здравоохранения
Курской области,
РФ, г. Курск

IMMUNOLOGICAL CHANGES IN GESTATIONAL PYELONEPHRITIS

Ivan Kholimenko

Candidate of Medical Sciences,
urologist,
Regional Budgetary Healthcare
Institution Kursk Regional Multidisciplinary
Clinical Hospital of the Ministry
of Health of the Kursk Region,
Russia, Kursk

Аннотация. В настоящее время пиелонефрит у беременных женщин является одним из наиболее частых заболеваний органов мочевыводящей системы. В литературе очень мало данных и исследований по изучению иммунологических особенностей запуска и прогрессирования гестационного пиелонефрита с позиции разложения на trimestры беременности. Цель данного исследования: установление иммунных изменений в начале и по завершению лечения у пациентов с острым гестационным пиелонефритом в различные trimestры беременности.

Abstract. Currently, pyelonephritis in pregnant women is one of the most common diseases of the urinary system. There are very few data and studies in the literature on the study of immunological features of the onset and progression of gestational pyelonephritis from the standpoint of

decomposition into trimesters of pregnancy. The purpose of the study was to establish immune changes at the beginning and at the end of treatment in patients with acute gestational pyelonephritis in different trimesters of pregnancy.

Ключевые слова: гестационный пиелонефрит; цитокины; система комплимента.

Keywords: gestational pyelonephritis; cytokines; complement system.

Введение. Рост заболеваемости гестационным пиелонефритом и его порой неблагоприятный исход показывают недостаточную осведомленность, неизученность, а также непонимание всех сторон патогенеза и особенностей иммунологического статуса беременных женщин на каждом триместре беременности. Это свидетельствуют о крайне сложной социальной и медицинской проблеме гестационного пиелонефрита. В современной литературе практически нет информации о состоянии вышеуказанных систем на каждом триместре беременности при присоединении острого пиелонефрита, а те данные, которые есть, имеют, как правило, крайне ограниченный характер, и совершенно не раскрывают все аспекты проблемы на рассматриваемом в статье уровне [1–4].

Цель данного исследования: установление иммунных изменений в начале и по завершению лечения у пациенток с острым гестационным пиелонефритом в различные триместры беременности.

Материалы и методы. В исследование были включены 84 женщины (средний возраст $25,3 \pm 5,2$), разделенные на группы. Первая группа для сравнения состояла из 20 здоровых небеременных женщин. Во вторую группу сравнения вошло 19 женщин в равных количествах на 1, 2 и 3 триместрах физиологической беременности без патологии почек. Основные группы исследования (по 15 женщин) составили пациентки на первом, втором и третьем триместре беременности с диагнозом – «Острый гестационный серозный пиелонефрит». Получение биологического материала (периферическая кровь), выполнялось до старта медикаментозной терапии и в конце лечения.

В плазме периферической крови уровень цитокинов: фактора некроза опухоли альфа (TNF α), интерлейкинов (IL) 1 β (1 бета), 2, 6, 8, 4, 10, рецепторный антагонист интерлейкина 1 (1RA), интерферон гамма (IFN γ), интерферон альфа (IFN α) определяли в биологическом материале методом твердофазного иммуноферментного анализа с детекцией продуктов реакции в диапазоне длин волн 405–630 нм., с использованием коммерческих наборов ЗАО «Вектор-Бест».

Компоненты системы комплемента (C_3 , C_{3a} , C_4 , C_5 и C_{5a}) и фактор Н определяли диагностическим набором ООО «Цитокин») с использованием двух принципов: гемолитического метода учета активации системы комплемента и ИФА-метода определения терминального комплекса, выявляемого специфическими антителами. Активность C_1 -ингибитора определяется хромогенным методом по способности ингибировать C_1 -эстеразу.

Статистическая обработка данных. При работе с данными применяли методы описательной статистики. В качестве инструментария применяли надстройку в Excel Atte Stat, версия 12.0.5 (Excel 2010).

Результаты. В плазме периферической крови женщин с физиологической беременностью и отсутствием острого пиелонефрита, по сравнению со здоровыми женщинами, установлено снижение содержания провоспалительных цитокинов ($TNF\alpha$ в 1,6; $IL-1\beta$ в 1,1; $IL-8$ в 1,5 раза), $IFN\gamma$ в 1,3 раза, повышение противовоспалительных ($IL-4$ в 3,4; $IL-10$ в 1,7 раза), $IL-2$ в 4,1 раза. Концентрации $IL-6$, $IFN\alpha$ и $IL-1RA$ остались на уровне здоровых женщин.

