

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

PUBLIC HEALTH. Scientific and practical journal



ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Динамика показателей оценки

ИСКИ К МЕДОРГАНИЗАЦИЯМ

Анализ судебных решений

**БРОНХООБСТРУКТИВНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Лекарственное обеспечение в РФ

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Региональные аспекты и последствия

**ЗДОРОВЬЕ
ВО ВСЕХ
ПОЛИТИКАХ**

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Научно-практический журнал

Том 3

№ 4 • 2023

ISSN 2782-1676

DOI: 10.21045/2782-1676

Издается с 2021 г. Сайт: <https://ph.elpub.ru/jour>

Периодичность издания – 4 номера в год.

Журнал входит в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), научную электронную библиотеку «КиберЛенинка».

Все статьи журнала публикуются с указанием цифрового идентификатора объекта (digital object identifier, DOI).

Журнал включен в Перечень ВАК для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук по специальности 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины (медицинские науки).

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Салагай О.О. – канд. мед. наук, заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Драпкина О.М. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Кобякова О.С. – д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аполихин О.И. – д-р мед. наук, профессор, член-корр. РАН, директор «НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина» – филиала ФНБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Багненко С.Ф. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, ректор ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Базарчян А.А. – канд. мед. наук, директор Национального института здравоохранения им. акад. Авдалбекяна Минздрава Республики Армения, г. Ереван, Армения

Бойцов С.А. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Бокерия Л.А. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, президент ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева», г. Москва, Россия

Брико Н.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины ФГАО ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Бухтияров И.В. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова», г. Москва, Россия

Зайцева Н.В. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФБНУ «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», г. Пермь, Россия

Зинченко Ю.П. – д-р психол. наук, профессор, академик РАО, декан факультета психологии ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия

Кекелидзе З.И. – д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, президент ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Колесников С.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, советник РАН, г. Москва, Россия

Путило Н.В. – канд. юрид. наук, заведующий отделом социального законодательства ИЗСП при Правительстве Российской Федерации, г. Москва, Россия

Сайганов С.А. – д-р мед. наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Стародубов В.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Тутельян В.А. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФГБНУ «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва, Россия

Хабриев Р.У. – д-р мед. наук, д-р фармацевт. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия

Хальфин Р.А. – д-р мед. наук, профессор, директор Института лидерства и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Харитонов В.И. – д-р ист. наук, заведующая центром медицинской антропологии ФГБНУ «ИЭА РАН», г. Москва, Россия

Черепов В.М. – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой Государственного университета управления, г. Москва, Россия

Шляхто Е.В. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Клюге Х. – д-р наук, директор Европейского регионального бюро ВОЗ, г. Копенгаген, Дания

Жоао Бреда – д-р наук, профессор, специальный советник регионального директора ЕРБ ВОЗ по созданию субрегиональных отделений, г. Копенгаген, Дания

Рукописи предоставляются
в редакцию по электронной почте:
idmz@mednet.ru

Редакция в обязательном порядке
осуществляет экспертную оценку
(рецензирование, научное и стилистическое
редактирование) всех материалов,
публикуемых в журнале.

Более подробно об условиях публикации см.:
<https://ph.elpub.ru/jour>

Published since 2021. Website: <https://ph.elpub.ru/jour>

Publication frequency – 4 issues per year

The journal is included in the Russian Science Citation Index,
Scientific electronic Library «CyberLeninka»

All articles of the journal are published with a digital
object identifier (DOI)

ISSN 2782-1676

DOI: 10.21045/2782-1676

EDITOR-IN-CHIEF

Salagay O.O. – Ph.D. (Medicine), Secretary of State – Deputy Minister of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Drapkina O.M. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, FGBU "NMIC TPM" of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Kobyakova O.S. – D.Sc. (Medicine), Professor, Director of the Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

Apolikhin O.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Director of the Lopatkin Research Institute of Urology & Interventional Radiology, Moscow, Russia

Bagnenko S.F. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Rector of the First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

Bazarchyan A.A. – Ph.D. (Medicine), Director of the National institute of health named after S.Kh. Avdالبekyan of the Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, Armenia

Boytsov S.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, National Research Center of Cardiology of Russian Ministry of Health, General Director, Moscow, Russia

Bokeria L.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, President of Bakulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Moscow, Russia

Briko N.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of epidemiology and evidence-based medicine of the Sechenov University, Moscow, Russia

Bukhtiyarov I.V. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Director of the Izmerov Research Institute of Occupational Health, Moscow, Russia

Cherepov V.M. – D.Sc. (Medicine), Professor, Head of the Department of the State University of Management, Moscow, Russia

Halfin R.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Director of the Institute of Leadership and Health Management of the Sechenov University, Moscow, Russia

Kekelidze Z.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Corresponding member of the Russian Academy of Sciences, President of the V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Khabriev R.U. – D.Sc. (Medicine), Dr.Sc. (Pharm.), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Scientific

Director of the FSSBI «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», Moscow, Russia

Kharitonova V.I. – Ph.D. (History), Head of the Center for Medical Anthropology of the IEA RAS, Moscow, Russia

Kolesnikov S.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Advisor of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Putilo N.V. – Ph.D. (Law), Head of the Department of Social Legislation of the Institute of Legislation and Comparative Law, Moscow, Russia

Saiganov S.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Rector of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

Shlyakhto E.V. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, The Almazov National Medical Research Centre, General Director, St. Petersburg, Russia

Starodubov V.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Scientific Director of the Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia

Tutelyan V.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Scientific director of the Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow, Russia

Zaitseva N.V. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies, Scientific Director, Perm, Russia

Zinchenko Yu.P. – D.Sc. (Psychology), Professor, Full member of the Russian Academy of Education, Dean of the Faculty of Psychology of the Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Hans Henri P. Kluge – Dr., WHO Regional Director for Europe, Copenhagen, Denmark

João Breda – Dr., Professor, Special Adviser of WHO/Europe Regional Director for the establishment of Sub-Regional Offices, Copenhagen, Denmark

Manuscripts are to be submitted
to the editorial office in electronic form:
idmz@mednet.ru

The editorial makes a mandatory expertise
(review, scientific and stylistic editing)
of all the materials to be published
in the journal.

More information of publishing terms is at:
<https://ph.elpub.ru/jour>

СОДЕРЖАНИЕ

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОММУНИКАЦИИ

Бужин В. Н., Невзорова Д. В., Михайлова Е. А., Бузина Т. С.

Динамика комплексных показателей оценки оказываемой паллиативной медицинской помощи: исследование 2021–2022 гг.

4–15

Курмышкина О. Н., Мотыкин В. Н.

Проблема наркотизации регионального социума (на примере Республики Мордовия)

16–24

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Авдеев С. Н., Линник С. А., Туменко Е. Е.

Анализ лекарственного обеспечения пациентов с бронхообструктивными заболеваниями в Российской Федерации

25–36

МЕЖДУНАРОДНЫЕ АСПЕКТЫ

Бенян А. С., Макоеева Н. И., Медведчиков-Ардия М. А.

Медицинское обеспечение крупных спортивных мероприятий международного уровня: обзор литературы

37–50

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Тимофеев Л. Ф., Тимофеев А. Л.

Первичная заболеваемость подростков в вилуйской группе районов Республики Саха (Якутия) в 1996–2021 гг.

51–59

Лоскутов Д. В.

Региональные особенности алкогольной ситуации и медико-демографические последствия

60–69

Трибуна молодого ученого

Безуглый Т. А., Тюков Ю. А., Мочалов Ю. А., Кондакова В. Д.

Аналитический обзор судебных решений по искам пациентов к медицинским организациям

70–77

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ

«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ», 2023 г., том 3

78

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Коновалову Александру Николаевичу – 90 лет

79

Логуну Денису Юрьевичу – 45 лет

80

Учайкину Василию Федоровичу – 85 лет

81

ПАМЯТИ Н. Д. ЮЩУКА

Ушел из жизни выдающийся российский ученый Николай Дмитриевич Ющук

82

CONTENTS

SOCIOLOGY OF HEALTH AND COMMUNICATION

Buzin V.N., Nevzorova D.V., Mikhailova E.A., Buzina T.S.

Dynamics of complex indicators of assessment of palliative care provided: a study of 2021–2022

4–15

Kurmyshkina O.N., Motkin V.N.

The problem of anesthesia of regional society (on the example of the Republic of Mordovia)

16–24

MEDICAL CARE

Avdeev S.N., Linnik S.A., Tumenko E.E.

Analysis of drug provision for patients with broncho-obstructive diseases in the Russian Federation

25–36

INTERNATIONAL ASPECTS

Benyan A.S., Makoveeva N.I., Medvedchikov-Ardia M.A.

Medical support for major international sports events: a literature review

37–50

REGIONAL ASPECTS

Timofeev L.F., Timofeev A.L.

Primary morbidity of adolescents in the Vilyui group of districts of the republic of Sakha (Yakutia) in 1996–2021

51–59

Loskutov D.V.

Regional features of the alcohol situation and health and demographic consequences

60–69

TRIBUNE OF A YOUNG SCIENTIST

Bezugly T.A., Tyukov Y.A., Mochalov Y.A., Kondakova V.D.

Analytical review of court decisions on claims of patients to medical organizations

70–77

INDEX OF ARTICLES PUBLISHED IN THE JOURNAL

«PUBLIC HEALTH», 2023, volume 3

78

CONGRATULATIONS

Konovalov Alexander Nikolaevich is 90

79

Logunov Denis Yuryevich is 45

80

Uchaikin Vasily Fedorovich is 85

81

IN MEMORY OF N.D. YUSHCHUK

Outstanding Russian scientist N.D. Yushchuk passed away

82

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
Научно-практический журнал
Том 3, № 4, 2023

Свидетельство о регистрации:
ПИ № ФС 77–79669
от 27 ноября 2020 г.

