



Здравоохранение
Югры



Научно-методическое сетевое издание

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ | ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 1 | 46 | 2026

16+

<https://edu.miacugra.ru>

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

Сетевое издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций

**Свидетельство о регистрации
Эл № ФС77-85557
от 11.07.2023**

Учредитель

бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры «Медицинский
информационно-аналитический центр»

**Научно-методическое издание внесено
в базу данных Научной электронной
библиотеки РИНЦ (Российский индекс
научного цитирования)**

Все права защищены

Любое воспроизведение материалов
без письменного согласия редакции
не допускается. При перепечатке ссылка
на издание обязательна

Авторы несут полную ответственность
за подбор и изложение фактов, содержащихся
в статьях. Высказываемые ими взгляды могут
не отражать точку зрения редакции

В целях укрепления национального единства,
мира и согласия между народами Российской
Федерации **2026 год объявлен Годом единства
народов России** (указ Президента Российской
Федерации №962 от 25.12.2025)

Адрес учредителя, издателя, редакции

628007, г. Ханты-Мансийск,
ул. Студенческая, 15А

Тел. редакции: 8(3467) 960-600
E-mail: journal_zdrav_ugra@miacugra.ru

№1 (46) 2026

Главный редактор:

Яцинюк Борис Борисович,
Ханты-Мансийск, Россия

Заместитель главного редактора

Гольдфарб Юрий Семенович,
Москва, Россия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Алифинова Валентина Михайловна,
Томск, Россия

Альянов Александр Леонидович,
Орел, Россия

Анищенко Людмила Ивановна,
Ханты-Мансийск, Россия

Богдан Андрей Николаевич,
Минск, Республика Беларусь

Брусин Константин Михайлович,
Реховот, Израиль

Долгова Оксана Борисовна,
Екатеринбург, Россия

Зобнин Юрий Васильевич,
Иркутск, Россия

Качальская Яна Владиславовна,
Ханты-Мансийск, Россия

Кислицин Дмитрий Петрович,
Ханты-Мансийск, Россия

Кривых Елена Алексеевна,
Ханты-Мансийск, Россия

Лодягин Алексей Николаевич,
Санкт-Петербург, Россия

Мальков Олег Алексеевич,
Сургут, Россия

Петровская Юлия Аманжоловна,
Ханты-Мансийск, Россия

Салманов Юнус Магамедганифович,
Сургут, Россия

Соколова Азалия Айсаровна,
Ханты-Мансийск, Россия

Соколова Светлана Леонидовна,
Екатеринбург, Россия

Хадиева Елена Дмитриевна,
Ханты-Мансийск, Россия

Дата выхода 30.03.2026

Выходит 4 раза в год

16+

Уважаемые читатели!

Подготовлен первый номер научно-методического сетевого издания «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» за 2026 год.

В России 2026 год объявлен Годом единства народов. Соответствующий указ был подписан Президентом Владимиром Владимировичем Путиным. Какие тематические годы уже были объявлены в России? Этот и другие исторические аспекты отражены в первой статье издания.

В данном номере представлены публикации, посвященные вопросам оценки использования цифровой электрокардиографии в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2»: в отделении функциональной диагностики для пациентов взрослой поликлиники, отделении медицинской профилактики и в кабинете ЭКГ детской поликлиники. Специалисты медицинской организации отмечают, что внедрение цифровой электрокардиографии с возможностью ее анализа в дистанционном формате показывает ее преимущества перед стандартной методикой электрокардиографического исследования на бумажном носителе. Это позволяет приблизить пациента к необходимым по его статусу диагностическим методам исследования, своевременно начать лекарственную терапию выявленных нарушений, тем самым повысить качество оказания медицинской помощи.

Медицинские работники, имеющие двадцатилетний опыт работы в палате реанимации и интенсивной терапии БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», сформировали материал, который отражает исторические этапы становления и работы специализированного отделения. Приводят данные, позволяющие понять предпосылки к формированию отделения в 2005-2006 гг. Отражают профили болезней пациентов, которым оказывается медицинская помощь, а также затрагивают клинические и научные вопросы, позволяющие качественно оказывать специализированную психиатрическую, наркологическую, токсикологическую и экстренную медицинскую помощь.

Номер объединил поступившие материалы обучающихся, затрагивающие наиболее актуальные проблемы в области неврологии.

Все представленные публикации отличает проработанность литературных источников и законодательных документов, определяющих качество оказания медицинской помощи.

Редакционная коллегия обращает внимание читателей и руководителей администраций медицинских организаций на то, что в издании продолжают публиковаться материалы, посвященные юбилейным датам работников, которые трудятся в медицинских учреждениях и опыт молодых специалистов, повышающих свой профессионализм в клинической практике и отражающих его в исследованиях.

Редакционная коллегия желает специалистам, которые трудятся в системе здравоохранения, плодотворной клинической и научной деятельности, совершенствования профессиональных навыков.

С уважением,
редакционная коллегия

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – ИСТОРИЯ РОССИИ

УДК 94(47): 323.1

РУСЬ, РОССИЯ И ГОД ЕДИНСТВА НАРОДОВ

Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В.

БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»,
г. Ханты-Мансийск, Россия

История России включает длительный период формирования государства – Древнерусское государство, Древнейший (догосударственный) период, Киевская Русь, единое Русское государство/царство, Российская империя, советский период, новейшая история. Для Руси и России все периоды были сложными и, прежде всего, были направлены на защиту государства, сохранение его многонациональности. Год единства народов – 2026 и День народного единства позволяют подчеркнуть, что единство народа, это не просто историческая память, а основа национальной стабильности и развития, сила общества и его сплочённость перед вызовами, уважение к общему прошлому которое формирует основу для общего будущего.

Ключевые слова: история, Год единства народов России, День народного единства



Для цитирования: Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В. Русь, Россия и Год единства народов. Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. №1. С.3-6.

История России включает длительный период, начинающийся с образования Древнерусского государства до монгольского нашествия. Древнейшим периодом России (догосударственным), по мнению многих историков, считается отрезок до второй половины IX века нашей эры. В данный период (862 год) происходит призвание варяга Рюрика на княжение в Новгород. В 882 году происходит

объединение Новгорода и Киева: преемник Рюрика, князь Олег, захватывает Киев и переносит столицу, тем самым объединяя северные и южные земли восточных славян. В 988 году при князе Владимире Святославиче происходит крещение Руси.

Далее начинается период Киевской Руси – который датируется серединой XII – началом XIII века. От указанных дат и до конца XV века длится период раздробленности страны. Период единого Русского государства/царства начинается в 1547 году с принятием царского титула Иваном IV Грозным. И продолжается до 1721 года. В 1721 году Российское царство было преобразовано в Российскую империю. По прошению сенаторов Пётр I принимает титулы Императора Всероссийского и Отца Отечества. Период Российской империи (с 1721) просуществовал до 1917 г. Далее начинается советский период (1917–1991), и с 1991 г. по настоящее время период носит название Новейшая история.

Для Руси и России все периоды были сложными и, прежде всего, были направлены на защиту государства, сохранение его многонациональности.

Тематика 2026-го года – Год единства народов – впервые была озвучена на заседании Совета при Президенте по межнациональным отношениям 5 ноября. На заседании Владимир Владимирович Путин напомнил, что сегодня без русских людей не может быть самой России. Однако для страны ценны все народы, входящие в ее состав. «Для нас также важны и необходимы культура, обычаи, языки каждого народа нашей огромной страны. Такое многообразие, забота о его сохранении – это основа основ национальной политики России», – сказал глава государства.

Накануне (4 ноября) состоялся праздник День народного единства. Празднование данного дня в России было установлено в 2004 году. Праздник посвящен переломным событиям начала XVII века, когда завершилось Смутное время на Руси. В 1598 году завершилось правление династии Рюриковичей, так как царь Федор Иванович не оставил наследников. На Руси началась борьба за власть, в которую включились самозванцы при поддержке государств, расположенных на границе страны. В 1610 году польские войска заняли Москву, что создало угрозу потери национальной независимости. Часть боярства пригласила на российский престол польского королевича Владислава. В период 1610-1611 гг. восстания русского народа были подавлены правящей властью.

В Нижнем Новгороде, в критический для страны момент, было сформировано народное ополчение. Князь Дмитрий Пожарский и земский староста Кузьма Минин возглавили освободительное народное движение. Благодаря неимоверным усилиям народа было собрано войско, которое в 1612 году освободило Москву от польских интервентов. За заслуги перед родиной в 1818 году на Красной площади был установлен скульптурный монумент – памятник Минину и Пожарскому, надпись на постаменте гласит: «Гражданину Минину и князю Пожарскому – благодарная Россия».

Традиция ежегодно назначать тему года страны согласно Указу Президента Российской Федерации от 29 декабря 2006 года №1488 «О проведении Года рус-

ского языка» началась в 2007 году. Было отмечено: «Учитывая важную роль русского языка в укреплении российской государственности, дружбы и сотрудничества между народами, в развитии отечественной культуры, науки и образования, провести в 2007 году Год русского языка».

Далее каждому году присваивались темы, которые отражали уважение к основным постулатам, на которых основывается российская государственность:

- 2008 – Год семьи;
- 2009 – Год молодежи;
- 2010 – Год учителя;
- 2011 – Год российской космонавтики;
- 2012 – Год истории России;
- 2013 – Год охраны окружающей среды;
- 2014 – Год культуры;
- 2015 – Год литературы;
- 2016 – Год экологии;
- 2017 – Год особо охраняемых природных территорий;
- 2018 – Год добровольца (волонтера);
- 2019 – Год театра;
- 2020 – Год памяти и славы;
- 2021 – Год науки и технологий;
- 2022 – Год культурного наследия народов России;
- 2023 – Год педагога и наставника;
- 2024 – Год семьи;
- 2025 – Год защитника Отечества.

Сегодня в России проживают 194 народа. Год единства народов и День народного единства призваны подчеркнуть, что единство народа, это не просто историческая память, а основа национальной стабильности и развития, сила общества и его сплочённость перед вызовами, уважение к общему прошлому, которое формирует основу для общего будущего.

© Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В., 2026

Информация об авторах

Яцинюк Борис Борисович – главный токсиколог Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, к.м.н., доцент, профессор РАЕ, врач-анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии, БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», член коллегии Министерства здравоохранения РФ по специальности «токсикология», e-mail: tocsboris@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0372-2856>, author ID 490437

Качальская Яна Владиславовна – врач-психиатр, главный психиатр Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, главный врач БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»

English

RUSSIA, THE YEAR OF NATIONAL UNITY

Yatsinyuk B.B., Kachalskaya Ya.V.

The history of Russia includes a long period of state formation: the Old Russian state, the Ancient Russian state, the Kievan Rus, the unified Russian state/tsardom, the Russian Empire, the Soviet Union, and modern history. For Russia, all these periods were challenging and primarily focused on protecting the state and preserving its multi-ethnic nature. The Year of National Unity, 2026, and the Day of National Unity serve as a reminder that national unity is not just a historical memory but a foundation for national stability and development, the strength of society, and its resilience in the face of challenges. It is also a testament to the importance of respecting our shared past and building a shared future.

Key words: history, the Year of Unity of the Peoples of Russia

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

УДК 616.12-073.7.

«ЦИФРОВАЯ ДИАГНОСТИКА». ОПЫТ РАБОТЫ НА ПРИМЕРЕ ЦИФРОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

Нестеров В.С., Тараник М.Б.

БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2»,
г. Сургут, Россия

Введение. По данным Росстата, в 2022 году от заболеваний сердечно-сосудистой системы в России умерло 831 557 человек (43,8% от общей доли смертности). По результатам анализа данных за 2002-2022 годы, в России наблюдается рост заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, цереброваскулярными заболеваниями.

Цель исследования – оценка использования цифровой электрокардиографии в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2».

Объект и методы исследования. В БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» (взрослая и детская поликлиника, отделение медицинской профилактики) в рамках повышения качества медицинской помощи внедрен в работу (2023-2025 гг.) аппаратно-программный комплекс «Валента», позволяющий проводить дистанционную цифровую электрокардиографию (посредством технологии беспроводной локальной сети Wi-Fi или локальной проводной сети учреждения) в условиях поликлиники. За три года выполнено 58 660 ЭКГ с компьютерным анализом данных. Всего выполнено электрокардиографий в бумажном варианте и на электронном носителе: 2023 год – 43106, 2024 год – 45041, 2025 год – 47465. Результаты. Внедренная в клиническую практику БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» цифровая электрокардиография используется в отделении функциональной диагностики для пациентов взрослой поликлиники, отделении медицинской профилактики и в каби-

нете ЭКГ детской поликлиники. За анализируемый период компьютерным анализом ЭКГ выполнен 58660 пациентам, что значительно увеличило (2023 год – 43106, 2024 год – 45041, 2025 год – 47465) электрокардиографические исследования (бумажный вариант, электронный носитель), которые являются обязательной частью алгоритма диагностики патологии сердечно-сосудистой системы, головного мозга, а также входят в клинический минимум инструментальной диагностики большинства заболеваний. Внедрение цифровой электрокардиографии в работу медицинской организации повышает качество оказания медицинской помощи пациентам.

Ограничения в научном исследовании. При изучении данных по внедренному методу – цифровой электрокардиографии – в работу БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» и анализа по перспективности его использования за период 2023-2025 гг. была проведена оценка 58660 исследований ЭКГ с компьютерным анализом данных. Всего выполнено электрокардиографий в бумажном варианте и на электронном носителе: 2023 год – 43106, 2024 год – 45041, 2025 год – 47465.

Заключение. Внедрение цифровой электрокардиографии с возможностью ее анализа в дистанционном формате демонстрирует ее преимущество перед стандартной методикой электрокардиографического исследования на бумажном носителе, позволяет приблизить пациента к необходимым по его статусу диагностическим методам исследования, своевременно начать лекарственную терапию выявленных нарушений, тем самым повысить качество оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: электрокардиография, цифровая диагностика, компьютерный анализ электрокардиографии

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

Благодарность. Авторы благодарят специалистов медицинских организации БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» за помощь в формировании данных материалов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.



Для цитирования: Нестеров В.С., Тараник М.Б. Цифровая диагностика. Опыт работы на примере цифровой электрокардиографии. Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. №1. С. 7-17.

Введение

По данным Росстата, в 2022 году от заболеваний сердечно-сосудистой системы в России умерло 831 557 человек (43,8% от общей доли смертности) [1]. В эту категорию входят ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания и острые нарушения мозгового кровообращения. По результатам анализа данных за 2002-2022 годы, в России наблюдается рост заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, цереброваскулярными заболеваниями [2].

Электрокардиография (ЭКГ) является обязательной частью алгоритма диагностики патологии сердечно-сосудистой системы, головного мозга (в том числе инсульта), а также включена в клинический минимум инструментальной диагностики большинства заболеваний [3, 4, 5, 6]. ЭКГ также дает функциональную характеристику работы сердца, его возможностей и запаса прочности. Методика проста, досконально изучена [7, 8] и доступна в любом медицинском учреждении.

Возникновение ЭКГ датируется 1887 годом, когда британский физиолог Август Уоллер использовал капиллярный электрометр для регистрации активности сердца, что стало первым случаем обнаружения и регистрации электрической активности сердца [7]. В 1895 году Виллем Эйнтховен, нидерландский физиолог, основоположник электрокардиографии, ввел современное обозначение зубцов ЭКГ. В 1903 году он сконструировал прибор (струнный гальванометр Эйнтховена) для регистрации электрической активности сердца (рис. 1). Впервые Виллем Эйнтховен ис-

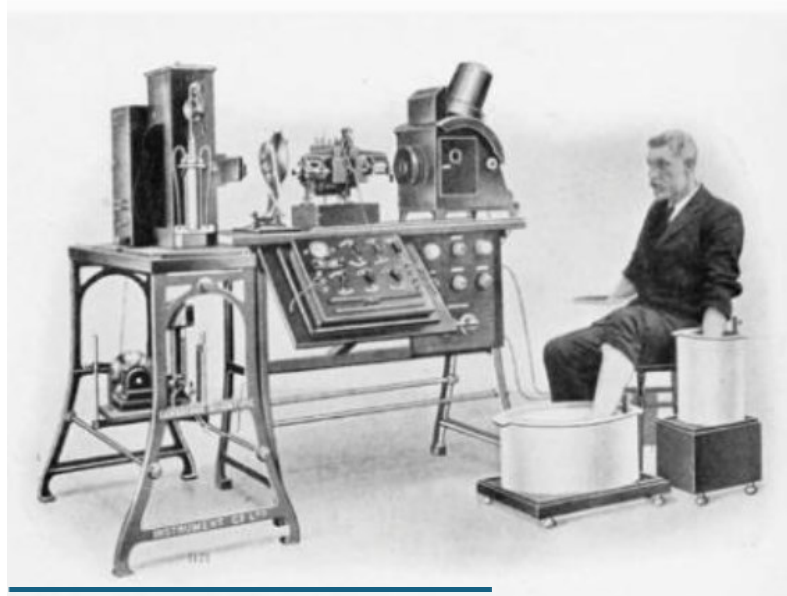


Рис.1. Регистрация ЭКГ в 1904 г. на струнном гальванометре Эйнтховена

пользовал электрокардиографию в диагностических целях в 1906 году и в 1924 году получил Нобелевскую премию по физиологии и медицине «за открытие механизма электрокардиограммы».

Удивительно, что многие достижения, кажущиеся нам самыми обычными и привычными сегодня, были описаны писателями-фантастами десятки лет назад [9, 10, 11].

За окном XXI век, и современный человек уже не мыслит себя без работы с компьютером, интернетом, мобильным телефоном. Повсеместный переход с бумажных на электронные носители информации делает нашу жизнь более удобной, оперативной и просто интересной. Передовые технологии стремительно внедряются как в практическую, так и в научную медицину.

Суточные мониторы ЭКГ уже не вызывают удивления, запись ЭКГ в цифровом виде легко передается по любой сети – будь то Wi-Fi, сеть сотовых операторов или Интернет. Что касается удобства работы врачей, снижения их нагрузки с помощью автоматизации многих процессов, связанных с диагностикой сердца, то эти решения уже давно доступны. Использование врачами единой базы, в которой содержатся все ранее сделанные электрокардиограммы, проведенные с применением предварительной компьютерной диагностики, делает работу легкой, удобной и позволяет более качественно провести очередное обследование, установить точный диагноз и назначить лечение в соответствии с выявленными нарушениями. В ближайшее время бумажные носители информации уйдут в прошлое, как это происходит в банковской сфере. Да, ЭКГ на термобумаге уйдет в прошлое, при необходимости её всегда можно будет распечатать.

Дистанционной цифровой электрокардиографии посвящено значительное количество работ, в которых описываются современные компьютерные электрокардиографы и системы дистанционного анализа ЭКГ на их основе, а также эффективность применения технологии дистанционной передачи электрокардиограммы. Вместе с тем внедрение данного метода в медицинские организации и проведение анализа позволяют адекватно распределить ресурсы медицинской организации, повысить эффективность работы ЭКГ-службы.

Целью исследования является общая оценка использования цифровой электрокардиографии в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2».

Объект и методы исследования

В БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2» (взрослая и детская поликлиники, отделение медицинской профилактики) в рамках повышения качества медицинской помощи внедрен в работу (2023-2025 гг.) аппаратно-программный комплекс «Валента», позволяющий проводить дистанционную цифровую электрокардиографию (посредством технологии беспроводной локальной сети Wi-Fi или локальной проводной сети учреждения) в условиях поликлиники. За

три года выполнено 58 660 ЭКГ с компьютерным анализом данных. Всего выполнено электрокардиографий в бумажном варианте и на электронном носителе: 2023 год – 43 106, 2024 год – 45 041, 2025 год – 47 465.

Результаты

Дистанционная цифровая электрокардиография не первый год используется в отделении функциональной диагностики БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2». В 2022 году с целью улучшения качества медицинской помощи был закуплен первый цифровой регистратор для оценки эффективности дистанционной цифровой электрокардиографии в условиях поликлиники. Внедренный метод используется с января 2023 года в отделении функциональной диагностики.

В настоящее время на рынке представлены разнообразные системы цифровой ЭКГ, в отделении используется аппаратно-программный комплекс «Валента» (рис. 2). Внедренные системы используются в отделении функциональной диагностики для пациентов взрослой поликлиники, в отделении медицинской профилактики и в кабинете ЭКГ детской поликлиники. В 2025 году медицинская организация пополнилась двумя системами, которые были внедрены в работу отделения функциональной диагностики и используются при проведении медицинских осмотров в дошкольных и школьных учреждениях.



Рис. 2. Аппаратно-программный комплекс «Валента» в кабинете ЭКГ

После проведения диагностического исследования полученный цифровой файл сохраняется в журнале исследований диагностической системы с возможностью присвоения ему статуса срочности. В рамках журнала врач имеет возможность оперативно проанализировать все накопленные данные за произвольный период исследования. Дистанционная передача файлов осуществляется посредством технологии беспроводной локальной сети Wi-Fi или локальной проводной сети учреждения. Программное обеспечение интегрировано на рабочий стол каждого врача отделения (рис. 3), что позволяет незамедлительно произвести верификацию полученных данных ЭКГ и «подгрузить» врачебное заключение по исследованию в электронную медицинскую карту пациента. Данная система в медицинской организации позволяет вести электронный архив ЭКГ и осуществлять автоматическое сравнение произвольного числа электрокардиограмм.

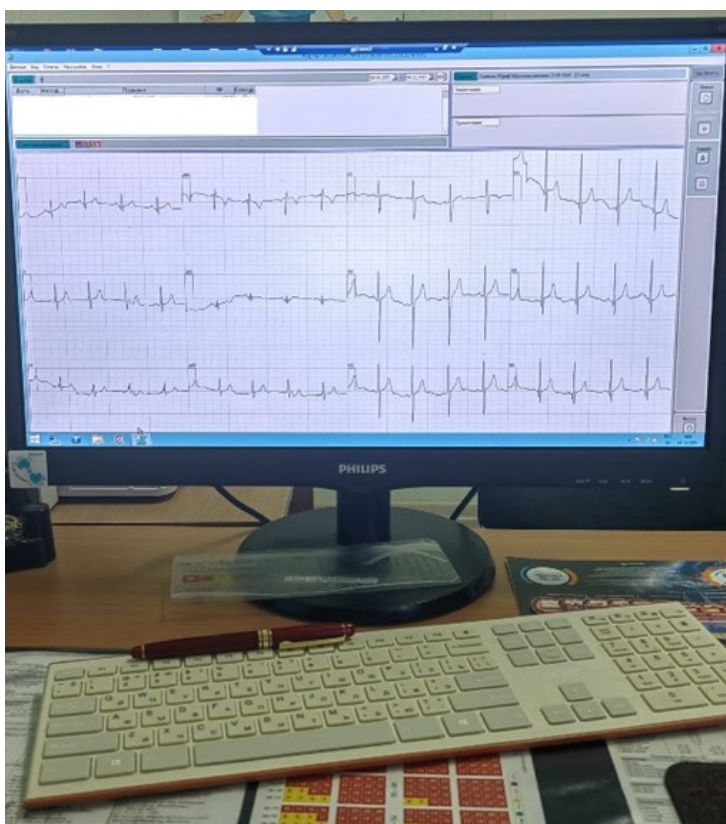


Рис. 3. Рабочее место врача-функциональной диагностики, работающего с программой

После анализа ЭКГ данных врач функциональной диагностики загружает заключение и графическое изображение в электронную медицинскую карту в раздел «Результаты диагностических исследований» (рис. 4).

Врач, который проводит прием пациента, имеет возможность просмотра данных, представленных в заключении врача функциональной диагностики, а также изучения графического изображения инструментального исследования (рис. 5). При необходимости может распечатать ЭКГ для пациента для предоставления в сторонние медицинские организации или загрузить графическое изображение в систему удаленного консультирования.