В условиях острого пиелонефрита на 1 триместре гестации до начала лечения выявлен дополнительный рост содержания, в сравнении с результатами здоровых беременных женщин, всех изученных провоспалительных ($TNF\alpha$, $IL-1\beta$, $IL-6$, $IL-8$), противовоспалительных ($IL-4$ и $IL-10$, при уменьшении $IL-1RA$) цитокинов, а также $IFN\gamma$, $IFN\alpha$ и $IL-2$.

Пациенткам с гестационным пиелонефритом на 2 и 3 триместре гестации по всем изученным параметрам была присуща одинаковая направленность, но, в сравнении с 1 триместром, определено дальнейшее увеличение уровня $IL-6$, $IL-8$, $IL-4$ и снижение $IL-1RA$.

После проведенного базисного лечения пиелонефрита на 1 триместре беременности концентрация $IL-1\beta$, $IL-6$ и $IFN\gamma$ нормализовалась, уровни $TNF\alpha$, $IL-8$, $IL-4$, $IFN\alpha$ и $IL-2$ изменялись в сторону показателей здоровых женщин, но не доходили до их значений. Содержание противовоспалительных $IL-10$ и $IL-1RA$ еще больше возрастало. На 2 триместре гестации после проведенной терапии пиелонефрита значения $IL-1\beta$ вернулись к норме, $IL-1RA$ остались без изменения, концентрация других изученных цитокинов по числовому значению оказалась ближе к цифрам группы условно здоровых. При остром пиелонефрите на 3 триместре беременности после проведенной терапии, по сравнению со 2 триместром, содержание $IL-1\beta$ и $IL-1RA$ стало более приближенным к значениям здоровых женщин. У женщин с беременностью при отсутствии патологии почек выявлена слабовыраженная активация системы комплемента, о чем свидетельствовало

достоверное повышение содержания C_3 , C_{3a} , C_5 и C_{5a} -компонентов. Концентрация C_4 и ингибиторов системы комплемента (C_1 -инг, и фактор Н) остались на уровне здоровых женщин.

У пациенток с острым пиелонефритом в 1 триместре беременности при госпитализации в стационар зафиксирован, по сравнению с показателями женщин с физиологической беременностью и отсутствием острого пиелонефрита, рост значений C_3 , C_5 , C_{5a} -компонентов комплемента, снижение содержания C_{3a} -компонента и ингибиторов системы комплемента.

Во 2 и 3 триместре беременности в условиях острого пиелонефрита, по сравнению с параметрами беременных женщин без наличия острого пиелонефрита, изменения показателей системы комплемента оказались идентичными: статистически более значительное повышение концентрации C_5 , и C_{5a} -компонентов, снижение содержания C_{3a} и фактора Н, а уровень C_3 -компонента и C_1 -ингибитора остался без изменения. После проведенного базисного лечения острого пиелонефрита на 1 триместре беременности без изменений осталось содержание C_{3a} , то есть оно нормализовалось, остальные изученные параметры системы комплемента также нормализовались. Терапия острого пиелонефрита на 2 и 3 триместре гестации нормализовала уровень C_3 , C_{5a} (на 3 триместре – только корригировало), C_1 -ингибитора. Без изменений осталась концентрация C_{3a} и фактора Н, а содержание C_5 -компонента комплемента снизилось в сторону контрольной группы, однако не достигла его уровня.

Обсуждение. В ходе проведенных автором статьи исследования установлено, что при остром пиелонефрите беременных, особенно на 2 и 3 триместре, в плазме периферической крови обнаружено повышение концентрации C_3 , C_5 , и C_{5a} компонентов комплемента, снижение содержания C_{3a} и ингибиторов системы комплемента (фактора Н, и C_1 -ингиб.), повышение содержания провоспалительных (TNF α , IL-1 β , IL-6, IL-8), IFN γ , IFN α и IL-2, дисбаланс противовоспалительных (повышение IL-4 и IL-10, при снижении IL-1RA) цитокинов, повышение показателей кислород-зависимой активности циркулирующих нейтрофилов, повышение лейкоцитов, нейтрофилов, моноцитов при снижении лимфоцитов и эозинофилов, что можно рассматривать как системное иммунное воспаление.

