



Здравоохранение
Югры



Научно-методическое сетевое издание

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ | ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 2 | 47 | 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

№2 (47) 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 30.06.2026

Выходит 4 раза в год

16+

Уважаемые читатели!

Подготовлен второй номер сетевого издания Здравоохранение Югры: опыт и инновации за 2026 год.

Как было отмечено в издании №1, указ об объявлении 2026 года Годом единства народов был подписан президентом Владимиром Владимировичем Путиным. В издании, во второй статье серии публикаций – «Каждый держит отчину свою», продолжается отражение некоторых основных этапов формирования Российского многонационального государства.

В данном номере представлены интересные с научной и клинической точки зрения публикации, одна из них – «Клинический случай псевдогипопаратиреоза», отражает особенности течения клинического случая, здесь демонстрируется успешное интегрирование знаний врачей разных специальностей в установлении диагноза и фармакотерапии редкого заболевания.

Группа авторов из БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» провели ретроспективный анализ 129 медицинских карт, который позволил в исследовании «Гипертриглицеридемия как этиологический фактор острого панкреатита: Ретроспективный анализ данных» отразить полученные данные, которые свидетельствуют о том, что уровень триглицеридов $>22,6$ ммоль/л ассоциирован с более высокой частотой развития острого панкреатита.

На основании сбора исторических данных, которые были приурочены к 50-летию юбилею БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника», в статье представлена история становления медицинской организации, достижения и ее стратегия. Авторы отмечают, что благодаря деятельности коллектива медицинской организации жителям Нижневартовска в настоящее время доступна стоматологическая помощь инновационного уровня, достойная мировых стандартов и требований и соответствующая современным тенденциям качества.

В заключительной статье «Игра в лечебном процессе при оказании стоматологической помощи детям», подготовленной в БУ «Нижевартовская городская детская стоматологическая поликлиника», автор резюмирует, что практика игры делает мышление ребёнка произвольным, в результате чего он становится способен не только руководить собственными действиями, но и вступать во взаимодействие со взрослыми в процессе общественно значимой деятельности на примере лечебного процесса, эффективность и качество которого благодаря психотерапевтической практике значительно возрастает.

Особенностью всех представленных публикаций является проработанность литературных источников и законодательных документов, определяющих качество оказания медицинской помощи.

Редакционная коллегия обращает внимание читателей и руководителей администраций медицинских организаций, что в издании продолжают публиковаться материалы, посвященные юбилейным датам работников, которые трудятся в медицинских учреждениях, а также опыт молодых специалистов, которые повышают свой профессионализм в клинической практике и отражают 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

КАЖДЫЙ ДЕРЖИТ ОТЧИНУ СВОЮ

Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В.

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

История России включает длительный период формирования государства. Представленный материал продолжает серию публикаций (№1 2026), отражающих формирование Российского многонационального государства. Затрагивает период 1076-1125 гг., когда одним из влиятельных князей был Владимир Всеволодович Мономах (1053-1125). В 1097 году по инициативе Мономаха состоялся Любечский съезд князей, на котором был принят принцип «каждый держит отчину свою». Это собрание попыталось найти компромисс – примирить противоречивые тенденции стремления князей к независимости и необходимости поддерживать единство перед лицом различных внешних угроз государству. Год единства народов – 2026, День народного единства позволяет 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, Владимир Всеволодович Мономах



Для цитирования: Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В. Каждый держит отчину свою. Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. №2. С.3-10.

**«...И если этого не поправим,
то еще большее зло встанет среди нас,
и начнет брат брата закалывать, и погибнет земля Русская,
и враги наши половцы, придя, возьмут землю Русскую»**

Повесть временных лет.

*Слова Владимира, обращенные к Давыду и
Олегу Святославичам в год 6606/1098*

История России включает длительный период, начинающийся с образования Древнерусского государства. Данный материал позволит отразить вклад Владимира Всеволодовича Мономаха в формирование многонационального Российского государства. Учебники истории справедливо указывают, что в X-XI веках скандинавы называли Русь Гардарикой – Страной городов. В период правления Мономаха в Древнерусском государстве и сопредельных землях проживали различные народы, которые так или иначе играли значительную роль в военной, политической и социальной жизни Руси. Среди множества народов можно выделить: половцы (куманы, кипчаки) – тюркоязычный кочевой народ; торки – кочевой народ причерноморских степей между Доном и Днестром; берендеи; печенег.

Древнерусская народность – восточнославянская этническая общность, складывалась в X-XIII вв. в результате слияния 12 восточнославянских племенных союзов словен (ильменских), кривичей (включая полочан), вятичей, радимичей, дреговичей, северян, полян, древлян, волынян, тиверцев, уличей и белых хорватов. Финно-угорские племена также проживали на большой территории Древней Руси. В междуречье Оки и верхней Волги, благодаря летописям, можно говорить о проживании трёх финских племён: муромы, мери и веси. Варяги – это собирательное обозначение людей, которые были выходцами из Скандинавии в Киевской Руси. Последние играли важную роль в политической и военной жизни древнего государства, служили в дружинах князей и активно участвовали в торговле как в государстве, так и за его пределами.

Основные исторические даты времен Мономаха

Владимир Всеволодович Мономах (1053-1125), в крещении Василий, был государственным деятелем, определявшим жизнь народов на большой территории, так как он являлся князем ростовским, смоленским, черниговским, переяславским и великим князем киевским. Родился в 1053 году в семье князя Всеволода Ярославича, первого правителя Киева, который использовал титул «князь всея Руси» [1]. Владимир все детство и юность пребывал при дворе отца в Переяславле-Южном. С ранних лет возглавлял отцовскую дружину и находился в походах, защищал землю от набегов половцев. Княжить начал в городе Смоленске (1076) в молодом возрасте, в 23 года от роду.

В 1078 году Владимир Мономах получил Чернигов. В 1080 году отбил набег половцев на черниговские земли, нанёс поражение кочевникам-торкам (торки – одно из тюркских племён, средневековых тюрков-огузов, которые кочевали в причерноморских степях (южнорусских степях) между Доном и Днестром) [2, 3]. В начале 1080-х подавил восстание вятичей, произведя два похода (две подряд зимы между 1078 и 1084 годами).

В **1097** году по инициативе Мономаха состоялся Любечский съезд князей, на котором был принят принцип «каждый держит отчину свою». Это собрание попыталось найти компромисс – примирить противоречивые тенденции стремления князей к независимости и необходимости поддерживать единство перед лицом различных внешних угроз государству. Состоявшийся съезд так и не смог объединить князей. Вскоре после Любечского съезда началась война за Волынь, Перемышль и Теребовль (западные волости). Заключение мира и распределение волостей произошло на съезде в Уветичах (1100 год), когда по решению призванного положить конец войне съезда Волынь стала киевской волостью. Однако, до начала княжения и открытия Золотых Ворот в Киеве Мономаху предстояло пережить много событий [4].

Большое государство необходимо было защищать от тех сил, которые накапливались на его рубежах, и начиная с 1103 г., Владимир, в возрасте 50 лет, стал вдохновителем и одним из руководителей совместных наступательных военных походов против половцев (сражения на Сутени в 1103 году, на Сальнице в 1111 году) [2].

На киевский престол Мономах взошёл в **1113** году, после того как умер великий князь Святополк Изяславич. В этот период в Киеве вспыхнуло восстание. Поводом к восстанию явились обострившиеся социальные противоречия – рост налогов привёл к обеднению населения, киевляне были вынуждены брать в долг у ростовщиков под большие проценты.

Восстание было подавлено, однако Мономах вынужден был облегчить положение низших слоёв общества с помощью законодательных мер. Так появился «Устав Владимира Мономаха» («Устав о резах» – древнерусское правовое постановление; резы – древнерусское слово для ссудных процентов) [5]. Этот устав ограничил доходы ростовщиков, установил условия долговой зависимости и, не затрагивая основы феодальных отношений, улучшил положение холопов и закупов. Закон Владимира Всеволодовича Мономаха о резах наряду с постановлением о банкротстве купца, Уставом о закупках, Уставом о холопах и многими другими вышедшими правовыми текстами вошел в свод законов «Устав Владимира Мономаха» / «Устав Владимира Всеволодовича» (составная часть сборника древнерусских правовых норм «Русской Правды (Пространной редакции; рис.1)» [6], который связан с Киевским восстанием 1113 года и был сформирован в период 1113-1125 гг.

Учитывая вышеизложенное, необходимо отметить значимый вклад Владимира Мономаха в формирование законов государства, которые на долгие столетия позволили стабилизировать социально-политическую напряжённость в стране и экономические отношения на Руси, а вторая и третья части Устава дополнили нормы Русской Правды об имуществе и защите личной чести.

В **1116-1119** гг. благодаря авторитету и военной силе Владимира Мономаха к государству было присоединено Минское княжество, верховья Северского Донца, территория за Доном стала контролироваться князьями киевской Руси. При Владимире Мономахе начали заключаться династические браки между Рю-

риковичами, что также способствовало объединению земель государства. В **1121** году Мономах изгоняет с приграничных территорий представителей тюркоязычных степных племён – берендеев, печенегов и торков.

Оставленные князем исторические источники

Деяния Мономаха отражены в многочисленных исторических источниках [7]. Деятельность князя как писателя и мыслителя отражена в литературном памятнике XI-XII веков – «Поучение Владимира Мономаха» (рис.2) («Завещание Владимира Мономаха детям», «Поучение детям») [8].

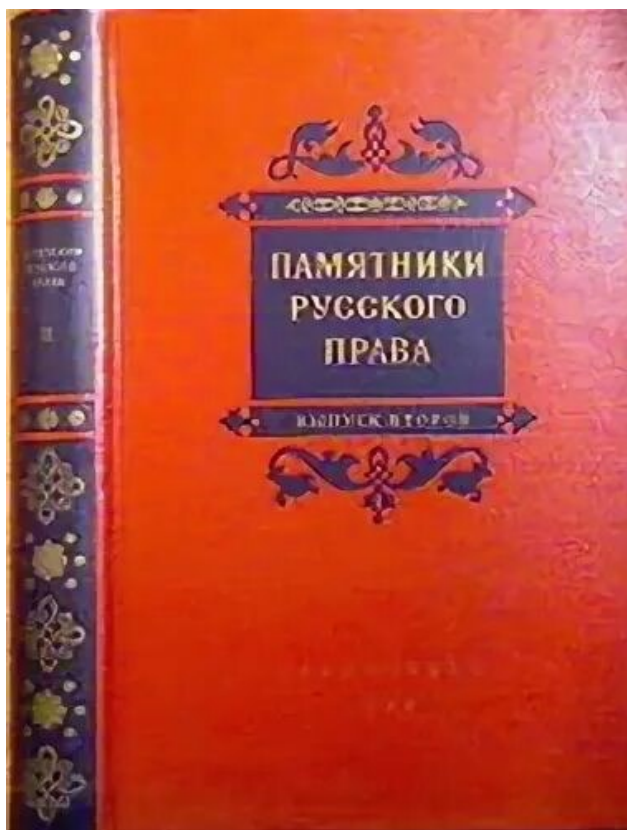


Рис. 1. «Памятники русского права» – серия документов по истории русского права эпохи феодализма (Госюриздат, выпуски 1952-1963 гг.)



Рис. 2. «Поучение Владимира Мономаха», литературный памятник XII века

В данном историческом труде Мономах даёт поколениям наставления о соблюдении важных нравственных правил, повествует о своей деятельности: об участии в делах внешней и внутренней политики государства, проведенных им боевых сражениях, и соблюдении правил, о которых говорит в первой части поучения – «жить, как подобает христианам, всегда и везде поступать так, как прилично мужам, помня, что блюдение Божие надёжней человеческого» [7, 9].

Рассказ о «путях и ловах» является автобиографической частью «Почтения Владимира Мономаха», в которой князь начинает свой рассказ с возраста 13 лет, когда его отец Всеволод Ярославич отправляет молодого князя к Ростову «сквозь землю вятичей».

В рассказах князь говорит о своих военных походах против племенных союзов вятичей, полочан, поляков (западнославянского племени полян) и половцев (древневосточнославянское название западной части тюркоязычных кочевых племён кумано-кыпчакского круга). Мономах описывает 82 похода и большое количество соглашений с половцами. В представленных частях об «ловах» – поимке диких коней, охоте на оленей, куниц, лосей, туров, вепрей, медведей и «лютых зверей».

Медицина в Древней Руси времен Мономаха

В период правления Владимира в Древней Руси было несколько форм врачевания и в правовые акты были внесены изменения, которые касались медицинской практики («Русская Правда»). В уставе впервые было закреплено право лечцов (лечцы в Древней Руси являлись носителями светских медицинских знаний и были профессиональными врачевателями) принимать/брать вознаграждение за оказанную медицинскую помощь (или мзду). В «Уставе» было узаконено требование возмещения морального ущерба человеком, причинившим увечье, не только пострадавшему, но и в казну государства. Необходимо отметить, что в данный период уже формировался специалитет. Среди лечцов уже выделялись узкие специалисты – костоправы, которые оказывали помощь при переломах и вывихах; зубоврачеватели, оказывали помощь при зубной боли; резальники осуществляли хирургические операции (проводили ампутации, прижигания раскалённым железом и вскрывали гнойники); повитухи принимали роды, а «почечуйных дел мастера» лечили геморрой.

Государственные печати

На сохранившихся печатях (рис.3) Владимир Мономах использовал также титул архонт (высшее должностное лицо в древнегреческих полисах (городах-государствах) всея земли Русской, на манер византийского титула [1, 10].



Рис. 3. Печать Владимира Всеволодовича Мономаха (1113-1125 гг.; свинец).

Свинцовые актовые печати (рис.3) использовались Мономахом для скрепления государственных и дипломатических актов, являлись доказательством подлинности документов и были атрибутом высшей государственной власти древней Руси [11].

Первые каменные символы христианской веры

В начале XII века Владимир счел необходимым строить каменные сооружения, чем заложил основу каменного зодчества в Северо-Восточной Руси. Как государь инициировал строительство Богородице-Рождественского собора в Суздале и Успенского собора в Смоленске. Стабильность в государстве держалась на авторитете Мономаха, который он заслужил в борьбе с половцами и другими племенами, а также благодаря концентрации большей части земель Древнерусского государства в руках киевского князя.