За время, прошедшее с момента внедрения методики (2023-2025 годы) в работу БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2», было выполнено 58 660 исследований ЭКГ с компьютерным анализом данных, что составило 76% от всех выполненных ЭКГ-исследований в отделении [12]. Общее количество ЭКГ-исследований в бумажном варианте и электронном носителе в 2023 году составило 43 106, а в 2025 году – 47 465, что на 9% больше, чем в 2023 году. В 2024 число исследований составило 45 041.

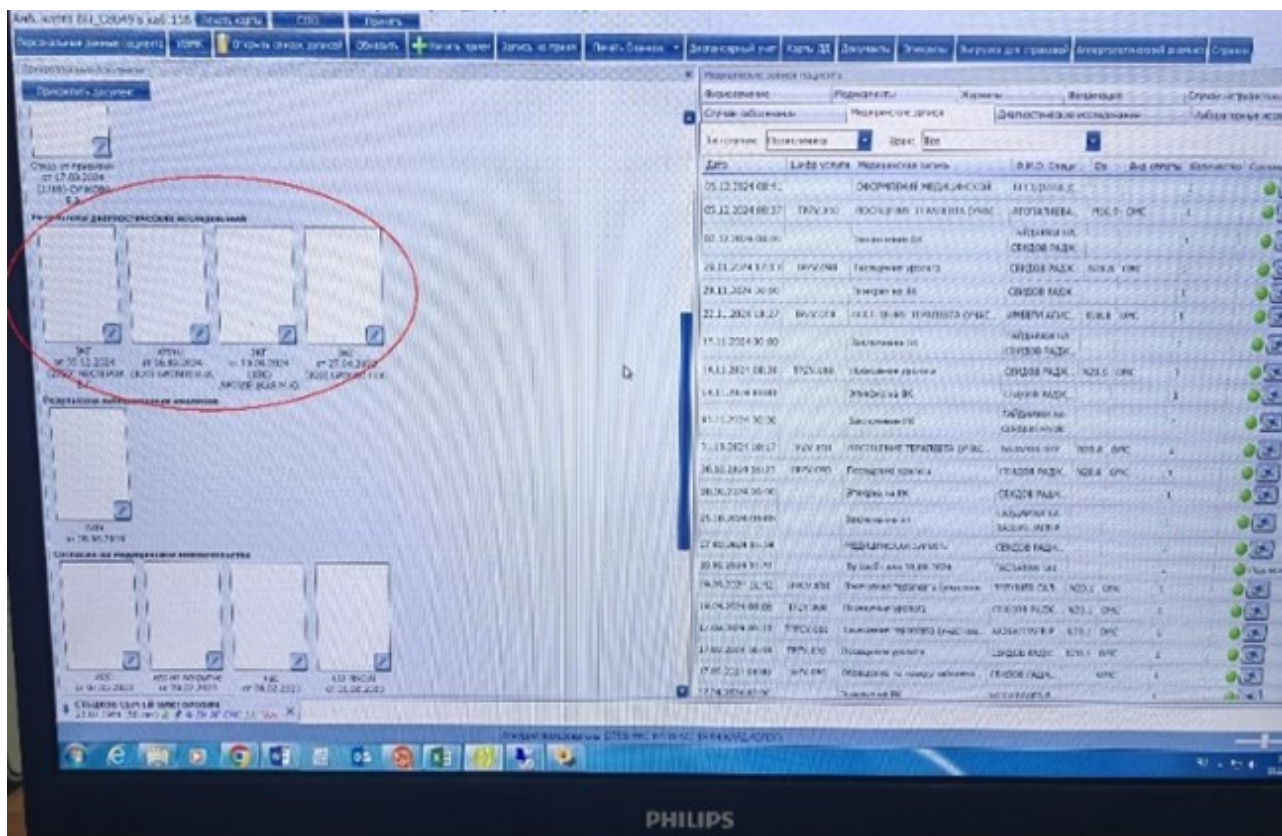


Рис. 4. Внешний вид электронной карты пациента

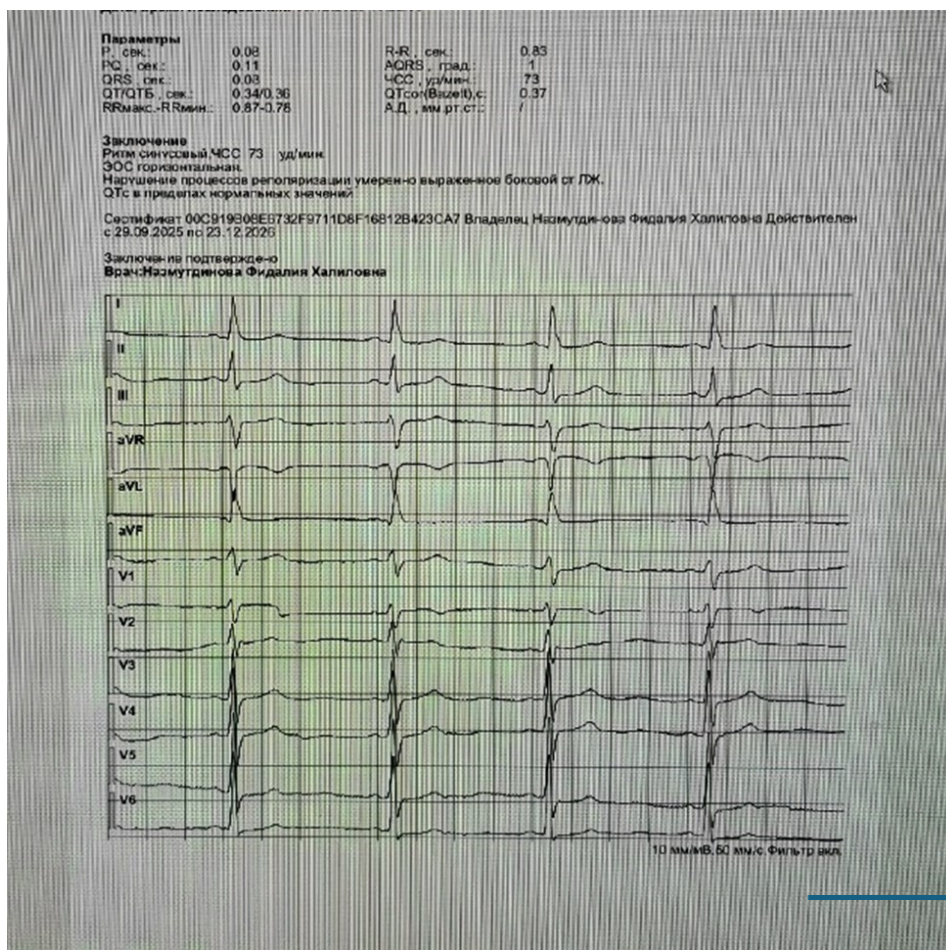


Рис. 5. Графическое изображение ЭКГ с заключением врача функциональной диагностики

Внедрение метода, позволяющего перейти на формирование электронной базы данных ЭКГ, позволяет:

- сократить временной период от проведения диагностического исследования до ознакомления специалиста поликлиники с результатом исследования;
- принять решение об экстренности выявленных нарушений и своевременному проведению лекарственной терапии;
- вести электронный архив ЭКГ и осуществлять автоматическое сопоставление полученных данных в сравнении с ранее выполненными электрокардиограммами у пациента;
- уменьшить объем использования термобумаги.

Учитывая территориальные особенности расположения корпусов поликлиники и отделения функциональной диагностики (в отдельном корпусе), данная система позволяет исключить физическое перемещение графических изображений ЭКГ на бумаге между отделениями организации. Также метод позволяет выполнять функциональные обязанности в дистанционном формате, привлекая к работе врачей-совместителей, или при переводе врача на дистанционный формат работы, что особенно актуально в условиях кадрового дефицита.

Накопленный трехлетний опыт работы показал высокую эффективность, простоту и удобство работы с цифровым регистратором. В отделении функциональной диагностики в цифровой регистрации выполняются следующие диагностические исследования: суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), компьютерная спирография.

В перспективе в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2» с целью приближения пациента к необходимым диагностическим методам исследования для оценки его статуса, повышения качества оказания медицинской помощи, планируется внедрение цифровой электрокардиографии в отделение неотложной помощи для регистрации ЭКГ на дому. В настоящее время бригада неотложной помощи обеспечена планшетами с мобильной версией электронной медицинской карты, установка на используемые планшеты программного обеспечения – цифровой электрокардиографии, позволит в реальном времени передавать ЭКГ-данные в отделение функциональной диагностики и получать заключение специалиста.

Мир не стоит на месте. То, что сегодня кажется невозможным, может стать обыденным уже завтра.

Заключение

Внедрение цифровой электрокардиографии с возможностью ее анализа в дистанционном формате показывает ее преимущество перед стандартной методикой электрокардиографического исследования на бумажном носителе, позво-

ляет приблизить пациента к необходимым по его статусу диагностическим методам исследования, своевременно начать лекарственную терапию выявленных нарушений, тем самым повысить качество оказания медицинской помощи.

Литература

1. Якшина, А. Д. Сердечно-сосудистые заболевания в России: обзор статистики / А. Д. Якшина // Наука через призму времени. — 2024. — № 1(82). — С. 61–63.
2. Бичурин, Д. Р. Сердечно-сосудистые заболевания. Региональный аспект / Д. Р. Бичурин, О. В. Атмайкина, О. А. Черепанова // Международный научно-исследовательский журнал. — 2023. — № 8(134). — [Электронный ресурс].
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
4. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых / Согласованы Научным советом Министерства здравоохранения Российской Федерации. — 2024.
5. Клинические рекомендации. Стабильная ишемическая болезнь сердца / Согласованы Научным советом Министерства здравоохранения Российской Федерации. — 2024.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения».
7. Берестень, Н. Ф. Национальное руководство. Функциональная диагностика / Н. Ф. Берестень, В. А. Сандриков, С. И. Фёдорова ; Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 748 с.
8. Регистрация электрокардиограммы покоя в 12 общепринятых отведениях взрослым и детям, 2023 : методические рекомендации / Д. В. Дроздов, Л. М. Макаров, В. С. Баркан [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2023. — Т. 28, № 10. — С. 5631.
9. Ефремов, И. А. Сердце Змеи : научно-фантастическая повесть / И. А. Ефремов. — Москва : Эксмо, 2025. — 224 с.
10. Caidin, M. Cyborg / M. Caidin. — Book publishing house: Arbor House, 1972. — ISBN 0-87795-025-3.
11. Беляев, А. Р. Человек-амфибия / А. Р. Беляев. — Москва : Нигма, 2020. — 224 с.
12. Отчёт отделения функциональной диагностики за 2023–2025 гг. / Сургутская городская клиническая поликлиника № 2. — Сургут.

© Нестеров В.С., Тараник М.Б., 2026

Информация об авторах

Нестеров Вячеслав Сергеевич – заведующий отделением функциональной диагностики -врач функциональной диагностики БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2», город Сургут, zav_ofd@surgp2.ru.

Тараник Марина Борисовна – главный врач БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2», город Сургут.

English

"DIGITAL DIAGNOSTICS". EXPERIENCE ON THE EXAMPLE OF DIGITAL ELECTROCARDIOGRAPHY

Nesterov V.S., Taranik M.B.

Introduction. According to Rosstat, 831,557 people died from cardiovascular diseases in Russia in 2022 (43.8% of the total mortality rate). According to an analysis of data from 2002 to 2022, there has been an increase in the incidence of cardiovascular diseases in Russia, including coronary heart disease, hypertension, and cerebrovascular diseases.

The purpose of the study is to evaluate the use of digital electrocardiography in the Surgut City Clinical Polyclinic No. 2.

Materials and methods. In the Surgut City Clinical Polyclinic No. 2 (adult and children's polyclinic, medical prevention department), the Valenta hardware and software complex has been introduced into operation (2023-2025) to improve the quality of medical care. This complex allows for remote digital electrocardiography (using Wi-Fi wireless local network technology or the institution's local wired network) in the polyclinic setting. Over the past three years, 58,660 ECGs have been performed with computer data analysis. In total, 43,106 paper-based and 45,041 electronic electrocardiograms were performed in 2023, 47,465 in 2024, and 47,465 in 2025.

Results. The digital electrocardiography introduced into clinical practice at the Surgut City Clinical Polyclinic No. 2 is used in the functional diagnostics department for adult outpatients, the medical prevention department, and the ECG department of the children's polyclinic. During the analyzed period, 58,660 patients underwent computer-aided ECG analysis, which significantly increased the number of electrocardiographic examinations (2023 – 43,106, 2024 – 45,041, 2025 – 47,465) (paper version, electronic media) that are an essential part of the algorithm for diagnosing cardiovascular and brain pathologies and are included in the clinical minimum for instrumental diagnostics of most diseases. The implementation of digital electrocardiography in medical organizations enhances the quality of patient care.

Limitations. When studying the data on the implemented method – digital electrocardiography in the work of the Surgut City Clinical Polyclinic No. 2 and analyzing the prospects for its use for the period 2023-2025, 58,660 ECG studies were evaluated with computer data analysis. In total, 43,106, 45,041, and 47,465 electrocardiograms were performed on paper and electronic media in 2023, 2024, and 2025, respectively.

Conclusion. The introduction of digital electrocardiography with the ability to analyze it remotely demonstrates its advantage over the standard paper-based electrocardiographic examination method. It allows patients to access the necessary diagnostic tests based on their medical status, enabling timely initiation of medication for identified abnormalities, thereby improving the quality of medical care.

Key words: electrocardiography, digital diagnostics, and computer analysis of electrocardiography

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ, ТОКСИКОЛОГИЯ

УДК 61(091)

ПРЕДПОСЫЛКИ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В БУ «ХАНТЫ-МАНСИЙСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» И ВКЛАД СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ФОРМИРОВАНИИ И РАБОТЕ ОТДЕЛЕНИЯ (ДАННЫЕ ЗА ПЕРИОД 2006-2025 ГГ.)

Яцинюк Б.Б.¹, Качальская Я.В.¹, Жидков В.А.¹, Косарев А.Н.¹,
Барац Е.А.¹, Леонова Е.В.¹, Волкова Н.А.²

¹БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»,
г. Ханты-Мансийск, Россия

²БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск, Россия

Введение. В 1980-х годах проблема злоупотребления наркотиками в России приобрела массовый характер. Тенденция к увеличению числа лиц, употребляющих наркотики и алкоголь, с формированием алкогольной зависимости в 80-х годах затронула и территорию Западной Сибири, включая Ханты-Мансийский автономный округ. Учитывая складывающуюся наркологическую обстановку в конце 1990-х и начале 2000 годов и необходимость выработки мер противодействия злоупотреблению наркотиками, снижения распространенности заболеваемости, в 2004 г. был принят Закон Ханты-Мансийского автономного округа «О программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры “Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2004-2007 гг.”». Длительное употребление различных наркотических веществ и алкоголя, а также острые отравления ими сопровождаются нарушением функций органов и систем, что требует их протезирования и использования комплекса мероприятий интенсивной терапии, которые необходимо проводить в специализированных отделениях. Таким образом, организация отделений, оказывающих экстренную реанимационную помощь пациентам наркологического профиля с установленным тяжелым течением состояния (других профилей

оказания помощи – психиатрия, токсикология), явилась необходимостью. Её целями (на 2005 год) являлось: улучшение оказания медицинской помощи и повышение ее качества; оказание помощи при экстренных состояниях, возникающих у пациентов наркологического, психиатрического и токсикологических профилей; снижение нежелательных исходов заболеваний и экстренных состояний на фоне длительного (как правило) экзогенного поступления химических веществ.

Объект и методы исследования. В исследовании, отражающем историю становления, периода работы 2006-2023(2026) гг. использованы: архивные материалы отделения и данные отдела кадров бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа –Югры «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»; материалы сотрудников палат реанимации и интенсивной терапии; законодательные документы, регламентирующие обеспечение условий для уменьшения роста злоупотребления наркотиками: Закон Ханты-Мансийского автономного округа от 27 мая 2004 года №25-оз «О программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры “Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2004-2007 гг.”», приказы Минздрава РФ, регламентирующие оказание помощи по профилям – анестезиология-реаниматология, наркология, токсикология, психиатрия; приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 11.04.2006 г. № 128 «Об организации отделения неотложной наркологической помощи в учреждении Ханты-Мансийского автономного округа «Окружной клинический психоневрологический диспансер».

Результаты. В исследовании, отражающем период 2006-2023 (2026) гг., последовательно представлены предпосылки формирования отделения неотложной наркологической помощи (палаты реанимации и интенсивной терапии) в БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница». В предпосылках отражена тенденция наркоситуации 1980-1990-х и начала 2000 гг. на территории России, Западной Сибири и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Увеличение числа пациентов наркологического профиля, частоты развития алкогольных психозов, а также рост числа лиц, употребляющих наркотики, и экстренных состояний, возникающих на фоне приема экзогенных веществ, способствовало решению вопроса формирования палаты реанимации и интенсивной терапии в целях снижения летальности и качественного оказания помощи в специализированном отделении. Двадцатилетняя работа отделения позволила

выделить несколько этапов его работы: первый период (2006-2011 гг.) становления и формирования коллектива отделения; второй этап – 2012-2017 гг., медицинские ассоциации формируют клинические рекомендации, а функциональные отделения медицинских организаций вводят их в клиническую практику; третий этап (2018-2023 гг.), когда на основе накопленного опыта работы начинаются научные изыскания, формируются учебные пособия, коллектив отделения участвует в формировании клинических рекомендаций, Национального руководства «Медицинская токсикология», активно участвует в конференциях и вебинарах. В представленной статье отражена не только работа отделения, представлены медицинские работники, которые обеспечивали своим опытом непрерывное качественное оказание медицинской помощи по профилям: анестезиология-реаниматология, наркология, психиатрия, токсикология.

Ограничения в научном исследовании. Ограничение связано с периодом изложения материала – 2006-2023 (2026) гг.

Заключение. Предпосылками к формированию отделения неотложной наркологической помощи в 2006 г. стало изменение структуры заболеваемости, прежде всего среди пациентов наркологического профиля, которым требовалось оказание экстренной наркологической помощи. В историческом аспекте впервые определены этапы становления и совершенствование работы отделения палат реанимации и интенсивной терапии за период 2006-2023 гг. На обслуживаемой медицинской организацией территории округа качественно оказывается специализированная психиатрическая, наркологическая, токсикологическая и реанимационная помощь.

Ключевые слова: палаты реанимации и интенсивной терапии, история медицины в лицах, неотложная и экстренная наркология и психиатрия, алкоголизм, отравления и токсическое действие химических веществ

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

Благодарность. Авторы благодарят администрацию медицинской организации за постоянную помощь и поддержку в клинической работе и научных исследованиях.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.



Для цитирования: Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В., Жидков В.А., Косарев А.Н., Барац Е.А., Леонова Е.В., Волкова Н.А. Предпосылки организации палат реанимации и интенсивной терапии в БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» и вклад специалистов, участвующих в формировании и работе отделения (данные за период 2006-2025 гг.). Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. №1. С.18-52.

Введение

По опубликованным данным [1, 2], проблема злоупотребления наркотиками в России в 1980-х годах приобрела массовый характер. Если в 1985 году, по данным МВД, насчитывалось 3 региона, где количество лиц, употребляющих наркотики, составляло 10 тыс. человек, то к концу 1999 года таких регионов было уже 30. Также было отмечено, что наблюдается процесс трансформации потребления наркотических средств и психотропных веществ [3], что сопровождается тяжелыми медицинскими и социальными последствиями злоупотребления психоактивными веществами. У всех пациентов, независимо от вида употребляемого наркотика, в процессе наркотизации формируются: аффективные расстройства в виде дисфорических или апатико-абулических депрессий, психосоциальная дисфункция в виде постепенного угасания интересов, различные аномалии эмоционально-волевой сферы, расстройства сферы влечения или сексуальная расторможенность, а также ипохондрия, фобические расстройства [4]. На смену ацетилованному опию (кустарных препаратов из опия-сырца) и каннабису в первом десятилетии (2000-2010 гг.) приходят новые наркотические средства – героин, летучие углеводороды, кокаин, психостимуляторы [3, 5, 6, 7, 8]. В данный период отмечается и рост несовершеннолетних потребителей наркотиками [9].

Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма были проанализированы группой специалистов (2008). Они подвели итог многолетнего исследования, отражающего данные проблемы в крупном про-

мышленном регионе Западной Сибири [10]. В исследовании было отмечено, что распространенность алкоголизма (включая алкогольные психозы) в 1999-2003 гг. имеет стабильно высокий уровень (доля больных составляла 1,6% от общей численности населения), и имеется тенденция к росту. В 2003 г. число больных алкоголизмом, включая больных с алкогольными психозами, составило 2 млн 364 тыс. человек. Авторы отмечают [10], что первичная заболеваемость является индикатором, наиболее чутко реагирующим на воздействие различных внешних причин. Показатель заболеваемости алкогольными психозами увеличился в 2003 г. по сравнению с 1999 г. в 1,8 раза.

Имеющиеся тенденции в увеличении числа лиц, употребляющих наркотики и алкоголь, с формированием алкогольной зависимости, в 1980-х годах, затронули и территорию Западной Сибири [2, 11, 12], включая Ханты-Мансийский автономный округ [11]. Показатели распространенности алкоголизма в Российской Федерации в 1982-1987 гг. имели тенденцию к росту и составили 180,2 и 201,3 на 10 тыс. населения. На изменение ситуации повлиял репрессивный характер антиалкогольной кампании 1985-1988 гг. [2, 11]. Первичная заболеваемость алкоголизмом и наркоманией в ХМАО-Югре в 1998-2000 гг. имела тенденцию к увеличению [13].

Учитывая складывающуюся наркологическую обстановку в конце 1990-х и начале 2000-х годов и необходимость выработки мер противодействия злоупотреблению наркотиками, снижения распространенности заболеваемости, в 2004 г. был принят Закон Ханты-Мансийского автономного округа от 27 мая 2004 года №25-оз «О программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры “Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2004-2007 гг.”»^[1]. Целью данной программы явилось обеспечение условий для уменьшения роста злоупотребления наркотиками и их незаконного оборота, поэтапного сокращения распространения наркомании и связанных с ней преступлений и правонарушений до уровня минимальной опасности для общества.

Длительное употребление различных наркотических веществ и алкоголя, острые отравления [14]^[2] сопровождаются нарушением функций органов и систем [15, 16], что требует их протезирования и использования комплекса мероприятий интенсивной терапии, которые необходимо проводить в специализированных отделениях^[3], оснащенных приборами мониторинга, медицинской техникой, способной поддерживать жизненно важные функции пациентов и минимизировать [17] нежелательные исходы нарушений [15, 16, 18].^[4,5]

Таким образом, организация отделений, оказывающих экстренную реанимационную помощь пациентам наркологического профиля с установленным тяжелым течением состояния (других профилей оказания помощи – психиатрия, токсикология) стала необходимостью. Целями (на 2005 год) являлись:

- улучшение оказания медицинской помощи и повышение ее качества;
- оказание помощи при экстренных состояниях, возникающих у пациентов наркологического, психиатрического и токсикологических профилей;

- снижение нежелательных исходов заболеваний и экстренных состояний на фоне длительного (как правило) экзогенного поступления химических веществ.

С учетом вышеизложенного, **целью исследования является установление** предпосылок формирования палат реанимации и интенсивной терапии (отделения неотложной наркологической помощи) в БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», **отражение** исторических этапов становления и совершенствования работы за период **2006-2025** гг.; представление медицинских работников, благодаря которым отделение функционировало как структурное подразделение медицинской организации. Поставленная цель **определила задачи исследования:**

1. Определить предпосылки формирования отделения палат реанимации и интенсивной терапии для оказания неотложной наркологической, психиатрической и токсикологической медицинской помощи.