Проведенное нами базисное лечение острого пиелонефрита не нормализует большинство исследованных измененных показателей врожденного иммунитета на 2 и 3 триместре беременности.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в условиях острого пиелонефрита на всех триместрах беременности выявлены сходные изменения параметров иммунного статуса, более выраженные во втором и третьем триместре, что свидетельствует о системном иммунном воспалении.

Список литературы:

1. Каганова М.А., Спиридонова Н.В. Баланс провоспалительных и противовоспалительных цитокинов плодных оболочек при доношенной беременности и родовом излитии околоплодных вод // Акушерство и гинекология. – 2024. – № 3. – С. 57–62.
2. Потапнев М.П. Цитокиновый шторм: причины и последствия // Иммунология. – 2021. – № 4. – Т. 2. – С. 175–188.
3. Рыбина И.В., Лагерева Ю.Г. Состояние адаптивного и врожденного иммунитета на ранних сроках физиологической и неразвивающейся беременности // Российский иммунологический журнал. – 2014. – № 8. – Т. 3 (17). – С. 460–463.
4. Сидорова И.С., Никитина Н.А., Унанян А.Л., Агеев М.Б., Кокин А.А. Система комплемента при физиологической беременности // Акушерство и гинекология. – 2021. – № 6. – С.14–20.

РАЗДЕЛ 2

«ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

2.1 ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

О СОЧЕТАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Касиев Накен Касиевич

*д-р мед. наук, профессор,
Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
Кыргызстан, г. Бишкек*

Албаев Рустам Куанышбекович

*канд. мед. наук, директор,
Больница Медицинского центра
Управления делами Президента
Республики Казахстан,
Казахстан, г. Астана*

ON THE COMPATIBILITY OF DIFFERENT CLASSES OF DISEASES IN CIVIL SERVANTS

Naken Kasiev

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Kyrgyz State Medical Academy named
after I.K. Akhunbayeva,
Kyrgyzstan, Bishkek*

Rustam Albayev

*Candidate of Medical Sciences,
Director,
Hospital of the Medical Center of the Office
of the President of the Republic of Kazakhstan,
Kazakhstan, Astana*

Аннотация. Представлены материалы о распространенности процесса сочетаемости (совстречаемости) различных нозологических форм заболеваний у государственных служащих. Приведены данные о высоких индексах различной сочетаемости разных классов патологий при впервые выявленной заболеваемости определенных нозологических форм заболеваний у данной группы населения.

Abstract. The article presents materials on the prevalence of the process of compatibility (co-occurrence) of various nosological forms of diseases in civil servants. The data on high indices of different compatibility of various classes of pathologies in the first detected morbidity of certain nosological forms of diseases in this population group are presented.

Ключевые слова: государственные служащие, первичная заболеваемость, различные классы заболеваний, сочетаемость.

Keywords: civil servants, primary morbidity, various classes of diseases, compatibility.

Введение. Известным фактом настоящего времени является то, что условия окружающей человека среды, современный образ жизни, характеризующийся наличием множества отрицательных факторов как в социальной, так и производственной среде, негативными условиями среды обитания человека определяют уровень состояния здоровья населения. В связи с этим в последние годы во всем мире отмечается повышение распространенности хронических заболеваний [8]. Данное явление может расцениваться как глобальная эпидемия 21 века [5].

В современной социально-гигиенической науке продолжает формироваться взгляд, согласно которому является недостаточно эффективным является рассмотрение лишь отдельных нозологических форм и классов заболеваний без их совместного учета и анализа. В связи с этим сочетание различных нозологических форм заболеваний у одного и того же индивидуума может обозначаться терминами «сочетаемость», «совстречаемость», «соболезненность», «коморбидность», «мультифакторные заболевания» и т.д. [6].

Известно, что термин «коморбидность» (лат. со – «вместе» и morbus – «болезнь») характеризуется наличием дополнительной клинической картины, уже существующей или же появившейся самостоятельно, помимо текущего заболевания и всегда отличающейся от него [3]. Из данных литературы известно, что некоторые авторы предлагают разграничивать эти понятия, определяя коморбидность как сочетание заболеваний, связанных доказанными едиными этиологическими факторами и патогенетическими механизмами, а мултиморбидность

описывают как наличие множественных заболеваний, не связанных между собой вышеотмеченными условиями или же не учитывают влияние патогенеза в данном процессе [3,2].