Итоги деятельности князя

Мономах закончил свою плодотворную во всех отношениях жизнь 19 мая 1125 года в Киеве и был похоронен в Софийском соборе в Киеве. Его стремление формировать государство было продолжено его сыном Юрием Владимировичем Долгоруким (1099-1157). Впоследствии деяния Владимира Всеволодовича упоминаются в «Слове о погибели Русской земли» (1238-1246; памятник древнерусской литературы XIII века) – в похвалу Владимира Мономаха [12]: «То все с помощью Божьею покорено было христианскому народу, поганые эти страны повиновались великому князю Всеволоду, отцу его Юрию, князю киевскому, деду его Владимиру Мономаху, которым половцы своих малых детей в колыбели пугали. А литовцы из болот своих на свет не показывались, а угры укрепляли каменные стены своих городов железными воротами, чтобы их великий Владимир не покорил, а немцы радовались, что они далеко – за Синим морем. Буртасы, черемисы, вяда и мордва

бортничали на великого князя Владимира. А император царьградский Мануил от страха великие дары посылал к нему, чтобы великий князь Владимир Царьград у него не взял» [13]. Благодаря многим князьям, в том числе и Владимиру Мономаху, государство обростало силой и мощью, что позволило ему войти в первый ряд государств, с которым считаются другие страны.

Сегодня в России проживают 194 народа. Год единства народов 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.

Литература

1. Филюшкин, А. И. Титулы русских государей / А. И. Филюшкин. – Москва ; Санкт-Петербург : Альянс-Архео, 2006. – 254 с.
2. Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона : в 86 т. (82 т. и 4 доп.) / Ф. А. Брокгауз, И. А. Ефрон. – Санкт-Петербург, 1890-1907.
3. Малый энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона : в 2 т. / Ф. А. Брокгауз, И. А. Ефрон. – Санкт-Петербург, 1907-1909.
4. Рыбаков, Б. А. Киевская Русь и русские княжества XII–XIII вв. / Б. А. Рыбаков. – Москва : Наука, 1964. – 592 с.
5. Памятники права феодально-раздробленной Руси XII–XV вв. // Памятники русского права / под ред. С. В. Юшкова, А. А. Зимина. – Москва : Госюриздат, 1952. – С. 161-189.
6. Русская Правда (Пространная редакция) // Библиотека литературы Древней Руси / Институт русской литературы (Пушкинский Дом) РАН. – [Электронное издание]. – Санкт-Петербург, [б. г.]. – Т. 4 : XII век.
7. Владимир Мономах. Поучение детям Владимира Мономаха / Владимир Мономах ; в редакции С. М. Соловьёва и соавт. – Санкт-Петербург : Типография и литография В. А. Тиханова, 1893.
8. Орлов, А. С. История вопроса, когда написано поучение Мономаха // Владимир Мономах / А. С. Орлов. – Москва : АН СССР, 1946. – С. 100-103.
9. Ивакин, И. М. Князь Владимир Мономах и его поучение / И. М. Ивакин. – Москва, 1901. – Ч. 1.
10. Янин, В. Л. Актовые печати древней Руси X–XV вв. : в 3 т. Т. 1 : Печати X – начала XIII в. / В. Л. Янин. – Москва, 1970. – С. 16-17, 20-23.
11. Янин, В. Л. Актовые печати древней Руси X–XV вв. : в 3 т. / В. Л. Янин, П. Г. Гайдуков. – Москва, 1996.
12. Демин, А. С. О древнерусском литературном творчестве / А. С. Демин. – Москва : Языки славянской культуры, 2003. – С. 155.
13. Библиотека литературы Древней Руси : в 20 т. Т. 5 / Институт русской литературы (Пушкинский Дом) РАН. – Санкт-Петербург : Наука, 1997. – С. 90.

© Яцинюк Б.Б., Качальская Я.В., 2026

Информация об авторах

Яцинюк Борис Борисович – главный токсиколог Департамента здравоохранения ХМАО-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»

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

English

EVERYONE HAS THEIR OWN HOMELAND

Yatsinyuk B.B., Kachalskaya Ya.V.

The history of Russia includes a long period of state formation. This article continues a series of publications (No. 1, 2026) that reflect the formation of the Russian multi-ethnic state and cover the period from 1076 to 1125, when Vladimir Vsevolodovich Monomakh (1053-1125) was one of its powerful princes. In 1097, Monomakh initiated the Lyubech Congress of Princes, where the principle of "each holds his own patrimony" was adopted. This meeting attempted to find a compromise by reconciling the conflicting tendencies of the princes' desire for independence and the need to maintain unity in the face of various external threats to the state. The Year of National Unity 2026, celebrated on National Unity Day, emphasizes 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 also highlights the importance of respecting the shared past as a foundation for a shared future.

Key words: history, the Year of Unity of the Peoples of Russia, Vladimir Vsevolodovich Monomakh

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – НЕВРОЛОГИЯ

УДК 616.447

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗА

Смертина Л.П.

БУ «Сургутская окружная клиническая больница»,
Медицинский институт БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Россия

Введение. Псевдогипопаратиреоз – наследственное заболевание, для которого характерна нечувствительность тканей организма к гормону паращитовидных желез. Симптомы псевдогипопаратиреоза схожи с симптомами гипопаратиреоза, при котором симптомы обусловлены снижением секреции гормона паращитовидных желез (паратгормона). Дифференциальный диагноз псевдогипопаратиреоза проводится с гипопаратиреозом и с другими заболеваниями с накоплением кальция в базальных ганглиях. Лечение гипопаратиреоза заключается в заместительной терапии паратгормоном и в нормализации уровня кальция, что дает положительный результат в отношении неврологических симптомов. Целью подготовки публикации явилось представление редкого клинического случая псевдогипопаратиреоза с проведением оценки анамнестических, клинических данных и назначенной фармакологической терапии.

Объект и методы исследования. Объектом исследования явился пациент, мужчина, 47 лет, поступивший в БУ «Сургутская окружная клиническая больница», в неврологическое отделение в плановом порядке. Проведен сбор анамнестических данных, жалоб, оценен неврологический статус, показатели лабораторных и инструментальных исследований, позволяющих оценить течение заболевания. Установлен диагноз по МКБ 10 пересмотра. С учетом полученных данных назначена лекарственная терапия с контролем фармакологического эффекта.

Результаты. В связи с прогрессированием симптоматики паркинсонизма в динамике и необходимости верификации состояния пациент поступил в БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Ранее при обследовании головного мозга методом компьютерной томографии были выявлены симметричные крупные кальцинаты в базальных ганглиях. При обследовании выявлено повышение уровня фосфора в сыворотке крови до 1,65 ммоль/л, снижение уровня общего кальция до 1,79 ммоль/л и ионизированного кальция до 0,79 ммоль/л; уровень паратгормона в крови составил 169,4 пг/мл; содержание витамина D в крови снижено до 11,19 нг/мл. С учетом выявленных изменений проведена консультация эндокринолога – установлен диагноз: Псевдогипопаратиреоз. Синдром Фара. Сопутствующий диагноз: Дефицит витамина D. Ожирение 1 ст., назначен: Альфакальцидол 1 мкг 1 раз в сутки. Неврологом назначен Леводопа+[Карбидопа] 250мг/25 мг в минимальной дозировке по ¼ таблетки 3 раза в сутки, Амантадин по 200 мг в сутки, отмечен значительный эффект. Необходимо отметить, что при вторичном паркинсонизме, обусловленном другими заболеваниями, Леводопа не так эффективна или не эффективна вообще. В динамике, на фоне проводимой терапии, у пациента сохранялись умеренно выраженные симптомы паркинсонизма, но отмечалось существенное улучшение по сравнению с его состоянием при поступлении в стационар. Далее пациенту было рекомендовано медико-генетическое консультирование для уточнения формы псевдогипопаратиреоза.

Заключение. Представленный клинический случай продемонстрировал успешную интеграцию знаний врачей разных специальностей в установлении диагноза и фармакотерапии редкого заболевания. Симптоматическая терапия паркинсонизма оказалась, вопреки ранее известным сведениям, эффективной у пациента в краткосрочном периоде. Различия в эффективности симптоматической терапии соответствуют разнообразию клинических форм, вариантов патологии наследственного материала и индивидуальным особенностям пациента.

Ключевые слова: гипокальциемия, кальцификация базальных ганглиев, синдром паркинсонизма, синдром Фара.



Для цитирования: Смертина Л.П. Клинический случай псевдогипопаратиреоза. Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. №2. С.11-24.

Введение

Псевдогипопаратиреоз – наследственное заболевание, для которого характерна нечувствительность тканей организма к гормону паращитовидных желез [1, 2, 3]. Симптомы псевдогипопаратиреоза схожи с симптомами гипопаратиреоза, при котором симптомы обусловлены снижением секреции гормона паращитовидных желез (паратгормона). Гипопаратиреоз часто возникает вследствие тиреоидэктомии, реже – из-за идиопатической болезни паращитовидных желез [4, 5]. При гипопаратиреозе и при псевдогипопаратиреозе у пациентов снижается уровень кальция в крови и повышается уровень фосфора. В 70% случаев у пациентов с гипопаратиреозом отмечается кальцификация базальных ганглиев, а при псевдогипопаратиреозе она обнаруживается почти всегда. Кальцификация базальных ганглиев бывает асимптомной, но у части пациентов возникает синдром паркинсонизма и другие неврологические нарушения [6, 7]. Дифференциальный диагноз псевдогипопаратиреоза проводится с гипопаратиреозом и с другими заболеваниями с накоплением кальция в базальных ганглиях. Лечение гипопаратиреоза заключается в заместительной терапии паратгормоном и в нормализации уровня кальция, что дает положительный результат в отношении неврологических симптомов. Лечение псевдогипопаратиреоза представляет серьезную проблему. Только у части больных симптомы паркинсонизма уменьшаются при коррекции уровня кальция на фоне лечения препаратами кальция и витамином D. Противопаркинсоническая терапия препаратами леводопы неэффективна. Нами представляется случай диагностики и лечения пациента с псевдогипопаратиреозом, иллюстрирующий классические симптомы заболевания, а также нетипичные индивидуальные особенности. Необходимо отметить, что каждый клинический случай интересен и позволяет развить клиническое мышление и наработать врачебный опыт, особенно молодому специалисту, собрать недостающие звенья в понимании клинической симптоматики заболевания. Таким образом, целью подготовки публикации явилось представление редкого клинического случая псевдогипопаратиреоза с проведением оценки анамнестических, клинических данных и назначенной фармакологической терапии.

Объект и методы исследования

Объектом исследования явился пациент, мужчина, 47 лет, поступивший в БУ «Сургутская окружная клиническая больница» в неврологическое отделение в плановом порядке. Проведен сбор анамнестических данных, жалоб, оценен неврологический статус, показатели лабораторных и инструментальных исследований, позволяющие оценить течение заболевания. Установлен диагноз по МКБ 10 пересмотра. С учетом полученных данных назначена лекарственная терапия с контролем фармакологического эффекта.

Клинический случай

Данные неврологического статуса

Пациент П., 47 лет, поступил в неврологическое отделение в плановом порядке с жалобами на слабость в ногах, онемение в руках и ногах, изменение почерка, неустойчивость при ходьбе с падениями вперед, замедление движений. Начало заболевания пациент связывал с перенесенным тяжелым гнойным менингитом 8 лет назад. После выздоровления от менингита пациент стал испытывать нарастающую слабость в ногах, укорочение шага и другие, названные им в жалобах, расстройства. Он обратился за медицинской помощью по месту жительства и получал лечение вазоактивными и нейрометаболическими препаратами неспецифического действия, а также противопаркинсонический препарат ПК-Мерц. Со слов пациента, улучшения не было, в связи с чем он был госпитализирован. При осмотре у пациента определена избыточная масса тела (рост 169 см, вес 83 кг). Соматических отклонений при клиническом исследовании не выявлено. В неврологическом статусе: пациент в ясном сознании, по шкале комы Глазго 15 баллов. Когнитивный статус соответствует умеренному когнитивному расстройству. Отмечаются тремор век, ограничение движений глазных яблок по вертикали, снижение звучности голоса, гипомимия, насильственные улыбка и смех, тремор языка, положительный хоботковый рефлекс. Мышечный тонус был повышен по экстрапирамидному типу. Отмечалась аксиальная ригидность. При ходьбе шаги были укорочены, отсутствовало отмахивание руками в такт шагам (ахейрокинез), наблюдались дополнительные шаги при поворотах на 180 градусов, замедление ритма при повторных движениях пальцами рук (разведение-сведение большого и указательного пальцев) и стоп (постукивание стопой). Периодически отмечалось «застывание». Симптомы гипокинезии более выражены в левой руке, чем в правой.

Анамнез заболевания и этапы верификации состояния

Из представленных пациентом медицинских документов следовало, что 8 лет назад он получал лечение в одном из медицинских учреждений крупного областного центра в связи с гнойным менингитом. Пациент заболел по дороге домой после отдыха на юге – был снят с поезда и госпитализирован. Течение заболевания было тяжелым, с многодневным угнетением сознания. При обследовании головного мозга методом компьютерной томографии (КТ) были выявлены симметричные крупные кальцинаты в базальных ганглиях. При выздоровлении и выписке из стационара пациенту было рекомендовано провести дообследование в связи с этой «находкой», но оно не было сделано по неизвестным причинам. При обследовании в неврологическом отделении выявлено повышение уровня фосфора в сыворотке крови до 1,65 ммоль/л при норме 0,87-1,45 ммоль/л, снижение уровня общего кальция до 1,79 ммоль/л и ионизированного кальция до 0,79 ммоль/л при норме 2,15-2,5 ммоль/л и 1,03-1,29 ммоль/л соответственно. Уровень

паратгормона в крови составил 169,4 пг/мл, что в несколько раз превышало норму (норма составляет 10-75 пг/мл). Содержание витамина D в крови было снижено до 11,19 нг/мл, при референсных значениях 30-100 нг/мл. Проведено исследование функции щитовидной железы, которое не выявило отклонений. Для исключения инфекционной этиологии происхождения кальцинатов в головном мозге пациент был обследован на токсоплазмоз и цитомегаловирусную инфекцию. Выявлены антитела класса G к цитомегаловирусу в отсутствие острофазовых антител класса M, что является свидетельством не актуального давнего инфицирования; также получено подтверждение инфицированности токсоплазмой (*Toxoplasma gondii*) в виде положительного результата теста на наличие антител IgM и IgG. Потребовалась консультация инфекциониста для решения вопроса о необходимости специфической терапии токсоплазмоза. Инфекционист констатировал, что на момент осмотра у пациента не выявлено клинических признаков течения острой токсоплазменной инфекции. Учитывая, что положительный качественный анализ на токсоплазмоз не отражает факт и давность инфицирования паразитарной инфекцией, в целях исключения или верификации первичного инфицирования и хронического субклинического течения, необходимо было провести дообследование – определение авидности и ДНК возбудителя токсоплазмоза. В назначении специфической терапии паразитарной инфекции на момент осмотра пациент не нуждался. С учетом выявленных изменений в биохимических анализах крови – гипокальциемии, гиперфосфатемии, повышения уровня паратгормона – больному была назначена консультация эндокринолога. Осмотрев пациента и ознакомившись с результатами проведенных обследований, эндокринолог предложил дополнительно провести ультразвуковое исследование щитовидной и паращитовидных желез и определить уровень креатинина. Патологии желез выявлено не было, уровень креатинина соответствовал норме. По результатам проведенных исследований эндокринологом установлен диагноз: Псевдогипопаратиреоз. Синдром Фара. Сопутствующий диагноз: Дефицит витамина D. Ожирение 1 степени, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (по рекомендациям ВОЗ).