Учредитель: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Главный редактор –
Салагай Олег Олегович

Ответственный редактор –
Куракова Наталия Глебовна,
idmz@mednet.ru

Выпускающий редактор –
Цветкова Лилия Анатольевна,
idmz@yandex.ru

Литературный редактор –
Борисенко Светлана
Владимировна

Компьютерная верстка и дизайн –
Пескова Елена Викторовна

Издатель:
ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Адрес издателя и редакции:
127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, 11
Тел.: (495)-618-07-92 (доб. 115)
e-mail: idmz@mednet.ru;
ph@mednet.ru

Подписано в печать: 25.12.2023
Заказ: 206

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

PUBLIC HEALTH
Scientific and practical journal
Volume 3, No. 4, 2023

Certificate of registration:
PI No. FS77-79669
of November 27, 2020

Founder: Federal Research Institute
for Health Organization and
Informatics of Ministry of Health
of the Russian Federation

Editor-in-Chief –
Oleg O. Salagay

Executive Editor –
Natalia G. Kurakova
idmz@mednet.ru

Issuing Editor –
Lilia A. Tsvetkova
idmz@yandex.ru

Literary Editor –
Svetlana V. Borisenko
Computer layout and design –
Elena V. Peskova

Publisher:
Federal Research Institute for Health
Organization and Informatics
of Ministry of Health
of the Russian Federation

**Publisher and editorial
office address:**
11 Dobrolyubova str.,
Moscow, 127254
Tel.: (495)-618-07-92 (# 115)
e-mail: idmz@mednet.ru;
ph@mednet.ru

Signed to the press: 25.12.2023
Order: 206

© Federal Research Institute
for Health Organization and
Informatics of Ministry of Health
of the Russian Federation

ДИНАМИКА КОМПЛЕКСНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ОКАЗЫВАЕМОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ИССЛЕДОВАНИЕ 2021–2022 ГГ.

В.Н. БУЗИН¹, Д.В. НЕВЗОРОВА^{2, 3}, Е.А. МИХАЙЛОВА⁴, Т.С. БУЗИНА⁵

¹ ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия;

² ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия;

³ ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия;

⁴ Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ), г. Москва, Россия;

⁵ ФГБУ «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия.

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-4-15

Аннотация

Цель данной работы: оценка субъективного восприятия удовлетворенности пользователей паллиативной помощи. **Материалы и методы.** Материалом для анализа явились результаты социологического опроса пользователей паллиативной медицинской помощи старше 18 лет, проведенного в сентябре-октябре 2022 г. методом личных интервью по месту жительства представителей данных целевых групп. Предварительно было проведено пилотное исследование: 10 диагностических экспертных интервью с представителями профессионального сообщества и общественных организаций, связанными с оказанием паллиативной помощи в Российской Федерации, и пилотное исследование разработанных анкет с участием 100 респондентов. В исследовании также проводился расчет комплексных показателей для вычисления их последующей динамики. **Результаты.** По результатам анкетирования вычислялись комплексные показатели важности основных параметров ПМП по 9 основным блокам. Исследование показало, что комплексная оценка работы медицинского персонала при оказании ПМП возросла на 7,1% – с 7,4 балла в 2021 г. до 7,9 баллов по 9-и балльной шкале в 2022 г. Особенно сильно на рост комплексной оценки повлияло увеличение регулярности обходов лечащим/дежурным врачом во время пребывания в стационаре и то, что наблюдение вел один и тот же медицинский работник (рост оценки параметра составил 11,3%). Исследование также показало, что с точки зрения пациентов значительно увеличилась скорость оказания ПМП, комплексный показатель по данному блоку вопросов за прошедший год увеличился на 14,8%. Исследование выявило и рост удовлетворенности пациентов информированностью о процессе лечения, она выросла с 5,8 баллов в 2021 г. до 6,2 баллов в 2022 г. при максимально возможном количестве баллов – 7. Особенно высоко пациенты оценили открытость медицинских работников в получении информации о своем состоянии и информацию о квалификации медицинского персонала. Безусловно позитивную динамику по всем составляющим дал комплексный показатель удовлетворенности параметрами личного участия пациентов в организации ПМП. Есть позитивная динамика и в оценке пациентами комплексного показателя удовлетворенности социальными и духовными аспектами при лечении, его рост обеспечивали, главным образом, такие составляющие, как профессиональная психологическая помощь и возможность общения с представителями духовенства. **Заключение.** Результаты опроса получателей паллиативной помощи демонстрируют высокий уровень удовлетворенности респондентов всеми параметрами оказания паллиативной медицинской помощи. Комплексные параметры оценки позволяют оценить динамику основных направлений оценки качества ПМП с точки зрения пациентов и покрывают все основные направления оказания паллиативной медицинской помощи, они позволяют отслеживать изменения их значений во времени, а также проводить их расчет в разрезе различных групп граждан, целевых аудиторий, а главное определять потенциал развития того или иного параметра качества ПМП.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, социологическое исследование, удовлетворенность, комплексный показатель.

Для цитирования: Бузин В.Н., Невзорова Д.В., Михайлова Е.А., Бузина Т.С. Динамика комплексных показателей оценки оказываемой паллиативной медицинской помощи: исследование 2021–2022 гг. Общественное здоровье. 2023, 3(4):4–15. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-4-15.

Контактная информация: Бужин Валерий Николаевич, e-mail: buzinvn@mednet.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 15.08.2023. **Статья принята к печати:** 15.08.2023. **Дата публикации:** 25.12.2023.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-4-15

EN

DYNAMICS OF COMPLEX INDICATORS OF ASSESSMENT OF PALLIATIVE CARE PROVIDED: A STUDY OF 2021–2022

V.N. Buzin¹, D.V. Nevzorova^{2,3}, E.A. Mikhailova⁴, T.S. Buzina⁵

¹ Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia;

² First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia;

³ Federal State Budgetary Scientific Institution N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia;

⁴ Russian Public Opinion Research Center (VCIOM), Moscow, Russia;

⁵ Moscow State Medical University named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia.

Abstract

The purpose of this work is to assess the subjective perception of satisfaction of palliative care users. *Materials and methods.* The material for the analysis was the results of a sociological survey of palliative care users over the age of 18, conducted in September–October 2022 by personal interviews at the place of residence of representatives of these target groups. A pilot study was previously conducted: 10 diagnostic expert interviews with representatives of the professional community and public organizations related to palliative care in the Russian Federation; and a pilot study of the developed questionnaires with the participation of 100 respondents. The study also carried out the calculation of complex indicators to calculate their subsequent dynamics. *Results.* According to the results of the survey, complex indicators of the importance of the main parameters of the PMP were calculated for 9 main blocks. The study showed that the comprehensive assessment of the work of medical personnel in the provision of PMP increased by 7,1% – from 7,4 points in 2021 to 7,9 points on a 9-point scale in 2022. The increase in the regularity of rounds by the attending/on-duty doctor during hospital stay and the fact that the same medical worker conducted the observation was particularly strongly influenced by the growth of the comprehensive assessment (the increase in the parameter estimate was 11,3%). The study also showed that from the point of view of patients, the speed of providing PMP has significantly increased, the complex indicator for this block of issues has increased by 14,8% over the past year. The study also revealed an increase in patient satisfaction with awareness of the treatment process, it increased from 5,8 points in 2021 to 6,2 points in 2022, with the maximum possible number of points – 7. The patients especially appreciated the openness of medical workers in obtaining information about their condition and information about the qualifications of medical personnel. Of course, the complex indicator of satisfaction with the parameters of personal participation of patients in the organization of PMP gave a positive trend in all components. There is a positive dynamic in the assessment of patients with a comprehensive indicator of satisfaction with social and spiritual aspects of treatment, its growth was mainly provided by such components as professional psychological assistance and the opportunity to communicate with representatives of the clergy. *Conclusion.* The results of the survey of palliative care recipients demonstrate a high level of satisfaction of respondents with all parameters of palliative care. Comprehensive assessment parameters allow us to assess the dynamics of the main areas of assessment of the quality of PMP from the point of view of patients and cover all the main areas of palliative care, they allow us to track changes in their values over time, as well as to calculate them in the context of various groups of citizens, target audiences, and most importantly, to determine the development potential of a particular parameter of the quality of PMP.

Keywords: palliative care, sociological research, satisfaction, complex indicator.

For citation: Buzin V.N., Nevzorova D.V., Mikhailova E.A., Buzina T.S. Dynamics of complex indicators of assessment of palliative care provided: a study of 2021–2022. Public health. 2023; 3(4):4–15. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-4-15.

For correspondence: Valery N. Buzin, e-mail: buzinvn@mednet.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

Исследования компонентов паллиативной медицинской помощи (ПМП), важных как для пациентов, так и для их ближайшего окружения ведется в ряде стран с 90-х годов 20 века. В ряде исследований [9, 12] выделяются задачи ПМП, выполнение которых

оценивалось пациентами выездных паллиативных служб и ухаживающими лицами (зачастую членами семьи): контроль боли и иных симптомов; тревога пациента и его семьи; потребность в уходе и помощи; время, потраченное на получение помощи; коммуникация

с сотрудниками службы ПМП и иными медицинскими работниками.