Актуальность проблемы обосновывается прогностическими исследованиями, которые продемонстрировали связь между высокой коморбидностью и повышенным риском смертности больных хроническими заболеваниями. Учитывая высокую распространенность и растущее социальное бремя коморбидности, изучение данной приоритетной задачи приобретает актуальный характер для системы здравоохранения в мировом масштабе [8].

R.Gijsen и соавт. [7] при исследовании явления коморбидности описали несколько типов сочетаемости разных классов заболеваний:

- причинная коморбидность, вызванная единым патологическим агентом;
- осложненная коморбидность, являющаяся результатом основного заболевания с последовательным поражением других органов;
- ятрогенная коморбидность, возникающая при побочном действии терапии и медицинской процедуры при основной патологии, тем самым вторично происходящее поражение других органов и систем органов;
- неуточненная коморбидность, возникающая при наличии единых патогенетических механизмов развития заболеваний, составляющих данную комбинацию, при которой требуется проведение ряда исследований, подтверждающих искомую гипотезу;
- случайная коморбидность, при которой исходная алогичность сочетания заболеваний не доказана, что требует дальнейшего целенаправленного клинического изучения.

Распространенность коморбидности составляет 20–30 % среди всего населения и 55–98 % среди лиц пожилого и старческого возраста. Число хронических заболеваний колеблется от 2,8 у больных в возрасте от 18 до 44 лет и до 6,4 у пациентов старше 65 лет [1]. В данном контексте можно отметить работу Верткина А.Л., согласно которой одно патологоанатомическое вскрытие выявляет 2–3 основных и более 5 сопутствующих заболеваний, число которых увеличивается у лиц пожилого и старческого возраста [2].

По мнению Белялова В.А., при своевременном выявлении и организации рационального лечения сопутствующей патологии основное заболевание и сочетанный с ним патологический процесс, т.е. при явлении коморбидности может оказать эффективный клинический результат. Между тем, при этом сложно неустранимым фактором отягощенности может быть возраст больного человека [1].

С учетом изложенного персонифицированный подход к каждому больному обосновывает целесообразность целенаправленного и разностороннего изучения клинического течения основного и сопутствующих заболеваний, а также их комплексной диагностики и рационального лечения.

В связи с этим становится понятным, что эффективное лечение сочетанных заболеваний у индивидуума является сложной задачей медицинской науки и практического здравоохранения. Для решения данной приоритетной задачи становится целесообразным проведение клинических исследований, направленных на проверку результативности и безопасности множественной лекарственной терапии при сочетании заболеваний разных классов (основного и сопутствующего) у одного и того же человека. При этом могут возникнуть определенные трудности при выяснении того факта, какое же заболевание является основным и какое же - сопутствующим. С учетом изложенного при организации лечебных мероприятий при явлениях сочетанности разных классов заболеваний считается целесообразным определить мультидисциплинарную бригады специалистов.

Изложенное обосновывает приоритетность задачи изучения явления сочетаемости разных классов заболеваний у населения.

Цель работы- анализ распространенности явления сочетаемости разных классов заболеваний у государственных служащих, обслуживаемых в системе Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан.

Материал и методы исследования. Материалами исследования послужили 705 случаев совместной регистрации различных патологий, впервые выявленных у одного лица из числа вновь принятых работников центральных государственных органов, обслуживаемых в системе Медицинского центра УДП РК. Изучено также о 3457 случаях нахождения на диспансерном учете одного и того же пациента по более чем по одному заболеванию. Итого изучены данные 4162 пациентов по выявлению явления сочетаемости заболеваний разных классов за 2021-2023 годы.

При определении классов заболеваний использовалась Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10).

В качестве метода исследуемого процесса использовался предложенный Слажневой Т.И., Корчевским А.А., Абзаловой Р.И. [9] индекс совстречаемости патологий. Данный индекс измеряется в пределах от 0 (различные патологии никогда не встречаются вместе) до 1 (различные заболевания всегда сопутствуют друг другу).

Результаты исследования и их обсуждение

Изложенные данные литературы показывают, что в социально-гигиенической науке представляет большой интерес изучение тех случаев, когда различные заболевания в течение определенного промежутка времени возникают у одного и того же лица. Это явление может быть вызвано случайными процессами (так как определенные заболевания возникают у представителей популяции с определенной вероятностью, и всегда существует шанс, что на некотором временном промежутке два или более заболевания независимо друг от друга возникнут у одного лица), однако могут быть обусловлены и более глубокими явлениями взаимообусловленности и взаимовлияния патологий.