С учетом констатированных нарушений и установленного диагноза пациенту было назначено лечение, направленное на коррекцию гипокальциемии, гиперфосфатемии и дефицита витамина D – диета с ограничением фосфора, Альфакальцидол 1 мкг 1 раз в сутки внутрь с дальнейшим контролем кальция 1 раз в три дня и возможной коррекцией дозы на 0,25-0,5 мкг/сутки, до стабилизации биохимических показателей с максимальной суточной дозой 4 мкг. После нормализации биохимических показателей рекомендован контроль уровня кальция 1 раз в три месяца. С целью коррекции неврологических симптомов, среди которых преобладали симптомы паркинсонизма, пациенту был назначен лекарственный препарат Леводопа+[Карбидопа] 250мг/25 мг в минимальной дозировке по ¼ таблетки 3 раза в сутки и Амантадин по 200 мг в сутки для уменьшения брадикинезии и гипокинезии. На этой дозе препаратов через несколько дней отмечен (неожиданный)

значительный эффект – наблюдалось существенное облегчение инициации движений, оживление мимики, улучшение звучности и эмоциональной окраски голоса. Двигательная активность существенно увеличилась, но при ходьбе стала отмечаться патологическая особенность в виде ускорения с невозможностью остановиться. Пациент непроизвольно разгонялся с риском падения. Терапию пришлось изменить, заменив лекарственный препарат Леводопа+[Карбидопа] на агонист дофаминовых рецепторов Прамипексол в минимальной дозировке с постепенным наращиванием до дозы 0,25 мг 3 раза в день. В динамике состояния – патологическое ускорение в дальнейшем не возникало. Симптомы паркинсонизма были умеренными в виде повышения мышечного тонуса с двух сторон, более выраженного в левых конечностях. Пациент был выписан с рекомендациями о продолжении лечения амбулаторно с контролем клинических проявлений заболевания врачом-эндокринологом, врачом-неврологом и врачом-терапевтом. В выписном эпикризе было указано, что результат лечения позволяет пациенту выполнять его трудовую деятельность в качестве подсобного рабочего. Рекомендовано продолжить противопаркинсоническую терапию с возможностью коррекции дозы препаратов под наблюдением врача-невролога. В последующем при обращении пациента в центр экстрапирамидной патологии консультативно-диагностической поликлиники стало известно, что на фоне приема лекарственного препарата Прамипексол в дозе 0,5 мг 3 раза в день у пациента возникли побочные эффекты (предполагаемые побочные эффекты отражены в инструкции к лекарственному препарату), которые проявлялись развитием галлюцинаций, что потребовало снижения дозы препарата. В неврологическом статусе при амбулаторном приеме у пациента сохранялись умеренно выраженные симптомы паркинсонизма. Пациент не выполнял рекомендации эндокринолога, в связи с чем была проведена повторная беседа с объяснением важности назначенной фармакологической терапии, в том числе даны разъяснения родственнику пациента по контролю за приемом медикаментов (на приеме он был в сопровождении отца). Пациенту также было рекомендовано обратиться в медико-генетическую консультацию для подтверждения возможной генетической природы заболевания.

Обсуждение представленного клинического случая

У пациента 47 лет в течение 8 лет прогрессировали симптомы паркинсонизма, которые появились после перенесенного гнойного менингита с тяжелым течением. При обследовании на компьютерной томографии (КТ) головного мозга во время лечения менингита были выявлены массивные кальцинаты в базальных ганглиях (рисунок 1).

Интерес клинического случая представляет то, что жалобы пациента на слабость в ногах, онемение в руках и ногах, изменение почерка, неустойчивость при ходьбе с падениями вперед, замедление движений сначала были интерпретированы специалистами медицинской организации (по месту жительства) как последствия перенесенного менингита. Синдром паркинсонизма может иметь ин-



Рис. 1. КТ головного мозга пациента 47 лет, на которой в базальных ганглиях визуализируются двухсторонние кальцинаты

фекционное происхождение. В начале XX века одной из основных причин паркинсонизма был летаргический энцефалит. В настоящее время инфекционные и постинфекционные случаи паркинсонизма встречаются редко и могут быть ассоциированы с токсоплазмозом у пациентов с иммунодефицитом, бруцеллезом, цитомегаловирусом, цистицеркозом [8]. Эти заболевания, помимо кальцинатов в головном мозге, имеют свои клинические симптомы и эпидемиологический анамнез, которых не было у курируемого пациента.

Для постинфекционного паркинсонизма с течением времени более характерно уменьшение проявления симптомов, но не их прогрессирование. Наличие массивных кальцинатов на КТ головного мозга требовало проведения обследования для исключения первичной и вторичной кальцификации базальных ганглиев. Первичная классификация базальных ганглиев – это болезнь Фара, редкое наследственное заболевание, отраженное немецким патоморфологом К. Fahr в 1931 году [6]. Для него характерно симметричное накопление кальция в головном мозге, прежде всего в базальных ганглиях и зубчатых ядрах мозжечка. Болезнь Фара проявляется паркинсонизмом, дистонией, эпилептическими приступами, пирамидными симптомами и мозжечковыми нарушениями. Заболевание может быть представлено как семейными случаями, так и спорадическими. Данному пациенту с симметричными кальцинатами в базальных ганглиях при выявленных симптомах паркинсонизма следовало провести дифференциальный диагноз сенильной формы болезни Фара с дебютом в среднем возрасте с вторичной кальцификацией базальных ганглиев, то есть с синдромом Фара [6, 9]. При гипопаратиреозе у пациентов снижена выработка паратгормона, чаще всего вследствие удаления щитовидной железы с одновременным случайным удалением паращитовидных желез.

Псевдогипопаратиреоз (ПГП) – редкое, генетически гетерогенное и клинически полиморфное заболевание, диагностика которого основывается на клинико-лабораторных признаках. Сложные генетические механизмы, приводящие к развитию ПГП, обуславливают трудности генетической верификации диагноза [10]. Во многих случаях диагноз устанавливается только на основании характерных клинических проявлений [11]. Паратгормон – основной гормон, отвечающий за гомеостаз кальция, основными органами-мишенями которого являются кости и почки: связываясь с рецепторами, расположенными на поверхности клеток-мишеней, он через сложный механизм внутриклеточного преобразования сигнала приводит к изменению экспрессии генов в соответствии со своими эффектами [12]. Клиническая картина псевдогипопаратиреоза полиморфна и представлена несколькими формами вследствие генетических и эпигенетических дефектов. Неврологические нарушения при псевдогипопаратиреозе включают паркинсонизм, карпопедальные спазмы, парестезии в дистальных отделах конечностей и периоральной области, снижение сухожильных рефлексов, эпилептические приступы, отставание умственного развития или деменцию [7]. У курируемого пациента были определены клинические симптомы паркинсонизма – замедление движений, укорочение шага, шарканье стоп при ходьбе, повышение мышечного тонуса, тихий голос, монотонная речь; субъективно ощущались парестезии в конечностях. Для заключения о его ментальном статусе требуется консультация клинического психолога и (или) врача-психиатра, детальный сбор анамнеза умственного развития и применение специальных тестов. Настораживающими факторами в отношении когнитивного снижения вследствие текущей болезни являются отсутствие своей семьи у пациента, проживание с родителями, низкоквалифицированная работа подсобным рабочим, хотя пациент закончил обучение в профессионально-техническом училище, а также игнорирование врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению заболевания. Клинические симптомы в совокупности с кальцификацией базальных ганглиев продиктовали необходимость проведения специальных лабораторных исследований. Лабораторные признаки заболевания – снижение уровня общего и ионизированного кальция в крови, повышение уровня фосфора, повышение уровня паратгормона – подтвердили подозрение врачей на наличие патологии паращитовидных желез, а именно – псевдогипопаратиреоз.

Накопление кальция в базальных ганглиях может быть случайной находкой у здоровых людей. Кальцинаты в базальных ганглиях встречаются примерно в 0,7-1,2% всех обследованных методом компьютерной томографии [9]. Симптомы экстрапирамидных нарушений, в том числе паркинсонизм, обнаруживаются только у 7% людей с кальцинатами. Кальцинация дает клиническую симптоматику, если общий объем ее достигает 3, 9 кубических сантиметра [6]. У нашего пациента были выявлены массивные кальцинаты, но симптомы, по его описанию, появились позже. Особенностью случая стало значительное изменение симптомов паркинсонизма при назначении противопаркинсонических средств. По данным литературы известно, что препараты Леводопы при гипопаратиреозе, как и при псевдогипопа-

ратирезе, неэффективны. Наш пациент на догоспитальном этапе получал лекарственный препарат Амантадин (ПК-Мерц), который используют при лечении болезни Паркинсона для уменьшения мышечной ригидности и облегчения движений, но, с его слов, эффекта не отмечалось. Специалистами БУ «Сургутская окружная клиническая больница» к лечению добавлен лекарственный препарат Амантадин и комбинированный препарат Левадопа+[Карбидопа]. Левадопа является «золотым стандартом» лечения болезни Паркинсона [13]. «Драматический» эффект лечения болезни Паркинсона является во многих случаях подтверждением правильности диагноза этой болезни. При вторичном паркинсонизме, обусловленном другими заболеваниями, Левадопа не так эффективна или неэффективна вообще. В изученных научных публикациях отсутствуют примеры применения противопаркинсонических препаратов при синдроме паркинсонизма, обусловленном псевдогипопаратиреозом. В представленном клиническом случае эффект лечения был существенным и даже избыточным в виде патологического ускорения при ходьбе, что потребовало коррекции лечения. В динамике у пациента сохранялись умеренно выраженные симптомы паркинсонизма, но отмечалось существенное улучшение по сравнению с его состоянием при поступлении в стационар. Через 4 месяца при консультации врача-невролога-паркинсолога (паркинсолог – это врач-невролог, специализирующийся на диагностике, лечении и сопровождении пациентов с болезнью Паркинсона и другими экстрапирамидными расстройствами) выяснилось, что пациент препараты, рекомендованные эндокринологом, не принимал из-за недисциплинированности на фоне умеренного когнитивного расстройства.

В настоящее время основным методом лечения нарушений фосфорно-кальциевого обмена при ПГП является терапия активными формами витамина D, не требующими гидроксилирования в почках: Альфакальцидол и Кальцитриол [12, 14, 15]. Гидроксилирование витамина D в почках является ключевым этапом его метаболизма, в результате которого образуется биологически активная форма – 1,25-дигидроксивитамин D ($1,25(\text{OH})_2\text{D}$, кальцитриол).

Пациент принимал только противопаркинсонические препараты, на фоне приема которых появились галлюцинации. Галлюцинации являются предполагаемыми побочными эффектами и отражены в инструкции к лекарственным препаратам Прамипексол и Амантадин. Терапия была очередной раз скорректирована по дозам. Пациенту и его отцу, проживающим совместно, было разъяснено необходимость лечения вышеуказанными препаратами, нормализующими содержание кальция в крови. Назначен этапный контроль биохимических показателей. Противопаркинсоническая терапия была только симптоматической и не могла влиять на дальнейшее образование кальцинатов в головном мозге. Пациенту было рекомендовано медико-генетическое консультирование для уточнения формы псевдогипопаратиреоза, хотя многообразие генетических и эпигенетических нарушений затрудняет генетическое подтверждение диагноза. Формы заболевания разнообразны, в том числе одна и та же форма может характеризоваться разными проявлениями.

Впервые псевдогипопаратиреоз (наследственная остеодистрофия Олбрайта) разобрал Фуллер Олбрайт (Fuller Albright, 1900-1969) с соавт. в 1942 году. У исследованных пациентов отмечались особенности фенотипа – низкий рост, ожирение, круглое лицо, брахидактилия, умственная отсталость. В крови было выявлено снижение кальция и высокий уровень паратгормона, также выявлено снижение экскреции фосфатов в моче, изменения скелета, задержка прорезывания зубов, эктопические кальцификаты [16]. Наследственная остеодистрофия Ф. Олбрайта вызвана мутацией материнского аллеля гена *GNAS*, что приводит к мультигормональной резистентности и наследственной остеодистрофии Олбрайта – форма псевдогипопаратиреоза 1a [11].

У исследованного нами пациента не была проведена детальная оценка фенотипа, в частности, в целях обнаружения укорочения 4-й и 5-й пястных или плюсневых костей, не был выполнен тщательный осмотр на предмет изменений скелета и подкожных кальцификатов, а также не проводилось полного обследования гормонального профиля. Чаще всего гормональная резистентность при псевдогипопаратиреозе, помимо нечувствительности к паратгормону, обнаруживается к тиреотропному гормону (ТТГ), но у пациента гормоны щитовидной железы и ТТГ были в пределах нормы. Не исключается, что у пациента легкая стертая форма 1a, поскольку фенотипически он имеет с ней некоторое сходство – ниже среднего роста, со склонностью к ожирению, с круглым лицом. По нашему мнению, у пациента можно предположить форму псевдогипопаратиреоза 1b – редкое аутосомно-доминантное заболевание, передающееся по материнской линии. Его причиной является мутация, поражающая регуляторные элементы гена *GNAS1*, а не сам ген [17]. В этом случае резистентность к паратгормону, по всей видимости, развивается только в ткани почек, поэтому у таких пациентов наблюдаются гипокальциемия, гиперфосфатемия и вторичный гиперпаратиреоз без каких-либо проявлений наследственной остеодистрофии Олбрайта. Обследование медицинским генетиком и неврологом медико-генетической консультации может дополнить клиническую картину пациента прицельно выявленными симптомами и уточнить форму заболевания, в том числе и с применением молекулярно-генетических методов.

Заключение

Представленный клинический случай продемонстрировал успешную интеграцию знаний врачей разных специальностей в установлении диагноза и фармакотерапии редкого заболевания. Симптоматическая терапия паркинсонизма оказалась, вопреки ранее известным сведениям, эффективной у пациента в краткосрочном периоде. Различия эффективности симптоматической терапии соответствуют разнообразию клинических форм, вариантов патологии наследственного материала и индивидуальным особенностям пациента.