2. Отразить этапы становления и совершенствования работы отделения палат реанимации и интенсивной терапии за период 2006-2023 гг. и представить специалистов, участвующих в становлении отделения и его работе.

Объект и методы исследования

В исследовании, отражающем историю становления, периода работы 2006-2023(2026) гг. использованы: архивные материалы отделения и данные отдела кадров бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»; материалы сотрудников палат реанимации и интенсивной терапии; законодательные документы, регламентирующие обеспечение условий для уменьшения роста злоупотребления наркотиками Закон Ханты-Мансийского автономного округа от 27 мая 2004 года №25-оз «О программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры “Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2004-2007 гг.”»^[1], приказы Минздрава РФ, регламентирующие оказание помощи по профилям – анестезиология-реаниматология, наркология, токсикология, психиатрия^[2,3,4,5]; приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 11.04.2006 г. №128 «Об организации отделения неотложной наркологической помощи в учреждении Ханты-Мансийского автономного округа «Окружной клинический психоневрологический диспансер»^[4].

Результаты

Предпосылки формирования отделения палат реанимации и интенсивной терапии для оказания неотложной помощи в учреждении здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной клинический психоневрологический диспансер».

Многие авторы в период 1990-х и начала 2000-х годов в научных и клинических исследованиях подчеркивали изменения наркологической ситуации в различных регионах России [2, 3, 4, 5, 9]. Первичная заболеваемость алкоголизмом и наркоманией в ХМАО-Югре (на 100 тыс. населения) составила в 1998 г. – 206,25, а в 2000 г. – 227,93 (наркоманией – 107,45 и 165,56 соответственно).

Данная тенденция заболеваемости способствовала формированию медицинских организаций в округе:

- Сургутский клинический психоневрологический диспансер [13] (1980);
- психоневрологический диспансер города Ханты-Мансийска (1991);
- Межрайонный наркологический диспансер в дальнейшем – Советская психоневрологическая больница (в 1987);
- другие медицинские организации.

Психоневрологический диспансер в городе Нижневартовске был организован в 1978 году. Сравним первичную заболеваемость алкоголизмом в округе по отношению к показателю в других регионах России, например, Томская область в 1998 г. – 114,0, 2000 г. – 136,0 на 100 тыс. населения [2], заболеваемость наркоманией в 1998 г. – 114,0, 2000 г. – 65,0 на 100 тыс. населения. Первичная заболеваемость наркоманией в 1998 году в Омской области составила 69,5 случая на 100 тысяч населения [19].

Учитывая динамику заболеваемости и необходимость организации структурного подразделения, оказывающего экстренную медицинскую помощь по профилям (экстренная наркология и психиатрия, токсикология, анестезиология-реаниматология) в г. Ханты-Мансийске, был сформирован приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 11.04.2006 г. № 128 «Об организации отделения неотложной наркологической помощи в учреждении Ханты-Мансийского автономного округа «Окружной клинический психоневрологический диспансер»^[6]. Приказ регламентировал организацию отделения на 6 коек палаты реанимации и интенсивной терапии и зала для проведения гипербарической оксигенации и гипокситерапии.

Необходимость создания специализированного отделения в 2006 г. также вытекала:

- из послания Президента РФ Федеральному Собранию РФ на 2005 г.^[7], в котором было отмечено, что последствиями алкоголизма и наркомании в России являются отравления алкоголем, прежде всего фальсифицированными напитками, от употребления которых ежегодно умирает около 40 тыс. человек;
- приказа Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 29.11.1994 г. № 256 «Об организации отделений (палат) неотложной наркологической помощи^[3]», в котором указано, что «...Резко обострившаяся в последние годы проблема алкоголизма и наркотизации населения РФ повсеместно привела к значительному увеличению уровня заболеваемости и болезненности алкоголизмом и наркоманиями взрослых и несовершеннолетних граждан...», «...Число больных алкоголизмом, пролеченных в наркологических и психиатрических ста-

ционарах, увеличилось по сравнению с 1992 г. на 36,3% и составило 530,9 тыс. человек, а больных алкогольными психозами – в 2,2 раза (123,3 тыс. человек), что на 27,2% больше, чем в 1984 г.» «...Количество больных, преимущественно алкогольными и интоксикационными психозами, умерших в стационаре за 1993 г., увеличилось в 2,5 раза по сравнению с 1992 г. и в 6 раз – с 1989 г. Более чем в 2 раза увеличилось число умерших вне лечебных учреждений от отравлений алкоголем и суррогатами алкоголя...»;

• приказа Министерства здравоохранения РФ от 29.09.1997 г. № 287 «О мерах по совершенствованию наркологической помощи населению РФ»^[8], в котором подчеркнуто, что в последние годы в России наркологическая ситуация характеризуется резким ростом заболеваемости алкогольными психозами и наркоманиями, в том числе среди подростков.

Приложение № 1 к приказу № 256^[3] разделе I. Общие положения, подраздел 2 определило создание блока палат для интенсивной терапии и реанимации. В соответствии с разделом III «Задачи и функции», задачами и функциями отделения палат реанимации и интенсивной терапии являются:

- проведение диагностики и лечения опьянения и абстинентного синдрома, вызванных употреблением алкогольных напитков, наркотических средств;
- лечение острых отравлений психоактивными веществами;
- оказание помощи при ургентных психических заболеваниях с экстренным состоянием, требующим круглосуточного мониторинга жизнеопределяющих показателей статуса.

В приложении № 1 определены показания к госпитализации, а также состояния и профили патологии, при которых помощь пациентам оказывается в многопрофильной медицинской организации.

Этапы становления и совершенствования работы отделения палат реанимации и интенсивной терапии за период 2006-2023(2026) гг.

Отражение этапов работы отделения, в историческом аспекте является важным моментом, который показывает возможности и необходимость формирования специализированной медицинской помощи пациентам в медицинской организации, перспективы ее совершенствования и наработку практических знаний и умений врачей, среднего и младшего медицинского персонала, многие из которых уже прошли определенный клинический путь в совершенствовании своих профессиональных навыков. В данном разделе публикации авторы постарались представить специалистов, работавших и продолжающих работать в отделении, сложившийся у них клинический опыт в оказании экстренной медицинской помощи пациентам нескольких профилей.

Этап 2006-2011 гг. – становление и формирование коллектива отделения – первый этап.

Организация и становление отделения (январь 2006 г.) легли на плечи первого заведующего отделением, врача анестезиолога-реаниматолога отделения неотложной наркологической помощи **Александра Васильевича Лукьянова** и старшей медицинской сестры **Екатерины Михайловны Нагорной**. Лукьянов А.В. к



Рис. 1. Врач анестезиолог-реаниматолог, первый заведующий отделением неотложной наркологической помощи (палаты реанимации и интенсивной терапии) Лукьянов Александр Васильевич (2006)

этому времени проработал в профессии уже 7 лет. В 1991 году Александр Васильевич поступил на педиатрический факультет Новосибирского государственного медицинского института. После окончания в 1997 году института (специальность «Педиатрия») проходил обучение в интернатуре по анестезиологии и реаниматологии в указанном институте на базе больницы ФМБА № 1 г. Новосибирска, которую завершил в 1998 году. С 1998 по 2003 г. работал анестезиологом-реаниматологом в отделении анестезиологии и реанимации больницы ФМБА, г. Новосибирск. В 2002 г. прошел усовершенствование по специальности в Новосибирском медицинском институте постдипломного усовершенствования с присвоением второй квалификационной категории врача анестезиолога-реаниматолога. В период 2003-2005 гг. Александр Васильевич работал врачом анестезиологом-реаниматологом в отделении анестезиологии-реаниматологии; отделении гемодиализа и эфферентных методов детоксикации БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск. С 2006 по 2014

годы Александр Васильевич (рис. 1.) являлся заведующим, врачом анестезиологом-реаниматологом отделения неотложной наркологической помощи. А с 18.05.2015 г., в соответствии с приказом главного врача КУ ХМКПНД № 463/ЛС, отделение неотложной наркологической помощи было переименовано в палаты реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ).

Екатерина Михайловна Нагорнова (рис. 2.) – старшая медицинская сестра палат реанимации и интенсивной терапии (медицинская палатная сестра стационарного отделения, старшая медицинская сестра, 2005-2026 гг.). Она окончила Ишимское медицинское училище в 1978 году по специальности «Медицинская сестра» и в этом же году была принята на должность медицинской сестры в хирургическое отделение Казанской районной больницы. В дальнейшем проходит первичную специализацию в областной клинической больнице г. Тюмени на цикле «Сестринское дело в анестезиологии и реанимации» (1982) и работает медицинской сестрой-анестезисткой в реанимационно-анестезиологическом отделе-



Рис. 2. Врач анестезиолог-реаниматолог Иван Михайлович Бондаренко и старшая медицинская сестра отделения неотложной наркологической помощи (в дальнейшем переименованного в палаты реанимации и интенсивной терапии) Екатерина Михайловна Нагорнова, г. Ханты-Мансийск, 2006 г.

нии городской больницы №3 города Ишима. С 1985 года Екатерина Михайловна занимала должность медицинской сестры-анестезиста в палате реанимации в БУ «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска. В 1992 году получает первую квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело», а в 1997 году – высшую категорию по специальности. С 2000 года трудовой путь продолжается в санаторном отделении больницы восстановительного лечения г. Ханты-Мансийска. Дальнейшая медицинская деятельность Нагорновой Е.М. связана с Ханты-Мансийским клиническим психоневрологическим диспансером, переименованным в дальнейшем (2016) в БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

Врач-анестезиолог-реаниматолог палат реанимации и интенсивной терапии **Вячеслав Александрович Жидков** в 1992 году поступил на лечебный факультет Тюменского государственного медицинского института, специальность «Лечебное дело», и в 1998 году окончил образовательное учреждение с присвоением квалификации врач. Интернатура по анестезиологии и реаниматологии была завершена в 1999 году в указанном учебном учреждении. После окончания интернатуры и до 2005 года работал анестезиологом-реаниматологом отделения анестезиологии и реанимации БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск. С 2006

(09.01.26) по 2014 г. – анестезиолог-реаниматолог отделения, а с декабря 2014 г. – заведующий отделением ПРИИТ. Высшая квалификационная категория присвоена в 2015 г. Работает по настоящее время.

В период февраль-март 2006 г. в отделение приняли врачей Бондаренко И.М. и Юдина И.Д. В период с января по апрель 2006 года принятые на работу специалисты (врачи, медицинские сестры – Фищук Анастасия Евгеньевна (Ганеева), Пыхтеева Ольга Валентиновна (Кузнецова) (рис. 3), Ковальчук Наталья Александровна (рис. 7, 11) работают по настоящее время; Степанова Валентина Николаевна работала в реанимации до 2011 года) трудились над оснащением палат реанимации и интенсивной терапии оборудованием, расходными материалами, формировали базу лекарственного обеспечения пациентов. С учетом профильности подразделения проходили повышение квалификации по гипербарической оксигенации и методам эфферентной детоксикации, обучали вновь принятый средний медицинский персонал оказанию экстренной медицинской помощи – отработывали медицинские техники, применяемые при оказании помощи пациентам реанимационного профиля, готовили документацию к лицензированию палат. 18 апреля 2006 года в отделение врачом-анестезиологом-реаниматологом И.Д. Юдиным был принят первый пациент с установленным диагнозом: Абстинентное состояние тяжелой степени. Всего за апрель 2006 года было принято 12 пациентов с наркологическими нозологическими диагнозами (абстинентный алкогольный синдром, алкогольная кома, опьянение неясной этиологии, алкогольный делирий, делирий сочетанного генеза, героиновая наркомания, наркотическое опьянение), 1 пациент психиатрического профиля и 1 пациент токсикологического профиля (острое внутривенное отравление лекарственным препаратом Инсулин). С этого времени начинается оказание специализированной экстренной наркологической, психиатрической и токсикологической помощи в медицинской организации, которая продолжается по настоящее время.



Рис. 3. Пыхтеева (Кузнецова) Ольга Валентиновна подготавливает пациентку к проведению сеанса гипербарической оксигенации (2007)



Рис. 4. Врачи анестезиологи-реаниматологи в первый год работы палат реанимации и интенсивной терапии Юдин Игорь Дмитриевич и Иван Михайлович Бондаренко в ординаторской (слева направо), г. Ханты-Мансийск, 2006

Бондаренко Иван Михайлович – врач-анестезиолог-реаниматолог (рис. 2), в 1995 году окончил Тюменский государственный медицинский институт Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ, интернатуру в Тюменской академии (1995-1996) по специальности «Анестезиология и реаниматология». Работал в отделении до 2009 года.

Юдин Игорь Дмитриевич – врач-анестезиолог-реаниматолог, в 1994 году окончил лечебный факультет Тюменского государственного медицинского института и интернатуру по специальности. С 1994 года по февраль 2006 года работал в отделении анестезиологии и реанимации БУ «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска. С 2006 по 2014 г. работал врачом-анестезиологом-реаниматологом в отделении неотложной наркологической помощи палат интенсивной терапии (рис. 4).

Волкова Наталья Анатольевна (период работы 2008-2025 гг.) окончила в 1996 году Омский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт, где училась по специальности «Лечебное дело». В 1996-1997 гг. проходила обучение в интернатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология».

Лукманов Руслан Уралович (период работы 2007-2019 гг.) в 2005 году окончил Ханты-Мансийский государственный медицинский институт. После окончания института проходил клиническую ординатуру по специальности «Анестезиология-реаниматология» на базе Тюменской государственной медицинской академии. В настоящий момент работает врачом-анестезиологом-реаниматологом в БУ «Окружная клиническая больница».

Андрей Викторович Рожков (период работы 2009-2019 г.) в 1990 году окончил Ивановский государственный медицинский институт имени А.С. Бубнова (Владимирский облздравотдел).

Необходимо отметить, что на этапе становления отделения в него пришли работать специалисты, имеющие стаж и опыт в оказании экстренной медицинской помощи, чьи навыки и умения сформировались в различных учреждениях здравоохранения (рис. 5, 6, 7).



Рис 5. Бригада врачей, внедряющих лапароскопические операции в медицинские организации Югры: Владимир Григорьевич Шаляпин, заместитель главного врача БУ «Окружная клиническая больница», Вячеслав Александрович Жидков, врач-анестезиолог-реаниматолог, Аркадий Николаевич Тихомиров, врач-анестезиолог-реаниматолог, Сергей Владимирович Емельянов заведующий хирургическим отделением Игримской районной больницы, в Игримской районной больнице (справа на лево), 2005

Для обеспечения круглосуточной работы палат требовались медицинские сестры. В 2007 году коллектив пополнился грамотными сотрудниками с опытом оказания экстренной медицинской помощи: Симогина Надежда Ильинична (работала до 2014 года), Шлегель (Повилягина) Кристина Александровна и Назырова (Камалетдинова) Эльвира Абайдулловна, работают по настоящее время. В 2008 году в отделения приходят Батура Лидия Анатольевна (работала до 2016 года), Мишарина Ирина Борисовна и Антоненко Наталья Семеновна, которые работают по настоящее время.



Рис. 6. Врачи: врач-хирург Алексей Альбертович Добровольский, врач-анестезиолог-реаниматолог Вячеслав Александрович Жидков, исполняющий обязанности главного врача БУ «Березовская районная больница» Анатолий Ефимович Райхман, врач-хирург Шаляпин Владимир Григорьевич в поселке городского типа Березово, ХМАО-Югра (слева направо), 2005



Рис. 7. Врач анестезиолог-реаниматолог Вячеслав Александрович Жидков и медицинская сестра-анестезист Наталья Александровна Ковальчук, отделение анестезиологии-реаниматологии БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск (апрель 2001)

Формирование коллектива продолжалось и в период 2010-2016 гг. Труд любого специалиста бесценен, поэтому хочется отразить всех медицинских сестер, которые работали и продолжают свой труд в наиболее трудной профессии медицинская сестра-анестезист, которая выполняет функциональные обязанности специалиста в области анестезиологии-реаниматологии: Рахимова Гульфира Тимербулатовна (2011-2014 гг.), Акужанов Дамир Рашидович (2012-2016 гг.), Кабжанова Мируерт Бакитжановна (2016-2022 гг.). Медицинские сестры: Синиченкова (Агишева) Наталья Александровна (работает с 2010 г.). Альжапарова (Каримова) Кымбат Ботатаевна (с 2013 г.), Байзаков Эмиль Владимирович (с 2015 г.), Кобякова Ольга Николаевна (с 2016 г.) трудятся по настоящее время. Необходимо отметить, что медицинские сестры Василенко (Лукманова) Марина Григорьевна и Акулова Татьяна Николаевна, прежде чем получить специальность сестра-анестезист (2013), отработали в БУ «Ханты-Мансийском клиническом психоневрологическом диспансере» с 2008 года (в кабинете приема больных – Лукманова М.Г. и кабинете медицинского освидетельствования на состояние опьянения – Акулова Т.Н.).

Одним из показателей работы медицинского подразделения медицинской организации является число пациентов, которым была оказана медицинская помощь. С 2006 года и по настоящее время в отделении функционирует 6 реанимационных коек. Число пациентов, которым была оказана медицинская помощь в отделении неотложной наркологической помощи палат реанимации и интенсивной терапии за период 2006-2011 гг. представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Число пациентов, которым была оказана медицинская помощь в отделении неотложной наркологической помощи палаты реанимации и интенсивной терапии за период 2006-2011 гг.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Число пациентов	251	356	337	315	345	321

Данные, представленные в табл. 1, позволяют отметить, что число пациентов, которым оказываются мероприятия интенсивной терапии, имеет тенденцию к увеличению. В структуре заболеваемости за анализируемый период преобладают пациенты, имеющие наркологические диагнозы: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (острая интоксикация, синдром зависимости, синдром отмены).

С учетом необходимости подведения итогов работы отделения на первом этапе следует отметить, что специалисты отделения столкнулись с трудностями в подборе патогенетической терапии лечения пациентов, прежде всего наркологического профиля. Эти сложности были обусловлены несколькими факторами:

- наличием на тот период различных методик лекарственной терапии (отсутствие четкого алгоритма лечения в виде клинических рекомендаций) [20],

- небольшим опытом лечения пациентов данного профиля совместно врачами-анестезиологами-реаниматологами и врачами-наркологами (приказ Минздрава РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология"» утвержден в 2015 году^[12]),
- порой – отсутствием некоторых медикаментов,
- различиями в возможностях оказания данного вида помощи (мероприятий интенсивной терапии) в медицинских организациях страны.

Как отмечено в работе З.И. Кекелидзе и соавторов (1998), «...Строгих рекомендаций по дозировке лекарственных препаратов при тяжелом алкогольном делирии быть не может, так как они очень индивидуальны...», эффективность некоторых лекарственных препаратов спорна и, несмотря на противосудорожную активность бензодиазепинов, некоторые больные нуждаются в дополнительной противосудорожной терапии [20].

Все приходит с опытом, в том числе и клиническая оценка врачом влияния опций терапии при лечении экстренных наркологических состояний с учетом всей совокупности данных: оценки тяжести течения заболевания и динамики симптомов и синдромов; тяжести соматической отягощенности длительного влияния одного или нескольких химических веществ на организм пациента; использования опций лекарственной терапии и их доз; развития галлюциноза, делирия и судорожного приступа на фоне улучшения клинической симптоматики заболевания. Так формируется врачебное мышление – личный опыт врача как по профилю оказания помощи, так и умение использовать профессиональные практические навыки, порой в сложных ситуациях, с целью решения поступающих клинических вопросов.

Второй этап – 2012-2017 гг.

В рамках реализации стратегических задач Государственной антинаркотической политики Российской Федерации ежегодно, начиная с 2011, во всех субъектах РФ по единой методике, утвержденной Государственным антинаркотическим комитетом, проводится мониторинг наркоситуации [21]. Как отмечено в докладе, распространенность наркомании (общее количество зарегистрированных больных) в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре продолжает снижаться: в 2013 г. показатель составил 349,5 на 100 тысяч человек (5537 больных), в 2012 году – 434,7 (6836 больных). Снижение составило 19,5%. Для сравнения, распространенность наркомании в РФ в 2012 году составила 232,5 на 100 тысяч населения, в Уральском Федеральном округе – 268,5 на 100 тысяч населения.

В исследовании [22] отражено, что заболеваемость алкоголизмом в России остается на порядок выше, чем заболеваемость наркоманией, и на два порядка выше, чем заболеваемость токсикоманией. Заболеваемость алкоголизмом, нарко- и токсикоманией продолжает снижаться, региональные различия остаются значительными [22]. В Югре, как указано в публикации [23], уровень первичной заболеваемости алкоголизмом на 25 % выше, чем в среднем по РФ (120,9 и 96,7 на 100 000 населения соответственно, в УрФО – 113,9). На начало 2013 года в лечебно-

профилактических учреждениях РФ состояло на учете с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы 1808 тысяч человек (1261 на 100 тысяч человек постоянно-го населения) [22]. Под наблюдение с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы в 2012 году было взято 122,8 тысячи человек, или 85,7 в расчете на 100 тысяч человек [22].

С учетом представленных данных, как в РФ, так и в регионе в 2012 г. складывается серьезная ситуация, связанная с употреблением алкоголя, и как следствие, стабильная заболеваемость и развитие на ее фоне экстренных ситуаций, требующих проведения мероприятий интенсивной терапии. В данный период (второй этап работы отделения) в палатах реанимации начинают работать врачи-анестезиологи-реаниматологи.

Бородин Алексей Васильевич (период работы 2014-2019 гг.) в 2010 году окончил лечебный факультет ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» и далее продолжил обучение в ординатуре по специальности «Анестезиология и реаниматология», которую успешно завершил в 2012 году.

Хохрев Денис Игоревич (период работы 2015 г. и по настоящее время) в 2002 году окончил лечебный факультет ГОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии и далее (2002-2004 гг.) проходил подготовку в клинической ординатуре по специальности «Анестезиология и реаниматология». За время обучения в ординатуре получил свидетельство о прохождении курса по гемотрансфузиологии, а в 2014 году прошел тематическое усовершенствование в ФГБУ «ФНЦТИО им. академика В.И. Шумакова» Минздрава России «Анестезиологические пособия и интенсивная терапия при трансплантации жизненно важных органов». В период 2004-2005 гг. работал в муниципальном бюджетном учреждении «Урайская городская больница» (г. Урай) врачом-анестезиологом-реаниматологом, а в 2005 году – врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации БУ «Окружная клиническая больница» (г. Ханты-Мансийск).

Леонова Елена Владимировна в 2013 году окончила лечебный факультет ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия». Последующее обучение (2014 г.) и получение специальности по анестезиологии и реаниматологии проходила в клинической интернатуре ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ». В период с мая по июнь 2014 года работала врачом-анестезиологом-реаниматологом в отделении анестезиологии и реанимации ГБУЗ РБ «Большеустикинская ЦРБ», а с сентября по декабрь 2014 года – врач отделения анестезиологии и реанимации ГБУЗ РБ «Туймазинская ЦРБ». Далее продолжила работу в отделении реанимации и интенсивной терапии (ожоговое) ГБУЗ РБ ГКБ №18 г. Уфы. С 01.04.2016 года – врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации БУ «Когалымская городская больница», а с 25.01.2017 и по настоящее время – специалист палат реанимации и интенсивной терапии БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

Число пациентов, которым была оказана медицинская помощь в отделении неотложной наркологической помощи палат реанимации и интенсивной терапии за период 2012-2017 гг., представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Число пациентов, которым была оказана медицинская помощь в отделении неотложной наркологической помощи палат реанимации и интенсивной терапии за период 2012-2017 гг.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Число пролеченных пациентов	329	317	317	415	398	397

Данные, представленные в табл. 2, позволяют отметить, что в 2017 году по сравнению с 2006 годом число пациентов, которым оказываются мероприятия интенсивной терапии, увеличились в 1,58 раза. В структуре заболеваемости поступивших пациентов также преобладают пациенты, имеющие диагнозы, связанные с длительным употреблением алкоголя.