С учетом определенной актуальности вопроса нами было принято исследование явления коморбидности (сочетаемости) различных нозологических форм заболеваний у государственных служащих, обслуживаемых в системе Медицинского центра УДП РК.

Государственные служащие имеют значительную специфику условий жизни и трудовой деятельности, которая неизбежно формирует своеобразие состояния их здоровья. В этой связи нами предпринято социально-гигиеническое исследование, призванное охарактеризовать изучаемый контингент с точки зрения некоторых параметров состояния их здоровья, отражающих эту специфику.

Отметим, что исследуемый контингент работников государственного аппарата управления представляет исключительно интересный материал для оценки вышеуказанных процессов, так как в связи с характерными особенностями их обслуживания возникновение нескольких заболеваний в течение определенного промежутка времени, как правило, не остается за пределами регистрации, так как обращающиеся в поликлинику государственные служащие подлежат обследованию несколькими специалистами в ходе ежегодных обязательных комплексных профилактических медицинских осмотров.

Исследование сочетаемости различных классов заболеваний у государственных служащих показало разный характер и индекс их сочетания (таблица 1).

Установлено, что наиболее высокие индексы коморбидности по первичной заболеваемости государственных служащих имели для болезней органов пищеварения и болезней мочеполовой системы, эндокринных заболеваний и класса симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках класса, а также для болезней органов дыхания и болезней органов пищеварения. В последнем случае повышенная сочетаемость, как показали расчеты, находится

в пределах вероятности случайных событий. Более высокие значения индекса коморбидности разных нозологических заболеваний по изученным материалам не выявлены.

Таблица 1.

**Значения индекса сочетаемости разных классов заболеваний
у государственных служащих**

Сочетания разных классов заболеваний	Индекс сочетаемости заболеваний
Сочетание болезней органов пищеварения и заболеваний мочеполовой системы	0,21
Сочетание эндокринных заболеваний и класса симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	0,16
Сочетание болезней органов дыхания и заболеваний органов пищеварения	0,12

Таким образом, при изучении явлений сочетаемости (коморбидности) различных классов патологий по первичной заболеваемости государственных служащих установлено, что наиболее высокая совстречаемость имеют место для болезней органов пищеварения и заболеваний мочеполовой системы, несколько ниже было сочетание эндокринных заболеваний и класса симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках, еще ниже был индекс сочетаемости болезней органов дыхания и заболеваний системы пищеварения.

Список литературы:

1. Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике // под ред. Белялова Ф.И. Иркутск, 2009. 68с.
2. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность в клинической практике // Архив внутренней медицины. 2011. Часть 1. С.9-13.
3. Ефремова Е.В., Шутов А.М., Серов В.А., Мензоров М.В. Коморбидность в клинической практике: Учебно-методическое пособие. Ульяновск: УлГУ. 2016. 28с.
4. Нургазизова А.К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность» // Казанский медицинский журнал. 2014. №95 (2). С. 292.

5. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне. Всемирная организация здравоохранения: Всемирный банк. -Женева, 2019.
6. Сарсенбаева Г.И., Турсынбекова А.Е. Современные подходы к оценке коморбидности у пациентов // Cardio Соматика. 2019. №10 (1). С.19-23.
7. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG et al. Causes and consequences of comorbidity: a review. J Clin Epidemiol. 2001; 54 (7): 661-741.
8. Шарманов Т.Ш. Медико-демографическое исследование в Республике Казахстан: монография. Алматы: Атамұра. 2004. 347с.
9. Слаженева Т.И., Абзалова Р.А., Корчевский А.А. Социально-гигиеническое значение встречаемости патологий//Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. 1999. № 12. С. 9-14.

НАУЧНЫЙ ФОРУМ: МЕДИЦИНА, БИОЛОГИЯ И ХИМИЯ

*Сборник статей по материалам LXXIX международной
научно-практической конференции*

№ 6(79)
Июль 2025 г.

В авторской редакции

Подписано в печать 21.07.25. Формат бумаги 60х84/16.
Бумага офсет №1. Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 1,37. Тираж 550 экз.

Издательство «МЦНО»
123098, г. Москва, ул. Маршала Василевского, дом 5, корпус 1, к. 74
E-mail: med@nauchforum.ru

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного
оригинал-макета в типографии «Allprint»
630004, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 1



НАУЧНЫЙ
ФОРУМ
nauchforum.ru