Литература

1. Козлова, С. А., Демикова, Н. С., Семанова, Е., Блинникова, О. Е. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Атлас-справочник / С. А. Козлова, Н. С. Демикова, Е. Семанова, О. Е. Блинникова. – Москва : Практика, 1996. – 416 с. – С. 233.
2. Maeda, S. S., Fortes, E. M., Oliveira, U. M., Borba, V. C., Lazaretti-Castro, M. Hypoparathyroidism and Pseudohypoparathyroidism // *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.* – 2006. – Vol. 50, No. 4. – P. 664-673.
3. Clarke, B. L., Brown, E. M., Collins, M. T., Jüppner, H., Lakatos, P., Levine, M. A., et al. Epidemiology and diagnosis of hypoparathyroidism // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2016. – Vol. 101, No. 6. – P. 2284-2299.
4. Артемьев, Д. В., Голубев, В. Л., Яхно, Н. Н. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Раздел книги – Заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной нервной системы / Д. В. Артемьев, В. Л. Голубев, Н. Н. Яхно ; под ред. Н. Н. Яхно. – Москва : МЕДпресс-информ, 2022. – Т. 2. – С. 78-176.
5. Powers, J., Joy, K., Ruscio, A., Lagast, H. Prevalence and incidence of hypoparathyroidism in the United States Using a large claims database // *Journal of Bone and Mineral Research.* – 2013. – Vol. 28, No. 12. – P. 2570-2576.
6. Manyam, B. V., Walters, A. S., Narla, K. R. Bilateral striopallidodentate calcinosis // *Movement disorders.* – 2000. – Vol. 15, No. 3. – P. 233.
7. Manyam, B. V., Walters, A. S., Narla, K. R. Bilateral striopallidodentate calcinosis: clinical characteristics of patients seen in a registry // *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society.* – 2001. – Vol. 16, No. 2. – P. 258-264.
8. Cardoso, F. Infections and transmissible movement disorders // In: J. Jankovic, E. Tolosa (eds.). *Parkinson's disease and mov. disorders.* 3rd ed. – Baltimore : Williams & Wilkins, 1998. – P. 945-965.
9. Левин, О. С., Иллариошкин, С. Н. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению. Раздел: Вторичный паркинсонизм / О. С. Левин, С. Н. Иллариошкин ; под ред. В. Н. Штока, И. А. Ивановой-Смоленской, О. С. Левина. – Москва : МЕДпресс-информ, 2002. – С. 156-175.
10. Bastepe, M. Genetics and epigenetics of parathyroid hormone resistance // *Endocr Dev.* – 2013. – Vol. 24. – P. 11-24.
11. Маказан, Н. В., Орлова, Е. М., Карева, М. А. Псевдогипопаратиреоз // *Проблемы эндокринологии.* – 2015. – Т. 3. – С. 47-56.
12. Bilezikian, J. P., Khan, A., Potts, J. T., Jr M., et al. Hypoparathyroidism in the adult: epidemiology, Diagnosis, pathophysiology, target-organ involvement, treatment, and challenges for future research // *Journal of Bone and Mineral Research.* – 2011. – Vol. 26, No. 10. – P. 2317-2337.

13. Антониони, А. Современные подходы к лечению болезни Паркинсона // Болезнь Паркинсона и расстройства движения. Руководство для врачей. По мат. III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движения (с международным участием) [под ред. проф. С. Н. Иллариошкина и проф. О. С. Левина]. – Москва, 21-24 сентября 2014 г. – С. 158-164.
14. Abbas, A. Diagnosis and management of hypocalcaemia in adults // Endocrinol Diabetes Case Stud Quest Comment. – 2015. – P. 133-140.
15. Bilezikian, J. P., Brandi, M. L., Cusano, N. E., Mannstadt, M., Rejnmark, L., Rizzoli, R., et al. Management of hypoparathyroidism: Present and future // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2016. – Vol. 101, No. 6. – P. 2313-2324.
16. Albright, F., Burnett, C. N., Smith, P. H., Parsons, W. Pseudoparathyroidism – an example of the seabright-bantam syndrome. Report of 3 cases // Endocrinology. – 1942. – Vol. 30. – P. 922-935.
17. Liu, J., Litman, D., Rosenberg, M. J., et al. A GNAS1 imprinting defect in pseudohypoparathyroidism type IB // Journal of Clinical Investigation. – 2000. – Vol. 106, No. 9. – P. 1167-1174.

© Смертина Л.П., 2026

Информация об авторе

Смертина Любовь Порфирьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии Медицинского института, БУ ВО «Сургутский государственный университет», врач - невролог; Сургут, e:mail: Smertina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0318-3960>

A CLINICAL CASE OF PSEUDOHYPOPARATHYROIDISM

Smertina L.P.

Introduction. Pseudo-hypoparathyroidism is a hereditary disease characterized by the insensitivity of the body's tissues to the parathyroid hormone. The symptoms of pseudo-hypoparathyroidism are similar to those of hypoparathyroidism, which is caused by a decrease in the secretion of parathyroid hormone (parathormone). The differential diagnosis of pseudo-hypoparathyroidism is made with hypoparathyroidism and other diseases associated with calcium accumulation in the basal ganglia. Treatment for hypoparathyroidism involves replacement therapy with parathyroid hormone and normalization of calcium levels, which can lead to improvement in neurological symptoms. The purpose of this publication was to present a rare clinical case of pseudohypoparathyroidism, evaluating the patient's medical history, clinical findings, and prescribed pharmacological therapy.

Material and methods. The object of the study was a patient, a 47-year-old man, who was admitted to the neurological department of the Surgut District Clinical Hospital on a routine basis. Anamnesis data, complaints, and neurological status were collected, and laboratory and instrumental tests were performed to assess the course of the disease. A diagnosis was established based on the 10th revision of the International Classification of Diseases. Based on the obtained data, drug therapy was prescribed, and the pharmacological effect was monitored.

Results. Due to the progression of Parkinson's disease symptoms and the need for verification, the patient was admitted to the Surgut District Clinical Hospital. Previously, a brain CT scan revealed symmetrical large calcifications in the basal ganglia. The examination revealed an increase in the serum phosphorus level to 1.65 mmol/L, a decrease in the total calcium level to 1.79 mmol/L, and an increase in the ionized calcium level to 0.79 mmol/L; the blood parathyroid hormone level was 169.4 pg/mL; and the blood vitamin D level was reduced to 11.19 ng/mL. Pseudohypoparathyroidism. Far syndrome. Concomitant diagnosis: Vitamin D deficiency. Obesity stage 1, and the following medication was prescribed: Alfacalcidol 1 mcg once daily. The neurologist prescribed Levodopa+[Carbidopa] 250 mg/25 mg at a minimum dosage of ¼ tablet three times daily, as well as Amantadine 200 mg daily, and significant improvement was observed. It should be noted that Levodopa is not as

effective or effective at all in cases of secondary Parkinson's disease caused by other conditions. Over time, despite the ongoing treatment, the patient's symptoms of parkinsonism remained moderately severe, but there was a significant improvement compared to his initial condition upon admission to the hospital. Subsequently, the patient was advised to undergo medical and genetic counseling to determine the specific form of pseudohypoparathyroidism.

Conclusion. The presented clinical case demonstrated the successful integration of the knowledge of doctors of different specialties in establishing the diagnosis and pharmacotherapy of a rare disease. Contrary to previously known information, symptomatic therapy of Parkinsonism proved to be effective in the patient in the short term. The differences in the effectiveness of symptomatic therapy correspond to the diversity of clinical forms, variants of hereditary material pathology, and individual characteristics of the patient.

Key words: hypocalcemia, calcification of the basal ganglia, Parkinsonism syndrome. Fahr syndrome

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – ТЕРАПИЯ

УДК 616.37-002

ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ

Исаев Ю.И., Гаджиев П.И., Полищук Е.А.

БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница», г. Пыть-Ях, Россия

Введение. Гипертриглицеридемия (ГТГ) занимает третье место в структуре этиологических факторов острого панкреатита (ОП), уступая лишь алкоголю и билиарной патологии. Риск развития ОП экспоненциально возрастает при уровне триглицеридов (ТГ) выше 11,2 ммоль/л.

Цель. Изучить клинико-лабораторные характеристики пациентов с тяжёлой ГТГ и их связь с развитием острого панкреатита у взрослых.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 129 медицинских карт пациентов с уровнем $\text{TГ} \geq 11,2$ ммоль/л, находившихся на лечении в БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» в период 2015-2025 гг. Критериями включения являлись: наличие в медицинской карте (амбулаторной или стационарной) однократного или повторного измерения уровня триглицеридов ($\text{TГ} \geq 11,2$ ммоль/л) в период с января 2015 г. по декабрь 2025 г.; возраст 18 лет и старше на момент фиксации гипертриглицеридемии. Критерии исключения: отсутствие достоверных данных о наличии или отсутствии острого панкреатита; отсутствие в медицинской карте (амбулаторной или стационарной) однократного или повторного измерения уровня триглицеридов ($\text{TГ} \geq 11,2$ ммоль/л); генетически подтверждённые моногенные нарушения липидного обмена (например, семейная хиломикронемия). Статистическая обработка. Учитывая распределение данных, отличное от нормального (оценка по критерию Шапиро-Уилка), количественные показатели представлены в виде медианы (Me) и межквартильного интервала [Q1; Q3]. Качественные показатели представлены абсолютными и относительными частотами (n, %). При сравнении независимых групп по количественному признаку использован U-критерий

Манна-Уитни. При сравнении качественных признаков – точный критерий Фишера (для четырёхпольных таблиц). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В исследуемой группе преобладали мужчины (67,4%), медиана возраста составила 51 [41; 57] год. Медиана уровня ТГ - 14,45 [12,72; 17,61] ммоль/л. Острый панкреатит в анамнезе зафиксирован у 21 (16,3%) пациента. В подгруппе пациентов с ОП достоверно чаще встречались крайне высокие значения ТГ ($>22,6$ ммоль/л): 19,0% против 4,6% в группе без панкреатита ($p = 0,038$). Выявлена коморбидность: сахарный диабет (69,0%), артериальная гипертензия (68,2%) и ожирение (56,6%).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень ТГ $>22,6$ ммоль/л ассоциирован с более высокой частотой ОП. Пациенты с ГТГ требуют комплексного ведения с коррекцией метаболических нарушений для первичной и вторичной профилактики панкреатита.

Ключевые слова: гипертриглицеридемия, острый панкреатит, триглицериды, метаболический синдром.

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

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.



Для цитирования: Исаев Ю.И., Гаджиев П.И., Полищук Е.А. Гипертриглицеридемия как этиологический фактор острого панкреатита: ретроспективный анализ данных. Здорово-охранение Югры: опыт и инновации. 2026. №2. С.25-33.

Введение

Гипертриглицеридемия (ГТГ) является доказанным этиологическим фактором острого панкреатита. По данным литературы, ГТГ-индуцированный панкреатит составляет от 4% до 10% всех случаев острого панкреатита (ОП), однако в популяциях с высокой распространенностью метаболического синдрома этот показатель может быть существенно выше [1, 5]. Патогенетически панкреатит развивается вследствие липотоксического действия свободных жирных кислот, которые высвобождаются при гидролизе триглицеридов (ТГ) панкреатической липазой в микроциркуляторном русле поджелудочной железы, что запускает каскад провоспалительных реакций и повреждение эндотелия [3, 4].

Клиническая значимость проблемы обусловлена более тяжёлым течением ГТГ-ассоциированного панкреатита: у данной когорты пациентов чаще развиваются некроз поджелудочной железы, органная недостаточность и рецидивы заболевания [4]. Пороговым уровнем, при котором риск ОП критически возрастает, считается концентрация ТГ 11,2 ммоль/л [12, 13]. При значениях выше 22,6 ммоль/л риск панкреатита увеличивается многократно [2, 4, 10]. С учетом представленных данных сформулирована цель исследования – оценить эпидемиологические и клинические особенности пациентов с тяжёлой гипертриглицеридемией, госпитализированных в стационар г. Пыть-Яха, определить частоту встречаемости острого панкреатита в данной когорте в зависимости от степени повышения уровня триглицеридов.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование. Методом сплошной выборки отобраны медицинские карты пациентов, проходивших амбулаторное и стационарное лечение в БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» с 2015 по 2025 год, у которых хотя бы однократно при биохимическом исследовании крови был зафиксирован уровень триглицеридов $\geq 11,2$ ммоль/л. Критериями включения являлись: наличие в медицинской карте (амбулаторной или стационарной) однократного или повторного измерения уровня триглицеридов (ТГ) $\geq 11,2$ ммоль/л в период с января 2015 г. по декабрь 2025 г.; возраст 18 лет и старше на момент фиксации гипертриглицеридемии. Критерии исключения: отсутствие достоверных данных о наличии или отсутствии острого панкреатита; отсутствие в медицинской карте (амбулаторной или стационарной) однократного или повторного измерения уровня триглицеридов (ТГ) $\geq 11,2$ ммоль/л; генетически подтверждённые моногенные нарушения липидного обмена (например, семейная хиломикронемия).

Статистическая обработка

Учитывая распределение данных, отличное от нормального (оценка по критерию Шапиро-Уилка), количественные показатели представлены в виде медианы (Me) и межквартильного интервала [Q1; Q3]. Качественные показатели представ-

лены абсолютными и относительными частотами (n, %). При сравнении независимых групп по количественному признаку использован U-критерий Манна-Уитни. При сравнении качественных признаков – точный критерий Фишера (для четырёхпольных таблиц). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Термины и определения

Для единообразного понимания представленных данных необходимо уточнить терминологию, используемую в исследовании. Триглицериды – это основной вид жиров в организме человека и животных, а также главный компонент пищевых масел и жиров. Тяжёлой гипертриглицеридемией считается уровень триглицеридов в крови более 10 ммоль/л (или более 885 мг/дл). Компоненты метаболического синдрома – это комплекс клинически значимых нарушений обмена веществ, включающий висцеральное (абдоминальное) ожирение, повышенное артериальное давление, высокий уровень сахара в крови и нарушения холестеринового обмена.

Общая характеристика выборки

В исследуемую группу вошли 129 пациентов с тяжёлой гипертриглицеридемией. Характеристика пациентов представлена в таблице 1. Медиана уровня ТГ составила 14,45 ммоль/л, что более чем в 8 раз превышает верхнюю границу нормы (1,7 ммоль/л).

Таблица 1 – Клинико-демографическая характеристика пациентов с ГТГ

Показатель	Значение (n=129)
Пол (м/ж), абс. (%)	87 (67,4%) / 42 (32,6%)
Возраст, лет (Me [Q1; Q3])	51 [41; 57]
Триглицериды, ммоль/л (Me [Q1; Q3])	14,45 [12,72; 17,61]
Уровень ТГ 11,2-22,5 ммоль/л, абс. (%)	120 (93,0%)
Уровень ТГ >22,6 ммоль/л, абс. (%)	9 (7,0%)

Коморбидный фон

Анализ сопутствующей патологии выявил высокую распространённость компонентов метаболического синдрома: сахарный диабет 2 типа – 89 пациентов (69,0%); артериальная гипертензия – 88 (68,2%); ожирение (индекс массы тела >30 кг/м²) – 73 (56,6%); хроническая болезнь почек – 27 (20,9%).