С учетом преобладания пациентов с алкогольной зависимостью и экстренными алкогольными состояниями, поступающими в отделения, необходимо отметить, что в данный период (2012-2013 гг.) совершенствуются и изменяются подходы в лечении алкогольного абстинентного синдрома [24]. Решается вопрос о необходимости использования Унитиола, Тиосульфата натрия, опций психофармакологической терапии и их доз; симптоматической терапии – необходимость, показания и противопоказания применения сердечных гликозидов с учетом соматической отягощенности длительного употребления алкоголя [25]. В июне 2014 года на сайте Российского общества психиатров были опубликованы «Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома зависимости», где в разделе «Антипсихотики (нейролептики)» уточняются антипсихотики, рекомендуемые к использованию в наркологической практике, антиконвульсанты, препараты для купирования последствий хронической интоксикации: ноотропы, гепатотропные препараты, специфические препараты, а также уточняются некоторые особенности терапии синдрома зависимости. Таким образом, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (часть 3 статьи 37) в период 2013-2014 гг. начинает формироваться база клинических рекомендаций, впоследствии начинает пополняться Рубрикатор КР на сайте Минздрава РФ.

Необходимо отметить, что в 2013 году ассоциацией клинических токсикологов были разработаны и утверждены Федеральные клинические рекомендации (ФКР): «Токсическое действие метанола и гликолей (этиленгликоля)» (2013); «Токсическое действие алкоголя» (2013); «Отравления препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему» (2013); «Отравления кокаином и психостимулирующими средствами, вызывающими зависимость» (2013);

«Отравление психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках»; «Отравления наркотиками и психодислептиками», которые регламентировали оказание токсикологической помощи. Также ФКР стали использоваться в качестве изданий специалистами других профилей оказания медицинской помощи для проведения мероприятий дифференциальной диагностики и установления диагноза.

В 2014 году в психиатрии обсуждались подходы к диагностике и лечению органических психических расстройств. Итогом обсуждения (Российское общество психиатров) явилось формирование Клинических рекомендаций – «Диагностика и лечение органических психических расстройств» (2014). В данный период (2013) Общероссийской общественной организацией «Федерация анестезиологов и реаниматологов» были подготовлены (одни из первых) клинические рекомендации «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей в стационаре».

Третий этап – 2018-2023 (2026) гг.

В докладе Антинаркотической комиссии Ханты-Мансийского автономного округа за 2018 год [26] указано, что общее количество зарегистрированных наркологических пациентов снизилось на 1% по сравнению с 2017 годом. В структуре заболеваемости по округу: 49,0% установлен диагноз зависимости от опиатов, 41,0% – полинаркомания, 6,4% – зависимость от психостимуляторов и 4,4% – зависимость от каннабиноидов. Структура первичной заболеваемости по округу за 2018 год: 67,7% пациентам установлен диагноз «полинаркомания» (в 2017 году их доля составляла 70,3%); 17,5% – установлена зависимость от психостимуляторов (амфетамины, «соль», «клубные наркотики») (2017 г. – 13,7%); 7,8% – зависимость от каннабиноидов (преимущественно «спайсы») (2017 г. – 7,6%); 6,9% – зависимость от опиатов (героин, морфин, дезоморфин) (8,4% случаев в 2017 году).

По данным аналитического отчёта [27], раздел «Оценка социальной ситуации», среди наиболее острых проблем, требующих решения в первую очередь, жители муниципальных образований округа в качестве остросоциальной проблемы в 30,6% указали алкоголизм и в 26,2% – наркоманию. По данным [28], где указываются контингенты пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на конец 2021 г., наркологические расстройства составляют 596,9 на 100 000 населения, а алкоголизм и алкогольные психозы составляют в округе 401,5 на 100 000 населения.

С учетом представленных данных в данный период (третий этап работы отделения) в палатах реанимации работают врачи-анестезиологи-реаниматологи, имеющие длительный опыт работы в клинической практике, обладающие знаниями и умениями в профессии и участвующие в научно-клинических исследованиях, которые отражают направления оказания помощи в отделении – экстренная наркология и психиатрия, клиническая токсикология.

Сидоров Евгений Викторович (период работы 2019-2021 гг.) в 1993 году окончил обучение в Омском ордена Трудового Красного Знамени государственном медицинском институте имени М.И. Калинина по специальности «Лечебное дело». В период с 1993-1994 гг. обучался в интернатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология».

Косарев Алексей Николаевич в период с 1997 по 2003 гг. обучался в ФГБОУ ВО «Тюменская государственная медицинская академия» на лечебном факультете и далее (2003-2005) в ординатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология». В период 2005-2009 гг. врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реаниматологии БУ «Окружная клиническая больница» (г. Ханты-Мансийск); 2009-2013 гг. – врач-анестезиолог-реаниматолог КУ «Центр медицины катастроф». В период 2009-2014 гг. работал в БУ «Ханты-Мансийский клинический психоневрологический диспансер» врачом-анестезиологом-реаниматологом отделения неотложной наркологической помощи палаты реанимации и интенсивной терапии. В 2014 году получил свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Программа исследования биологических ритмов методом вейвлет-анализа». В 2015 году защитил кандидатскую диссертацию по специальности «Патологическая физиология» на тему: «Временная организация физиологических функций у больных с алкогольным абстинентным синдромом». Является автором и соавтором 23 научных статей, из них 11 работ опубликованы в изданиях, рекомендованных ВАК. С 2015 по 2020 гг. заместитель директора по медицинской части аппарата управления и врач-анестезиолог-реаниматолог АУ «Югорский НИИ клеточных технологий», а с 2020 года и по настоящее время врач-анестезиолог-реаниматолог палаты реанимации и интенсивной терапии БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница». С 2022 года – доцент кафедры госпитальной хирургии БУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия».

Екатерина Алексеевна Барац училась в период 2005-2009 гг. в ГБПОУ СОМК Краснотурьинский филиал по специальности «Сестринское дело». В период 2009-2015 гг. обучалась по специальности «Лечебное дело» в БУ ВО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия». С 2016-2018 гг. проходила обучение в ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» в ординатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология». В период 2018-2019 гг. работала врачом-анестезиологом-реаниматологом в АУ «Югорский научно-исследовательский институт клеточных технологий», а с 2019 г. по настоящее время является врачом-анестезиологом-реаниматологом палат реанимации и интенсивной терапии БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

Власова Вероника Евгеньевна (период работы 2022 г.) в 2012 году окончила обучение в БУ ВО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» по специальности «Лечебное дело» и затем обучалась (2012-2013) в интернатуре (ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет») по специальности «Анестезиология-реаниматология».

Шелепов Николай Николаевич (период работы 2021-2022 гг.) окончил в 2007 году Омскую государственную медицинскую академию по специальности «Педиатрия» и далее в период 2007-2009 гг. проходил обучение в ординатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология».

Яцинюк Борис Борисович работает в подразделении с 2022 года. В 1987 году поступил в Омский ордена Трудового Красного Знамени государственный медицинский институт имени М.И. Калинина на специальность «Лечебное дело», по окончании образовательной организации присвоена квалификация – врач. Дальнейшее образование продолжил в интернатуре и далее в клинической ординатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология» и «Юриспруденция». На период формирования материала статьи специалистом подготовлено и опубликовано более 260 научных и клинических публикаций, патентов, монографий и учебных пособий, утвержденных как учебное издание ФГАОУВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России и рекомендованных Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки». Решением Президиума Российской Академии естествознания Б.Б. Яцинюк в 2014 году присвоено Почетное звание Заслуженный работник науки и образования, награжден: «Золотая медаль «За новаторскую работу в области высшего образования»; медалью имени В.И. Вернадского за успехи в развитии отечественной науки; орденом «Laboreetscientia – трудом и знанием». С 2007 года является главным внештатным специалистом токсикологом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, а с 2013 года – членом коллегии Минздрава РФ по специальности «Токсикология» (Минздрав России. Заместитель министра. Исходящее письмо от 22.01.2013 №24-4/10/2-276).

Необходимо отметить, что Б.Б. Яцинюк (в 2013 году – заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии, скорой медицинской помощи и клинической токсикологии БУ ВО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия») совместно с главным токсикологом Минздрава РФ Ю.Н. Остапенко работал над формированием приказа Минздрава РФ от 15 ноября 2012 г. № 925н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями», который и на 2026 год регламентирует оказание токсикологической помощи на территории РФ^[9].

В 2014 г. и далее в 2018 г. (дополнение и переутверждение) совместно с группой специалистов Б.Б. Яцинюк разрабатывал Федеральные клинические рекомендации «Отравление препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему», которые были утверждены МБОО «Ассоциация клинических токсикологов» (2014, 2018). В период 2017-2018 гг. Борис Борисович с группой врачей принимал участие в разработке проекта профессионального стандарта – врач-токсиколог (Министерство труда и социальной защиты РФ). В рамках мероприятий федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» Минздрава РФ в 2020 г. участвовал как эксперт в формировании Единой базы оценочных средств для аккредитации специалистов здравоохранения (2020-2021 гг.). За формирование Единой базы оценочных средств Б.Б. Яцинюк получил Благодарность от Российского общества скорой медицинской помощи – за подготовку материалов и экспертную

работу в составе рабочей группы по формированию Единой базы оценочных средств для аккредитации специалистов здравоохранения (специальности: «Скорая медицинская помощь», «Токсикология»).

Последние публикации Б.Б. Яцинюк в журналах ВАК:

1. Васильев С.А., Шилов В.В., Барабанов П.А., Сенцов В.Г., Яцинюк Б.Б. Острые отравления синтетическими наркотиками. Общая реаниматология. 2018 (№1);
2. Остапенко Ю.Н., Яцинюк, Б.Б. Васильев С.А., Лаптев А.М., Гавриков П.П., Использование критериев качества в целях оценки оказания помощи по профилю «Токсикология». Токсикологический вестник. 2019 (№2);
3. Яцинюк, Б.Б. Ю.Н. Остапенко, Васильев С.А., Бебякина, Е.Е., Гавриков П.П., Лаптев А.М. Заболеваемость при токсическом действии метилового спирта, этиленгликоля в структуре химической травмы на территории ХМАО-Югры и развитие синдромов функциональной недостаточности при данных нозологических формах болезни. Токсикологический вестник. 2019 (№5);
4. Мельник Е.В., Белова М.В., Лодягин А.Н., Сабаев А.В., Яцинюк Б.Б., Афонькин А.А., Тюрин И.А., Раменская Г.В. Статистический анализ острых отравлений чемерицей за 2014-2018 годы в городах Москва, Санкт-Петербург, Омск, Чита и Ханты-Мансийском автономном округе – Югре Токсикологический вестник. 2020 (№5);
5. Яцинюк Б.Б., Гавриков П.П., Волкова Н.А., Бебякина Е.Е. Острые отравления химической этиологии у детей и юридическая ответственность родителей. Токсикологический вестник. 2022 (№1);
6. Яцинюк Б.Б., Гавриков П.П., Волкова Н.А., Бебякина Е.Е., Харисова А.А., Барац Е.А., Шейкин Ю.А. Этапы становления и формирования кафедры анестезиологии-реаниматологии, скорой медицинской помощи и клинической токсикологии. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2023 (№2);
7. Яцинюк Б.Б., Гавриков П.П. Острые отравления спиртами и органическими растворителями в структуре химической травмы на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры за период 2013-2022 гг. Токсикологический вестник 2025 (№3).

В 2023-2024 гг. на работу в палаты приходят молодые специалисты – медсестры-анестезисты, уже имеющие опыт работы в отделении анестезиологии и реаниматологии БУ «Урайская городская клиническая больница» – Карташова (Журавлева) Ольга Сергеевна (окончила специалитет «Сестринское дело», в БУ ВО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», факультет среднего медицинского профессионального образования) и Попова (Костюк) Мария Андреевна (ГАПОУ Тюменской области «Тюменский медицинский колледж», окончила специалитет «Сестринское дело»). Число пациентов, которым была оказана медицинская помощь в отделении неотложной наркологической помощи палат реанимации и интенсивной терапии за период 2018-2023 гг., представлено в табл. 3.

Таблица 3 – Число пациентов, которым была оказана медицинская помощь в отделении неотложной наркологической помощи палат реанимации и интенсивной терапии за период 2018-2023 гг.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Число пролеченных пациентов	431	406	406	400	398	398

Данные, представленные в табл. 3, позволяют отметить, что в 2018 году по сравнению с 2006 годом число пациентов, которым оказываются мероприятия интенсивной терапии, увеличилось в 1,71 раза и далее остается стабильным. В структуре заболеваемости поступивших пациентов также преобладают пациенты имеющие диагнозы, связанные с длительным употреблением алкоголя.

Одной из форм работы врачей в медицинской организации является консилиум врачей, который созывается по инициативе лечащего врача. Консилиум является совещательным органом нескольких врачей одной или нескольких специальностей, который необходим для установления состояния здоровья пациента, постановки диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию. На рисунке 8 представлен консилиум врачей (специальности: психиатрия, наркология, анестезиология-реаниматология, терапия) во главе с заместителем главного врача по



Рис. 8. Проведение консилиума (2024 г.) в палате реанимации (справа налево): врач-анестезиолог-реаниматолог, заведующий палатами реанимации и интенсивной терапии Вячеслав Александрович Жидков; врач-психиатр, заместитель главного врача по медицинской помощи Ковалева Наталья Геннадьевна; врач-психиатр-нарколог, заведующий отделением неотложной наркологической помощи Артур Витальевич Ларионов; врач психиатр-нарколог отделения неотложной наркологической помощи Артем Сергеевич Леонов; врач-терапевт отделения неотложной наркологической помощи Алена Анатольевна Таушканова

медицинской части Натальей Геннадьевной Ковалевой в палате реанимации и интенсивной терапии. Необходимо отметить, что по всем наиболее сложным клиническим случаям в медицинской организации проходят консилиумы, которые определяют тактику оказания помощи пациенту, психофармакологические опции терапии и специфической фармакотерапии острых отравлений препаратами, действующими преимущественно на центральную нервную систему.

На рисунке 9 представлен консилиум врачей (специальности: психиатрия, наркология, анестезиология-реаниматология, неврология, инфекционист) во главе с заместителем главного врача по медицинской части Натальей Геннадьевной Ковалевой в палате реанимации и интенсивной терапии.



Рис. 9. Проведение консилиума (2025 г.) в палате реанимации (справа налево):

врач-психиатр, заведующий психиатрическим отделением №2 Юлия Викторовна Чередова; врач-психиатр-нарколог Александр Владимирович Терентьев; врач-психиатр, заведующий психиатрическим отделением №1 Евгения Николаевна Некрасова; заместитель главного врача по медицинской помощи Наталья Геннадьевна Ковалева; врач-анестезиолог-реаниматолог Алексей Николаевич Косарев; врач-анестезиолог-реаниматолог, заведующий палатами реанимации и интенсивной терапии Вячеслав Александрович Жидков; врач-инфекционист Марина Альбертовна Муслимова; врач-невролог Ольга Михайловна Позняк

Реанимационные мероприятия – это комплекс неотложных действий, направленных на восстановление жизнедеятельности организма, выведение человека из состояния клинической смерти. При различных патологических состояниях требуется временная поддержка или протезирование утраченных функций,

которую проводят врачи анестезиологи-реаниматологи БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» совместно с медицинской сестрой-анестезистом в палате реанимации и интенсивной терапии. Специфичность развития экстренных патологических состояний, возникающих внезапно на фоне острой интоксикации алкоголем, наркотическими средствами и психотропными веществами или на фоне применения опций психофармакологической терапии, определяет и специфический профиль оказания медицинской помощи в организации. Большую группу пациентов, которым применяются методы интенсивной терапии, составляют лица, у которых на фоне длительного приема экзогенных веществ возникают алкогольные делирии, абстинентный синдром, психотические расстройства, протекающие (как правило) с выраженными специфическими нарушениями водно-электролитного баланса, поражением печени и преренальной почечной недостаточностью.

Особым разделом экстренных состояний в психиатрии является кататоническая форма шизофрении, сочетание выраженных психических и соматических нарушений на фоне хронических психических заболеваний. Нарастает число пациентов, у которых выявляется суицидальное и аутоагрессивное поведение требующее использование опций психофармакологической терапии и мониторингирования витальных функций. На рисунке 10 представлено протезирование утраченной функции дыхания у пациента в палате реанимации и интенсивной терапии.



Рис. 10. Оказание реанимационной помощи в палате (2024, справа налево):

медицинская сестра-анестезист Кобякова Ольга Николаевна; врач-анестезиолог-реаниматолог Екатерина Алексеевна Барац; врач-анестезиолог-реаниматолог, заведующий палатами реанимации и интенсивной терапии Вячеслав Александрович Жидков; медицинский брат-анестезист Байдаков Эмиль Владимирович

Трудовая функция – выполнение работ по обеспечению анестезиологического пособия при проведении медицинских вмешательств – регламентирована Профстандартом 02.067 «Медицинская сестра-анестезист». В стандарте под трудовыми действиями специалиста понимается проведение подготовки к работе медицинских изделий, наркозно-дыхательной аппаратуры, контрольно-диагностической аппаратуры, под трудовыми умениями – подключение системы мониторинга к пациенту (электрокардиография, пульсоксиметрия, неинвазивное артериальное давление); осуществление мониторинга основных параметров жизнедеятельности пациента. Трудовые знания включают знания по основам инфузионной и трансфузионной терапии. Имея длительный практический опыт и обширные знания, медицинская сестра-анестезист Наталья Александровна Ковальчук передает обучающимся БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» профессиональные навыки, в том числе умение работать с инфузоматом (инфузионным насосом).



Рис. 11. Медицинская сестра-анестезист Наталья Александровна Ковальчук проверяет освоение обучающимся БУ ВО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» умения работать с инфузоматом (инфузионным насосом) (2024)

В 2024 и 2025 годах медицинская помощь в отделении была оказана 406 и 403 пациентам соответственно. Клинический опыт работы врачей палат (Б.Б. Яцинюк, В.А. Жидков, А.Н. Косарев, Е.А. Барац, Е.В. Леонова) совместно со специалистами ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» позволил им (в рамках мероприятий Минздрава РФ) быть соавторами двух клинических рекомендаций: «Токсическое действие других ядовитых веществ, содержащихся в съеденных грибах» (ID 926_1. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России 10.07.2025. Кодирование по МКБ-10 T62.0); «Отравление сердечными гликозидами и препаратами аналогичного действия» (ID 1025_1.

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России 30.01.2026. Кодирование по МКБ-10 T46.0) которые представлены в Реестре клинических рекомендаций Минздрава РФ (сайт – <https://cr.minzdrav.gov.ru>).



Рис.12. Участие члена коллегии Минздрава РФ по специальности «Токсикология» Б.Б. Яцинюк совместно с коллегами из регионов России (режим ВКС – Москва, Екатеринбург, Санкт-Петербург, Волгоград) в формировании стандартов оказания медицинской помощи по профилю «Токсикология» (январь-февраль 2026)

Длительный клинический и образовательный опыт работы позволил специалистам, работающим в медицинской организации, разработать учебные пособия: Яцинюк Б.Б., Гавриков П.П., Лаптев А.М., Чистов М.А., Биктимиров Т.Р., Петухова С.Н. «Оказание экстренной медицинской помощи в нозологической группе заболеваний T54 – Токсическое действие разъедающих веществ» (2020); Б.Б. Яцинюк, Р.В. Скребов, Я.В. Качальская, А.А. Соколова, А.А. Ульянов, Н.Г. Ковалева, П.П. Гавриков, В.А. Жидков, Ю.А. Солодовник, Е.В. Митянов «Оказание экстренной медицинской помощи в нозологической группе заболеваний T40 – Отравления наркотиками и психодислептиками» (2023). Представленные учебные пособия были утверждены Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» Министерства науки и высшего образования, ФГАОУВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава РФ».

Итогом многолетней работы главного токсиколога Депздрава Югры явилось издание (2025) Национального руководства. Медицинская токсикология. (Издательская группа ГЭОТАР-Медиа), в котором над од-

ним из разделов издания, посвященного вопросам токсикологической кардиологии (материал представлен от исторических этапов научных и клинических исследований до методов интенсивной терапии), трудился Борис Борисович.

Одним из показателей научной активности специалиста является представление научных данных на конференциях и вебинарах. Так, в 2023 году Б.Б. Яцинюк и Я.В. Качальская совместно с другими врачами подготовили доклады: «Токсикологическая и судебно-медицинская практика. Токсическое действие ме-

тилового спирта с оценкой дефектов оказания медицинской помощи (клинический случай). Особенности формирования судебно-медицинского заключения группой специалистов» (Конгресс Межрегиональной ассоциации по неотложной хирургии. Научно-практическая конференция «Джанелидзе-ские чтения – 2023», Санкт-Петербург); «Орфанные заболевания химической этиологии. Токсическое действие пестицидов – синтетических пиретроидов (циперметрин, тетраметрин) (Т60.8). Особенности токсикодинамики-кинетики, оценка клинических проявлений и формирование диагноза» (Конференция «Актуальные вопросы судебной медицины 2023», Ханты-Мансийск); «Современные подходы к метаболической терапии при тяжелом алкогольном абстинентном синдроме» (Межрегиональной научно-практической конференции «Взрослая и детская неврология: как найти общее в разном» с обсуждением смежных вопросов неврологии, рентгенологии и клинической фармакологии, Ханты-Мансийск); «Токсическая энцефалопатия. Острые нарушения мозгового кровообращения при острых отравлениях химической этиологии» (Всероссийская научно-практическая конференция врачей-неврологов и смежных специалистов «Актуальные вопросы ангионеврологии. Мультидисциплинарный подход», Ханты-Мансийск). В настоящее время (март 2026) идет подготовка двух презентаций к вебинару «Редкие (орфанные) отравления в Российской Федерации: эпидемиология и клинические наблюдения» в рамках научно-образовательного проекта «Евразийская школа токсикологов», Департамент здравоохранения города Москвы.

На сегодняшний день медицинская организация БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» является участником клинического, научного и образовательного процесса не только на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и Уральского федерального округа, но и на уровне Федерации, благодаря вниманию, усилию и терпению медицинских работников, отдающих себя любимой работе, в процессе которой формируется материал научных статей, учебных пособий, клинических рекомендаций и национального руководства.

Наркологическая ситуация, сформировавшаяся в конце 1990-х годов в России, как отмечают многие исследователи [2, 3, 4, 5, 9] способствовала поиску решений по улучшению оказания помощи наркологическим, психиатрическим и токсикологическим пациентам, находящимся в экстренных состояниях. Одним из решений по повышению качества оказания помощи данной категории пациентов, была состоявшаяся организация отделения неотложной наркологической помощи палат реанимации и интенсивной терапии в БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

В период 2020-2030-х годов в ХМАО-Югре постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры приняты государственные программы: Развитие здравоохранения на 2014–2020 годы; Развитие здравоохранения на 2018-2025 годы и на период до 2030 года. В рамках этих программ проводится работа по модернизации наркологической службы региона. Одна из серьез-

ных задач на сегодняшний день – это улучшение материально-технической базы наркологической службы, в том числе создание достойных, комфортных условий пребывания пациентов в наркологических подразделениях округа. Разрабатывается законопроект по профилактике наркомании и токсикомании на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, который позволит регламентировать и организовать комплексный подход к современным проблемам практической наркологии.