Оценка степени важности элементов оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) пациенту и членам его семьи занимает в ПМП особое место, так как этот вид медицинской помощи отходит от традиционной патерналистской концепции медицины, придерживаясь пациент-ориентированного подхода [9]. Непосредственное участие пациента в принятии решений о стратегиях лечения и ухода, месте смерти при оказании ПМП отражает максимальное соответствие целей лечения и отношение к уходу из жизни ценностям и желаниям пациента. Таким образом, паллиативная помощь естественным образом включает удовлетворенность самого пациента и его близких, которые также являются получателями оказываемой помощи, в показатели качества её оказания [10].

Серьезным вызовом для системы паллиативной медицинской помощи явилась пандемия COVID-19, как увеличившая нагрузку на специалистов первичной медико-санитарной помощи, оказывающих первичную ПМП, так и ограничившая доступность специализированной ПМП в амбулаторных и стационарных условиях [4]. В группе риска оказались лица, страдающие неизлечимыми хроническими заболеваниями, и лица старше трудоспособного возраста [11, 13]. ПМП традиционно ассоциируется с онкологическими заболеваниями в терминальной стадии, однако многие другие категории пациентов с хроническими неизлечимыми заболеваниями также нуждаются в эффективной ПМП и испытывают не менее тяжелые страдания.

В нашей стране до 2021 года систематизированных исследований качества оказания ПМП со стороны пациентов и их ближайшего окружения не проводилось, хотя необходимо отметить большой вклад в развитие отдельных направлений в этой области российских специалистов [2, 3, 5, 6, 7, 8]. И только с выходом Плана мероприятий («дорожной карты») «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи» до 2024 года, утвержденного заместителем председателя Правительства РФ Т.А. Голиковой 28.07.2020 за № 6551 п-П12 [7] работа по оценке качества оказания ПМП в восприятии её пациентами и их ближайшим окружением приобрела системный характер.

Целью данной работы была оценка субъективного восприятия удовлетворенности пользователей паллиативной помощи старше 18 лет;

их родственников и законных представителей взрослых (старше 18 лет) пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи; родственников и законных представителей детей (до 18 лет), нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, качеством оказываемой помощи, обеспеченностью лекарственными препаратами, в том числе содержащими наркотические средства и психотропные вещества, и медицинскими изделиями для использования на дому по анкетам, разработанными авторами совместно с Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) при участии Главных внештатных специалистов по ПМП Министерства здравоохранения Российской Федерации и утвержденными Минздравом России и Правительством Российской Федерации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для анализа явились результаты социологического опроса пользователей паллиативной медицинской помощи старше 18 лет, проведенного в сентябре-октябре 2022 г. методом личных интервью по месту жительства представителей данных целевых групп и в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, по разработанным ЦНИИОИЗ совместно с Главными внештатными специалистами Минздрава России по паллиативной помощи при участии Общероссийского народного фронта, Национальной медицинской палаты, фонда помощи хосписам «Вера» и утвержденным Правительством Российской Федерации анкетам.

Предварительно было проведено пилотное исследование: 10 диагностических экспертных интервью с представителями профессионального сообщества и общественных организаций, связанными с оказанием паллиативной помощи в Российской Федерации, и пилотное исследование разработанных анкет с участием 100 респондентов.

Выборка опроса при проведении исследования 2022 года этой группы обследуемых составила 300 респондентов. Для опроса отбирались респонденты, которые постоянно проживают на территории субъекта Российской Федерации, в котором проводится опрос. Предельная ошибка выборки исследования составила 4,76% в на уровне значимости $p < 0,1$, что является достаточным для первичной оценки уровня

качества оказания паллиативной медицинской помощи в стране. А в исследовании 2021 года – 5,83% на уровне значимости $p < 0,1$. Полученные данные сравнивались в аналогичным исследованием 2021 года для выявления динамики отношения к ПМП включенных в исследование групп респондентов.

Определение качества паллиативной медицинской помощи проводилось на конкретных примерах: респондентов просили дать оценку по результатам их собственных посещений врача/медицинской организации. Таким образом, вышеуказанная методология исследования позволила обеспечить высокий уровень качества ответов и личную заинтересованность респондентов в исследовании, а также минимизировать влияние на ответы респондентов внешних факторов (таких как общественное мнение, публикации в СМИ и др.).

В исследовании также проводился расчет комплексных показателей для вычисления их последующей динамики. По каждому блоку показателей оценки качества паллиативной помощи рассчитывался интегральный индекс, свидетельствующий, с одной стороны, о низкой или высокой важности блока, а с другой стороны, о низкой или высокой удовлетворенности блоком параметров паллиативной помощи. Использовалась следующая формула для расчета важности того или иного параметра: варианту «Очень важно» присваивается вес – 1 (полученный % ответов умножается на соответствующий вес), «Скорее важно» – 0,75; «Скорее не важно» – 0,25; «Совсем не важно» – 0; «Затрудняюсь ответить» – 0,5. То есть, к кому изучаемый параметр не применим и, соответственно, кто не может дать оценки, исключаются при анализе. Затем показатели суммируются. Индекс колеблется в пределах от 0 до 100 пунктов. Чем он выше, тем выше важность конкретного параметра.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам анкетирования вычислялись комплексные показатели важности основных параметров ПМП по 9 блокам. Ниже перечислены исследуемые блоки параметров и максимальная величина в пунктах по каждому блоку.

Блок 1. Параметры работы сотрудников, оказывающих паллиативную медицинскую помощь – 9.

Блок 2. Скорость оказания паллиативной медицинской помощи – 6.

Блок 3. Оснащенность медицинских учреждений – 6.

Блок 4. Содержание паллиативной медицинской помощи (оказываемая помощь) – 10.

Блок 5. Доступность медицинской помощи, питания и оборудования – 4.

Блок 6. Информирование – 7.

Блок 7. Участие при организации паллиативной медицинской помощи – 4.

Блок 8. Социальные, духовные аспекты – 5.

Блок 9. Взаимодействие с родственниками и близкими – 3.

Максимальная итоговая сумма показателей – 54 пункта. Это максимальная величина, свидетельствующая об очень высокой удовлетворенности комплексом параметров оказываемой ПМП.

Первыми респондентами оценивалась удовлетворенность пациентов, получающих ПМП, результаты представлены в *таблице 1*. Жирным шрифтом выделены значимые изменения на уровне $p < 0,1$. В целом, комплексная оценка работы медицинского персонала при оказании ПМП возросла на 7,1% – с 7,4 балла в 2021 г. до 7,9 баллов по 9-ти балльной шкале в 2022 г. Особенно сильно на рост комплексной оценки повлияло увеличение регулярности обходов лечащим/дежурным врачом во время пребывания в стационаре (оценка этого параметра выросла на 16,4%) и то, что наблюдение вел один и тот же медицинский работник (рост оценки параметра на 11,3%) (*Приложение, таблица 1*).

Исследование показало, что с точки зрения пациентов значительно увеличилась скорость оказания ПМП (*Приложение, таблица 2*). Комплексный показатель за прошедший год здесь увеличился на 14,8%, с 4,1 балла в 2021 г. до 4,7 балла в 2022 г. при максимально возможной оценке 6 баллов. Практически все составляющие этого блока показали значительный рост (*Приложение, таблица 2*): количеством времени, уделяемого на получение консультации (на 11,1%), сроками ожидания в очереди (на 20,2%), временем ожидания плановой госпитализации (на 24,5%), доступностью звонков на горячую линию (на 18,8%), длительностью ожидания визита врача на дом (на 15,4%). Этот блок оценки показал самый высокий рост. Именно длительность ожидания часто формирует негативное отношение у населения к оказанной, пусть и качественно, помощи [1].

Далее, в соответствии с методикой, оценивался комплексный показатель удовлетворенности оснащенностью медицинских организаций,

предоставляющих ПМП (максимально возможное значение показателя – 6 баллов). Его рост был не так значителен (*Приложение, таблица 3*), как предыдущего, всего на 2,5%, с 4,7 баллов до 4,8 баллов. Но внутри этого комплексного показателя мы выявили некоторую разноплановость. Его рост был обеспечен главным образом ростом позитивной оценки психологической атмосферы (на 13,2%) в медицинских организациях, в то время как оценка удобства графика работы медицинского персонала и количеством сидячих мест в зоне ожидания несколько снизилась (на 6,4% и 6,8% соответственно), оставаясь в то же время достаточно высокой (*Приложение, таблица 3*). Этот комплексный показатель свидетельствует о том, как персонал медицинских организаций может снизить влияние недостатка помещений и средств на переоборудование за счет позитивного отношения к пациентам всеми сотрудниками организации.

Блок оценки содержания ПМП не показал положительной динамики в оценке пациентов ее получающих. По сравнению с предыдущим годом здесь произошло некоторое снижение комплексного показателя удовлетворенности параметрами паллиативного лечения (максимальное значение которого не может превышать 10 баллов) – на 4,6% по сравнению с предыдущим годом. Менее всего пациенты были удовлетворены оказываемой помощью при диарее (–10,5% по сравнению с 2021 г.), при потере аппетита (–13,4%), при депрессии (–10,2%) (*Приложение, таблица 4*). Продолжает оставаться, с точки зрения пациентов, и проблема обезболивания (–6,5% по сравнению с 2021 г.). Но при этом в рамках этого же комплексного показателя резко выросла (*Приложение, таблица 4*) удовлетворенность при ощущениях пациентами усталости (+13,4% к 2021 г.) и при заботе о личной гигиене (+11,5% к 2021 г.).