Связь ГТГ с острым панкреатитом

У 21 пациента (16,3%) в анамнезе имелись данные о перенесённом остром панкреатите в исследуемый период. Для оценки связи степени тяжести ГТГ с наличием острого панкреатита выборка была разделена на две группы: с ОП (n = 21) и без ОП (n = 108).

Таблица 2 – Сравнительный анализ групп в зависимости от наличия острого панкреатита

Показатель	Группа с ОП (n=21)	Группа без ОП (n=108)	Уровень значимости (p)
Женский пол, абс. (%)	11 (52,4%)	31 (28,7%)	0,043
Возраст, лет (Me [Q1; Q3])	48 [35; 53]	51,5 [42; 58]	0,096
ТГ, ммоль/л (Me [Q1; Q3])	14,76 [13,62; 19,48]	14,34 [12,71; 16,99]	0,238
ТГ >22,6 ммоль/л, абс. (%)	4 (19,0%)	5 (4,6%)	0,038
Сахарный диабет, абс. (%)	17 (81,0%)	72 (66,7%)	0,302
Ожирение, абс. (%)	14 (66,7%)	59 (54,6%)	0,346

Анализ полученных данных

Критический уровень ТГ. В группе пациентов, перенесших ОП, достоверно чаще встречались экстремально высокие значения ТГ (>22,6 ммоль/л) – 19,0% против 4,6% (p = 0,038). Это согласуется с данными литературы о нелинейном росте риска: превышение порога 22,6 ммоль/л является более значимым маркером ассоциации с ОП, чем средний уровень ТГ в подгруппе [2, 4, 10]. Метаболический профиль. Несмотря на отсутствие статистической значимости (p>0,05), в группе с ОП прослеживается тенденция к большей частоте сахарного диабета и ожирения, что подчёркивает роль инсулинорезистентности в патогенезе.

Обсуждение

Проведённый анализ подтверждает, что пациенты с гипертриглицеридемией в условиях реальной клинической практики г. Пыть-Яха представляют собой группу высокого риска по развитию острого панкреатита. Полученные нами данные о частоте ОП (16,3%) среди пациентов с ТГ >11,2 ммоль/л согласуются с мировыми данными, согласно которым кумулятивный риск панкреатита при таком уровне ТГ составляет 5-20% в течение 5-10 лет [2, 4].

Особого внимания заслуживает тот факт, что именно наличие крайней степени ГТГ ($>22,6$ ммоль/л), а не просто повышенный средний уровень, было маркером, различающим группы с панкреатитом и без него. Это подчёркивает клиническую важность не просто констатации факта дислипидемии, а количественной оценки и стратификации риска. Высокая частота сахарного диабета (69,0%) и ожирения (56,6%) в исследуемой выборке диктует необходимость междисциплинарного подхода. Гипергликемия подавляет активность липопротеинлипазы, что способствует прогрессированию гипертриглицеридемии. В свою очередь, острый или хронический панкреатит индуцирует транзиторную гипергликемию и отягощает течение сахарного диабета. Данное патофизиологическое взаимодействие формирует порочный круг, требующий интенсивной коррекции всех звеньев метаболического синдрома. С учетом представленных данных целесообразно рекомендовать: проводить скрининг липидного профиля у всех пациентов с метаболическим синдромом; назначать интенсивную липидснижающую терапию (фибраты, омега-3 ПНЖК) при ТГ $>11,2$ ммоль/л [1, 9]; направлять пациентов на консультацию врача-липидолога.

Заключение

Гипертриглицеридемия является значимой и потенциально управляемой причиной острого панкреатита. Анализ данных пациентов БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» (г. Пыть-Ях) показал, что уровень триглицеридов выше 22,6 ммоль/л ассоциирован с достоверно более высокой частотой острого панкреатита. Учитывая высокую коморбидность (сахарный диабет, ожирение, артериальную гипертензию), ведение таких пациентов не должно ограничиваться купированием острого состояния.

Литература

1. Berglund, L., Brunzell, J. D., Goldberg, A. C., et al. Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline // *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. – 2012. – Vol. 97, No. 9. – P. 2969-2989. – DOI: 10.1210/jc.2011-3213.
2. Carr, R. A., Rejowski, B. J., Cote, G. A., et al. Systematic review of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis // *Pancreatology*. – 2020. – Vol. 20, No. 5. – P. 884-891. – DOI: 10.1016/j.pan.2020.05.013.
3. Qiu, M., Zhou, X., Zippi, M., et al. Comprehensive review on the pathogenesis of hypertriglyceridaemia-associated acute pancreatitis // *Annals of Medicine*. – 2023. – Vol. 55. – P. 2265939. – DOI: 10.1080/07853890.2023.2265939.
4. Zhang, Y., Liu, Y., Zhou, Y., et al. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis: clinical and basic research – a narrative review // *Journal of Pancreatology*. – 2024. – Vol. 7, No. 1. – P. 32-41. – DOI: 10.1097/JP9.000000000000145.

5. Pedersen, S. B., Langsted, A., Nordestgaard, B. G. Nonfasting mild-to-moderate hypertriglyceridemia and risk of acute pancreatitis // JAMA Internal Medicine. – 2016. – Vol. 176, No. 12. – P. 1834-1842. – DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.6875.
6. Cao, L., Zeng, Y., Wang, Y., et al. Early plasmapheresis among patients with hypertriglyceridemia-associated acute pancreatitis // JAMA Network Open. – 2023. – Vol. 6, No. 6. – P. e2316532. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.16532.
7. Lindkvist, B., Appelros, S., Regnér, S., Manjer, J. A prospective cohort study on risk of acute pancreatitis related to serum triglycerides, cholesterol and fasting glucose // Pancreatology. – 2012. – Vol. 12, No. 4. – P. 317-324. – DOI: 10.1016/j.pan.2012.05.002.
8. De Luca, C., Ciciola, P., D'Errico, G., et al. Genetic assessment and clinical correlates in severe hypertriglyceridemia: a systematic review // Genes. – 2025. – Vol. 16, No. 11. – P. 1377. – DOI: 10.3390/genes16111377.
9. Gligorijevic, N., Stefanovic-Racic, M., Kershaw, E. E. Medical management of hypertriglyceridemia in pancreatitis // Current Opinion in Gastroenterology. – 2023. – Vol. 39, No. 5. – P. 421-427. – DOI: 10.1097/MOG.0000000000000956
10. Mosztbacher, D., Hanák, L., Farkas, N., et al. Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: a prospective, multicenter, international cohort analysis of 716 acute pancreatitis cases // Pancreatology. – 2020. – Vol. 20, No. 4. – P. 608-616. – DOI: 10.1016/j.pan.2020.03.018.
11. Wu, B. U., Batech, M., Dong, E. Y., Duan, L., Yadav, D., Chen, W. Influence of ambulatory triglyceride levels on risk of recurrence in patients with hypertriglyceridemic pancreatitis // Dig Dis Sci. – 2019. – Vol. 64, No. 3. – P. 890-897. – DOI: 10.1007/s10620-018-5226-x.
12. Клинические рекомендации «Хронический панкреатит» (утв. Минздравом России) / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2024. – С. 11.
13. Saadatagah, S., Larouche, M., Naderian, M., Nambi, V., Brisson, D., Kullo, I. J., et al. Recognition and management of persistent chylomicronemia: a joint expert clinical consensus by the National Lipid Association and the American Society for Preventive Cardiology // Journal of Clinical Lipidology. – 2025. – Vol. 19, No. 4. – P. 723-736. – DOI: 10.1016/j.jacl.2025.03.012..

© Исаев Ю.И., Гаджиев П.И., Полищук Е.А., 2026

Информация об авторах

Исаев Юрий Иванович – заведующий терапевтическим отделением поликлиники, г. Пыть-Ях, isaev.ui@mail.ru;

Гаджиев Паша Исламдинович – заведующий отделом качества, г. Пыть-Ях, Gadjiev@pyob.ru;

Полищук Екатерина Александровна – врач-терапевт отделения медицинской профилактики, г. Пыть-Ях, PolEA@pyob.ru.

HYPERTRIGLYCERIDEMIA AS AN ETIOLOGICAL FACTOR OF ACUTE PANCREATITIS: A RETROSPECTIVE DATA ANALYSIS

Isaev Y.I., Gadzhiev P.I., Polishchuk E.A.

Background. Hypertriglyceridemia (HTG) is the third most common etiological factor for acute pancreatitis (AP), following alcohol and biliary pathology. The risk of AP increases exponentially when triglyceride (TG) levels exceed 11.2 mmol/L.

Aim. To investigate the clinical and laboratory characteristics of patients with severe HTG and their association with the development of acute pancreatitis in adults.

Materials and Methods. A retrospective analysis of 129 medical records of patients with TG levels ≥ 11.2 mmol/L treated at the Pyat-Yakh District Clinical Hospital between 2015 and 2025 was performed. The inclusion criteria were as follows: a single or repeated measurement of triglyceride (TG) levels ≥ 11.2 mmol/L in the medical record (outpatient or inpatient) between January 2015 and December 2025; and an age of 18 years or older at the time of the diagnosis of hypertriglyceridemia. Exclusion criteria: lack of reliable data on the presence or absence of acute pancreatitis; absence of a single or repeated measurement of triglyceride (TG) levels ≥ 11.2 mmol/L in the medical record (outpatient or inpatient); genetically confirmed monogenic disorders of lipid metabolism (e.g., familial chylomicronemia). Statistical processing. Given the distribution of data that is not normal (Shapiro-Wilk test), quantitative indicators are presented in the form of the median (Me) and the interquartile interval [Q1; Q3]. Qualitative indicators are presented in the form of absolute and relative frequencies (n, %). When comparing independent groups based on a quantitative indicator, the Mann-Whitney U test was used. When comparing qualitative indicators, the Fisher exact test (for four-field tables) was used. Differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results. The study group was predominantly male (67.4%), with a median age of 51 [41; 57] years. The median TG level was 14.45 [12.72; 17.61] mmol/L. A history of acute pancreatitis was documented in 21 (16.3%) patients. In the subgroup of patients with AP, extremely high TG levels (>22.6 mmol/L) were significantly more frequent: 19.0% versus 4.6% in the group without pancreatitis ($p = 0.038$). Comorbidities included diabetes mellitus (69.0%), arterial hypertension (68.2%), and obesity (56.6%).

Conclusion. The obtained data indicate that a TG level >22.6 mmol/L was associated with a higher frequency of AP. Patients with HTG require comprehensive management with correction of metabolic disorders for both primary and secondary prevention of pancreatitis.

Key words: hypertriglyceridemia, acute pancreatitis, triglycerides, metabolic syndrome

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 614.2

БУ «НИЖНЕВАРТОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ, ДОСТИЖЕНИЯ, СТРАТЕГИЯ УСПЕХА

Чураков И.В., Морозкова И.В. *

БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника»,
г. Нижневартовск, Россия

Введение. БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника» встречает 50-летний юбилей. Сегодня медицинская организация является одной из крупнейших в округе по оказанию стоматологической помощи населению, обладающей признанной репутацией и высоким профессионализмом. Материалы статьи, делая экскурс в историю становления стоматологической службы Нижневартовска, раскрывают этапы развития Нижневартовской городской стоматологической поликлиники.

Объект и методы исследования. По материалам исторических источников представлены этапы становления стоматологической службы города Нижневартовска. В статье отражены отдельные показатели деятельности БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника» за несколько десятилетий. Архивные материалы представлены по изданию Л.Г. Прихода «Отсчет времени. Новое поколение» (2016), активным участником подготовки которой была И.В. Морозкова, и другим источникам.

Результаты. Анализ большого количества исторического материала позволил представить в публикации истоки здравоохранения на территории города Нижневартовска и Нижневартовского района, которые начинаются с 70-х годов XIX века. Первые упоминания о фельдшерском пункте в селе Нижне-Вартовском встречаются с 1910 года. Сегодня

Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника обладает главными признаками современной стоматологии, в ней трудятся 309 человек (89 врачей, 154 представителя среднего медицинского персонала).

Ограничения в научном исследовании. Отсутствуют.

Заключение. Благодаря деятельности коллектива БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» жителям Нижневартовска в настоящее время доступна стоматологическая помощь инновационного уровня, соответствующая мировым стандартам и современным требованиям к качеству.

Ключевые слова: Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника, Инновационный Центр Стоматологической Ассоциации России, терапевтическая, ортопедическая, хирургическая стоматология, история стоматологической службы, здравоохранение Югры

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

Благодарность. Авторы благодарят Людмилу Григорьевну Приходу, опубликовавшей при поддержке администрации БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» издания об истории здравоохранения Нижневартовска и Нижневартовского района, и других специалистов, которые создавали историю, за возможность в данной статье проследить динамику истории образования организации, Специалистов, которые работали в разные годы в медицинской организации. Авторы считают, что материал в статье будет популяризировать данные из изданий «Не чужая боль», «Отсчет времени. Новое поколение», «Памятью пронзая время» среди медицинских работников и историков медицины.

Авторы также выражают благодарность специалистам БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника», в том числе ветеранам организации, за помощь в подготовке материалов для публикации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.



Для цитирования: Чураков И.В., Морозкова И.В. БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»: история становления, достижения, стратегия успеха. // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. № 2. 34-51.

Введение

Сегодня БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» является одной из крупнейших медицинских организаций округа по оказанию стоматологической помощи населению, обладающей признанной репутацией и высоким профессионализмом.

Исторические этапы за период XIX-XX веков [1, 2, 3].

Истоки здравоохранения Нижневартовска начинаются с 70-х годов XIX века, когда впервые, по данным архивов, зафиксировано упоминание о медицинском обеспечении жителей современной территории Нижневартовска и Нижневартовского района. Первые упоминания о фельдшерском пункте в селе Нижне-Вартовском встречаются начиная с 1910 г. В селении Нижневартовском (1925 г.) насчитывалось около 100 дворов, был открыт фельдшерский пункт для оказания помощи сельским жителям и коренному населению, проживающему в глухих таежных стойбищах.

Становление стоматологической службы Нижневартовска относится к далекому 1946 году, когда в Старом Вартовске был организован первый зубоврачебный кабинет, где помощь оказывал фельдшер, ветеран Великой Отечественной войны Василий Сергеевич Балахонов (рисунки 1, 2).



Рис. 1. Коллектив Нижневартовского врачучастка, 8 марта 1949 г. (в центре В.С. Балахонов).

(Из издания Прихода Л.Г. «Отсчет времени. Новое поколение», 2016 г.)



Рис. 2. Нижневартовская районная больница (1960-е годы).

(Из издания Прихода Л.Г. «Отсчет времени. Новое поколение», 2016 г.)

В **1961** году организован Нижневартовский зубоучасток при поликлинике Нижневартовской районной больницы.