Отмеченные предпосылки создания отделения неотложной наркологической помощи, этапы его формирования и каждодневная работа медицинского персонала, обладающего необходимым компетенциям, показывают, что на данной территории пациентам качественно оказывается специализированная психиатрическая, наркологическая, токсикологическая и реанимационная помощь [10,11,12,13,14].

Заключение

Предпосылками к формированию отделения неотложной наркологической помощи в 2006 г. явилось изменение структуры заболеваемости, прежде всего, пациентов наркологического профиля, которым требовалось оказание экстренной наркологической помощи. В историческом аспекте впервые определены этапы становления и совершенствования работы отделения палат реанимации и интенсивной терапии за период 2006-2023 гг. На обслуживаемой медицинской организацией территории округа качественно оказывается специализированная психиатрическая, наркологическая, токсикологическая и реанимационная помощь. На сегодняшний день БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» является участником клинического, научного и образовательного процесса не только на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, Уральского федерального округа, но и на уровне Российской Федерации.

Литература

1. Целинский Б. П. Современная наркоситуация в России: тенденции и перспективы // Наркология. – 2004. – № 5. – С. 8–10.
2. Редченкова Е. М., Мандель А. И., Бохан Н. А. Наркологическая ситуация в Западно-Сибирском регионе за 1990-2000 годы на модели Томской области // Алкогольная болезнь. – 2001. – № 11. – С. 1–6.
3. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая зависимость. Постабстинентное состояние: клиника и лечение. – Москва : Медпрактика-М, 2001. – 129 с.
4. Рохлина М. А., Козлов А. А. Наркомании: медицинские и социальные последствия. Лечение. – Москва : Анахарсис, 2001. – 208 с.

5. Чирко В. В., Демина М. В. Очерки по клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, лечение, терапия). – Москва : Медпрактика-М, 2002. – 238 с.
6. Надеждин А. В. Токсикомания, вызванная летучими углеводородами: эпидемиология, клиника, лечение. – Москва : Медпрактика-М, 2004. – 26 с.
7. Жиров И. В., Огурцов П. П. Соматоневрологические осложнения острой и хронической интоксикации кокаином и психостимуляторами: неотложная диагностика и терапия. – Москва : Анахарсис, 2004. – 64 с.
8. Современные проблемы наркологии : сборник научных трудов / под ред. Н. Н. Иванца. – Москва : Национальный научный центр наркологии, 2005. – 256 с.
9. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажилина И. И., Видерман Н. С. Профилактика наркоманий у подростков. От теории к практике. – Москва : Генезис, 2001. – 216 с.
10. Кошкина Е. А., Спектор Ш. И., Сенцов В. Г., Богданов С. И. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. – Москва : Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Национальный научный центр наркологии, 2008. – 287 с.
11. Чернов В. А. Реализация антиалкогольной кампании второй половины 1980-х гг. на местном уровне (по материалам г. Когалыма, ХМАО) // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2022. – № 2 (77). – С. 160–171.
12. Фокина С. Н. Причины введения и основные результаты антиалкогольной кампании Советского государства второй половины 1980-х годов на территории Челябинской области // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. – 2015. – № 4. – С. 53–56.
13. Изменение наркоситуации как приоритетная социальная задача // Медицина: целевые проекты. – 2013. – № 16. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.sovstrat.ru/journals/medicina-celevye-proekty/articles/st-med16-41.html> (дата обращения: 19.02.2024).
14. Национальное руководство. Медицинская токсикология / под ред. Е. А. Лужникова. – Москва : Медицина, 2014. – С. 213–226.
15. Гаворин Н. В., Сахаров А. В. Алкогольная смертность. – Томск; Чита : Изд-во «Иван Фёдоров», 2012. – 164 с.
16. Алкогольная болезнь: поражение внутренних органов / под ред. акад. РАМН В. С. Моисеева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 480 с.
17. Новиков А. П. Методические рекомендации по организации оказания медицинской помощи по профилю «наркология» на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. – 2014. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://surgut-pnb.ru/narkologicheskaya-pomoshch/metodicheskie-rekomendatsii-po-sovershenstvovaniyu-okazaniya-narkologicheskoy-pomoshchi> (дата обращения: 19.02.2024).

18. Селезнёва И. А., Березовская М. А. Анализ причин летальности пациентов в наркологическом стационаре с круглосуточным приёмом больных // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018. – № 3 (100). – С. 21–26.
19. Титов С. С., Дроздова В. А., Чашина О. А. Динамика наркологической ситуации в Омской области в 1987–2011 гг. – [Электронный ресурс]. – URL: https://otherreferats.allbest.ru/medicine/01248110_0.html (дата обращения: 19.02.2026).
20. Кекелидзе З. И., Земсков А. П., Филимонов Б. А. Тяжёлый алкогольный делирий // Русский медицинский журнал. – 1998. – № 2. – С. 4.
21. Доклад о наркоситуации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре в 2013 году. – Ханты-Мансийск : Антинаркотическая комиссия Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, 2013.
22. Заболеваемость алкоголизмом, нарко- и токсикоманией продолжает снижаться, региональные различия остаются значительными // Демоскоп. – 2014. – № 593–594. – [Электронный ресурс].
23. Бохан Н. А., Новиков А. П., Рахмазова Л. Д., Гильбурд О. А. Половозрастные особенности формирования популяции больных алкоголизмом в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3 (88). – С. 68–70.
24. Малин Д. И., Медведев В. М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках: учебное пособие. – Москва : Вузовская книга, 2013. – 172 с.
25. Гуревич М. А., Кузьменко Н. А. Алкогольное поражение сердца // Русский медицинский журнал. – 2016. – № 19. – С. 1281–1284.
26. Доклад о наркоситуации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре в 2018 году. – Ханты-Мансийск : Антинаркотическая комиссия Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, 2018.
27. Аналитический отчёт по результатам социологического исследования в рамках мониторинга наркоситуации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. – Ханты-Мансийск, 2022. – 40 с.
28. Здоровье населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. По итогам 2021 года (статистические материалы) / Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр». – Ханты-Мансийск, 2022. – 284 с.

Сноски в тексте статьи:

^[1] Закон Ханты-Мансийского автономного округа от 27 мая 2004 г. № 25-оз «О программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры „Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2004–2007 гг.“».

^[2] Клинические рекомендации. Отравление другими наркотиками и неутончёнными психодислептиками (галлюциногенами) / Утверждены Межрегиональ-

ной благотворительной общественной организацией «Ассоциация клинических токсикологов». – 2020. – 46 с.

^[3] Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 29.11.1994 № 256 «Об организации отделений (палат) неотложной наркологической помощи».

^[4] Клинические рекомендации. Интенсивная терапия неотложных состояний в наркологии / Российское общество психиатров. – 2019.

^[5] Клинические рекомендации. Острая интоксикация психоактивными веществами / Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ. – 2022.

^[6] Приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 11.04.2006 № 128 «Об организации отделения неотложной наркологической помощи в учреждении Ханты-Мансийского автономного округа „Окружной клинический психоневрологический диспансер“».

^[7] Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию РФ на 2005 год.

^[8] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.1997 № 287 «О мерах по совершенствованию наркологической помощи населению РФ».

^[9] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 925н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями».

^[10] Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 13.04.2011 № 315н «Об утверждении Порядка оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению».

^[11] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „Анестезиология и реаниматология“».

^[12] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю „Психиатрия-наркология“ и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

^[13] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

^[14] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

© Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В., Жидков В.А., Косарев А.Н., Барац Е.А., Леонова Е.В., Волкова Н.А., 2026

Информация об авторах

Яцинюк Борис Борисович – главный токсиколог ДЗ ХМАО-Югры, к.м.н., доцент, профессор РАЕ, врач-анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии, БУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», член коллегии Министерства здравоохранения РФ по специальности «токсикология», e-mail: tocsboris@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0372-2856>, author ID 490437.

Качальская Яна Владиславовна – врач-психиатр, главный психиатр ДЗ ХМАО-Югры главный врач БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

Жидков Вячеслав Александрович – заведующий отделением палат реанимации и интенсивной терапии БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», <https://orcid.org/0009-0009-4491-4385>.

Косарев Алексей Николаевич – к.м.н., врач-анестезиолог-реаниматолог БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», <http://orcid.org/0009-0005-5836-3861>.

Барац Екатерина Алексеевна – врач-анестезиолог-реаниматолог БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», <http://orcid.org/0000-0002-9387-2232>.

Леонова Елена Владимировна – врач-анестезиолог-реаниматолог БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

Волкова Наталья Анатольевна – врач-анестезиолог-реаниматолог БУ «Окружная клиническая больница», <http://orcid.org/0000-0003-0227-3291>.

English

BACKGROUND OF THE ORGANIZATION OF REANIMATION AND INTENSIVE CARE WALLS IN BU "KHANTY-MANSIYSK CLINICAL PSYCHONEUROLOGICAL HOSPITAL" AND SPECIALISTS PARTICIPATING IN THE FORMATION AND WORK OF THE DEPARTMENT (DATA FOR THE PERIOD 2006-2025)

Yatsinyuk B.B., Kachalskaya Ya.V., Zhidkov V.A., Kosarev A.N.,
Barats E.A., Leonova E.V., Volkova N.A.

Introduction. The emerging feature of drug abuse in Russia in the 1980s became widespread. The existing trends in the increase in the number of people who use drugs and alcohol, with the formation of alcohol addiction, in the 1980s, did not spare the territory of Western Siberia and the Khanty-Mansi Autonomous Okrug. Given the emerging drug abuse situation in the late 1990s and early 2000s and the need to develop measures to counter drug abuse and reduce the prevalence of drug-related diseases, the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug adopted the Law "On the Comprehensive Measures to Counter Drug Abuse and Illicit Trafficking in the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug - Ugra for 2004-2007" in 2004. Long-term use of various drugs and alcohol, as well as acute poisoning, is accompanied by impaired organ and system functions, which require prosthetics and a range of intensive care measures that must be carried out in specialized departments. Thus, the organization of departments providing emergency intensive care to narcological patients with an established severe course of the condition (other types of care – psychiatry, toxicology) was a necessity, the purpose of which (for 2005) was to: improve the provision of medical care and improve its quality; provide assistance in case of emergency conditions occurring in patients with narcological, psychiatric and toxicological profiles; reduction of undesirable outcomes of diseases and emergency conditions against the background of prolonged (as a rule) exogenous intake of chemicals.

Materials and methods. The study, reflecting the history of its formation and the period of operation 2006-2023(2026), used: archival materials of the department and data from the personnel department of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug-Yugra Khanty-Mansiysk Clinical Neuropsychiatric Hospital; materials from staff of intensive care and intensive care units; legislative documents regulating the provision of conditions to reduce the growth of drug abuse Law of Khanty-Mansiysk-Mansiysk Autonomous Okrug No. 25-oz dated May 27, 2004 On the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug-Ugra Program – Comprehensive

Measures to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking for 2004-2007, orders of the Ministry of Health of the Russian Federation regulating the provision of assistance in the fields of anesthesiology-intensive care, narcology, toxicology, psychiatry; order of the Department of Health of Khanty-Mansiysk of the Autonomous Okrug-Yugra dated 11.04.2006 N128 On the organization of the Department of emergency drug treatment in the institution of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug.

Results. The study, which covers the period from 2006 to 2023 (2026), provides a comprehensive analysis of the prerequisites for the establishment of an emergency drug treatment unit (intensive care and resuscitation wards) at the Khanty-Mansiysk Clinical Psychoneurological Hospital. The study examines the trends in the drug situation in Russia, Western Siberia, and the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug-Yugra during the 1980s, 1990s, and early 2000s. The increase in patients with drug addiction, the frequency of alcohol-related psychoses, the number of drug users, and the emergency conditions caused by the use of exogenous substances have led to a decrease in mortality rates and improved quality of care in specialized departments. The twenty-year work of the department has allowed us to identify several stages of its work: the first period of formation (2006-2011) and the formation of the department staff; the second stage - 2012-2017. During which medical associations form clinical recommendations, and functional departments of medical organizations introduce them into clinical practice; the third stage (2018-2023), when based on accumulated work experience Scientific research is beginning, textbooks are being formed, and the department staff is involved in the formation of clinical recommendations and National Guidelines. Medical toxicology, actively participates in conferences and webinars. The presented article reflects not only the work of the department, presented medical workers who provided their experience continuous quality medical care in the profiles: Anesthesiology-resuscitation, narcology, psychiatry, toxicology.

Limitations. Restrictions on the presentation period: 2006-2023 (2026).

Conclusion. The formation of the Department of Emergency Narcological Care in 2006 was preceded by a change in the structure of morbidity, primarily among patients with narcological conditions who required emergency narcological care. In the historical context, the Department of Intensive Care and Resuscitation has undergone significant development and improvement over the period 2006-2023. The Department provides high-quality specialized psychiatric, narcological, toxicological, and resuscitation services to the residents of the district.

Key words: intensive care units, history of medicine in faces, emergency and urgent narcology and psychiatry, alcoholism, poisoning, and toxic effects of chemicals

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.8-009

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Наджафов А.Н.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия

В статье рассмотрен клинический случай развития неврологических осложнений у пациента с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией. В работе подчеркнута важность знаний обучающегося (практического врача) клинических проявлений и особенностей течения ВИЧ-инфекции, протекающих с поражением нервной системы. Представлено обоснование установленного диагноза, опции антиретровирусной терапии и реабилитационные мероприятия.

Материалы и методы. Проведен анализ клинических данных медицинской карты пациента, проходившего лечение в БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Интерпретированы клинические данные: жалобы пациента, неврологический статус и лабораторные исследования.

Цель исследования – рассмотрение регресса неврологической симптоматики у пациента с ВИЧ-инфекцией и оценка эффективности применения антиретровирусной терапии.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует особенности диагностики и применения антиретровирусной терапии как ключевого инструмента здравоохранения, направленного на улучшение качества жизни и прогноза у пациентов с ВИЧ-ассоциированными неврологическими заболеваниями.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, оппортунистические инфекции, неврология, полинейропатия, энцефаломиелит, антиретровирусная терапия

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

Благодарность. Автор выражает благодарность научному руководителю студенческой научной работы, кандидату медицинских наук, доценту кафедры кардиологии Медицинского института, БУ ВО «Сургутский государственный университет» Смертиной Любови Порфирьевне.



Для цитирования: Наджафов А.Н. Неврологические осложнения на фоне ВИЧ-инфекции (клинический случай). Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. №1. С. 53-59.

Введение

ВИЧ-инфекция – медленно прогрессирующее заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) [1, 2, 3]. Вирус поражает клетки иммунной системы, имеющие на своей поверхности рецепторы CD4: Т-хелперы, моноциты, макрофаги, клетки Лангерганса, дендритные клетки, клетки микроглии [1, 4]. В результате воздействия вируса на организм человека происходит угнетение функций иммунной системы, развивается синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД), организм пациента утрачивает способность защищаться от инфекционных и других факторов окружающей среды, возникают оппортунистические заболевания, которые не характерны для людей с нормальным иммунным статусом [3].

ВИЧ-инфекция способна влиять на развитие и течение патологических процессов в различных системах организма, в том числе и нервной системы. По частоте поражения вирусом иммунодефицита человека нервная система занимает второе место после иммунной. Неврологические нарушения характерны для каждой стадии инфекционного процесса [1, 5, 6, 7]. Особенность течения симптомов поражения нервной системы при ВИЧ-инфекции может усложнить процесс диагностики, что, в свою очередь, приводит к задержке начала антиретровирусной терапии. Раннее начало антиретровирусной терапии всем ВИЧ-позитивным лицам значительно влияет на сокращение числа пациентов с оппортунистическими инфекциями и определяет прогноз продолжительности жизни [2, 6].

Целью публикации является рассмотрение регресса неврологической симптоматики у пациента с ВИЧ-инфекцией и оценка эффективности применения антиретровирусной терапии.

Клинические наблюдения

Пациент Г., 34 года, обратился к терапевту по месту жительства с жалобами на слабость и боли жгучего характера в ногах, шаткость при ходьбе, периодически головные боли, частые позывы на мочеиспускание, периодическое повышение температуры тела до 37 °С, снижение массы тела (на 10 кг за год). Данные жалобы беспокоят на протяжении года. Ранее неоднократно проходил лечение в связи с диагностированием у пациента острой респираторной вирусной инфекции, остеохондроза и вегетативной дистонии. Проводимая терапия не достигала желаемого результата. В течение последнего месяца отмечает выраженное ухудшение состояния – головные боли стали более выраженные, нарастала слабость в нижних конечностях, нарушилась походка. Учитывая жалобы, направлен в неврологическое отделение. Из анамнеза жизни: Хронические заболевания отрицает. Операций и травм не было. Не женат, ведет активную половую жизнь, практикует незащищенные половые контакты. Употребляет алкоголь эпизодически. Курит более 10 лет. Инъекционные наркотики отрицает. Работа связана с частыми командировками. Семейный анамнез: не отягощен. В соматическом статусе: без особенностей.

Неврологический статус: в сознании; чувствительная система: болевая гиперестезия в стопах и голени; мышечно-суставное чувство сохранено; двигательная система – тонус мышц в ногах умеренно повышен; сила мышц в верхних конечностях справа и слева – 4 балла, в нижних конечностях справа и слева – 3 балла; сухожильные рефлексы на руках и ногах повышены, ахилловы не вызываются; в позе Ромберга пошатывание, координаторные пробы выполняет неуверенно.

Лабораторные исследования: в общем анализе крови – количество тромбоцитов $122 \times 10^9/\text{л}$, лейкопения до $4 \times 10^9/\text{л}$, другие анализируемые показатели в общем анализе крови и биохимии без изменений. Общий анализ мочи в норме. Выполнена люмбальная пункция. Цитологическое исследование ликвора: умеренный лимфоцитарный плеоцитоз (повышение числа лимфоцитов). Биохимическое исследование ликвора: повышение уровня белка. Бактериологическое исследование ликвора: отрицательно. ПЦР на вирусы (HSV, VZV, CMV, EBV): отрицательно. Анализ крови на ВИЧ: положительный. Определение вирусной нагрузки ВИЧ: высокая вирусная нагрузка (более 120 000 копий/мл). Определение количества CD4+ клеток: значительно сниженное количество CD4+ клеток (менее 190 клеток/мкл). Инструментальное исследование – МРТ головного мозга: умеренные арахноидальные изменения кистозного характера без очаговых изменений. Пациент осмотрен/консультирован специалистами по профилю: врач-инфекционист.

На основании полученных результатов – динамики клинических проявлений болезни; данных обследования, установлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия 4 Б-В,

вторичные заболевания, ВИЧ-ассоциированный энцефаломиелит. Центральный тетрапарез. Мозжечковая атаксия. Нарушение функции тазовых органов по типу императивных позывов. Симметричная преимущественно сенсорная дистальная полинейропатия нижних конечностей.

Направленность терапии при установленном диагнозе

В основных литературных источниках [3, 5] отражены принципы терапии ВИЧ-инфекции, которые направлены на подавление репликации ВИЧ в ЦНС, поэтому основой терапии является назначение антиретровирусных препаратов. Предпочтение отдается лекарственным средствам, которые проникают через гематоэнцефалический барьер [4]. Принципы проведения высокоактивной антиретровирусной терапии в России основаны на рекомендациях проведения противоретровирусной терапии ВОЗ и DHHS с учетом препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации [5].

В рассматриваемом клиническом случае при установленном диагнозе пациенту назначена антиретровирусная терапия (АРВТ). Для улучшения двигательных функций и восстановления координации движений применялись физиотерапевтические методы и реабилитационные мероприятия.

Оценка пациента в динамике на фоне проводимой терапии и реабилитационных мероприятий

Через один месяц после установления диагноза и начала АРВТ вирусная нагрузка ВИЧ снизилась до 45 000 копий/мл. Количество CD4+ клеток оставалось низким (170 клеток/мкл). Отмечалось небольшое улучшение двигательных функций в ногах. Через 3 месяца после начала АРВТ вирусная нагрузка ВИЧ снизилась до неопределяемого уровня. Количество CD4+ клеток увеличилось до 280 клеток/мкл. Наблюдалось значительное снижение болевого синдрома и улучшение двигательных функций в ногах (сила мышц 5 баллов). Координация движений улучшилась. Головные боли стали менее интенсивными и редкими.

Через шесть месяцев после начала АРВТ вирусная нагрузка ВИЧ остается неопределяемой. Количество CD4+ клеток достигло 390 клеток/мкл. Пациент отмечает значительное улучшение состояния, сохраняется онемение и незначительные периодические боли жгучего характера в ногах.

Обсуждение

Представленный клинический случай позволяет обучающемуся познакомиться с особенностями клинических проявлений в динамике – при поступлении пациента и на фоне оказания медицинской помощи, наработать клинический опыт. Назначенная антиретровирусная терапия в соответствии с регламентиро-

ванным лечением, отраженным в Национальном руководстве [3], оценена как эффективная в отношении подавления репликации ВИЧ и восстановления иммунитета. Это привело к значимому клиническому улучшению неврологического статуса – восстановление двигательных функций, значительное снижение болевого синдрома, улучшение координации движений, снижение интенсивности головных болей, что отмечает и ряд авторов в публикациях [1, 5]. Несмотря на то, что полное восстановление неврологических функций не достигнуто, значительное улучшение качества жизни пациента свидетельствует об успехе предпринятых лечебных мероприятий, хотя и при отсроченном обращении пациента за медицинской помощью. Дальнейшее наблюдение и проведение необходимой поддерживающей терапии необходимы для достижения ремиссии и предотвращения рецидивов оппортунистических инфекций [4, 5].

Важно отметить, что, несмотря на эффективность лечения, остаточные неврологические дефекты могут сохраняться, что подчеркивает важность ранней диагностики и начала АРВТ при ВИЧ-инфекции [3, 5, 8, 9].

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует особенности диагностики и применения антиретровирусной терапии как ключевого инструмента здравоохранения, направленного на улучшение качества жизни и прогноза у пациентов с ВИЧ-ассоциированными неврологическими заболеваниями.

Литература

1. Иванова М. Ф., Евтушенко С. К., Семёнова А. В. и соавт. Ранняя диагностика ВИЧ-ассоциированных неврологических нарушений как актуальная проблема в практике невролога // Международный неврологический журнал. – 2016. – № 8(86). – С. 53–62.
2. Покровская А. В., Самотолкина Е. А., Матосова С. В. и соавт. Клинико-лабораторные особенности и прогностические факторы исхода прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии у ВИЧ-инфицированных пациентов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2023. – № 15(1). – С. 50–59.
3. ВИЧ-инфекция и СПИД : национальное руководство / под ред. В. В. Покровского. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 696 с.
4. Евзельман М. А., Снимщикова И. А., Королёва Л. Я., Камчатнов П. Р. Неврологические осложнения ВИЧ-инфекции // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – № 115(3). – С. 89–93.
5. Овчаров В. В., Бойко О. В., Серков С. В., Гусев Е. И., Бойко А. Н., Мазус А. И., Цыганова Е. В. Неврологические проявления ВИЧ-инфекции (обзор литературы) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2012. – № 112(9-2). – С. 23–28.