При этом в части описания пациентами проблемы обезболивания мы обнаружили некоторое, на первый взгляд, противоречие в ее описании. Так, далее при оценке комплексного показателя удовлетворенности своевременностью оказания помощи и доступностью различных параметров паллиативной медицинской помощи (максимальное значение показателя 4 балла) мы обнаруживаем значительную позитивную динамику, на 10,5%, с 3,0 баллов в 2021 году до 3,4 баллов в 2022 г. (*Приложение, таблица 5*). И самый значительный рост этого комплексного показателя происходит за счет доступности необходимого медицинского оборудования

(+16,4%) и роста доступности обезболивающих препаратов (+14,6%). Тут мы скорее всего можем говорить об эффективности применяемых препаратов, поскольку доступность их растет (*Приложение, таблица 5*), а проблемы с обезболиванием остаются (*Приложение, таблица 4*).

Исследование показало, что растет и удовлетворенность пациентов информированностью о процессе лечения (*Приложение, таблица 6*). Она выросла с 5,8 баллов в 2021 г. до 6,2 баллов в 2022 г. при максимально возможном количестве баллов – 7. Особенно высоко пациенты оценили открытость медицинских работников в получении информации о своем состоянии и информацию о квалификации медицинского персонала (*Приложение, таблица 6*).

Безусловно позитивную динамику по всем составляющим дал комплексный показатель удовлетворенности параметрами личного участия пациентов в организации ПМП (максимально 4 балла) – с 2,8 баллов в 2021 году до 3,3 баллов в 2022 году, то есть на 14,5% (*Приложение, таблица 7*).

Есть позитивная динамика (*Приложение, таблица 8*) в оценке пациентами комплексного показателя удовлетворенности социальными и духовными аспектами при лечении (максимально 5 баллов), его рост на 6,1% обеспечивали главным образом такие составляющие, как профессиональная психологическая помощь (на 8,8%) и возможность общения с представителями духовенства (рост на 11,1%).

Заключительный девятый блок – удовлетворенность пациентов взаимодействием с родственниками и близкими, остался практически без изменений на достаточно высоком уровне (*Приложение, таблица 9*) – 2,6 балла из 3 максимально возможных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты опроса получателей паллиативной помощи демонстрируют высокий уровень удовлетворенности респондентов всеми параметрами оказания паллиативной медицинской помощи.

По словам респондентов, паллиативная медицинская помощь, которая оказывается на дому или в стационаре, помогает им физически чувствовать себя лучше. Также большинство опрошенных отмечают, что паллиативная медицинская помощь, оказываемая на дому или в стационаре, не только помогает им

психически, духовно чувствовать себя лучше, но и позволяет чувствовать себя полноценным членом общества.

В наибольшей степени респонденты в ходе опроса оказались удовлетворены тем, насколько уважительны, отзывчивы к ним медицинские сотрудники; тем, насколько медицинские сотрудники заинтересованы в облегчении состояния пациента; тем, насколько просто для понимания медицинские сотрудники дают советы по уходу; профессионализмом медицинских сотрудников, оказывающих помощь, а также тем, чтобы наблюдение за ними вел один и тот же врач, медсестра. Говоря о скорости оказания паллиативной медицинской помощи, респонденты чаще всего удовлетворены тем, насколько близко к ним находится медицинская организация по оказанию паллиативной медицинской помощи; количеством времени, в течение которого ожидается визит врача, медицинской сестры на дом; количеством времени, в течение которого ожидается плановая госпитализация, и доступностью звонков на горячую линию.

В наибольшей степени опрошенные пациенты оказываются удовлетворены следующими параметрами информации о своем лечении: открытостью, своевременностью получения информации о своем состоянии; информацией о квалификации врача, медсестры, медицинского сотрудника, оказывающего паллиативную медицинскую помощь; открытостью врачей, их честностью при ответах на вопросы; информацией о применении и действии лекарств, которые принимают респонденты; информацией о том, как будет проходить лечение и уход.

Комплексные параметры оценки позволяют оценить динамику основных направлений оценки качества ПМП с точки зрения пациентов и покрывают все основные направления оказания паллиативной медицинской помощи, они позволяют отслеживать изменения их значений во времени, а также проводить их расчет в разрезе различных групп граждан, целевых аудиторий, а главное определять потенциал развития того или иного параметра качества ПМП.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ТАБЛИЦЫ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОЛУЧАЕМОЙ ПМП

Таблица 1

Динамика оценки пациентами параметров работы сотрудников, оказывающих ПМП, в %

БЛОК 1. Сотрудники УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2021							БЛОК 1. Сотрудники УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2022									
		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %			Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %			
						Итого 2021 %							Итого 2022 %	Уровень изменения к предыдущему году		
1	Доступностью консультаций врачей-специалистов	52	28	11	5,2	4,6	77,6	1	Доступностью консультаций врачей-специалистов	70,3	17,3	1,1	10,8	0,5	83,8	8,0%
2	Тем, насколько профессиональны медицинские сотрудники, оказывающие Вам помощь	55	33	3,9	3,3	5,2	83	2	Тем, насколько профессиональны медицинские сотрудники, оказывающие Вам помощь	77,5	14,3	0,4	7	0,8	88,73	6,9%
3	Тем, насколько уважительны, отзывчивы к Вам медицинские сотрудники	73	20	4,6	0,6	2	90,05	3	Тем, насколько уважительны, отзывчивы к Вам медицинские сотрудники	84,9	9,4	0,3	4,7	0,7	92,38	2,6%
4	Тем, насколько медицинские сотрудники заинтересованы в облегчении состояния пациента	60	31	6,5	0,7	1,9	85,85	4	Тем, насколько медицинские сотрудники заинтересованы в облегчении состояния пациента	83	10,9	0,1	5,2	0,8	91,6	6,7%
5	Возможностью связаться с врачом, медицинским сотрудником при срочной необходимости (по сотовой и/или интернет-связи)	56	24	9,8	5,9	5,2	78,28	5	Возможностью связаться с врачом, медицинским сотрудником при срочной необходимости (по сотовой и/или интернет-связи)	72,3	12,5	0,6	12,5	2,1	82,88	5,9%
6	Тем, как Вас или Ваших родственников информируют о побочных эффектах лекарств, обезболивающих	51	32	6	1,9	9,4	80,9	6	Тем, как Вас или Ваших родственников информируют о побочных эффектах лекарств, обезболивающих	73	12,3	0,3	12,3	2,1	83,35	3,0%
7	Регулярностью обходов лечащим/дежурным врачом и/или заведующим отделением во время пребывания в стационаре	57	19	7,3	13,4	3,3	74,65	7	Регулярностью обходов лечащим/дежурным врачом и/или заведующим отделением во время пребывания в стационаре	78,5	9,8	0,3	9,4	2	86,93	16,4%
8	Наблюдение за Вами вел один и тот же врач, медсестра	58	21	15	1,3	4	80	8	Наблюдение за Вами вел один и тот же врач, медсестра	79,6	11,9	0,5	7,2	0,8	89,05	11,3%
9	Тем, насколько просто для понимания медицинские сотрудники дают советы по уходу	61	30	4,6	1,3	2,6	86,38	9	Тем, насколько просто для понимания медицинские сотрудники дают советы по уходу	81	11,6	0,1	6,5	0,8	90,13	4,3%
Комплексный показатель удовлетворенности работой медицинских сотрудников (максимально - 9) 2021							7,4	Комплексный показатель удовлетворенности работой медицинских сотрудников (максимально – 9) 2022							7,9	7,1%

Таблица 2

Оценка скорости оказания ПМП, в %

БЛОК 2. Скорость УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2021								БЛОК 2. Скорость УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2022									
		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затруднились ответить %	ИТОГО 2021			Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затруднились ответить %	Итого 2022	Уровень изменения к предыдущему году	
1	Тем, насколько близко к Вам находится медицинская организация по оказанию паллиативной медицинской помощи	51	25	11	6,9	5,7	75,48	1	Тем, насколько близко к Вам находится медицинская организация по оказанию паллиативной медицинской помощи	58,9	20,4	1,2	16,6	2,9	75,95	0,6%	
2	Количеством времени, которое Вы уделяете заполнению документов, получению консультаций	40	27	20	7,8	5,2	67,88	2	Количеством времени, которое Вы уделяете заполнению документов, получению консультаций	60	16,7	0,8	17,1	5,4	75,43	11,1%	
3	Количеством времени, которое Вы проводите в очереди за паллиативной медицинской помощью	34	27	17	13,3	7,9	63,05	3	Количеством времени, которое Вы проводите в очереди за паллиативной медицинской помощью	60,5	16,7	0,9	16,8	5,1	75,8	20,2%	
4	Количеством времени, в течение которого Вы ожидаете визита врача, медицинской сестры на дом	42	25	14	11,4	7,3	68,13	4	Количеством времени, в течение которого Вы ожидаете визита врача, медицинской сестры на дом	66,7	14	0,5	16,2	2,6	78,63	15,4%	
5	Количеством времени, в течение которого Вы ожидаете плановую госпитализацию	37	30	15	10,8	7,4	66,58	5	Количеством времени, в течение которого Вы ожидаете плановую госпитализацию	72	12,8	0,4	12,4	2,4	82,9	24,5%	
6	Доступностью звонков на горячую линию	39	23	2	15,3	21	67,18	6	Доступностью звонков на горячую линию	69,1	11,5	0,4	15	4	79,83	18,8%	
Комплексный показатель удовлетворенности скоростью оказания паллиативной медицинской помощи (максимально -6) 2021							4,1	Комплексный показатель удовлетворенности скоростью оказания паллиативной медицинской помощи (максимально -6) 2022							4,7	14,8%	