До 1965 года кабинет работал на 0,5 ставки и не имел специального помещения. С **1962** года Василий Сергеевич после прохождения специализации начал оказывать «зубопротезную помощь». С **1965** года для зубопротезного кабинета было выделено специальное помещение, отдельная комната размером 10,5 кв. м. В **1966** году был открыт стоматологический кабинет в селе Нижневартовское при Нижневартовской районной больнице.



Рис. 3. Поликлиника при Нижневартовской районной больнице (1971 г.).

(Из издания Прихода Л.Г. «Отсчет времени. Новое поколение», 2016 г.)

В период **1966-1974** гг. стоматологическая служба уже имеет 4 кабинета: терапевтический, хирургический, зуботехнический, ортопедический на 7 рабочих мест (рисунок 3).

Годом образования Нижневартонской городской стоматологической поликлиники стал **декабрь 1975** года, когда на основании приказа главного врача медико-санитарной части НГДУ «Мегионнефть» стоматологическое отделение выделилось в самостоятельную службу (рисунок 4).



Рис. 4. Страница приказа об открытии стоматологической поликлиники, 1975 г.

(Из издания Прихода Л.Г. «Отсчет времени. Новое поколение», 2016 г.)

Штат отделения состоял из 26 врачей и 16 медицинских сестер, работали 2 терапевтических кабинета, хирургический, ортопедический, ортодонтический, кабинет для приема детей (рисунок 5), кабинет для оказания острой боли, зуботехническая лаборатория, рентген-кабинет.

Рис. 5. Нижневартонская районная больница. Лечение в стоматологическом кабинете (1970-е гг.).

(Из издания Прихода Л.Г. «Отсчет времени. Новое поколение», 2016 г.)



Возглавляла поликлинику за период с 1975 по 1981 гг. Дженни Федоровна Чистякова. К этому времени значительно расширился штат врачей, приехали молодые специалисты: Валентина Алексеевна Рогова, Валерий Александрович Кирьянов, Елена Николаевна Малюкова, Анатолий Гаврилович Гаврилов, Сергей Петрович Елагин, супруги Юрий Михайлович и Валентина Александровна Долмашкины, Екатерина Ивановна Буяновская, Галина Ивановна Болдышева, Айсина Хузеевна Жафярова, Насима Саубановна Гилязова, Нина Павловна Ряннель, Варвара Прокофьевна Мещанова.

Открывается ортопедическое отделение во главе с Анатолием Гавриловичем Пономаревым, работали врачи К. Жабин, Казбек Каурбекович Мисиков, Леонид Григорьевич Андросов, Василий Сергеевич Балахонов, Ирина Александровна Деева, Алексей Александрович Позевалов, Анатолий Троегубов (рисунок 6).



Рис. 6. Зуботехническая лаборатория, 1978 г.

(Из издания Прихода Л.Г. «Отсчет времени. Новое поколение», 2016 г.)

Колоссальная врачебная нагрузка, огромный поток пациентов не влияли на качество работы и не мешали профессиональному росту медицинских работников. Молодые специалисты органично вливались в коллектив.

В **1980** году детское стоматологическое отделение выделяется в отдельную детскую стоматологическую поликлинику, а в **1985** году стоматологическая поликлиника переезжает в новое здание по ул. 60 лет Октября, 47. С 1981 по 1986 гг. главным врачом была Людмила Васильевна Теленкова. В период **1986-1999** гг. учреждение возглавлял Николай Борисович Павлов.

К этому времени значительно увеличивается штат стоматологической поликлиники, открываются новые дополнительные кабинеты, приходят врачи: Тамара Владимировна и Геннадий Петрович Мирошниченко, Елена Дмитриевна Макарова, Галина Викторовна Киношук, Наталия Ивановна Решетько, Наталья Владимировна Вашова, Алексей Викторович Ненашев, Ирина Петровна Шутенко, Ирина Алексеевна и Евгений Николаевич Шмойловы, Гульнара Абдразаковна Лесс, Татьяна Александровна Соловьева.

Началось строительство корпуса поликлиники по ул. Ленина, 11, которое затем вводится в работу в два этапа – в 1997 году и, окончательно, – в 1999 году. В этот период принимают в штат врачей: Елену Владимировну Филиппову, семью Булгаковых Дмитрия Юрьевича и Елену Николаевну, Инну Юрьевну Синельникову, семью Березиных Игоря Владимировича и Елену Борисовну, семью Мансуровых Рамиля Ульфатовича и Илюсу Рафиковну. В 1996 году в поликлинике работают уже 75 врачей.

С 1999 года поликлиника выделяется из состава Городского территориального медицинского объединения №1 в отдельное муниципальное учреждение, вводится дополнительный штат бухгалтеров, экономиста, сотрудников отдела кадров, заместителя главного врача по административно-хозяйственной части, кладовщика и ряд других. Поликлиника приобретает современные формы амбулаторно-поликлинической службы, оказывающей специализированную стоматологическую помощь.

В период **2005-2011** гг. штат специалистов поликлиники увеличивается до 297 сотрудников. В учреждении работает 85 врачей и 120 средних медработников. Активно проводится модернизация материально-технической базы учреждения, приобретаетсся современное оборудование, в том числе рентгенологическое, стерилизационное, зуботехническое. Специалисты Нижневартонской стоматологической поликлиники начали проводить операции дентальной имплантации с последующим зубопротезированием, и в настоящее время мы остаемся одними из лидеров дентальной имплантологии на территории Югры.

С декабря **2012** года и по настоящее время учреждение возглавляет Игорь Владимирович Чураков (рисунок 7).

В структуре современной клиники БУ «Нижневартонская городской стоматологическая поликлиника» функционируют три



Рис. 7. Главный врач
БУ «Нижневартонская городская
стоматологическая поликлиника»
Игорь Владимирович Чураков
(2022 г.).



Рис. 8. Орден «За заслуги перед стоматологией I, II степени

терапевтических отделения, отделения ортопедической и хирургической стоматологии, зуботехническая лаборатория.

В течение 50 лет мы развивались, совершенствовались, были открыты для всего нового и внедряли лучшее. Пройден славный путь: учреждение стало одним из лидеров в сфере оказания стоматологических услуг в регионе и Инновационным центром Стоматологической Ассоциации России, который демонстрирует уровень современной стоматологии – сочетание передовых технологий, комфорта и предсказуемого результата. В знак признания вклада медицинской организации в сохранение и укрепление стоматологического здоровья населения России учреждение награждено Орденом «За заслуги перед стоматологией» II степени (2016 г.), Орденом «За заслуги перед стоматологией I степени (2023 г.) (рисунок 8).

Современные возможности учреждения

БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» обладает главными признаками современной стоматологии, а именно имеет соответствующее оснащение и возможности (рисунок 9).



Рис. 9. Рабочее место врача-стоматолога, 2024 г.

8 признаков современной стоматологии:

- 3D томограф;
- Лечение под микроскопом;
- Инструментальная диагностика, коррекция прикуса;
- Зуботехническая CAD/CAM лаборатория, 3D технологии;
- Имплантация с ускоренной интеграцией;
- Компьютерная консультация и плановое лечение;
- Профессиональная профилактика;
- Постоянное обучение персонала.

Клиника является одним из крупных стоматологических учреждений в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. Поликлиника оказывает первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь взрослому населению города и подросткам в возрасте 15-18 лет, обучающимся в средне-специальных, средних и высших учебных заведениях города при заболеваниях зубов, слизистой оболочки полости рта, твердых и мягких тканей челюстно-лицевой области. Основные направления деятельности поликлиники: терапевтическая, хирургическая, детская стоматологическая помощь и ортопедическая стоматологическая помощь, в том числе оказание услуг бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов для отдельных категорий граждан; профилактика стоматологических заболеваний у населения.

Поликлиника рассчитана на 582 посещения в смену. Ежегодно специалистами учреждения обслуживается от 230 до 300 тысяч посещений пациентов.

В настоящее время БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» полностью обеспечивает предоставление жителям города качественной и доступной стоматологической помощи в комфортных условиях, соответствующих современным требованиям (рисунки 10, 11).



Рис. 10. Зона регистратуры
в корпусе по ул. 60 лет
Октября, 47 (2024 г.)

Рис. 11. Зона регистратуры
в корпусе по ул. Ленина, 11
(2024 г.)



Учреждение оснащено компьютерными томографами с функцией 3D изображения, а также системой рентгеновской дентальной панорамной и томографической, позволяющей делать как трехмерное объемное сканирование, так и традиционную компьютерную томографию i-PAN. Кроме того, имеются современные ортопантомографы (цифровые рентгенологические аппараты с возможностью 2D изображения), два эндодонтических микроскопа, две лазерные установки для лечения стоматологических заболеваний, аппарат для определения остеоинтеграции имплантатов и аппараты для изготовления нейлоновых протезов.



**Рис. 12. Врач-стоматолог-терапевт Н.И. Михейкина.
Применение в работе фотопротокола (2024 г.)**

На базе учреждения было открыто на функциональной основе отделение по оказанию платных стоматологических услуг – «Территория современной стоматологии», где врачи оказывают высококвалифицированную стоматологическую помощь, используя современные методики лечения, новейшее оборудование (рис. 9, 12, 13, 14), материалы ведущих мировых стоматологических компаний – производителей, что позволяет обеспечить максимально эффективное лечение зубов и десен. Немаловажно, что пациенты получают стоматологическую помощь в условиях, отвечающих современным требованиям комфорта и сервиса. В течение нескольких лет коллективу поликлиники удалось достичь убедительных результатов в деятельности «Территории современной стоматологии», сочетающей качество государственной медицинской организации и современные представления о комфорте и сервисе.

Применение операционного микроскопа дает специалистам большие возможности в диагностике и лечении стоматологических заболеваний. Использование микроскопа является неотъемлемым фактором на пути соответствия мировым стандартам качества в современной стоматологии. Данная технология и способность микроскопа многократно увеличивать изображение позволяют выявить кариес на самых ранних стадиях, увидеть скрытые кариозные полости, обнаружить микротрещины и перфорации на зубах. С помощью дентального микроскопа возможно проводить даже самые сложные манипуляции. Это особенно важно, когда речь идет о лечении каналов зубов. Благодаря мощной оптике, которой укомплектован микроскоп, врач имеет возможность максимально четко рассмотреть корневые каналы, увидеть мельчайшие анатомические особенности зуба и с ювелирной точностью препарировать исключительно пораженные ткани. Применение в практике дентального микроскопа исключает любые возможные ошибки и просчеты во время лечения зубов. Использование микроскопа – это залог успешного и качественного лечения (рисунок 13).

С 2021 года введено в эксплуатацию зуботехническое оборудование CAD-CAM, применяемое для изготовления безметалловых стоматологических конструкций. С помощью современной врачебной зуботехнической системы врачи-стоматологи-ортопеды и терапевты имеют возможность произвести безметалловые стоматологические реставрации, полноценно восстанавливая форму и цвет зубов с учетом индивидуальных особенностей пациента. При проведении зубопротезирования с помощью данных систем врачи-стоматологи медицинской организации используют самые современные материалы E-max CAD и диоксид циркония (рис. 14).



Рис. 13. Врач-стоматолог-терапевт Н.Г. Бондаренко проводит лечение с помощью дентального микроскопа (2024 г.).

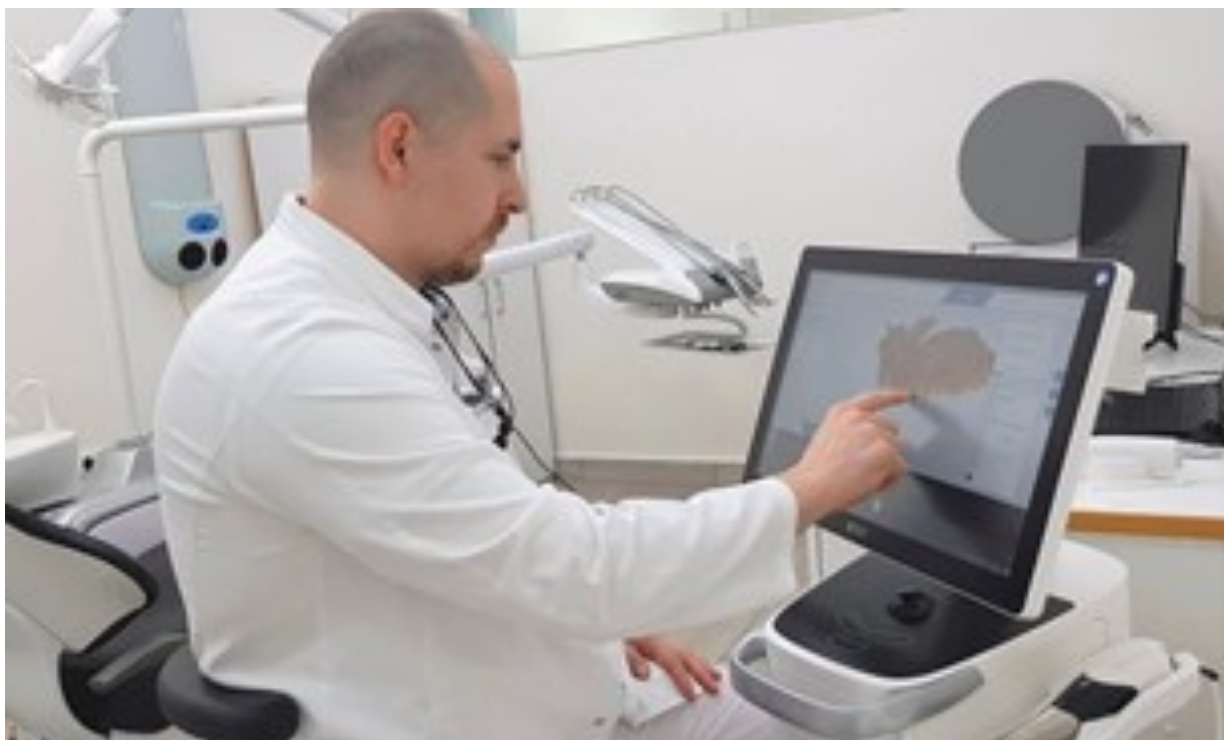


Рис. 14. Цифровые технологии в ортопедии.

Врач-стоматолог-ортопед В.В. Бондаренко (2025 г.)

Все этапы протезирования переведены в цифровой формат. Система позволяет за несколько минут, базирясь на данных сканирования, создать вариант реставрации, учитывая особенности морфологии зубов конкретного пациента. При этом срок службы зубного протеза увеличивается за счет его большей прочности до 10 и более лет.

Учреждение, одно из первых в округе, внедрило в практику операцию дентальной имплантации и дальнейшего зубопротезирования на имплантатах. На сегодняшний день оно является крупнейшим центром в округе по имплантологии. Несколько врачей хирургического и ортопедического отделений являются членами ITI (Международная команда имплантологов).