6. Вознесенский С. Л., Шахгильдян В. И., Петрова Е. В. и др. Энцефалиты неясной этиологии у больных ВИЧ-инфекцией: клиническая и патологоанатомическая расшифровка // Терапевтический архив. – 2021. – № 93(11). – С. 1278–1282.
7. John C. C., Carabin H., Montano S. M., Bangirana P., Zunt J. R., Peterson P. K. Global research priorities for infections that affect the nervous system // Nature. – 2015. – Vol. 527, № 7578. – P. 178–186.
8. Багаутдинова Р. Ш., Яппаров Р. Г., Насырова Э. С. Сдвиги гематологических и биохимических показателей крови ВИЧ-позитивных больных // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2023. – № 9. – С. 18–22.
9. Ульянова Я. С., Краснова Е. И., Проворова В. В., Хохлова Н. И., Мельникова О. В., Извекова И. Я. Клинико-лабораторные проявления и сложности диагностики острой ВИЧ-инфекции у взрослых // Лечащий врач. – 2019. – № 9. – С. 70–73.

© Наджафов А.Н. , 2026

Информация об авторах

Наджафов Анар Насиф оглы – обучающийся БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», e-mail: anario.mario@mail.ru

English

NEUROLOGICAL COMPLICATIONS OF HIV INFECTION (CLINICAL CASE)

Najafov A.N.

Abstract. The article discusses a clinical case of neurological complications in a patient with newly diagnosed HIV infection. The article emphasizes the importance of a student's (practitioner's) knowledge of the clinical manifestations and course of HIV infection with nervous system involvement. It provides a rationale for the established diagnosis, options for antiretroviral therapy, and rehabilitation measures.

Materials and methods. The clinical data of the medical record of a patient who was treated at the Surgut District Clinical Hospital was analyzed. The clinical data were interpreted: the patient's complaints, neurological status, and laboratory tests.

The purpose of the study is to examine the regression of neurological symptoms in a patient with HIV infection and to evaluate the effectiveness of antiretroviral therapy.

Conclusion. The presented clinical case reflects the diagnosis of the disease and the use of antiretroviral therapy, which remains a key tool in healthcare that is used to improve the quality of life and prognosis in patients with HIV-associated neurological diseases.

Key words: HIV infection, opportunistic infections, neurology, polyneuropathy, encephalomyelitis, antiretroviral therapy

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.8-005

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА

Алекберова Г.Б.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия

Введение. Цереброваскулярная патология является одной из самых актуальных медико-социальных и экономических проблем. На долю хронической ишемии головного мозга (ХИМ) отводится до 75% от всех цереброваскулярных заболеваний. По состоянию на конец 2024 года заболеваемость ЦВЗ (включая инсульты) в России остаётся высокой и составляет примерно 300-350 случаев на 100 000 населения в год. Хроническая ишемия головного мозга является одной из самых распространенных причин, ведущих к инсульту, деменции и инвалидности.

Объекты и методы исследования. Проведен анализ клинического случая сочетанной патологии нервной системы у пациентки 80 лет, поступившей в неврологическое отделение БУ «Сургутская окружная клиническая больница».

Клиническое обследование включало: лабораторные исследования – биохимические показатели: мочевины (ммоль/л), креатинина (мкмоль/л), АЛТ до 63 U/L, аспартатаминотрансфераза (АСТ, U/L); холестерин (ммоль/л), липопротеины низкой плотности (ЛПНП, ммоль/л), гомоцистеин (мкмоль/л), общий белок (г/л). Показатель в общем анализе мочи (лейкоциты 1 мкл). Расчетный показатель скорости клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин);

инструментальные исследования:

– цифровая рентгенограмма легких, компьютерная томография головного мозга, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной поло-

сти, электрокардиографическое исследование, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (АД), холтеровское мониторирование.

Проведена детализация жалоб и структурирован диагноз по МКБ-10.

Результаты. Клинический случай, представленный в научной работе обучающейся, позволил интерпретировать клинические данные пациентки, поступившей в неврологическое отделение, оценить полученные данные лабораторных и инструментальных исследований, структурировать основной диагноз: Хроническая ишемия головного мозга, 2-я стадия. Вестибуло-атактический синдром, декомпенсация., и сопутствующий диагноз: Эссенциальный тремор, дрожание рук и головы легкой степени тяжести. Клинический случай отразил важность проведения дифференциальной диагностики между клиническими проявлениями болезни Паркинсона и Эссенциальным тремором.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует взаимосвязь потери сознания с цереброваскулярной недостаточностью на фоне вариабельности артериального давления с эпизодами гипотензии, кардиальной патологии и нейродегенеративных нарушений, а наличие эссенциального тремора как результат сочетания идиопатической природы и усугубления сосудистых изменений. Клинический случай подчеркивает важность интегративного и мультидисциплинарного подхода к ведению пожилых пациентов с несколькими сопутствующими патологиями и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, цереброваскулярные заболевания, вестибуло-атактический синдром, эссенциальный тремор, когнитивные расстройства, головокружение, синкопе, сердечно-сосудистая система, неврология, кардиология, терапия.

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.



Для цитирования: Алекберова Г.Б. Клинический случай хронической ишемии головного мозга у коморбидного пациента. Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. №.1. С. 60-69.

Введение

Цереброваскулярная патология является одной из самых актуальных медико-социальных и экономических проблем [1]. На долю хронической ишемии головного мозга (ХИМ) отводится до 75% от всех цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) [2]. По состоянию на конец 2024 года заболеваемость ЦВЗ (включая инсульты) в России остаётся высокой и составляет примерно 300-350 случаев на 100 000 населения в год [3]. Хроническая ишемия головного мозга является одной из самых распространенных причин, ведущих к инсульту, деменции и инвалидности. Наиболее частые ее симптомы: 1) головные боли с чувством «тяжелой головы»; 2) головокружение; 3) пошатывание при ходьбе; 4) снижение внимания и памяти; 5) кратковременное нарушение зрения; 6) эмоциональная неустойчивость (смена настроения); 7) бессонница или сонливость.

При I степени хронической ишемии головного мозга присутствуют все описанные симптомы, но нет объективных неврологических признаков (изменения рефлексов, расстройства координации). На этой стадии большинство симптомов поддаются частичной или полной коррекции при назначении адекватной терапии [4]. При II степени (субкомпенсации) симптомы прогрессируют, изменяют тип личности, нарушается круг интересов, развивается апатия, возможна стойкая депрессия, снижена критика, теряются профессиональные навыки, но остается способность к самообслуживанию, невролог обнаруживает присоединение очаговых симптомов. В данной стадии уже возможно вычленить отдельный доминирующий синдром, который может существенно снизить профессиональную и социальную адаптацию пациентов [5]. При III степени проявляются признаки декомпенсации с грубыми неврологическими расстройствами типа гиперкинезов (повышенный тонус конечностей, эпилептиформных припадков, паркинсонизма (тремор рук и головы), нарушение глотания. Потеря памяти приводит к полной деменции, невозможности самообслуживания. Нередко пациенты нуждаются в некотором уходе, а иногда полностью беспомощны в быту [5]. Головокружение как следствие вестибулярной дисфункции является практически перманентным симптомом в клинической картине хронической ишемии головного мозга [4, 6, 7], оно приводит к снижению работоспособности и является частой причиной падений и травм. Возникновение вестибуло-атактического синдрома (ВАС) при хронической ишемии головного мозга связано со снижением кровотока в вертебробазиллярной системе, микроциркуляторными расстройствами в стволовых структурах мозга [8, 9], которые весьма чувствительны к ишемии и гипоксии. Для ВАС характерно головокружение центрального типа, самым часто встречающимся является вестибулярное несистемное головокружение, которое проявляется неустойчивостью при ходьбе, ощущением проваливания, ощущением «потери почвы под ногами», чувством «утраты равновесия», укачивания. Объективно выявляются координаторные нарушения в виде неустойчивости в позе Ромберга и ее усложненных вариантах. В этих случаях обязательно исключение вертеброгенного головокружения. Когнитивные расстрой-

ства выявляются у 70% пожилых пациентов на амбулаторном приеме у невролога, причем в 25% случаев они оцениваются как выраженные [6]. В России насчитывается не менее 1,5 млн человек, страдающих хроническими формами ЦВБ с исходом в сосудистую деменцию [10].

Объекты и методы исследования

Проведен анализ клинического случая сочетанной патологии нервной системы у пациентки 80 лет, поступившей в неврологическое отделение БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Клиническое обследование включало:

лабораторные исследования

– биохимические показатели: мочевины (ммоль/л), креатинин (мкмоль/л), АЛТ до 63 U/L, аспартатаминотрансфераза (АСТ, U/L); холестерин (ммоль/л), липопротеины низкой плотности (ЛПНП, ммоль/л), гомоцистеин (мкмоль/л), общий белок (г/л). Показатель в общем анализе мочи (лейкоциты 1 мкл). Расчетный показатель скорости клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин);

инструментальные исследования:

– цифровая рентгенограмма легких, компьютерная томография головного мозга, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, электрокардиографическое исследование, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (АД), холтеровское мониторирование.

Проведена детализация жалоб и структурирован диагноз по МКБ-10.

Результаты

Пациентка Н, 80 лет, госпитализирована в неврологическое отделение с жалобами на головокружение, тошноту, рвоту, и усиление тремора рук и головы. Дома зарегистрирован однократный эпизод нарушения сознания длительностью несколько минут, при транспортировке случился повторный синкопе. В анамнезе: сопутствующие заболевания – Гипертоническая болезнь, с максимальным повышением АД сист. до 220 мм рт.ст. (рабочее АД 130/90 мм рт.ст.). С целью коррекции повышенного АД принимает Ренитек 2 раза в день, Моксонидин (по уровню АД), назначен Фезам, Кардиомагнил. В структуре диагноза: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 1 ст. функциональный класс (ФК) 1; ишемическая болезнь сердца (ИБС), Стенокардия напряжения 2 ФК; Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в вертебро-базилярном бассейне (ВББ) 1986, 1994 г., с восстановлением нарушенных функций; Хроническая ишемия головного мозга 2 степени; Болезнь Паркинсона 2 стадия по Хен Яру акинетико-дрожательная форма. Пациентка периодически проходила амбулаторное и стационарное лечение, назначенную лекарственную терапию не принимает давно. Поясняет – нет положительного эффекта!

В неврологическом статусе при поступлении обращает внимание: сознание ясное. ШКГ 15 баллов; общемозговые симптомы – тошнота, головокружение, менингеальных симптомов нет; зрачки равные, прямая и содружественная реакция зрачков на свет живая, движения глазных яблок со снижением конвергенции, нистагма отсутствует. Лицо симметрично в покое и при мимике.

В неврологическом статусе при поступлении обращает на себя внимание следующее: сознание ясное; по шкале комы Глазго (ШКГ) – 15 баллов; общемозговая симптоматика представлена тошнотой и головокружением, менингеальные симптомы отсутствуют. Зрачки равные, прямая и содружественная реакция на свет живая, движения глазных яблок со снижением конвергенции, нистагм отсутствует. Лицо симметрично в покое и при мимических нагрузках. Слух субъективно не нарушен. Глотание, фонация, артикуляция не страдают. Язык по центру. Осевые рефлексy отсутствуют. Парезов нет. Мышечный тонус в руках и ногах равномерный, обычный. Тремор покоя, постуральный и кинетический, также тремор головы и подбодродка по типу «да-да». Глубокие рефлексy с рук и ног низкие, равные. Патологических кистевых и стопных рефлексов нет. Тазовых нарушений нет. Координаторные пробы выполняет точно, без интенционного дрожания с двух сторон. В позе Ромберга неустойчива, усиливаются тошнота и головокружение. Нарушений чувствительности не выявлено.

Интерпретированы лабораторные данные: биохимический анализ крови – повышение продуктов трансформации азота: мочевины до 10,85 ммоль/л и креатинина до 162 мкмоль/л; цитозольных ферментов: АЛТ до 63 U/L, АСТ до 51 U/L; холестерин – 5,94 ммоль/л, уровень ЛПНП пограничный – 3,85 ммоль/л, повышен гомоцистеин до 27,7 мкмоль/л, имеется тенденция к снижению общего белка – 60 г/л. В общем анализе мочи отмечается: повышение лейкоцитов до 55 в 1 мкл. СКФ по Кокрофту-Голту - 22 мл/мин (у пациентов после 60 лет из-за снижения мышечной массы и активности энергетического обмена показатели нормы снижаются, но не менее 60 мл/мин.). Полученные данные лабораторного исследования (мочевина, креатинин, СКФ) свидетельствуют о наличии у пациентки хронической почечной недостаточности, дислипидемии, гипергомоцистеинемии, что дополнительно подтверждает высокий сосудистый риск.

Инструментальные исследования. На цифровой рентгенограмме легких: R-картина фиброзных изменений в легких, атеросклеротические изменения грудного отдела аорты. КТ головного мозга выявило признаки субатрофии, заместительной гидроцефалии, хронической цереброваскулярной недостаточности; ASPECTS 10. УЗИ органов брюшной полости выявило диффузные изменения поджелудочной железы и атеросклероз брюшного отдела аорты. По данным электрокардиографического исследования – синусовая тахикардия с ЧСС 109 уд/мин; ЭОС горизонтальная; замедление АВ проведения; диффузные умеренные изменения миокарда левого желудочка; скорригированный интервал QT в пределах нормы – 0,42 с. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий констатировало гемодинамически незначимое атеросклеротическое поражение экстракраниальных сосудов. На

ЭхоКГ – уплотнение стенок аорты и створок аортального клапана. Суточное мониторирование АД выявило нормальные среднесуточные показатели, но частые эпизоды дневной систолической гипотензии и редкие кратковременные подъемы давления до уровня «мягкой гипертензии» (первичная степень артериальной гипертензии/гипертонии). Холтеровское мониторирование показало синусовый ритм с редкими монотопными желудочковыми экстрасистолами без ишемических изменений.

Пациентка консультирована врачом-кардиологом, который диагностировал: хроническую сердечную недостаточность 1-ой стадии; контролируемую гипертонию, атеросклероз брахиоцефальных сосудов. Осмотрена врачом-офтальмологом, установлен диагноз: начальная возрастная катаракта. Специалистом психологом было проведено психологическое тестирование с заключением:

- выраженное когнитивное снижение,
- легкая деменция,
- умеренная лобная дисфункция.

На основании полученных лабораторных, инструментальных данных, а также осмотра специалистами установлен диагноз: **Основной:** Хроническая ишемия головного мозга 2-ой стадии. Вестибуло-атактический синдром, декомпенсация. **Сопутствующий:** Эссенциальный тремор, дрожание рук и головы легкой степени тяжести. OU Начальная возрастная катаракта. ИБС Стенокардия напряжения 2 ФК. **Фоновое заболевание:** Гипертоническая болезнь III стадии. Контролируемая артериальная гипертензия. Транзиторная ишемическая атака. Атеросклероз брахиоцефальных артерий. Риск сердечно-сосудистых осложнений 4 (очень высокий). ХСН I стадии, ФК 1. Хроническая болезнь почек С4 А0, СКФ (22 мл/мин).

Учитывая неврологические и кардиологические заболевания пациентки, назначено комплексное и индивидуально адаптированное лечение. Исходя из наличия эпизодов с низким давлением, была подобрана антигипертензивная терапия, чтобы избежать чрезмерной гипотензии; гиполипидемическая и антиагрегантная терапия, направленная на снижение прогрессирования атеросклероза. Проведено лечение антигипоксантами и нейропротекторами для улучшения мозгового кровообращения. Назначена симптоматическая противорвотная терапия, скорректирована терапия эссенциального тремора, вестибуло-атактического синдрома и когнитивных нарушений.

На фоне проведенного лечения, спустя 14 дней, отмечается положительная динамика в виде снижения частоты и интенсивности головокружения, приступы тошноты и рвоты больше не возникают. Тремор постепенно уменьшается, что положительно сказывается на функциях мелкой моторики. Эпизоды потери сознания больше не наблюдаются, состояние сознания стабильное. Общее самочувствие улучшилось, что подтверждается данными обследования и клинической динамикой. Рекомендовано амбулаторное наблюдение у невролога, кардиолога, продолжить курс назначенной терапии и консультация врача-психиатра. Диета № 10, кон-

троль АД и ЧСС 2 раза в сут., постоянный приём гипотензивных препаратов. Контроль динамики показателей: общего анализа крови и мочи, липидограммы 1 раз в 3 месяца.

Обсуждение

Причинами кратковременных эпизодов потери сознания у данной пациентки, могли стать несколько факторов. Во-первых, систолическая гипотензия, выявленная в ходе суточного мониторирования АД, может приводить к снижению мозгового кровотока и кратковременной ишемии мозга, что вызывает синкопальные состояния. Во-вторых, хроническая ишемия головного мозга, особенно с признаками заместительной гидроцефалии и субатрофии, ухудшает компенсацию сосудистых нарушений и снижает устойчивость к колебаниям АД. В-третьих, сопутствующая сердечная патология (хроническая сердечная недостаточность, желудочковые экстрасистолы) также может влиять на гемодинамику и провоцировать кратковременные нарушения сознания.

Представленный клинический случай отражает важность дифференциального диагноза между болезнью Паркинсона (БП) и эссенциальным тремором (ЭТ), так как пациентка на протяжении 20 лет жила с «ложным» диагнозом БП. За доминирование клинических проявлений диагноза «Эссенциальный тремор» может говорить асимметричное начало заболевания, отягощенная наследственность, тремор головы и подбородка по типу «да-да», кинетический характер тремора, а также отсутствие брадикинезии, ригидности и эффекта от приема препаратов леводопы.

Заключение

Данный клинический случай демонстрирует взаимосвязь потери сознания с цереброваскулярной недостаточностью на фоне вариабельности артериального давления с эпизодами гипотензии, кардиальной патологии и нейродегенеративных нарушений, а наличие эссенциального тремора как результат сочетания идиопатической природы и усугубления сосудистых изменений. Клинический случай подчеркивает важность интегративного и мультидисциплинарного подхода к ведению пожилых пациентов с несколькими сопутствующими патологиями и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Танашян М. М., Лагода О. В., Кузнецова П. И., Раскуражев А. А. Хроническая ишемия мозга у пациентов с миелопролиферативной патологией // Клиническая фармакология и терапия. – 2017. – № 3. – С. 21–25.

2. Мусхаджиева А. Ш., Евзельман М. А. Хроническая ишемия головного мозга // Молодой учёный. – 2018. – № 27(213). – С. 54–58.
3. Заболеваемость населения России, 2024 год // Институт демографии НИУ ВШЭ имени А. Г. Вишневого. – Электронный ресурс: <https://www.demoscope.ru/weekly/2026/01105/barom01.php> (дата обращения: 05.03.2026).
4. Лиленко С. В. Диагностика и терапия острых кохлеовестибулярных расстройств сосудистого генеза // Российская оториноларингология. – 2008. – № 6. – С. 184–188.
5. Федин А. И. Избранные лекции по амбулаторной неврологии. – Москва, 2014.
6. Давыдова Т. А., Густов А. В., Антипенко Е. А., Паршина Е. В. Применение та-накана в комплексном лечении вестибуло-атактического синдрома у больных с хронической ишемией головного мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – № 111(4). – С. 85–86.
7. Парфенов В. А., Замерград М. В. Головокружение в неврологической практике // Неврологический журнал. – 2005. – № 10(1). – С. 4–11.
8. Степанченко А. В. Особенности клинических проявлений недостаточности мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне // Российский медицинский журнал. – 2004. – № 22. – С. 1244–1255.
9. Топчий Н. В., Кузенкова Н. Н., Денисова Н. В. Междисциплинарный подход к лечению пациентов с цереброваскулярными расстройствами в условиях общей врачебной практики // Медицинский совет. – 2017. – № 1S. – С. 122–127.
10. Суслина З. А., Пирадов М. А. (ред.). Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. – Москва: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.
11. Клинические рекомендации: Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака. – Разработчик: Ассоциация нейрохирургов России, Всероссийское общество неврологов, Национальная ассоциация по борьбе с инсультом, Общероссийская общественная организация «Союз реабилитологов России», Межрегиональная общественная организация «Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов». – Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России, 2024.
12. Артериальная гипертензия у взрослых. – Разработчик: Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Общероссийская общественная организация «Российское научное медицинское общество терапевтов». – Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России, 2024.
13. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. – Разработчик: Всероссийское общество неврологов, Общественная организация «Российское общество психиатров», Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров». – Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России, 2024.

© Алекберова Г.Б. , 2026

Информация об авторе

Алекберова Гулейбат Багаутдиновна – обучающаяся БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», email: aguleybat@inbox.ru.

English

A CLINICAL CASE OF CHRONIC BRAIN ISCHEMIA IN A COMORBID PATIENT

Alekberova G.B.

Abstract. Cerebrovascular pathology is one of the most pressing medical, social, and economic problems. Chronic cerebral ischemia (CCI) accounts for up to 75% of all cerebrovascular diseases. As of the end of 2024, the incidence of cerebrovascular diseases (including strokes) in Russia remains high, at approximately 300-350 cases per 100,000 population per year. Chronic cerebral ischemia is one of the most common causes of stroke, dementia, and disability.

Materials and methods. The article analyzes a clinical case of combined pathology of the nervous system in an 80-year-old patient admitted to the neurological department of the Surgut District Clinical Hospital. The clinical examination included: laboratory tests – biochemical indicators: urea (mmol/L), creatinine ($\mu\text{mol/L}$), ALT up to 63 U/L, aspartate aminotransferase (AST, U/L); cholesterol (mmol/L), low-density lipoproteins (LDL, mmol/L), homocysteine ($\mu\text{mol/L}$), total protein (g/L). Indicator in the general urine analysis (leukocytes 1 μL). Estimated glomerular filtration rate (GFR, mL/min); – instrumental studies: digital lung X-ray, computed tomography of the brain, ultrasound examination (ultrasound) of the abdominal cavity, electrocardiological examination, echocardiographic examination (EchoCG), daily monitoring of blood pressure (BP), Holter monitoring. Complaints were detailed and the diagnosis according to ICD 10 was structured.

Results. The clinical case presented in the student's research paper allowed for the interpretation of the patient's clinical data upon admission to the neurological department, the evaluation of the obtained laboratory and instrumental test results, and the structuring of

the main diagnosis: Chronic cerebral ischemia, stage 2. Vestibular-ataxic syndrome, decompensation, and the accompanying diagnosis: Essential tremor, mild hand and head tremors. The clinical case highlighted the importance of conducting a differential diagnosis between the clinical manifestations of Parkinson's disease and Essential tremor.

Conclusion. This clinical case demonstrates the relationship between loss of consciousness and cerebrovascular insufficiency in the context of arterial pressure variability with episodes of hypotension, cardiac pathology, and neurodegenerative disorders, as well as the presence of essential tremor as a result of the combination of idiopathic nature and the exacerbation of vascular changes. This clinical case highlights the importance of an integrative and multidisciplinary approach to the management of elderly patients with multiple comorbidities and a high risk of cardiovascular complications.

Key words: chronic brain ischemia, cerebrovascular diseases, vestibular-atactic syndrome, essential tremor, cognitive disorders, dizziness, syncope, cardiovascular system, neurology, cardiology, and therapy

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-001.31

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ОТСРОЧЕННОЙ ЭПИСУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ У РЕБЕНКА

Берновега М.С.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия

Введение. Черепно-мозговая травма у детей встречается чаще, чем у взрослых. Среди всех случаев черепно-мозговых травм в России дети в возрасте 0-17 лет занимают 24,6%. Чаще всего черепно-мозговые травмы связаны с бытовыми и дорожно-транспортными происшествиями. По степени тяжести преобладает легкая черепно-мозговая травма – около 90%, среднетяжелая составляет около 16%, тяжелая – 4%. В связи с тем, что у детей после черепно-мозговых травм часто имеются более выраженные, чем у взрослых остаточные явления, некоторые авторы склонны пересматривать критерии тяжести травмы в детском возрасте.