Таблица 3

Оценка оснащенности медицинских организаций при оказании ПМП, в %

БЛОК 3. Оснащенность медицинских учреждений УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2021								БЛОК 3. Оснащенность медицинских учреждений УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2022								
		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затруднился ответить %	ИТОГО 2021			Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затруднилось ответить %	Итого 2022	Уровень изменения к предыдущему году
1	Графиком/режимом работы учреждения	55	31	4,7	5,4	3,3	81,6	1	Графиком/режимом работы учреждения	64,4	13,7	0,6	18,2	3,1	76,38	-6,4%
2	Количеством сидячих мест перед кабинетом врача в зоне ожидания	43	30	10	11,6	5,4	70,58	2	Количеством сидячих мест перед кабинетом врача в зоне ожидания	51,6	14,4	0,7	26,9	6,4	65,78	-6,8%
3	Санитарно-техническим состоянием помещений (в том числе палат, комнат для санитарной гигиены)	53	27	8,7	5,2	6,7	78,25	3	Санитарно-техническим состоянием помещений (в том числе палат, комнат для санитарной гигиены)	68,9	14,7	0,6	12,2	3,6	81,88	4,6%
4	Наличием пандусов, лифтов и других средств перемещения с ограниченными физическими возможностями	51	31	6	2,7	9,4	80,38	4	Наличием пандусов, лифтов и других средств перемещения с ограниченными физическими возможностями	72,3	15,2	0,3	10,2	2	84,78	5,5%
5	Наличием необходимой информации (в том числе информационные стенды)	53	25	7,4	6,1	8,7	77,8	5	Наличием необходимой информации (в том числе информационные стенды)	67,2	16,9	0,1	12,9	2,9	81,35	4,6%
6	Психологической атмосферой в учреждении, палате	57	22	5,6	10,4	3,5	76,7	6	Психологической атмосферой в учреждении, палате	76,5	12,3	0,3	8,9	2	86,8	13,2%
Комплексный показатель удовлетворенности оснащенностью медицинских организаций, предоставляющих паллиативную помощь (максимально – 6) 2021							4,7	Комплексный показатель удовлетворенности оснащенностью медицинских организаций, предоставляющих паллиативную помощь (максимально – 6) 2022							4,8	2,5%

Таблица 4

Оценка содержания ПМП, в %

БЛОК 4. Оказываемая паллиативная медицинская помощь УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2021							БЛОК 4. Оказываемая паллиативная медицинская помощь УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2022							Уровень изменения к предыдущему году		
		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	ИТОГО 2021			Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	Итого 2022	
1	Лечением боли, предоставлением обезболивания (в том числе наркотических анальгетиков)	65	14	4,6	14,3	1,3	78	1	Лечением боли, предоставлением обезболивания (в том числе наркотических анальгетиков)	64,1	10,4	0,4	23,2	1,9	72,95	-6,5%
2	Помощью при тошноте/рвоте	53	22	4	19,8	1,3	71,08	2	Помощью при тошноте/рвоте	52,8	14	0,2	30,5	2,5	64,6	-9,1%
3	Помощью при потере аппетита	51	27	2	17,1	2,6	73,35	3	Помощью при потере аппетита	52,1	13,1	0,3	31,5	3	63,5	-13,4%
4	Помощью при одышке	52	21	2	23,9	1,3	68,83	4	Помощью при одышке	52,1	11,6	0,3	33,2	2,8	62,28	-9,5%
5	Помощью при депрессии	51	28	3,4	14,7	3,4	74,18	5	Помощью при депрессии	53,4	15,8	0,1	28,1	2,6	66,58	-10,2%
6	Помощью при беспокойстве	57	24	2,7	13,3	2,7	77,33	6	Помощью при беспокойстве	58,7	15,2	0,3	23,3	2,5	71,43	-7,6%
7	Помощью при бессоннице	54	25	4	13,9	2,6	75,5	7	Помощью при бессоннице	59,8	15,2	0,7	22,5	1,8	72,28	-4,3%
8	Помощью при запоре/ диарее	61	19	0,7	16,2	3,4	76,85	8	Помощью при запоре/ диарее	56,6	13,6	0,2	25,8	3,8	68,75	-10,5%
9	Помощью при усталости (недостатке энергии)	45	32	3,3	15,4	4	72,13	9	Помощью при усталости (недостатке энергии)	70,9	13	0,1	13,7	2,3	81,83	13,4%
10	Помощью при заботе о личной гигиене	57	23	1,3	14	4,7	76,85	10	Помощью при заботе о личной гигиене	74,9	13,2	0,1	10,1	1,7	85,68	11,5%
Комплексный показатель удовлетворенности параметрами паллиативного лечения (максимально – 10) 2021							7,4	Комплексный показатель удовлетворенности параметрами паллиативного лечения (максимально – 10) 2022							7,1	-4,6%

Таблица 5

Оценка доступности ПМП, питания, оборудования, в %

БЛОК 5. Доступ к помощи, питанию и оборудованию УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2021								БЛОК 5. Доступ к помощи, питанию и оборудованию УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2022								Уровень изменения к предыдущему году											
		Очень важно %		Скорее важно %		Скорее неважно %		Неважно/не имеет отношения %		Затрудняюсь ответить %		ИТОГО 2021				Очень важно %		Скорее важно %		Скорее неважно %		Неважно/не имеет отношения %		Затрудняюсь ответить %		Итого 2022	
1	Своевременностью оказания помощи	63	20	13	1,3	3,2	82,53	1	Своевременностью оказания помощи	80,8	10,4	0,3	7	1,5	89,43	8,4%											
2	Качеством еды и питья	58	22	8,4	5,2	6,5	79,73	2	Качеством еды и питья	69,8	16,1	0,3	12,2	1,6	82,75	3,8%											
3	Доступом к необходимому медицинскому оборудованию	51	22	5,3	15	6,5	72,23	3	Доступом к необходимому медицинскому оборудованию	73,3	12,8	0,5	11,3	2,1	84,08	16,4%											
4	Доступностью обезболивающих препаратов	56	15	5,8	20,7	2,6	69,95	4	Доступностью обезболивающих препаратов	71,4	10,4	0,3	16,1	1,8	80,18	14,6%											
Комплексный показатель удовлетворенности своевременностью оказания помощи и доступностью различных параметров паллиативной медицинской помощи (максимально – 4) 2021								3,0		Комплексный показатель удовлетворенности своевременностью оказания помощи и доступностью различных параметров паллиативной медицинской помощи (максимально – 4) 2022								3,4		10,5%							

Таблица 6

Оценка информирования пациентов при оказании ПМП, в %

БЛОК 6. Информирование УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2021		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	ИТОГО 2021	БЛОК 6. Информирование УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2022		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	Итого 2022	Уровень изменения к предыдущему году
1	Информацией о том, как будет проходить лечение и уход	63	24	8,6	2	2,6	84,18	1	Информацией о том, как будет проходить лечение и уход	78,1	11,4	0,5	8,4	1,6	87,58	4,0%
2	Информацией о квалификации врача, медсестры, медицинского сотрудника, оказывающего паллиативную медицинскую помощь	53	27	9,3	4,6	6,7	78,4	2	Информацией о квалификации врача, медсестры, медицинского сотрудника, оказывающего паллиативную медицинскую помощь	78,1	12,3	0,4	7,7	1,5	88,18	12,5%
3	Информацией о применении и действии лекарств, которые Вы принимаете	63	24	6,6	3,3	3,3	84,03	3	Информацией о применении и действии лекарств, которые Вы принимаете	75,9	13,5	0,5	8,8	1,3	86,8	3,3%
4	Информацией о течении болезни, будущем развитии болезни, общем состоянии Вашего здоровья	65	19	7,8	3,2	4,6	83,9	4	Информацией о течении болезни, будущем развитии болезни, общем состоянии Вашего здоровья	77,9	10,6	0,7	9,2	1,6	86,83	3,5%
5	Информацией о том, как позаботиться о себе	62	25	7,1	3,9	2,6	83,3	5	Информацией о том, как позаботиться о себе	76,5	12,1	0,3	9	2,1	86,7	4,1%
6	Открытостью врачей, их честностью при ответах на Ваши вопросы	68	20	5,8	2,7	3,9	85,98	6	Открытостью врачей, их честностью при ответах на Ваши вопросы	82	9,4	0,4	6,9	1,3	89,8	4,4%
7	Открытостью, своевременностью получения информации о Вашем состоянии	67	18	7,8	3,2	3,9	84,45	7	Открытостью, своевременностью получения информации о Вашем состоянии	83	8,9	0,3	6,5	1,3	90,4	7,0%
Комплексный показатель удовлетворенности параметрами информации о лечении (максимально – 7) 2021							5,8	Комплексный показатель удовлетворенности параметрами информации о лечении (максимально – 7) 2022							6,2	5,5%

Таблица 7

Оценка возможности участия пациентов при оказании им ПМП, в %

БЛОК 7. Участие при организации паллиативной помощи УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2021		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	ИТОГО 2021	БЛОК 7. Участие при организации паллиативной помощи УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2022		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	Итого 2022	Уровень изменения к предыдущему году
1	Возможностью участия в принятии решений, касающихся медицинской помощи	44	25	7,8	8,6	14	72,15	1	Возможностью участия в принятии решений, касающихся медицинской помощи	70	13,6	0,5	13,1	2,8	81,73	13,3%
2	Возможностью участия в принятии решений, касающихся сестринского ухода	42	22	6,6	13,1	16	68,45	2	Возможностью участия в принятии решений, касающихся сестринского ухода	69,2	14,5	0,3	13,2	2,8	81,55	19,1%
3	Возможностью участия в разработке индивидуального плана ухода	43	26	4	12	15	70,95	3	Возможностью участия в разработке индивидуального плана ухода	68,5	15	0,3	13,4	2,8	81,23	14,5%
4	Возможностью участия в принятии решений, касающихся места получения помощи	48	21	8,6	7,9	15	73,05	4	Возможностью участия в принятии решений, касающихся места получения помощи	69,7	13,4	0,6	13,5	2,8	81,3	11,3%
Комплексный показатель удовлетворенности параметрами личного участия в организации паллиативной медицинской помощи (максимально – 4) 2021							2,8	Комплексный показатель удовлетворенности параметрами личного участия в организации паллиативной медицинской помощи (максимально – 4) 2022							3,3	14,5%