Ежегодно с целью повышения квалификации врачей-стоматологов и организаторов стоматологической службы автономного округа на базе учреждения проводятся мастер-классы, семинары, конференции, тренинги. В 2001, 2006, 2011, 2016, 2021, 2026 годах на базе БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника» проводились Всероссийские научно-практические стоматологические конференции «Актуальные проблемы стоматологии» (рисунки 15, 16).

Сотрудники учреждения занимают призовые места в региональных чемпионатах профессионального мастерства гигиенистов стоматологических и в Чемпионатах профессионального мастерства зубных техников, проводимых под эгидой Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и окружной общественной организацией стоматологов ХМАО – Югры.



Рис. 15. Семинар XV регионального стоматологического форума «Современная стоматология Югры – стратегия успеха», лектор Т. Летягин (февраль, 2026 г.)

Рис. 16. Завершающий этап II регионального чемпионата профессионального мастерства по эндодонтии «Югра-Эндо-2026», БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» (февраль 2026 г.)



Стратегией БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» является философия «кайзен» (Кайзен (от японских слов KAI – «изменение» и ZEN – «хороший», «к лучшему») – это постоянное стремление к совершенствованию, воплощенное в конкретные формы, методы и технологии), в процесс совершенствования вовлекаются все – руководитель, медицинский персонал, административно-хозяйственная служба. Реализация этого процесса совершенствования требует относительно небольших материальных затрат.

Основными принципами японской технологии «кайзен», которые представляют собой пять ключевых элементов, является система «5S», задействованных в реализации проекта бережливых технологий: Seiri – аккуратность – способность человека делать что-либо качественно, опрятно и организованно; Seiton (порядок) – важно то, что комфорт и порядок вокруг способствуют продуктивной работе; Seiso (чистота) – элементом оснащения обстановки учреждения стали диспенсеры, установленные в помещениях поликлиники и содержащие дезинфицирующее средство, которое предназначено для использования в качестве кожного антисептика при гигиенической обработке рук. Кроме того, в учреждении внедрена система безвредной профессиональной уборки. Благодаря данной системе изменился принцип проведения уборки, что повысило качество проведения текущих и генеральных уборок; Seiketsu (стандартизирование) – в целях повышения качества медицинской помощи в учреждении утверждены приказом Порядок и Алгоритмы оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях. Специализи-

сты учреждения руководствуются в работе клиническими рекомендациями, утвержденными Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России»; Shitsuke (дисциплина) – в учреждении утверждено Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности, которое устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества и безопасности медицинской деятельности, медицинских работ (услуг), оказываемых гражданам в учреждении.

Закономерным итогом деятельности учреждения следует считать позитивную тенденцию снижения количества обращений, поступающих в учреждение, начиная с 2013 года. Так, с 2016 года количество обращений сократилось в 3 раза, в 2 раза уменьшилась доля обращений, поступивших в учреждение из вышестоящих организаций, в 7 раз сократилось число обращений пациентов по вопросам доступности и качества медицинской помощи.

Труд работников учреждения отмечен по достоинству, за период с января 1999 по настоящее время: 29 сотрудников без отрыва от производства получили второе профессиональное образование; одному сотруднику было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации»; одному сотруднику было присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации»; 4 человека были награждены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения»; 32 сотрудникам присваивались почетные звания «Ветеран труда» и «Ветеран труда Ханты-Мансийского автономного округа»; 19 человек получили Благодарность министра здравоохранения Российской Федерации; 20 человек были награждены Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Заключение

Сегодня БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» является одной из крупнейших медицинских организаций округа по оказанию стоматологической помощи населению, обладающей признанной репутацией и высоким профессионализмом: Инновационный центр Стоматологической Ассоциации России с 2007 года; в знак признания вклада медицинской организации в сохранение и укрепление стоматологического здоровья населения России учреждение награждено Орденом «За заслуги перед стоматологией» I, II степени; предприятие – участник Федерального электронного реестра «Доска Почета России»; ранжирование между 700 000 предприятиями Российской Федерации определило высокий рейтинг медицинской организации в Социально-экономическом проекте «Элита нации»: в 2018 году медицинская организация вошла в Бизнес-элиту России и была признана Надежным партнером с безупречной репутацией и профессионализмом; медицинская организация в числе «Лучших стоматологических клиник Российской Федерации»; в 2023 году главный врач учреждения И.В. Чураков стал победителем мероприятия «Лучшие Руководители РФ» Всероссийское признание

2022-2023»; учреждение имеет многочисленные награды и признание заслуг Главой города Нижневартовска, Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, Стоматологической Ассоциацией России.

Сегодня в учреждении работает 309 человек, из них 89 врачей, 154 человека – средний медицинский персонал.

За 50 лет существования поликлиники было принято 1828202 пациента; поставлено 3461052 пломбы, на которые потребовалось 276213 кг пломбировочного материала; за последние 15 лет изготовлено 391047 зубных протезов.

Подводя итог, уверенно можно сказать о том, что благодаря деятельности коллектива Нижневартовской городской стоматологической поликлиники жителям Нижневартовска в настоящее время доступна стоматологическая помощь инновационного уровня, соответствующая мировым стандартам и современным требованиям качества.

Литература

1. История становления БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» [Электронный ресурс] : размещение информации от 17.02.2026 / Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. – 2026. – URL: <https://dzhmao.ru/info/articles/istoriya-stanovleniya-bu-nizhnevartovskaya-gorodskaya-stomatologicheskaya-poliklinika/> (дата обращения: 26.04.2026).
2. История БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» [Электронный ресурс] / БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр». – 2026. – URL: <http://rodnv.ru/history> (дата обращения: 26.04.2026).
3. Прихода, Л. Г. Не чужая боль / Л. Г. Прихода. – Нижневартовск : ООО «ВЕСТИМЕД», 2012. – 336 с.
4. Прихода, Л. Г. Отсчёт времени. Новое поколение / Л. Г. Прихода. – Нижневартовск : ООО «ВЕСТИМЕД», 2016. – 144 с.
5. Прихода, Л. Г. Памятью пронзая время / Л. Г. Прихода. – Нижневартовск : ООО «ВЕСТИМЕД», 2018. – 336 с.
6. Пятырова, В. Нашу жизнь охраняя от бед / В. Пятырова // Ленинское знамя. – 1975. – 22 апреля (№ 84 (2544)). – Раздел: Внимание медицинскому обслуживанию трудящихся. [Электронный ресурс]. – URL: https://vk.com/wall-19767951_757 (дата обращения: 26.04.2026).
7. Чемпионат профессионального мастерства по эндодонтии [Электронный ресурс] : размещение информации от 17.02.2026 / АУ ХМАО-Югры «Мегионская городская стоматологическая поликлиника». – 2026. – URL: <https://megionosp.gosuslugi.ru/novosti/championat-professionalnogo-masterstva-po-endodontii.html/> (дата обращения: 26.04.2026).

© Чураков И.В., Морозкова И.В., 2026

Информация об авторах

Чураков Игорь Владимирович – главный врач БУ «Нишневартовская городская стоматологическая поликлиника», врач высшей квалификационной категории.

Морозкова Инна Васильевна – врач-методист организационно-методического отдела БУ «Нишневартовская городская стоматологическая поликлиника», врач первой квалификационной категории, E-mail: stomp-nv-metod@yandex.ru.

English

NIZHNEVARTOVSK CITY DENTAL CLINIC: HISTORY, ACHIEVEMENTS AND STRATEGY FOR SUCCESS

Churakov I.V., Morozkova I.V.

Introduction. The Nizhnevartovsk City Dental Clinic is celebrating its 50th anniversary. Today, it is one of the largest dental care providers in the district, boasting a renowned reputation and professionalism. This article explores the history of Nizhnevartovsk's dental services and reveals the stages of development of the Nizhnevartovsk City Dental Clinic.

Research Object and Methods: The article presents the stages of the development of the dental service in the city of Nizhnevartovsk based on historical sources. It reflects certain indicators of the activities of the Nizhnevartovsk City Dental Polyclinic over several decades. The archival materials are based on the publication "Counting Time. The New Generation" by L.G. Prikhod (2016), which was actively prepared by I.V. Morozkova, and other sources.

Results: An analysis of a large amount of historical material allowed us to present the origins of healthcare in the city of Nizhnevartovsk and the Nizhnevartovsk District, which date back to the 1870s. The first mention of a medical station in the village of Nizhne-Vartovskoye dates back to 1910. Today, the Nizhnevartovsk City Dental Polyclinic has all the features of a modern dental clinic, with a staff of 309 people (89 doctors and 154 mid-level medical personnel).

Research Limitations: None.

Conclusion: Thanks to the efforts of the staff at the Nizhnevartovsk City Dental Polyclinic, residents of Nizhnevartovsk now have access to innovative-level dental care that meets global standards and requirements and is in line with modern quality trends.

Key words: Nizhnevartovsk City Dental Clinic, Innovation Center of the Russian Dental Association, therapeutic, orthopedic, and surgical dentistry, history of dental services, healthcare in Yugra.

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.314-053

Материал является частью диссертационного исследования

**ИГРА В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ ОКАЗАНИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
(ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)**

Долгицкий О.Д.

БУ «Нижевартовская городская детская стоматологическая поликлиника»,
г. Нижневартовск, Россия

Введение. В статье рассматривается значение игры в лечебном процессе. Раскрывается сущность и содержание игры как ведущей деятельности человека, способа получения удовольствия и врождённого стремления к деятельности. Анализируется значение игры как психотерапевтической практики, способствующей социализации в рамках лечебного процесса к обществу. Также игра рассматривается в рамках практической деятельности медицинского психолога, направленной на улучшение качества предоставляемых медицинских услуг и жизни пациента.

Объект и методы исследования. По данным литературы проведен анализ теоретических аспектов игры и методологии процедуры игры, которая состоит из трех основных задач. На базе БУ «Нижевартовская городская детская стоматологическая поликлиника» проанализирована эффективность применения игры в качестве средства адаптации пациентов (n=54) и их родителей к лечебному процессу. Возраст пациентов варьируется от трёх до двенадцати лет. По предварительным данным, за сентябрь-ноябрь 2025 года лечение у врача смогли завершить 20 человек, получив процедуры лечения, удаления и профессиональной чистки зубов.

Результаты. Игра позволяет ребёнку моделировать структуру профессиональных отношений взрослых людей и переживать ощущение удовольствия, таким образом происходит адаптация к лечебному процессу.

Ограничения в научном исследовании. При подготовке публикации был проведен анализ феномена игры в современных научных школах. Продолжительность исследования составляет 2,5 месяца.

Заключение: практика игры делает мышление ребёнка произвольным, в результате чего он становится способен не только руководить собственными действиями, но и вступать во взаимодействие со взрослыми в процессе общественно значимой деятельности на примере лечебного процесса, эффективность и качество которого благодаря психотерапевтической практике значительно возрастает.

Ключевые слова: игра, удовольствие, ведущая деятельность, психотерапия, девиантное поведение.

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

Благодарность. Автор благодарит директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Паськова Романа Владимировича, доктора медицинских наук, а также руководителя бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника», главного врача Мелентьеву Елену Геннадьевну, кандидата медицинских наук за возможность проведения практических научных исследований на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.



Для цитирования: Долгицкий О.Д. Игра в лечебном процессе. // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2026. №2. С. 52-61.

Введение

«Испуг (Schreck), страх (Angst), боязнь (Furcht)» [1] как источники неудовольствия выступают в качестве ведущих причин снижения эффективности амбулаторного лечения и комплаенса. Основными причинами их возникновения являются боль, низкий уровень ориентировки в этапах лечения, громкий шум медицинских приборов, а также запахи лекарств и средств дезинфекции. В большей степени проявление данных феноменов характерно, в первую очередь, для детей, а во вторую – для инфантильных взрослых людей.

В этом смысле, одним из ведущих методов работы медицинского психолога в процессе адаптации пациентов к лечебному процессу является игра, выступающая в качестве психотерапевтического средства и источника удовольствия, позволяющего не только снизить уровень страха, повысить уровень комплаентности, но и способствующая преодолению инфантильности человека, выступая в качестве проводника в мир взрослых.

Целью исследования является представление предварительного анализа по применению игры в качестве средства адаптации пациентов к лечебному процессу.

Объект и методы исследования. По данным литературы проведен анализ теоретических аспектов игры и методологии процедуры игры, которая состоит из трех основных задач. На базе БУ «Нижевартовская городская детская стоматологическая поликлиника» медицинским психологом проанализирована эффективность применения игры в качестве средства адаптации пациентов (n=54) и их родителей к лечебному процессу. Возраст пациентов варьируется от трёх до двенадцати лет. По предварительным данным, за сентябрь-ноябрь 2025 года лечение у врача смогли завершить 20 человек, получив процедуры лечения, удаления и профессиональной чистки зубов.

Теоретические аспекты игры и (не)удовольствия, которое она приносит

Одним из пионеров, раскрывших психический механизм, обуславливающий игру как психологический феномен, был З. Фрейд. Современное научное сообщество всё ещё продолжает критиковать тезис о главенстве стремления к удовольствию (чаще всего сексуального) в его теории. Тем временем, в 1920 году Фрейд публикует работу «По ту сторону принципа удовольствия», очевидно выходя за границы всё ещё неосмысленной современными учёными парадигмы либидо. В 1930 году в работе «Неудовлетворённость культурой» в качестве синонима либидо Фрейд обозначает Эрос Платона, описанный в «Пире», и любовь, которую Апостол Павел описал в «Первом послании Коринфянам».

В работе «По ту сторону удовольствия» в истории психологии был запечатлён момент появления концепции Я/Оно/Сверх-Я, обозначено влечение к смерти, раскрыта структура травматического невроза, а также описан психический механизм,

обуславливающий игру у человека. Все эти, на первый взгляд, несвязанные друг с другом открытия на самом деле представляют собой единую модель, которую сегодня можно достаточно точно объяснить с учётом современных научных знаний, если использовать семантический метод, являющийся гуманитарным точным.

Начать нужно с того, что Фрейд в этой работе вводит достаточно точные разграничения между понятиями: «Испуг (Schreck), страх (Angst), боязнь (Furcht)» [1]. Эти слова не являются синонимами и представляют собой три разных понятия. «Страх означает определенное состояние ожидания опасности» [1], «боязнь предполагает определенный объект, которого боятся» [1], «испуг имеет в виду состояние, возникающее при опасности, когда субъект оказывается к ней не подготовлен» [1].

В рамках лечебного процесса наиболее проблемным является аспект испуга, вызывающего травматический опыт у пациентов в процессе лечения, также как и у солдат в условиях боевых действий. *Это подчёркивает важное значение данного исследования в свете необходимости дальнейшей реабилитации ветеранов специальной военной операции (СВО)*, так как результаты данной работы можно также эффективно использовать при терапии ПТСР. Игра, также как и сон, способна проявить принцип неудовольствия, т.е. страдания, «которое никогда не кажется недостаточно осмысленным» [1], именно поэтому оно запечатлевается в процессе работы сновидения, несущего аналогичный контекст. Так, события, вызывающие испуг, проявляются в навязчивых повторяющихся снах. Ими могут быть как приём врача, так и боевые действия. В повседневности люди стараются избегать как темы приёма врача, так и темы боевых действий, в связи с работой механизма вытеснения. Таким образом, навязчивое повторение события во снах представляет из себя невроз, содержание которого постоянно вытесняется сознанием в бессознательное.