Объект и методы исследования. Проведен анализ клинического случая у пациента, поступившего в БУ «Сургутская окружная клиническая больница» по экстренной медицинской помощи. В соответствии с литературными источниками [1,3, 5] проводилась динамическая оценка клинической симптоматики и инструментальный контроль (КТ головного мозга).

Результаты по клиническому случаю. В статье рассмотрен клинический случай развития отсроченной эписубдуральной гематомы у пациентки 11 лет после черепно-мозговой травмы, причиной которой явилось падение. В материалах отмечена необходимость оценки динамики клинических проявлений – контроль за течением симптомов черепно-мозговой травмы у детей в стационарных условиях, своевременность

диагностики и принятия решения о проведении операции, использование опций медикаментозной терапии и реабилитационных мероприятий.

Заключение. На примере данного клинического случая показано, что для своевременного и точного установления диагноза необходим тщательный сбор анамнеза, проведение инструментальных исследований и динамический контроль симптомов в острый период травмы, оценка всех возможных факторов риска для определения верной тактики ведения пациента и оптимального объема лечения.

Ключевые слова: дети, черепно-мозговая травма, эписубдуральная гематома, отсроченная гематома, нейрохирургия, неврология, педиатрия



Для цитирования: Берновега М.С. Клинический случай развития отсроченной эписубдуральной гематомы у ребенка. Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. № 1. С. 70-77.

Введение

Черепно-мозговая травма у детей встречается чаще, чем у взрослых. Смертность среди детей с тяжелой черепно-мозговой травмой колеблется по разным регионам РФ от 12 до 30% и более [1, 5]. Среди всех случаев черепно-мозговых травм в России дети в возрасте 0-17 лет занимают 24,6%. Чаще всего черепно-мозговые травмы связаны с бытовыми и дорожно-транспортными происшествиями. По степени тяжести преобладает легкая черепно-мозговая травма – около 90%, среднетяжелая составляет около 16%, тяжелая – 4%. В связи с тем, что у детей после черепно-мозговых травм часто имеются более выраженные, чем у взрослых остаточные явления, некоторые авторы склонны пересматривать критерии тяжести травмы в детском возрасте, предлагая относить к легкой ЧМТ только сотрясение мозга, а к среднетяжелой – ушибы мозга легкой и средней степени тяжести [1, 2, 3]. Ввиду того, что диагностика черепно-мозговых травм у детей, осо-

бенно при легкой и средней тяжести повреждения, может быть затруднена из-за отсутствия неврологической симптоматики, особое внимание следует уделять биомеханическим условиям формирования повреждения головы [2, 4].

Черепно-мозговая травма является одной из основных причин инвалидности и смертности, особенно у детей от года до подросткового периода. Ввиду высоких компенсаторных возможностей с внезапной и быстрой декомпенсацией функций детского организма и субъективного предоставления жалоб от детей, данная возрастная группа требует более тщательного наблюдения и контроля врачами различных специальностей и медицинским персоналом [1, 3].

Цель работы: на примере клинического случая показать необходимость динамического медицинского наблюдения, своевременной диагностики и важность проведения инструментального контроля за течением черепно-мозговой травмы у данной категории пациентов.

Результаты по клиническому случаю

Пациент А. в возрасте 11 лет поступил по скорой медицинской помощи с подозрением на черепно-мозговую травму в приемно-диагностическое отделение БУ «Сургутская окружная клиническая больница». На момент поступления состояние расценено как тяжелое. Оценка тяжести определена по классификации А.С. Петрухина, Бобыловой М.Ю.(2012); С.К. Горелышева и клиническим рекомендациям [2, 3, 5]. Травма получена в результате падения на ледяной горке. Неврологический статус: сознание ясное. На осмотр реагирует адекватно возрасту, ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Общемозговая симптоматика представлена в виде головной боли, тошноты. Менингеальные симптомы отсутствуют. Черепно-мозговые нервы: обоняние не нарушено, глазные щели и зрачки D=S, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме, взгляд фиксирует, за предметом следит, нистагма нет. Лицо симметрично в покое и при мимической нагрузке. Чувствительных нарушений на лице по корешкам и зонам Зельдера нет. Язык по центру. Глотание не нарушено. Фокация сохранена. Глубокие рефлексы живые, D=S. Парезов нет. Мышечный тонус достаточный, без существенной разницы сторон. Глубокая и поверхностная чувствительность сохранена. Интенции при координаторных пробах с рук и ног нет. Передвигается самостоятельно в пределах отделения. В позе Ромберга пошатывание без определенной сторонности. Локально: отек мягких тканей в теменно-височной области справа. Объем обследования пациента соответствует клиническим рекомендациям «Черепно-мозговая травма у детей», 2022 [5]. В пределах приемно-диагностического отделения: компьютерно-томографическая (КТ черепа) картина субарахноидального кровоизлияния намета мозжечка справа, перелом правой теменной кости с переходом на височную кость (рис. 1)



Рис.1. Компьютерная томография (КТ) головного мозга, зафиксированная при поступлении пациента в медицинскую организацию.

Заключение: на КТ определяется субарахноидальное кровоизлияние намета мозжечка справа

Установлен клинический диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, перелом правой теменной кости с переходом на височную кость. Ушибы мягких тканей головы. Госпитализирован в отделение анестезиологии-реанимации для динамического наблюдения. Пациент в сознании, жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. За время наблюдения состояние без отрицательной динамики, в ясном сознании, витальные функции стабильны, неврологического дефицита не наблюдается. Через сутки выполнена контрольная КТ головного мозга – без динамики. Переведен из отделения анестезиологии-реанимации в детское нейрохирургическое отделение. В профильном отделении назначена лекарственная терапия (консервативная терапия). На фоне проводимой терапии сохранялись симптомы – пациент отмечал периодическую головную боль, боль в месте ушиба, тошноту, по-

зывы на рвоту. Ввиду сохранения указанной симптоматики на фоне применяемой терапии через 6 дней повторно выполнено КТ головного мозга. Заключение: КТ-картина эписубдуральной гематомы правой височно-теменной области до 12 мм (рис. 2).



Рис. 2. КТ-картина формирования эписубдуральной гематомы правой височно-теменной области

С учетом данных, выявленных по КТ-исследованию, консилиумом врачей принято решение по проведению оперативного вмешательства – костно-пластической трепанации черепа, удалению эписубдуральной гематомы правой височно-теменной области в отсроченном порядке с плановой подготовкой пациента.

После оперативного вмешательства пациент переведен в отделение анестезиологии и реанимации для динамического наблюдения. С целью оценки в динамике выполнено КТ головного мозга. Заключение: КТ-картина субдуральной малой послеоперационной пневмогидрогематомы правой теменно-височной области (рис. 3).



Рис. 3. КТ-контроль после операционного вмешательства

В сравнении с данными инструментального исследования (рис. 2) отмечается положительная динамика. Пациент переведен в профильное отделение, лечение консервативное. На фоне проводимой терапии отмечается положительная динамика – регресс общемозговой симптоматики. На 21-е сутки выполнено контрольное КТ-исследование (рис. 4).

Заживление послеоперационной раны происходило первичным натяжением, швы



Рис. 4. КТ-контроль на 21-е сутки

удалены на 12-е сутки с момента операционного вмешательства. Желаемый результат лечения после оперативного вмешательства достигнут на 12-е сутки. Пациент выписан на амбулаторное наблюдение и медицинскую реабилитацию.

Заключение

Эписубдуральная гематома является одним из серьезных осложнений черепно-мозговых травм, определяющим клиническую картину, динамику симптомов заболевания и прогноз, часто приводящий к инвалидизации и нежелательному исходу. На примере данного клинического случая показано, что для своевременного и точного установления диагноза необходим тщательный сбор анамнеза, проведение инструментальных исследований и динамический контроль симптомов в острый период травмы, оценка всех возможных факторов риска для того, чтобы определить верную тактику ведения пациента и оптимальный объем лечения. Эффективное лечение черепно-мозговых травм включает в себя своевременную оценку и оперативное вмешательство при необходимости. Консервативные методы могут оказаться успешными в случаях констатации легкой травмы, однако в случае среднетяжелой и тяжелой черепно-мозговой травмы необходимо наблюдение в условиях нейрохирургического стационара и инструментальный контроль при любых клинических или объективных изменениях для своевременной хирургической интервенции.

Литература

1. Горелышев С. К. Черепно-мозговая травма // Детская нейрохирургия. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 40–42.
2. Немкова С. А. Современные подходы к диагностике и лечению последствий черепно-мозговой травмы у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 6. – С. 20–29.
3. Петрухин А. С., Бобылова М. Ю. Травмы нервной системы // Детская неврология. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 402–414.
4. Чухловина М. Л. Особенности диагностики черепно-мозговой травмы в детском возрасте // Педиатрия. – 2013. – Т. 4, № 4. – С. 56–60.
5. Клинические рекомендации «Черепно-мозговая травма у детей». – 2022.

© Берновега М.С., 2026

Информация об авторе

Берновега Мария Сергеевна – обучающаяся БУ «Сургутский государственный университет», m.nikulaeva@mail.ru

CLINICAL CASE OF DELAYED EPISUBDURAL HEMATOMA IN A CHILD

Bernovega M.S.

Introduction. Traumatic brain injuries are more common in children than in adults. Among all cases of traumatic brain injuries in Russia, children aged 0-17 account for 24.6%. Traumatic brain injuries are most commonly associated with domestic and traffic accidents. Mild traumatic brain injuries account for about 90% of cases, moderate traumatic brain injuries account for about 16%, and severe traumatic brain injuries account for 4%. Due to the fact that children often have more pronounced residual effects after traumatic brain injuries than adults, some authors tend to reconsider the criteria for the severity of injury in childhood.

Materials and methods. The analysis of a clinical case in a patient admitted to the BU "Surgut District Clinical Hospital" for emergency medical care. In accordance with literary sources [1,3, 5], a dynamic assessment of clinical symptoms and instrumental control (CT of the brain) was carried out.

Results of the clinical case. The article discusses a clinical case of delayed episudural hematoma in an 11-year-old patient after a traumatic brain injury. The injury was caused by a fall. The article highlights the importance of assessing the dynamics of clinical manifestations, monitoring the progression of symptoms in children with traumatic brain injuries in hospital settings, timely diagnosis and decision-making regarding surgical interventions, and the use of medication and rehabilitation measures. Limitations.

Conclusion. This clinical case demonstrates that a thorough medical history, instrumental examinations, and dynamic monitoring of symptoms during the acute period of injury are necessary for timely and accurate diagnosis. Additionally, assessing all possible risk factors is crucial for determining the appropriate management and treatment options.

Key words: children, traumatic brain injury, epidural hematoma, delayed hematoma, neurosurgery, neurology, pediatrics

РЕЙТИНГ ПУБЛИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ В СЕТЕВОМ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОМ ИЗДАНИИ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ: ОПЫТ И ИННОВАЦИИ» ЗА 2025 ГОД

БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»



7 публикаций

по **2 публикации**



БУ «Няганская окружная больница»

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Медицинский институт

БУ «Окружная клиническая больница» (г. Ханты-Мансийск)

АУ «Югорский центр профессиональной патологии»

БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

по **1 публикации**

БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»

БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница»

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ, ПОДГОТОВЛЕННЫХ СОТРУДНИКАМИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОКРУГА И ОПУБЛИКОВАННЫХ В СЕТЕВОМ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОМ ИЗДАНИИ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ: ОПЫТ И ИННОВАЦИИ» ЗА 2025 ГОД

№1(42) 2025

1. Пасхин П.В., Новиков П.В., Белоусов А.О., Майорова О.В., Бердикулова Г.М., Юмакулова А.Р. Тромб наносит двойной удар, или как чрескожное коронарное вмешательство с имплантацией стента в бассейн передней межжелудочковой артерии трансформируется в итерационный острый инфаркт миокарда (4В типа по классификации типов инфаркта миокарда) с элевацией сегмента ST по электрокардиограмме у пациента со стабильной формой ишемической болезни сердца в сочетании с сахарным диабетом II типа на фоне выявленной, генетически детерминированной клинической резистентностью к антитромбоцитарному препарату Клопидогрел, вызванной полиморфизмом генома CYP2C19, подтвержденной персонифицированным фармакогенетическим тестированием (**БУ «Няганская окружная больница»**)
2. Старцева О.Н., Панфилов С.В., Шумков А.М., Пивоваров Ю.А., Синельников А.Л., Гильманова Г.М., Васина Н.В., Петри В.И., Прокопенко Н.С. Применение экстракорпоральных методов детоксикации в комплексной терапии септического выкидыша у пациентки с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (**БУ «Сургутская окружная клиническая больница»**)
3. Бажанова О.Н. Трудности дифференциальной диагностики у подростка с вторичной артериальной гипертензией (**БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница»**)
4. Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В., Ковалева Н.Г. Специалисты нашего региона на страже психического здоровья (**БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»**)

№2(43) 2025

1. Смертина Л.П., Кабанов А.А. Клинический случай камптокормии и симптома «Пизанской башни» при болезни Паркинсона (**Медицинский институт БУ ВО «Сургутский государственный университет», БУ «Сургутская окружная клиническая больница»**)
2. Дубс И.А., Алеева О.Н., Долгих Н.И., Каримова Т.Н., Кошкинен А.Н., Захарова Н.В., Изотова Т.С. Медицинские показания к внеочередному медицинскому осмотру работников (**АУ «Югорский центр профессиональной патологии»**)

№3(44) 2025

1. Салманов Ю.М., Доценко С.А., Дегтярева А.И., Коноваленко С.С., Горбунова Н.В., Улитин А.О., Шилоносова Л.М., Майтакова Е.А., Акимова В.С., Сергиенко М.А., Машкина Г.В., Рахматулина Р.Р., Дайнеко А.А. Инфекционная безопасность – риски в деятельности выездных бригад скорой медицинской помощи (**БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»**)
2. Чураков И.В., Бондаренко В.В. Современные безметалловые реставрации и протезирование в БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» (**БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»**)
3. Матвеева Н.И., Котова Н.В. Профессиональное долголетие – история, тренд современности и выбор молодых (**БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», АУ ХМАО-Югры «Югорский центр профессиональной патологии»**)
4. Яцинюк Б.Б. Профессиональный труд врача акушера-гинеколога. (**БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»**)

1. Яцинюк Б.Б. Актуальные вопросы токсикологии и реаниматологии в практике психоневрологической больницы (БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»). **(БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»)**
2. Судаков А.Ю., Яцинюк Б.Б., Гавриков П.П. Отравления спиртами по данным БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница» за период 2008-2024 гг. **(БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»; БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»; КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»)**
3. Яцинюк Б.Б., Гольдфарб Ю.С., Симонова А.Ю., Качальская Я.В., Долгова О.Б., Гавриков П.П., Биргер А.Л., Фомичева Т.П., Неклюдова Н.А., Максимова Л.В. Острые отравления рядовой серно-жёлтой – особенности влияния токсических веществ, морфологическая идентификация, течение отравления и принципы оказания медицинской помощи. Законодательные нормы, обеспечивающие жизнь и здоровье ребенка. **(БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»; КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»; БУ «Окружная клиническая больница»; АУ «Ханты-Мансийский технологическо-педагогический колледж»; внешние соавторы)**
4. Бебякина Е.Е., Яцинюк Б.Б., Ахмедова Е.Г., Волкова Н.А. Особенности течения клинических проявлений острого отравления лекарственным препаратом Метоклопрамид (два клинических случая). **(БУ «Окружная клиническая больница»; БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»)**
5. Пасхин П.В., Новиков П.В., Белоусов А.О. Опыт применения методики Szabo при стентировании одиночных изолированных стенотических поражений аортоустьевого и устьевого сегментов различных артериальных бассейнов: клиническая эффективность и безопасность метода в ближайшем и отдаленном периодах. **(БУ «Няганская окружная больница»)**

ПОЛОЖЕНИЕ О КОНКУРСЕ НАУЧНЫХ РАБОТ ОБУЧАЮЩИХСЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СЕТЕВОЕ ИЗДАНИЕ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ: ОПЫТ И ИННОВАЦИИ»

I. Общие положения

1.1. Конкурс научных работ обучающихся (дипломное образование, ординатура) проводится в целях:

- активизации научно-исследовательской работы обучающихся по специальностям (клиническая медицина; профилактическая медицина; медико-биологические разделы), которые формируют новый облик медицины и здравоохранения России;
- привлечения обучающейся молодежи в научно-исследовательскую деятельность;
- развития у обучающихся интереса к научному поиску, творчеству, самостоятельности, инициативности, клинического мышления;
- содействия формированию нового поколения научно-педагогических и научных кадров в системе здравоохранения.

1.2. Конкурс проводится в январе следующего года по научным направлениям:

- **клиническая медицина** – исследования по диагностике, лечению и профилактике болезней;
- **профилактическая медицина** – исследования по предупреждению возникновения заболеваний и устранению факторов риска их развития (оценка воздействия факторов внешней среды на здоровье населения; формирование здорового образа жизни; раннее выявление заболеваний и другие направления исследований);
- **медико-биологические разделы** – включают дисциплины, изучающие строение тела человека, функции организма и закономерности возникновения заболеваний.

1.3. В конкурсе могут участвовать обучающиеся как единолично, так и в коллективе.

1.4. Организация и руководство проведением конкурса осуществляются оргкомитетом, утвержденным редакционной коллегией научно-методического сетевого издания.

II. Порядок предоставления и оформления работ

2.1. На конкурс могут быть представлены научно-исследовательские статьи, предлагающие новое решение научных проблем, инновационные методы диагностики и лечения, а также актуализированные клинические случаи из практики.

2.2. На конкурс выдвигаются работы, представленные на рецензирование и опубликованные в научно-методическом сетевом издании в течение последнего года, при этом конкурсант на момент проведения конкурса должен быть обучающимся или выпускником прошедшего года.

2.3. При направлении статьи в издание и участии в конкурсе в статье должен быть указан научный руководитель (ФИО, место работы, ученая степень и звание, должность, электронный адрес) перед названием работы.

2.4. Научная работа должна быть оформлена в соответствии с требованиями к публикациям в научно-методическом сетевом издании.

2.5. При нарушении условий предоставления документов статья может быть отклонена от публикации и участия в конкурсе.

III. Порядок рассмотрения и оценивания работ

3.1. Отправленная на публикацию студенческая научная работа становится участником конкурса.

3.2. Рецензирование всех представленных на конкурс публикаций (статей) проводится оргкомитетом, который утверждается редакционной коллегией научно-методического сетевого издания.

3.3. В состав комиссии включаются специалисты соответствующих научных направлений. Членом комиссии не может быть научный руководитель работы.

3.4. Конкурсная комиссия рассматривает, обсуждает и оценивает работы (при необходимости с привлечением к экспертизе независимых специалистов).

3.5. Каждый член комиссии оценивает работу (статью) по следующим критериям и присваивает балл от 1 до 5 по каждому критерию.

Критерии оценки конкурсных работ:

- полнота раскрытия научной проблемы и актуальность исследования;
- умение определить и раскрыть цель исследования (клинического случая, новых методов лечения и диагностики или совершенствования используемых), методологического инструментария;
- взаимосвязь теоретических данных и возможность практического применения (с учетом данных в статье);
- умение логически мыслить, лаконично излагать свои мысли, обосновывать решения (авторский научный стиль);
- творческий подход и индивидуальность;
- медицинская грамотность и стиль изложения данных.

3.6. Результаты оценки работ членами конкурсной комиссии оформляются протоколом за подписью всех членов и председателя комиссии. При равном количестве баллов мнение председателя комиссии является решающим.

IV. Порядок награждения победителей конкурса

4.1. На основании решения конкурсной комиссии лауреаты конкурса на лучшую научную работу обучающегося(ихся) (статью) награждаются грамотой с присуждением 1-3 места.

4.2. Конкурсной комиссией может быть принято решение об организации выставки научных работ обучающихся.

4.3. Результаты конкурса освещаются на сайте научно-методического сетевого издания, а также в средствах массовой информации.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ МАТЕРИАЛОВ В НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СЕТЕВОЕ ИЗДАНИЕ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ: ОПЫТ И ИННОВАЦИИ»

Цели и задачи научно-методического сетевого издания

Цель издания:

развитие издания в качестве научной и клинической платформы для ученых, врачей-специалистов, ординаторов, аспирантов, студентов, медицинских работников и приглашенных специалистов.

Задачи:

1. Привлечение к публикациям в издании авторов, увеличение подаваемых материалов, возможность отбора материала, который представляет наибольший практический и научный интерес, увеличение цитирований публикаций издания в РИНЦ. Привлечение к публикациям иностранных авторов и совместно выполненных с ними работ.

2. Повышение привлекательности и доступности издания для авторов и читателей.

Научная специализация журнала (в соответствии с Справочником ГРНТИ)

760000 - МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (публика 1-го уровня <https://elibrary.ru/rubrics.asp>)

Тематические рубрики

760100 Общие вопросы медицины и здравоохранения

762900 Клиническая медицина

760300 Медико-биологические дисциплины

763100 Клиническая фармакология. Фармация

763300 Гигиена и эпидемиология

763500 Прочие отрасли медицины и здравоохранения

Разделы номенклатуры специальностей

Все указанные в тематических рубриках

100000 - ГОСУДАРСТВО И ПРАВО. ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ (публика 1-го уровня <https://elibrary.ru/rubrics.asp>)

Тематические рубрики и разделы

1085 Криминалистика

108531 Криминалистическая экспертиза

108501 Общие вопросы криминалистики

1077 Уголовное право

107751 Отдельные виды преступлений

Аудитория издания – совокупность людей, пользующихся возможностью публикации в издании и потребители, специалисты, использующие информацию, опубликованную в издании, привлеченные определённым типом средств информации (Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» <https://dzhmao.ru/spez/zhurnal-zdravookhranenie-yugry/>).

Условия и требования к публикации в научно-методическом сетевом издании «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» в 2025 году

Одним из элементов редакционной политики издания является формирование в номерах публикаций по смежным направлениям оказания медицинской помощи, расширение сотрудничества с медицинскими специалистами с высшим и средним медицинским образованием, руководителями Депздрава Югры, главными внештатными специалистами Югры и других регионов, представителями администраций медицинских организаций, членами аттестационных комиссий Депздрава Югры, обучающимися, администрацией образовательных медицинских организаций и заведующими кафедрами. Редакционная коллегия приняла решение по введению таких рубрик, как «Гость издания», «На вопросы отвечает главный специалист», «Юрист в помощь специалистам системы здравоохранения».

Критерии отбора рукописей (общие данные).

К публикации принимаются ранее не опубликованные и не отправленные в другие издания статьи и материалы, соответствующие научной специализации журнала.

Статья/материал не должна содержать некорректные заимствования.

Статья/материал должна быть оформлена согласно требованиям издания.

Автор(ы) статьи/материала должны представить в редакцию сопроводительное письмо и согласие автора(ов) на ее опубликование.

Редакция журнала работает строго с авторами статей/материалов без посредников; не предусматривает ускоренные сроки публикации; имеет строгий подход к оценке новизны представленного материала при его рецензировании.

Поступивший материал рецензируется (рецензируется членами редакционной коллегии издания в течение 30 дней)

Издание находится в базе РИНЦ (Российский индекс научного цитирования), которая представляет собой электронный сервис научного цитирования и предназначена для определения наукометрического показателя деятельности ученого – его цитируемость в различных научных источниках.

Редакция издания всегда предпринимает все необходимые меры для оперативной публикации материалов, однако оставляет право самостоятельной установки порядка и сроков рецензирования и редактирования рукописей. Авторами публикации (статьи) могут быть лица, внесшие вклад в подготовку данной работы, ее доработку, а также лица ответственные за целостность всех ее частей. Лица, выполнявшие иную работу в подготовке материалов (технические работники, специалисты по статистике, специалисты, подготовившие перевод и филологи), могут быть указаны в разделе статьи «Благодарность/Acknowledgments» на русском и английском языках.