Таблица 8

Оценка помощи в социальных и духовных аспектах при оказании ПМП, в %

БЛОК 8. Социальные, духовные аспекты УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2021		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	ИТОГО 2021	БЛОК 8. Социальные, духовные аспекты УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2022		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	Итого 2022	Уровень изменения к предыдущему году
1	Психологической / духовной поддержкой, которую Вам оказывают врачи, медсестры	65	24	3,2	7,1	1,3	83,88	1	Психологической / духовной поддержкой, которую Вам оказывают врачи, медсестры	78,2	12	0	8,2	1,6	88	4,9%
2	Готовностью медицинского персонала выслушать, дать совет	66	26	3,2	3,3	1,9	86,85	2	Готовностью медицинского персонала выслушать, дать совет	78,2	12,5	0	8	1,3	88,23	1,6%
3	Профессиональной психологической помощью	51	20	6,5	19,6	3,3	68,98	3	Профессиональной психологической помощью	63,2	13,3	0,3	19,6	3,6	75,05	8,8%
4	Возможностью общения с представителями духовенства, священнослужителями	41	20	3,9	29,6	5,3	59,73	4	Возможностью общения с представителями духовенства, священнослужителями	56,1	10,9	0,2	28,7	4,1	66,38	11,1%
Комплексный показатель удовлетворенности социальными и духовными аспектами при лечении (максимально -5) 2021							3,0	Комплексный показатель удовлетворенности социальными и духовными аспектами при лечении (максимально -5) 2022							3,2	6,1%

Таблица 9

Оценка взаимодействия с родственниками при оказании ПМП, в %

БЛОК 9. Взаимодействие с родственниками и близкими УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2021		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	ИТОГО 2021	БЛОК 9. Взаимодействие с родственниками и близкими УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ 2022		Очень важно %	Скорее важно %	Скорее неважно %	Неважно/не имеет отношения %	Затрудняюсь ответить %	Итого 2022	Уровень изменения к предыдущему году
1	Отношением медицинского персонала к Вашим родственникам и друзьям	68	24	2,5	2,6	3,8	87,73	1	Отношением медицинского персонала к Вашим родственникам и друзьям	77,1	10,7	0,3	9,6	2,3	86,35	-1,6%
2	Помощью и поддержкой, оказываемой Вам со стороны родственников, друзей	60	30	4,5	1,3	3,8	85,9	2	Помощью и поддержкой, оказываемой Вам со стороны родственников, друзей	74,8	13,1	0,3	10	1,8	85,6	-0,3%
3	Участием родственников в принятии решений о Вашем лечении	62	23	3,9	4,1	7,2	83,63	3	Участием родственников в принятии решений о Вашем лечении	72,7	12,9	0,3	12,1	2	83,45	-0,2%
Комплексный показатель удовлетворенности взаимодействием медицинского персонала и отношениями с близкими, родственниками, друзьями (максимально – 3) 2021							2,6	Комплексный показатель удовлетворенности взаимодействием медицинского персонала и отношениями с близкими, родственниками, друзьями (максимально – 3) 2022							2,6	-0,7%

ЛИТЕРАТУРА

- Бузин В.Н., Салагай О.О., Сон И.М. Эффективность системы российского здравоохранения в период эпидемии COVID-19: мнение населения. // Профилактическая медицина. 2021;24(2):7–13.
- Доника А.Д. Социально-психологическая компетентность медицинских специалистов в контексте оказания паллиативной помощи. В кн.: Аликбаева Л.А. редактор. Актуальные вопросы гигиены. Сборник научных трудов VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Санкт-Петербург, 2021. – С. 112–117.
- Задворная О.Л., Рахимова О.Ю. Медико-социальные аспекты развития паллиативной медицинской помощи. // Вестник Росздравнадзора, 2020; (2): 47–56.
- Невзорова Д.В., Устинова А.И. Организация паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в период распространения коронавирусной инфекции. PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь. // Российский научно-практический журнал. 2020; Спецвыпуск:11–14.
- Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Подкопаев Д.В. Оценка эффективности оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим пациентам. // Паллиативная медицина и реабилитация 2020; (2): 5–9.
- Ткаченко А.Е., Кушнарера И.В. Оказание паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях. // Педиатр, 2016;7(2):154–157.
- План мероприятий (дорожной карты) «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи» до 2024 года, утвержден Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 28 июля 2020 г. за

- № 6551п-П12. [Интернет]. URL: [http:// government.ru/news/40112/](http://government.ru/news/40112/) (Дата обращения 23.06.2022).
8. Черчинцева Е.А., Конопацкова О.М., Евдокимов Г.М. Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в Саратовской области. // Паллиативная медицина и реабилитация 2022; (1): 5–8.
 9. Higginson I., Wade A., McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. // BMJ. 1990 Aug 4; 301(6746):277–81. DOI: 10.1136/bmj.301.6746.277. PMID: 1697189; PMCID: PMC1663479.
 10. Miyashita M., Morita T., Ichikawa T., Sato K., Shima Y., Uchitomi Y. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. // J Pain Symptom Manage. 2009 Jun;37(6):1019–26. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2008.05.015. Epub 2009 Mar 24. PMID: 19321296.
 11. Sathyamurthy P.S., Madhavan S., Pandurangan V. (2021). Prevalence, Pattern and Functional Outcome of Post COVID-19 Syndrome in Older Adults. Cureus, 13 (8), e17189. <https://doi.org/10.7759/cureus.17189>
 12. Steinhauser K.E., Christakis N.A., Clipp E.C., McNeilly M., McIntyre L., Tulsky J.A. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. // JAMA. 2000 Nov 15; 284 (19):2476–82. DOI: 10.1001/jama.284.19.2476. PMID: 11074777
 13. Tripathy S. The COVID-19 pandemic and the elderly patient: review of current literature and knowledgebase. // J Geriatr Care Res. 2020; 7: 79–83.

REFERENCES

1. Buzin V.N., Salagay O.O., Son I.M. The effectiveness of the Russian healthcare system during the COVID-19 epidemic: public opinion. // Profilakticheskaya Meditsina. 2021;24(2): 7–13.
2. Donika A.D. Socio-psychological competence of medical specialists in the context of palliative care. In the book: Alikbaeva L.A. editor. Current issues of hygiene. Collection of scientific papers of the VI All-Russian scientific-practical conference with international participation. Saint Petersburg, 2021. – С. 112–117.
3. Zadvornaya O.L., Rakhimova O.Yu. Medico-social aspects of development of palliative medical care. // Vestnik roszdravnazdora, 2020; (2): 47–56.
4. Nevzorova D.V., Ustinova A.I. The organization of palliative medical care in the constituent entities of the Russian federation during the spread of coronavirus infection. PALLIUM: palliativnaya i khospisnaya pomoshch'. // Rossiyskiy nauchno-prakticheskiy zhurnal. 2020; Special Issue: 11–14.
5. Novikov G.A., Waisman M.A., Rudoy S.V., Podkopaev D.V. Assessing the efficiency of palliative care provision for oncologic patients. // Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya 2020; (2): 5–9.
6. Tkachenko A.E., Kushnareva I.V. Rendering pediatric palliative medical care on outpatient basis. // Pediatr, 2016;7(2):154–157.
7. Action plan (roadmap) «Improving the quality and accessibility of palliative care» until 2024, approved by the Deputy Prime Minister of the Russian Federation T.A. Golikova dated July 28, 2020 No. 6551p-P12. [Internet]. URL: [http:// government.ru/news/40112/](http://government.ru/news/40112/) (Accessed: 23.06.2022).
8. Cherchintseva E.A., Konopatskova O.M., Evdokimov G.M. Development of a system for providing palliative care to cancer patients in the Saratov region. // Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya 2022; (1): 5–8.
9. Higginson I., Wade A., McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. // BMJ. 1990 Aug 4; 301(6746):277–81. DOI: 10.1136/bmj.301.6746.277. PMID: 1697189; PMCID: PMC1663479.
10. Miyashita M., Morita T., Ichikawa T., Sato K., Shima Y., Uchitomi Y. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. J Pain Symptom Manage. 2009 Jun;37(6):1019–26. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2008.05.015. Epub 2009 Mar 24. PMID: 19321296.
11. Sathyamurthy P.S., Madhavan S., Pandurangan V. (2021). Prevalence, Pattern and Functional Outcome of Post COVID-19 Syndrome in Older Adults. Cureus, 13 (8), e17189. <https://doi.org/10.7759/cureus.17189>
12. Steinhauser K.E., Christakis N.A., Clipp E.C., McNeilly M., McIntyre L., Tulsky J.A. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. // JAMA. 2000 Nov 15; 284 (19):2476–82. DOI: 10.1001/jama.284.19.2476. PMID: 11074777
13. Tripathy S. The COVID-19 pandemic and the elderly patient: review of current literature and knowledgebase. // J Geriatr Care Res. 2020; 7: 79–83.