Фрейд обнаруживает парадокс, связанный с невротическим и навязчивым повторением, который воспроизводится не только в неврозах, вызванных испугом, но и в обычной детской игре. В отличие от невроза, где навязчивый принцип обуславливает стремление к неудовольствию, то есть страданию, в котором «созидается ценность собственной жизни» [1], в игре мы наблюдаем его полную противоположность – стремление к удовольствию и разрядке, то есть снятию накопленного психического напряжения.

В этом заключается принципиально важное открытие учёного, где «сны травматических невротиков и склонность ребенка к игре» [2] обуславливаются принципом навязчивого повторения. Этот же принцип, замечает Фрейд, также проявляется в настойчивом желании ребёнка воспроизводить один и тот же сюжет сказки снова и снова, где «нахождение того же самого составляет само по себе источник удовольствия» [2]. Игра позволяет ребёнку выражать бессознательные импульсы и травмирующие переживания в безопасной форме, снижая внутреннее напряжение. Удовольствие здесь – главный двигатель игровой активности, связанный с реализацией желаний, которые невозможны в реальности.

Значительный вклад в развитие представлений об игре был сделан Ж. Пиаже, на заимствовании идей которого была выстроена значительная часть отечественной психологии. У нас это принято называть критикой, но при использовании семантики, как точного гуманитарного метода, нельзя не подметить, что ведущая работа «моцарта» [3] отечественной психологии Л.С. Выготского, «Мышление и речь», как по смыслу, так и по содержанию сходится с трудом Ж. Пиаже «Речь и мышление ребёнка», которую он в своей работе пересказывал и интерпретировал чаще, чем критиковал.

В этой работе Пиаже делает важнейшее заявление, на котором основываются современные представления о геймификации в самых разнообразных сферах, таких как коммуникация [4], IT-безопасность [5] и медицинское образование [6]. Он отмечает, что «в орфографических играх (лото и тому подобных), играх счёта, упражнениях, развивающих ловкость (нанизывание бус и т.д.), дети, даже ненормальные, недурно сотрудничают и понимают друг друга» [7]. Игра в этом смысле, проявляет себя в качестве катализатора психических функций, усиливая их, расширяя их возможности, открывая тем самым перспективу к дальнейшему развитию, которое наши учёные назовут ЗБР (зоной ближайшего развития).

В отечественной школе психологии в исследовании игр огромный вклад был сделан Л.С. Выготским и Д.Б. Элькониним. Выготский в своих размышлениях, анализируя позиции К. Гросса и Ж. Пиаже, приходит к важному выводу о том, что эгоцентрическая речь в игре является не каким-то побочным продуктом, она фактически «становится средством мышления в собственном смысле, то есть начинает выполнять функцию образования плана разрешения задачи, возникающей в поведении» [8]. Саму игру Выготский рассматривает как ведущую деятельность, определяющую психическое развитие ребёнка в дошкольном периоде. В игре создаётся «зона ближайшего развития», где он выполняет действия, превышающие его реальные возможности, благодаря роли и воображаемой ситуации. И самое главное, игра – это источник развития произвольности, мышления и социальных навыков.

Эльконин Д.Б., развивая эти идеи, приходит к выводу о том, что в игре ребёнок буквально моделирует отношения взрослых, тем самым осваивает социальные нормы, роли и мотивы деятельности, через которые он готовится к взрослой жизни. На мой взгляд, наиболее важным его открытием является феномен «познавательного эгоцентризма» [2], в рамках которого было установлено, что ребёнок не способен поставить себя на позицию другого человека. Этот феномен повторяется и воспроизводится в рамках эксперимента очень просто с помощью загадки следующего содержания: «Представь, что у тебя 2 брата: Коля и Петя. Скажи пожалуйста, сколько братьев у Коли?» Ребёнок с познавательным эгоцентризмом не сможет дать ответ на этот вопрос, так как у него нет возможности поставить себя на позицию другого человека.

Важно отметить, что зная структуру феномена игры и её механизм, психологи должны соблюдать этику и способствовать предотвращению использования

принципа навязчивого повторения в работе психики, в рамках своей экспертной компетенции, способствуя улучшению качества жизни людей и её сохранению в целом. Так, например, в России Владимир Владимирович Путин подписал закон об уголовной ответственности за создание групп смерти [9] (дети, вступают в игры, ведущие к смерти), где сама организация таких игр признаётся незаконной. Аналогичные процессы враги России и злоумышленники могут использовать для вербовки молодёжи в запрещённые организации, побуждению их к совершению противоправных действий, а также проведению мошеннических схем с целью незаконного завладения имуществом граждан. В свою очередь, медицинские психологи, способствующие формированию осознанности мышления и навыков игры, могут способствовать профилактике данных проблем даже в рамках адаптации детей методом игры к лечебному процессу.

Таким образом, резюмируя теоретическую часть, мы можем констатировать, что в основе феномена игры лежит феномен навязчивого повторения, от которого ребёнок получает удовольствие. Задача психолога взять этот механизм на вооружение, чтобы в его рамках сформировать у ребёнка представление о социальных нормах, ролях и мотивах в рамках лечебного процесса, таким образом обращая работу психики на благо общества.

Методология исследования

В процедуре игры существуют 3 основных задачи:

1) Сформировать представление о процедуре лечения. На первом этапе пациенту необходимо провести в рамках игры все этапы лечения, демонстрируя их последовательность, содержание и правила поведения. В результате у пациента формируется представление о том, что будет с ним происходить, реакция страха значительно снижается, а испуг нивелируется в связи с тем, что действия врача начинают иметь значение для больного в рамках регламента деятельности. Лучшее всего для этого подходит проведение игры, в которой роль пациента исполняет игрушка, а сам пациент принимает роль врача. Медицинский психолог здесь выступает в качестве внешнего средства ориентировки, подсказывающего и направляющего в процессе игровой деятельности.

2) Сформировать представление о правилах поведения на приёме у врача. На втором этапе важно сформировать представление о правилах поведения в рамках процедуры, одной из которых является классическое требование у стоматолога – сесть в кресло и открыть рот. Испытывая страх, пациент часто может поднимать голову, закрывать полость рта и двигаться во время лечения, тем самым снижая эффективность лечения и повышая риск ятрогении. Чтобы избежать этого, необходимо после формирования представления о процедуре лечения, повысить уровень сложности игры, требуя соблюдения регламентов, например, использовать медицинские приборы с высокой точностью, не держать пациента за голову или плечи, а также стараться избегать попадания медицинских приборов

по мягким тканям. Все эти действия формируют представление о сложности процедуры, позволяя тем самым выступать пациенту в качестве союзника доктора, оказывая ему содействие в рамках лечебного процесса. При работе с детьми наибольший эффект удаётся достигнуть тогда, когда ребёнок находится в роли врача, а в роли пациента находится родитель. Дети в этом случае с огромным удовольствием принимаются за «лечение». Очень важно при этом делать замечания ребёнку, требовать очень точной манипуляции приборами, тогда игра становится серьёзной, перестаёт приносить должное удовольствие, однако в этот момент формируется представление о сложности работы врача, заставляя ребёнка мыслить осознанно и взрослеть, сталкиваясь с реальностью.

3) Сформировать представление о социальных ролях врача и пациента. После выполнения первой и второй задачи в рамках игры у пациента должно быть сформировано представление об этапах лечения. Имея о них должное представление, он может понимать действия врача и не бояться их. Для закрепления этого представления пациент, прошу прощение за тавтологию, берёт на себя роль пациента и командует действиями медицинского психолога или родителя (что лучше способствует адаптации), находящегося в роли лечащего врача, опять же способствуя формированию осознанности мышления. При этом он продолжает испытывать страх, однако эффект от испуга нивелируется.

Таким образом, осознавая сложность процедуры лечения, пациент из позиции жертвы, испытывающей неудовольствие, то есть страдание, «растёт над собой» [10], принимает ответственную помогающую позицию с целью повышения эффективности осуществления медицинской процедуры.

Промежуточные результаты

Продолжительность исследования составляет 2,5 месяца – сентябрь-ноябрь 2025 года. За данный период нами была проведена работа с 54 пациентам и их родителями. Возраст пациентов варьируется от трёх до двенадцати лет. По предварительным данным за этот период лечение у врача смогли завершить 20 человек, получив процедуры лечения, удаления и профессиональной чистки зубов. Из 54 пациентов 34 отказались от лечения или не явились на приём. Предполагается, что родители по различным, независящим от врачей и медицинского психолога причинам могут завершать его в частных клиниках.

Основной сложностью в анализах результатов является тот факт, что в большинстве случаев не удаётся проследить конечный результат проделанной работы, в связи с тем, что пациенты не всегда могут завершить процесс лечения по разнообразным личным причинам.

Нередко пациенты могут обращаться за помощью к медицинскому психологу по направлению из частных стоматологий. Таким образом, обратившись за помощью в бюджетное учреждение, родители продолжают лечение в частных учреждениях, что также не позволяет получить обратную связь о результатах лечения.

Вывод

Представленные теоретические данные и методология демонстрируют многогранность игры как феномена, рассматриваемого через призму различных научных парадигм и практического исследования (применения в медицине).

Несмотря на различия в подходах авторов, на базе проведённого исследования можно сделать вывод, что в основе игры лежит психический механизм навязчивого повторения, благодаря которому ребёнок познаёт нормы и образцы культуры в обществе, знакомясь с различными социальными ролями, готовясь к серьёзной учёбе и труду. Это, в свою очередь, способствует развитию как мотивационно-потребностной, так и операционально-технической сфер развития психики, и приводит к росту адаптивных свойств организма в целом как к обществу, так и к природе.

Благодаря игре мышление ребёнка становится произвольным, позволяя ему не только руководить собственными действиями, но и вступать во взаимодействие со взрослыми в процессе общественно значимой деятельности на примере лечебного процесса, эффективность и качество которого благодаря психотерапевтической практике значительно возрастают.

Применение игры как психотерапевтической практики способствует адаптации ребёнка к лечебному процессу начиная с трёхлетнего возраста, что позволяет сохранять здоровье ребёнка с самых ранних этапов развития.

Литература

1. Фрейд, З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – Санкт-Петербург : Питер, 2010. – 400 с.
2. Эльконин, Д. Б. Психология игры / Д. Б. Эльконин. – Москва : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1999. – 360 с.
3. Жулина, Е. В. «Моцарт психологии», или научное наследие Л. С. Выготского / Е. В. Жулина, Н. И. Дунаева // Нижегородское образование. – 2021. – № 1. – С. 142-147.
4. Лобанова, С. Н. Геймификация в коммуникациях / С. Н. Лобанова // Вестник РЭА им. Г. В. Плеханова. – 2023. – № 5. – С. 208-216.
5. Марков, Д. А. Геймификация в IT-безопасности / Д. А. Марков // Символ науки. – 2025. – № 5-1. – С. 48-51.
6. Ветлужская, М. В. Геймификация в медицинском образовании / М. В. Ветлужская // ИРВ. – 2023. – № 2. – С. 7-16.
7. Пиаже, Ж. Речь и мышление ребёнка / Ж. Пиаже. – Санкт-Петербург : Союз, 1997. – 256 с.
8. Выготский, Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. Т. 2 : Проблемы общей психологии / Л. С. Выготский ; под ред. В. В. Давыдова. – Москва : Педагогика, 1982. – 504 с.

9. Путин подписал закон об уголовной ответственности за создание групп смерти [Электронный ресурс] / Интерфакс. Информационное агентство. – URL: <https://www.interfax.ru/russia/565686> (дата обращения: 08.12.2025).
10. Франкл, В. Человек в поисках смысла : сборник / В. Франкл ; пер. с англ. и нем. ; общ. ред. Л. Я. Гозмана, Д. А. Леонтьева. – Москва : Прогресс, 1990. – 368 с.

© Долгицкий О.Д., 2026

Информация об авторе

Долгицкий Олег Дмитриевич – медицинский психолог бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника», соискатель ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет», OD89224426367@yandex.ru.

English

THE ROLE OF PLAY IN THE TREATMENT PROCESS DURING DENTAL CARE FOR CHILDREN (PRELIMINARY DATA)

Dolgitsky O.D.

Introduction. The article examines the importance of play in the treatment process. It reveals the essence and content of play as a leading human activity, a means of deriving pleasure, and an innate drive toward activity. The article analyzes the role of play as a psychotherapeutic practice that facilitates socialization into society within the treatment process. Play is also considered in the context of the practical work of a medical psychologist aimed at improving the quality of medical services and the patient's quality of life.

Object and Methods of the Study. Based on a review of the literature, the theoretical aspects of play and the methodology of the play procedure, which consists of three main tasks, were analyzed. At the Budgetary Institution "Nizhnevartovsk City Pediatric Dental Clinic," the effectiveness of using play as a means of adapting patients (n=54) and their parents to the treatment process was evaluated. The age of the patients ranged from three to twelve years. According to preliminary data from this period, 20 individuals were able to complete dental treatment, including procedures such as fillings, extractions, and professional teeth cleaning.

Results. Play allows a child to model the structure of adult professional relationships and experience a sense of pleasure, thereby facilitating adaptation to the treatment process.

Limitations of the Scientific Study. In preparing this publication, an analysis of the phenomenon of play within contemporary scientific schools was conducted. The duration of the study is 2.5 months.

Conclusion. The practice of play makes a child's thinking voluntary, enabling them not only to manage their own actions but also to interact with adults in socially significant activities, as exemplified by the treatment process. The effectiveness and quality of this process are significantly enhanced through psychotherapeutic practice.

Key words: play, pleasure, leading activity, psychotherapy, deviant behavior.

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 индексирования:

- 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, $OR=2,48$; 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. Каждый держит отчину свою	3
Смертина Л.П. Клинический случай псевдогипопаратиреоза	11
Исаев Ю.И., Гаджиев П.И., Полищук Е.А. Гипертриглицеридемия как этиологический фактор острого панкреатита: ретроспективный анализ данных	25
Чураков И.В., Морозкова И.В. БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника»: история становления, достижения, стратегия успеха	34
Долгицкий О.Д. Игра в лечебном процессе при оказании стоматологической помощи детям (предварительные данные)	52

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Положение о конкурсе научных работ обучающихся, направленных в научно-методическое сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации»	62
Требования для авторов при направлении материалов в научно-методическое сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации»	65
Направления публикаций в сетевом издании в 2026 году.....	77