Общие правила для публикаций

Публикуемое научное исследование должно быть в соответствии с этическими, юридическими нормами и не иметь конфликтов интересов. В рукописи необходимо соблюдать нормы пунктуации, орфографии и принятые медицинские и иные термины.

Рукопись, подаваемая для публикации, должна содержать заявление о том, что исследования на людях были одобрены соответствующим комитетом (если это необходимо по материалам статьи) по этике (медицинская организация; учреждение науки) и проводились в соответствии с этическими стандартами/нормами, изложенными в Хельсинской декларации.

Материал автора(ов), изложенный в статье, должен обладать элементами новизны, иметь прикладное значение и практическое использование не быть описанием известных фактов, имеющих в энциклопедиях, справочниках, учебниках, руководствах, клинических рекомендациях, раскрывать теоретические и методические вопросы решения какой-либо актуальной клинической или теоретической проблемы медицины и здравоохранения, юриспруденции в здравоохранении, других смежных научных направлениях (направлениях других ведомств) – экология, чрезвычайные ситуации, природопользование (отражающих вопросы здравоохранения и экологии; здравоохранения и природопользования, здравоохранения и социологии, другие направления совместной деятельности).

Представляемые исследователями материалы должны гарантировать, что они являются честными, полными и взвешенными. Недопустимы выборочные или двусмысленные изложения различных фактов, которые трактуются двусмысленно и вводят в заблуждение читателей издания. Являться нарративом о самом себе или событии автора.

Планируемая к публикации работа должна содержать только оригинальный материал, не являться плагиатом и не быть опубликованной ранее как в России, так и за рубежом.

Рукописи принимаются к рассмотрению непрерывно в течение года – journal_zdrav_ugra@miac.ru.

Учитывая редакционную политику издания, отдается предпочтение поступившим материалам, по тематике формирования следующего номера, аспирантам, соискателям.

Важно

Плата за публикацию статей не взимается

Электронные версии опубликованных статей размещаются в сети Интернет: на сайте БУ «Медицинский информационно-аналитический центр» и в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU и других базах на безвозмездной основе.

ПРАВИЛА ДЛЯ ПУБЛИКАЦИЙ.

В редакцию издания предоставляется авторский оригинал (рукопись) публикации в электронной форме, содержащей текст, набранный в редакторе «MicrosoftWord». Поступившему материалу присваивается №, который сообщается автору.

Сокращения и аббревиатуры расшифровывают при первом их использовании в тексте и в дальнейшем используют в неизменном виде.

Настоящие требования являются публичным договором-офертой на публикацию в издании. Акцептом к договору-оферте являются материалы, присланные в редакцию на электронную почту journal_zdrav_ugra@miac.ru, Яцинюк Борис Борисович.

1) файл (подпись файла по первому автору – Иванов И.Н._статья_2023), содержащий статью со вставленными в нее рисунками (Текст высылается отдельным файлом .doc (допускается архивация архиваторами WinZip или WinRar);

2) файлы, содержащие рисунки, графики, фотоматериалы;

3) сопроводительное письмо от учреждения, в котором формировались материалы.

Отправляется сканированный вариант, который подписывается – Иванов И.Н._сопроводительное письмо;

4) файлы, содержащие отсканированное согласие автора(ов) на принятие к публикации материала, размещения ее на электронных ресурсах и согласие на обработку персональных данных автора(ров). Согласие заверяется личной подписью (указываются фамилия, имя, отчество, место работы и должность, рабочий телефон/факс, почтовый и электронный адрес организации, ученая степень, звание, (аспирант, соискатель) телефон и e-mail автора с которым редакция будет вести переписку). Отправляется сканированный вариант согласия, который подписывается – Иванов И.Н._согласие;

5) Рисунки, графики, фотографии (высылаются отдельными файлами с комментарием; в тексте на месте иллюстрации помещается рамка с названием файла и комментарием).

Направляя материалы в редакцию издания, автор(ры) выражает(ют) свое согласие с настоящими правилами, заявляет, что считает себя заключившим с редакцией издания типовой лицензионный договор и гарантирует, что данная статья не была ранее опубликована или направлена одновременно в другое издание.

1. Структура статьи

1. Заглавие научной статьи:

- название статьи на русском языке, буквы прописные, располагаются по центру;
- инициалы и фамилии авторов располагаются по центру;
- после фамилии указывается надстрочный знак 1 2 3(выше опорной линии текста).

Требования к заглавиям:

- заглавия статей должны быть информативными;
- в заглавиях статей можно использовать только общепринятые сокращения;

2. После пробела строки, на следующей строке, после надстрочного знака указывается фамилия и инициалы авторов с указанием аффилиации авторов (полное официальное название организации и ведомства, город, страна). Все выравнивается по левому краю.

3. Сведения об авторах:

- фамилия, имя и отчество (полностью);
 - ученое звание и ученая степень; e-mail; ORCID, author ID (при наличии).
- Необходимо в скобках – (...), указать автора, ответственного за переписку с редакцией.

4. Структура аннотации:

- Введение (краткая история вопроса, цели и задачи);
- Объект и методы исследования; Результаты; Ограничения в научном исследовании; Обсуждение/Дискуссия (все представляется кратко); Выводы/Заключение.

- Ключевые слова (12-14 слов);
- Соблюдение этических стандартов;
- Благодарность.

После благодарности необходимо представить выходные данные публикации (Для цитирования статьи) - Иванов И.И., Петров П.П., Сидоров С.С. Оказания экстренной медицинской помощи у пациентов с бронхиальной астмой. Здравоохранение Югры: опыт и инновации.2023; 1: страницы..... указываются редакцией!

Конфликт интересов.

Финансирование.

Требования к аннотациям:

- информативность (необходимо избегать общих слов, использовать принятые термины);
- оригинальность;
- содержательность (необходимо отражать основное содержание статьи и результаты проведенного исследования);
- структурированность;
- компактность (до 350 слов).

Приветствуется структура аннотации, кратко повторяющая структуру публикации. В аннотации не должно быть ссылок на литературные источники.

На английском языке.

Заглавие научной статьи:

- название статьи на английском языке, буквы прописные, располагаются по центру;
- инициалы и фамилии авторов располагаются по центру.

Требования к заглавиям:

- заглавия статей должны быть информативными;
- в заглавиях статей можно использовать только общепринятые сокращения;

2. Фамилии и инициалы авторов на английском языке с указанием аффилиации авторов (полное официальное название организации и ведомства), располагаются по центру.

3. Сведения об авторах:

- фамилия, имя и отчество (полностью);
- ученое звание и ученая степень; e-mail; ORCID (при наличии);

4. Структура аннотации на английском языке:

- Введение – Introduction;
- Объект и методы исследования – Object and methods of research;
- Результаты – Results;
- Ограничения в научном исследовании – Limitations;
- Обсуждение/Дискуссия – Discussion;
- Выводы/Заключение – Conclusions (кратко);
- Ключевые слова – Keywords;
- Соблюдение этических стандартов – Compliance with ethical standards;
- Благодарность – Acknowledgments.
- For citation.
- Conflict of interests.
- Funding.

В тексте аннотации на английском языке необходимо использовать терминологию, характерную для иностранных медицинских текстов. Необходимо использовать активный, а не пассивный залог.

5. Материал в статье располагается в следующей последовательности:

- УДК (по левому краю);
- направление публикации и специальность (по левому краю);
- материал является частью диссертационного исследования (указывается, если это материал диссертационного исследования);
- аннотация (на русском и английском);
- введение (введение и все последующие материалы выравниваются по ширине);
- объект и методы исследования;
- результаты;
- обсуждение/дискуссия;
- рекомендации по клиническому использованию данных (в зависимости от направления статьи, при необходимости);
- выводы/заключение;
- литература (в порядке упоминания источников);
- сноски в тексте статьи (в порядке упоминания источников).
- в завершении статьи указываются данные (ФИО на русском и английском; место работы, должность и научная степень, рабочий адрес, электронная почта) всех авторов (эти данные необходимы для размещения в РИНЦ).

ПРИМЕР

Яцинюк Борис Борисович (Yatsinyuk Boris Borisovich), кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии, скорой медицинской помощи и клинической токсикологии БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», главный токсиколог Депздрава Ханты-

Мансийского автономного округа-Югры, член профильной комиссии Минздрава РФ по специальности «токсикология», 628011, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Ханты-Мансийск, e-mail:..... Yatsinyuk Boris Borisovich.

В разделе «Объекты и методы» должно быть указано о получении информированного согласия лиц, включенных в исследование (если это предусмотрено исследованием). Детали, способствующие персонификации пациентов, должны быть исключены.

Экспериментальные исследования на животных должны соответствовать международным и национальным нормативным актам обращения с лабораторными животными.

В статистической обработке данных необходимо указывать примененные методы (пакет статистического анализа). Единицы измерения должны соответствовать Международной системе единиц СИ, термины* – международным номенклатурам; заболевания и оценка тяжести пациента отражаются в соответствии с принятыми шкалами и Клиническими рекомендациями, регламентированными данными ассоциаций.

*Все термины и определения должны быть достоверны, их написание (русское и латинское) должно соответствовать «Энциклопедическому словарю медицинских терминов» (2001 г., 2-е издание под ред. В.И. Покровского, изд. «Медицина», <http://www.twirpx.com/file/123175/>).

Лекарственные препараты указываются только в международных непатентованных названиях, которые употребляются первыми, затем в случае необходимости приводится (в скобках) несколько торговых названий препаратов, зарегистрированных в России (в соответствии с данными информационно-поисковой системы «Клифар-Госреестр» [Государственный реестр лекарственных средств]).

В разделе Обсуждение/Дискуссия, необходимо интерпретировать свое мнение по полученным данным, в сравнении с результатами других исследований.

В разделе «Заключение/Выводы» дается необходимая информация отражающая результаты.

2. Технические параметры оформления текста:

Лист формата А4 (без оборота).

Поля: все поля – 2 см.

Шрифт – TimesNewRoman.

Размер шрифта: текст – 12; таблицы – 10. Межстрочный интервал: текст – 1,5 см;

таблицы – 1,0.

Абзацный отступ – 1,5 см.

Форматирование текста – по ширине. Недопустимо использование переносов, расставленных вручную.

Объем не должен превышать (иное согласуется с главным редактором): статей – до 10 страниц (включая иллюстрации, таблицы, резюме и литературы); рецензий и информационных сообщений – до 3-5 страниц (иное согласуется с главным редактором).

Язык текста рукописи – русский (за исключением мета-данных).

Ссылки на литературу указываются в тексте в квадратных скобках в порядке упоминания источников, а не по алфавиту. Ссылки на сноски в тексте статьи (документы), указываются в тексте надстрочный знаком в порядке упоминания источников.

После текста статьи приводится библиографический список, оформленный в соответствии с ГОСТ Р 7.05-2008.

Число используемых литературных источников (Литература) и официальных документов определяется автором.

Официальные документы (Федераль-ные законы, Постановления, Клинические рекомендации, Стандарты, Ведомственные приказы, ГОСТы, Медико-санитарные правила, Методические указания, Положения, Санитарно-эпидемиологические правила, ФГОС по специальностям, Рабочие программы и другие документы) нужно указывать не в списке литературы, а сносками (в конце страницы*) – сноски в тексте статьи, по представленному в тексте публикации источнику.

*Пример:

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ., с. 103.

После раздела – Литература, необходимо представить дополнительные сведения о каждом авторе публикации, необходимые для обработки издания в Российском научного индексного цитирования:

- Ф.И.О. полностью на русском языке и в транслитерации;
- ученая степень, ученое звание;
- должность, название организации, почтовый индекс, город, страна, e-mail для контактов с авторами статьи (можно один e-mail на всех авторов).

Приватность представленных данных
Имена и адреса электронной почты, введенные на сайте данного издания, будут использованы исключительно для целей, обозначенных этим изданием, и не будут использованы для каких-либо других целей или предоставлены другим лицам и организациям.

В разделе Источник финансирования, следует указать его источник (если он имеется и отразить связанные с ним возможные конфликты интересов).

Представление статистических данных в исследовании следует руководствоваться следующими данными:

- необходимо указать вид статистических данных: количественные – числовые непрерывные или дискретные; качественные – категориальные порядковые или номинальные;

- указывать тип распределения данных – нормальное, или параметрическое и ненормальное, или непараметрическое). Также указывается тест проверки на нормальность распределения данных (критерий Колмогорова-Смирнова; Шапиро-Уилка и другие используемые распределения);

- необходимо указать общий объем выборки и объемы групп (подгрупп) с приведением абсолютной и относительной частот, числителя и знаменателя для вычисленных в исследовании процентов: пример: .../... (...%), в таблицах указывать как n (%) – ... (...%);

- отображать методы, критерии статистической обработки в зависимости от типа распределения (параметрический, непараметрический) для каждой анализируемой группы данных. При представлении данных необходимо приводить меры центральной тенденции (среднее, медиана, мода) и показатели разброса данных в соответствии с типом распределения выборки:

при представлении параметрических данных используется среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD) в формате $M (SD)$ (ранее в научных исследованиях использовалось – $M \pm SD$;

при представлении непараметрических данных – медиану (Me) и показатели ширины и асимметрии распределения результатов, – интерпроцентильного интервала (нижний квартиль (25%) и верхний квартиль (75%) в формате $Me [25\%-75\%]$, и также размаха ($min - max$).

Проверка статистических гипотез в исследовании должна быть представлена.

В представляемом исследовании указывается используемый статистический тест, применяемый в зависимости от вида выборок: параметрический тест – критерий/тест Стьюдента (two sample t-test), непараметрические тесты – тест Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test) для независимых выборок, критерий W критерий Уилкоксона (Вилкоксона) для сравнения двух зависимых выборок; тест χ^2 (хи-квадрат, χ^2 - square), точный тест Фишера для определения связи между качественными признаками (через использование таблицы сопряженности 2 на 2, contingency table/2x 2 table/cross tabulation);

Обратите внимание, что критерий χ^2 применяется для анализа таблиц сопряженности 2×2 , если ожидаемые значения в любой из ее клеток не меньше 5; когда таблицы содержат только малые частоты, например, меньше 10, необходимо использовать поправку Йейтса с учетом критического значения p . Если ожидаемые значения в любой из клеток таблицы меньше 5, используется точный критерий Фишера. При проведении статистических тестов необходимо

указывать пороговую величину уровня значимости p (например, 0,05). Отражать точное значение p там, где это возможно ($p=0,02$, а не неравенство $p<0,05$); независимо от того, получена статистическая значимость различий или нет, критерий p необходимо указывать ($p=0,58$). Если в исследовании представлено сравнение выборок целесообразно указать 95%ДИ, который представляет диапазон значений, в котором находится предполагаемое «истинное» изменение (показатель позволяет интерпретировать смысл изменений на каждом конце этого диапазона).

При оценке рисков (абсолютный риск, разность относительных рисков и другие), темпов событий (заболеваемость, выживаемость), отношений (отношение шансов, отношение угроз) необходимо использовать меру точности – 95%ДИ. Аббревиатуру отношения шансов и относительного риска с 95% ДИ следует указывать буквами русского алфавита, а доверительные интервалы через точку с запятой, чтобы не путалось тире с минусом (например, ОР=2,48; 95% ДИ 1,02; 6,86).

Представление в статье анализа зависимостей. Необходимо представить вид корреляционного анализа (Пирсона, Спирмена) с обоснованием его выбора и с указанием уровня значимости p (например, 0,05) в проведенном анализе; представлением 95%ДИ для коэффициента корреляции r и r_s .

В исследовании представляется обоснование применимости метода регрессии – линейной регрессии (Linear/OLS regression), логистической регрессии (Logistic regression).

Указывается уравнение регрессии, коэффициенты регрессии для каждого независимого признака, их 95%ДИ и значения p . Приводится оценка качества модели (коэффициент с детерминации r^2 и R^2) в табличном варианте.

Если вы провели корреляционный и регрессионный анализ рекомендуется привести графики рассеяния, а при проведении дискриминантного анализа рекомендуется привести ROC-кривые.

3. Требования к иллюстрациям:

- каждый рисунок должен быть пронумерован и подписан. Подписи не должны быть частью рисунков;
- рисунки и схемы обязательно должны быть сгруппированы (не должны распадаться на отдельные элементы при перемещении и форматировании);
- по возможности, избегайте использования рисунков и таблиц, размер которых требует альбомной ориентации страницы;
- надписи и другие обозначения на графиках и рисунках должны быть четкими и легко читаемыми;
- таблицы, рисунки, графики должны иметь порядковую нумерацию. Нумерация рисунков (в том числе графиков) и таблиц ведется отдельно. Если рисунок или таблица в статье один или одна, то номера не проставляются;
- в тексте статьи ОБЯЗАТЕЛЬНО должны содержаться ССЫЛКИ на таблицы, рисунки, графики;

- рисунки необходимо экспортировать в формате JPG, TIF с разрешением не менее 300 dpi.

4. Примечания:

Авторы должны сотрудничать с редакторами при необходимости правки или сокращения работы, внесения дополнений и изменений.

Ответственность за правильное определение авторства полностью лежит на самих авторах, действующих в соответствии с правилами, принятыми в их медицинской организации или образовательном учреждении.

Авторы несут коллективную ответственность за свою работу и содержание публикации. Все авторы должны дать согласие на внесение в список авторов и одобрить направленную на публикацию рукопись.

Ответственный автор выступает контактным лицом между редколлегией и другими авторами (согласовывает с ними материалы, в которые внесены изменения и дополнения).

Статьи рецензируются редакционной коллегией. При необходимости отправляются автору, с которым ведется переписка. Материалы, не соответствующие данным требованиям, к публикации не принимаются.

Изъятие опубликованной статьи применяется в случае вскрытия фактов, которые не были известны в ходе проведения рецензирования представленной рукописи.

Адрес редакции:

628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Студенческая, 15а. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр».

НАПРАВЛЕНИЯ ПУБЛИКАЦИЙ В СЕТЕВОМ ИЗДАНИИ В 2026 Г.

Разделы издания

1. Направления научных публикаций (научно-теоретические; научно-практические; аналитические; научно-исследовательские):

1. **Оригинальные статьи** – (рекомендуем ознакомиться с информацией, находящейся в источнике: <https://karpitsky.livejournal.com/101380.html>).

2. **Случаи из практики** – представляется клиническое наблюдение, имеющее практический интерес для врачей и обучающихся. **На вопросы отвечает главный специалист** – ответы специалистам по применению в клинической практике документов, ведения пациентов, назначения лекарственных препаратов и методов инструментальной и лабораторной диагностики в клиническом случае.

3. **Новые технологии** – использование/применение новаторских методов (методик, способов, устройств) в практическом здравоохранении и в медицинской статистике.

4. **Пилотные исследования** – отражение предварительных (этапных, временных) данных, которые позволяют планировать дальнейшие этапы; результаты выполнения проекта должны быть отличны от всех других предложенных ранее решений.

5. **Обзоры литературы** по отдельным направлениям оказания помощи (нозологические формы болезни, диагностика, лечение, маршрутизация пациента), статистическим методам исследования в здравоохранении, юриспруденции в здравоохранении, которые отражают анализ научных публикаций (рекомендуем ознакомиться с информацией, находящейся в источнике: <https://cyberleninka.ru/article/n/nadlezhaschaya-praktika-podgotovki-nauchnoy-publikatsii-chast-2-obzornaya-statya>).

6. **Общественное здоровье и организация здравоохранения, история и социология медицины (история медицины в лицах; учителя и преподаватели; медицинские школы; история медицинских организаций; история образовательных медицинских организаций).**

7. **Фармакология, клиническая фармакология, лекарственное обеспечение, организация фармацевтического дела.**

8. **Медицинский менеджмент и маркетинг.**

9. **Организация оказания медицинской помощи детскому населению, диагностика и лечение заболеваний и состояний в педиатрии.**

10. **Тактическая медицина и медицина катастроф, безопасность жизнедеятельности.**

11. **Психология (общая психология, медицинская психология, психология воспитания).**

12. **Сестринский процесс в клинической практике.**

13. **Научные работы специалистов (среднего медицинского образования), работающих в системе здравоохранения и фармацевтических организациях.**

14. **Юридические вопросы в работе медицинской организации и врача, качество оказания медицинской помощи.** Юрист в помощь специалистам системы здравоохранения.

15. **Актуальные вопросы совместной работы медицинских экспертов, сотрудников следственного комитета, адвокатов и судий, других специалистов.**

16. **Приглашенный специалист или Гость издания** (материалы, представленные немедицинским специалистом, отражающие вопросы развития системы здравоохранения).

II. Направления научно-публицистических работ, проблемных и ознакомительных публикаций:

1. Педагогическое мастерство в системе подготовки медицинских работников в дипломном и последипломном образовании.

2. Совершенствование врачебного искусства; совершенствование сестринского искусства (провизора, фельдшера, акушерки, лаборанта, других специалистов).

3. Рынок фармацевтических препаратов и медицинской техники.

4. Фармакологический препарат.

5. Обсуждение вопросов изменения законодательных документов по вопросам здравоохранения, применение документов Минздрава РФ в клинической практике.

6. Мнение главного специалиста по профилю оказания помощи, мнение специалиста (врача, среднего медицинского работника, юриста медицинской организации). Главный специалист Департамента здравоохранения.

7. Дневник пациента.

8. Отражение материалов конференций и других научных мероприятий, планируемых мероприятий в регионе и России и за рубежом*.

9. Медицинские организации округа (Юбилейные даты организаций и специалистов; Внедрение новых медицинских техник; Самоотверженность и труд в профессии).

10. Рецензии на публикации и клинические издания.

11. Аттестация и аккредитация медицинских специалистов.

12. Инновации в медицинском образовании.

На заметку

*Уважаемые читатели! Совершенствование врачебного искусства предполагает получение знаний и общение профессионалов на различных площадках (семинар, вебинар, конференция, конгресс и другие форумы). Сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации», с учетом раздела II, пункта 8 – Отражение материалов конференций и других научных мероприятий, планируемых мероприятий в регионе и России и за рубежом, **принимает материалы участия специалистов в различных форумах**. С примерным написанием материала Вы можете ознакомиться в №4(45)2025 в публикации «Актуальные вопросы токсикологии и реаниматологии в практике психоневрологической больницы».

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В. Русь, Россия и Год единства народов	3
Нестеров В.С., Тараник М.Б. «Цифровая диагностика». Опыт работы на примере цифровой электрокардиографии	7
Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В., Жидков В.А., Косарев А.Н., Барац Е.А., Леонова Е.В., Волкова Н.А. Предпосылки организации палат реанимации и интенсивной терапии в БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» и вклад специалистов, участвующих в формировании и работе отделения (данные за период 2006-2025 гг.)	18

НАУЧНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ

Наджафов А.Н. Неврологические осложнения на фоне ВИЧ-инфекции (клинический случай)	53
Алекберова Г.Б. Клинический случай хронической ишемии головного мозга у коморбидного пациента	60
Берновега М.С. Клинический случай развития отсроченной эписубдуральной гематомы у ребенка	70

ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Рейтинг публикационной активности медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в сетевом научно-методическом издании «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» за 2025 год	78
Перечень статей, подготовленных сотрудниками медицинских организаций, образовательных организаций округа и опубликованных в сетевом научно-методическом издании «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» за 2025 год	79

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Положение о конкурсе научных работ обучающихся, направленных в научно-методическое сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации»	82
Требования для авторов при направлении материалов в научно-методическое сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации»	86
Направления публикаций в сетевом издании в 2026 году	97