FR

DYNAMIQUE DES INDICATEURS COMPLEXES D'ÉVALUATION DES SOINS PALLIATIFS DISPENSES

V.N. Buzin, D.V. Nevzorova, E.A. Mikhailova, T.S. Buzina

Annotation

Le but de ce travail est d'évaluer la perception subjective de satisfaction des utilisateurs de soins palliatifs. *Matériels et méthodes.* Le matériel d'analyse était les résultats d'une enquête sociologique auprès des utilisateurs de soins palliatifs de plus de 18 ans, réalisée en septembre-octobre 2022 à l'aide d'entretiens personnels au lieu de résidence de représentants de ces groupes cibles. Une étude pilote préliminaire a été menée: 10 entretiens d'experts diagnostiques avec des représentants de la communauté professionnelle et des organisations publiques liées à la fourniture de soins palliatifs dans la Fédération de Russie; et une étude pilote de questionnaires élaborés avec la participation de 100 répondants. L'étude comprenait également le calcul d'indicateurs complexes pour calculer leur dynamique ultérieure. Résultats. Sur la base des résultats de l'enquête, des indicateurs complexes de l'importance des principaux paramètres du PMP ont été calculés pour 9 blocs principaux. L'étude a montré qu'une évaluation globale du travail du personnel médical dans la fourniture de soins primaires a augmenté de 7,1%, contre 7,4 points en 2021. jusqu'à 7,9 points sur une échelle de 9 points en 2022. La croissance de l'évaluation globale a été particulièrement fortement influencée par l'augmentation de la régularité des visites du médecin traitant/médecin de garde pendant le séjour à l'hôpital et par le fait que l'observation a été réalisée par le même professionnel de la santé (l'évaluation accrue du paramètre s'élevait à 11,3%). L'étude a également montré que du point de vue des patients, la rapidité de fourniture des soins primaires a considérablement augmenté: l'indicateur complexe pour ce bloc de questions au cours de l'année écoulée a augmenté de 14,8%. L'étude a également révélé une augmentation de la satisfaction des patients à l'égard des informations sur le processus de traitement: elle est passée de 5,8 points en 2021 à 6,2 points en 2022,

le nombre maximum de points possible étant de 7. Les patients ont apprécié particulièrement l'ouverture du personnel médical à recevoir des informations sur votre état et des informations sur les qualifications du personnel médical. Un indicateur complet de satisfaction à l'égard des paramètres de participation personnelle des patients à l'organisation des soins primaires a révélé une tendance positive indéniable dans toutes les composantes. Il existe également une tendance positive dans l'évaluation par les patients de l'indicateur complexe de satisfaction à l'égard des aspects sociaux et spirituels du traitement; sa croissance a été assurée principalement par des éléments tels que l'assistance psychologique professionnelle et la possibilité de communiquer avec des représentants du clergé. *Conclusion.* Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires de soins palliatifs démontrent un niveau élevé de satisfaction parmi les répondants à l'égard de tous les paramètres de la prestation de soins palliatifs. Des paramètres d'évaluation complets vous permettent d'évaluer la dynamique des principaux domaines d'évaluation de la qualité des soins primaires du point de vue des patients et couvrent tous les principaux domaines des soins palliatifs; ils vous permettent de suivre l'évolution de leurs valeurs au fil du temps., ainsi que de les calculer dans le contexte de différents groupes de citoyens, de publics cibles, et surtout de déterminer le potentiel de développement de l'un ou l'autre paramètre de qualité des SSP.

Mots clés: soins palliatifs, recherches sociologiques, satisfaction, indicateur complexe.

ES

DINÁMICA DE INDICADORES COMPLEJOS PARA EVALUAR LOS CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS

V.N. Buzin, D.V. Nevzorova, E.A. Mikhailova, T.S. Buzina

Anotación

El objetivo de este trabajo es evaluar la percepción subjetiva de satisfacción de los usuarios de cuidados paliativos. *Materiales y métodos.* El material para el análisis fueron los resultados de una encuesta sociológica a usuarios de cuidados paliativos mayores de 18 años, realizada en septiembre-octubre de 2022 mediante entrevistas personales en el lugar de residencia de representantes de estos grupos objetivo. Se llevó a cabo un estudio piloto preliminar: 10 entrevistas de expertos en diagnóstico con representantes de la comunidad profesional y organizaciones públicas relacionadas con la prestación de cuidados paliativos en la Federación de Rusia: y un estudio piloto de cuestionarios desarrollados con la participación de 100 encuestados. El estudio también incluyó el cálculo de indicadores complejos para calcular su dinámica posterior. Resultados. Con base en los resultados de la encuesta, se calcularon indicadores complejos de la importancia de los principales parámetros de PMP para 9 bloques principales. El estudio mostró que la evaluación integral del trabajo del personal médico en la prestación de atención primaria aumentó un 7,1%, desde 7,4 puntos en 2021. hasta 7,9 puntos en una escala de 9 puntos en 2022. El crecimiento de la evaluación integral estuvo especialmente influenciado por el aumento en la regularidad de las rondas por parte del médico tratante/médico de guardia durante la estadía en el hospital y el hecho de que la observación fue realizada por el mismo trabajador médico (el aumento de la evaluación del parámetro ascendió al 11,3%). El estudio también mostró que desde el punto de vista de los pacientes, la velocidad de atención primaria ha aumentado significativamente; el indicador complejo para este bloque de preguntas durante el año pasado aumentó un 14,8%. El estudio también reveló un aumento en la satisfacción de los pacientes con la información sobre el proceso de tratamiento: aumentó de 5,8 puntos en 2021 a 6,2 puntos en 2022, siendo el máximo número posible de puntos 7. Los pacientes valoraron especialmente la apertura de los trabajadores médicos a la hora de recibir información sobre su condición e información sobre las calificaciones del personal médico. Un indicador integral de satisfacción con los parámetros de participación personal de los pacientes en la organización de la atención primaria proporcionó una tendencia positiva innegable en todos los componentes. También hay una tendencia positiva en la evaluación de los pacientes del complejo indicador de satisfacción con los aspectos sociales y espirituales del tratamiento; su crecimiento fue asegurado principalmente por componentes como la asistencia psicológica profesional y la oportunidad de comunicarse con representantes del clero. *Conclusión.* Los resultados de una encuesta entre beneficiarios de cuidados paliativos demuestran un alto nivel de satisfacción entre los encuestados con todos los parámetros de la prestación de cuidados paliativos. Los parámetros de evaluación integral le permiten evaluar la dinámica de las principales áreas de evaluación de la calidad de la atención primaria desde el punto de vista de los pacientes y cubren todas las áreas principales de los cuidados paliativos; le permiten rastrear los cambios en sus valores a lo largo del tiempo., así como calcularlos en el contexto de diferentes grupos de ciudadanos, públicos objetivo y, lo más importante, determinar el potencial de desarrollo de uno u otro parámetro de calidad de la APS.

Palabras clave: cuidados paliativos, investigación sociológica, satisfacción, indicador complejo.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Бужин Валерий Николаевич – доктор социологических наук, главный научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Valery N. Buzin – the doctor of sciences in sociology of Federal State Budgetary Institution Central Research Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health; Moscow, Russia. ORCID: 0000-0001-6833-7214.

Невзорова Диана Владимировна – кандидат медицинских наук; главный внештатный специалист Минздрава России по паллиативной помощи, директор федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия.

Diana V. Nevzorova – candidate of medical sciences; Chief Freelance Specialist of the Ministry of Health of Russia on palliative care, director of the Federal Scientific and Practical Center for Palliative Care of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); senior researcher of Federal State Budgetary Scientific Institution N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia. ORCID 0000-0001-8821-2195.

Михайлова Елена Александровна – кандидат социологических наук, советник генерального директора ВЦИОМ, г. Москва, Россия.
Elena A. Mikhailova – Candidate of Sociological Sciences, Advisor to the General Director of VCIOM, Moscow, Russia.
ORCID: 0000-0002-4509-9337.

Бужина Татьяна Сергеевна – доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, главный внештатный специалист Минздрава России по клинической психологии по Центральному федеральному округу, г. Москва, Россия.

Tatiana S. Buzina – Doctor of Sciences in Psychology, Associate Professor, Head of the Department of General Psychology of the Moscow State Medical University named after A.I. Evdokimov, Chief freelance specialist of the Ministry of Health of Russia in Clinical Psychology in the Central Federal District, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-8834-251X.

ПРОБЛЕМА НАРКОТИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО СОЦИУМА (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ)

О.Н. КУРМЫШКИНА¹, В.Н. МОТЬКИН²

^{1,2} ГКУ РМ «Научный центр социально-экономического мониторинга», г. Саранск, Россия

УДК: 316.785 (470.345)

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-16-24

Аннотация

Цель: определить факторы, способствующие вовлечению населения Республики Мордовия в наркопотребление.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди жителей Республики Мордовия в возрасте от 14 до 60 лет. Использовалась многоступенчатая выборка с квотным отбором респондентов на последнем этапе. Для определения факторов вовлечения населения в наркопотребление применен двухэтапный кластерный анализ.

Результаты. Исследование показало, что население осознает серьезность проблемы наркомании в стране. Однако в месте проживания респондентов первоочередного решения требуют другие вопросы. Согласно последним данным, полученным в ходе социологических опросов, доля населения Мордовии, потребляющих наркотики, составляет 0,7%. Основными факторами вовлечения в наркопотребление выступили социальное окружение, влияние Интернета, доступность наркотических средств.

Заключение. В ходе кластерного анализа выделены два кластера. Первый образует большинство (90%) жителей Мордовии, состоящее из тех, кто не получал предложения попробовать наркотики, не пользуется Интернетом для получения информации о наркотиках и у кого в социальном окружении нет наркопотребителей. Во второй кластер (10%) вошли респонденты, получавшие предложение попробовать наркотики, знакомые с потребителями наркотиков и прибегающие к Интернету за наркоинформацией. Социально-демографические характеристики второго кластера отличаются от общей выборки, здесь преобладают мужчины и население в возрастных интервалах от 21 до 25 лет, 26–30 лет и 31–35 лет.

Ключевые слова: наркоситуация, наркотизация, население, регион, факторы приобщения к наркопотреблению, Мордовия.

Для цитирования: Курмышкина О.Н., Моткин В.Н. Проблема наркотизации регионального социума (на примере Республики Мордовия). Общественное здоровье. 2023, 3(4):16–24. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-16-24.

Контактная информация: Моткин Владислав Николаевич, e-mail: vlad.motkin@mail.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 02.10.2023. **Статья принята к печати:** 09.10.2023. **Дата публикации:** 25.12.2023.

UDC: 316.785 (470.345)

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-16-24

EN

THE PROBLEM OF ANESTHESIA OF REGIONAL SOCIETY (ON THE EXAMPLE OF THE REPUBLIC OF MORDOVIA)

O.N. KURMYSHKINA¹, V.N. MOTKIN²

^{1,2} Scientific Center for Social and Economic Monitoring, Saransk, Russia

Abstract

Target: the aim is to identify the factors contributing to the involvement of the population of the Republic of Mordovia in drug use.

Materials and methods. The study was conducted among residents of the Republic of Mordovia aged 14 to 60 years. Here we used a multi-stage sampling with quota selection of respondents at the last stage. A two-stage cluster analysis was applied to determine the factors of population involvement in drug use.

Results. The study showed that the population is aware of the seriousness of the problem of drug addiction in the country. However, other questions require priority resolution at the respondent's place of residence. The article compares the indicators of the spread of non-medical drug use according to official medical statistics and the results of sociological research. There is a discrepancy between the values of the prevalence of non-medical drug use according to the data of the Ministry of Health of the Republic of Mordovia and the data of sociological studies. According to the study, the proportion of the population of Mordovia who consume drugs is 0,7%. The main factors of involvement in drug use were the social environment, the influence of the Internet, and the availability of narcotic drugs.

Conclusion. According to the analysis, two clusters are identified. The first one forms the majority (90%) of the inhabitants of Mordovia. It includes those who have not received offers to try drugs, do not use the Internet to get information about drugs and who do not have drug users in their social environment. The second cluster (10%) included respondents who received an offer to try drugs, who were familiar with drug users and resorted to the Internet for drug information. The socio-demographic characteristics of the second cluster differ from the general sample, men prevail here, and the population in the age ranges from 21 to 25 years, 26–30 years and 31–35 years.

Keywords: drug situation, anesthesia, population, region, factors of initiation to drug use, Mordovia.

For citation: Kurmyshkina O.N., Motkin V.N. The problem of anesthesia of regional society (on the example of the Republic of Mordovia). Public health. 2023; 3(4):16–24. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-16-24.

For correspondence: Vladislav N. Motkin, e-mail: vlad.motkin@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Наркомания является предметом изучения многих наук: медицины, психологии, социологии, юриспруденции и др. Для социологов наркомания прежде всего форма девиантного поведения [1], психологов – потребность в лекарственных средствах во избежание психологического дискомфорта от их неупотребления; медиков – болезнь, связанная с патологическим влечением к наркотикам и их вредными последствиями для организма; юристов – заболевание, обусловленное зависимостью от наркотических средств и психотропных веществ [2]. Однако несмотря на разные подходы и принципы изучения научное сообщество признает, что наркомания – это прежде всего заболевание, которое характеризуется стойкой психической и физической зависимостью [1] от наркотических средств, состоянием периодической или хронической интоксикации [3].

Негативное воздействие наркомании направлено как на индивида, в частности (физическое и моральное здоровье человека), так и на социум в целом (демографию, экономику, политику страны). Проблема заключается в том, что очень трудно оценить уровень распространения наркомании. По оценкам экспертов федерального проекта «Трезвая Россия», наиболее близкое к реальности число потребителей наркотиков в стране превышает 5 миллионов человек, или 3,5% от всего населения Российской Федерации, однако официально зарегистрировано всего более 600 тысяч наркозависимых [4, С. 9].

ЦЕЛЬ данной статьи – определить факторы, способствующие вовлечению населения Республики Мордовия в наркопотребление, выявить предикторы кластеров, а также изучить их социально-демографические особенности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Показателями распространения немедицинского потребления наркотических средств выступают данные медицинской статистики и результаты социологических исследований. С целью выявления уровня наркотизации общества и отношения населения Республики Мордовия к проблемам наркомании ГКУ РМ «Научный центр социально-экономического мониторинга» провел социологические исследования в 2020–2022 гг. Опрос населения проводился согласно рекомендациям, изложенным в Методике и порядке осуществления мониторинга, а также критериях оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах [5]. На каждом этапе исследования приняли участие 1 000 жителей Мордовии от 14 до 60 лет, отобранные по следующим квотным признакам: пол, возраст, место проживания (город / село). Для определения факторов вовлечения населения в практику потребления наркотиков применялся иерархический двухэтапный кластерный анализ, в рамках которого выявлены предикторы стратификации данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно статистическим данным Министерства здравоохранения Республики Мордовия в регионе по итогам 2022 г. зарегистрировано 1619 потребителей наркотиков, из них больных с диагнозом «синдром зависимости от наркотических средств (наркомания)» 678 чел. (рис. 1). Ситуация, связанная с потреблением наркотиков, с 2020 г. остается стабильной. Показатель распространенности немедицинского потребления наркотиков (число зарегистрированных

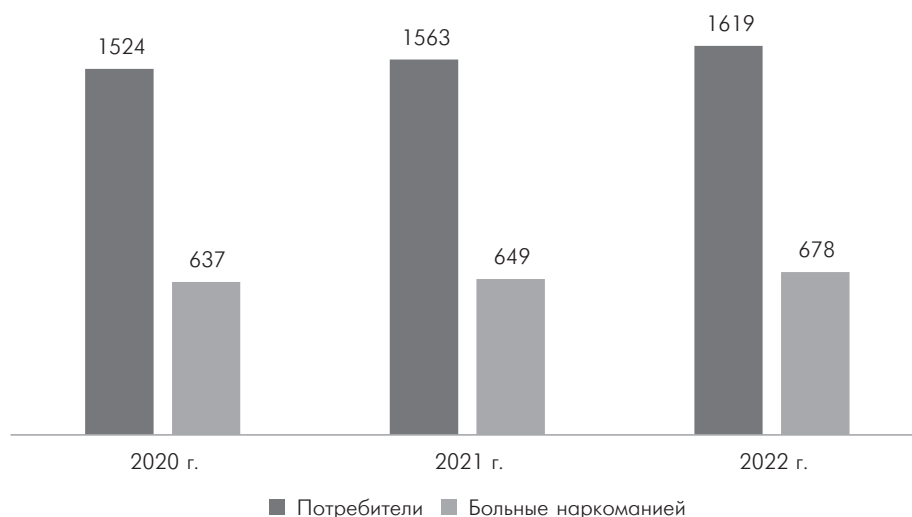


Рис. 1. Численность населения, допускающего немедицинское потребление наркотических средств

Источник: данные Министерства здравоохранения Республики Мордовия

больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями) сохраняется на уровне 0,2% от общей численности населения [6], показатель общей заболеваемости составил 88,0 на 100 тыс. нас. (в 2021 г. – 83,3, в 2020 г. – 80,6). Среди больных наркоманией почти половина потребляет несколько видов наркотиков, четверть – опиоиды и пятая часть – каннабиноиды. Показатель смертности от наркотических средств в республике по итогам 2022 г. составил 1,2 на 100 тыс. нас., что в абсолютных значениях составляет 9 случаев (в 2021 г. 0,9 на 100 тыс. нас. или 7 случаев).

Согласно социологическим данным, население региона в своем большинстве осознает серьезность проблемы наркомании в масштабах

страны (2022 г. – 64,6%, в 2021 г. – 66,3%)». Такого мнения чаще придерживаются жители сельской местности, что не может не вызывать тревоги и требует тщательного анализа, поскольку традиционно эта проблема больше беспокоила жителей городов [6]. В то же время значимость проблемы наркомании в местах непосредственного проживания граждан на фоне других социальных проблем менее выражена (таблица 1). Жителей больше волнуют качество медицинского обслуживания, дорог, состояние жилищно-коммунальной сферы и безработица.

Маркером наркотизма в регионе является субъективная оценка уровня распространенности наркомании. Почти половина респондентов (46,6%) указывают на распространение проблемы

Таблица 1

Рейтинг проблем, требующих решения в первую очередь, по мнению респондентов, %

Вариант ответа	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Качество медицинского обслуживания	21,6	20,1	20,2
Качество дорог	19,2	18,6	19,8
Состояние жилищно-коммунальной сферы	14,5	16,3	17,6
Безработица	22,0	19,3	16,9
Алкоголизм	9,0	10,7	10,2
Нехватка жилья	7,3	6,9	7,0
Наркомания	2,4	3,3	3,1
Преступность	2,2	2,9	2,4
Другое	1,8	1,9	2,9

Источник: данные авторского исследования

Таблица 2

**Причины распространения наркомании, по мнению опрошенных жителей
Республики Мордовия, %**

<i>Вариант ответа</i>	<i>2020 г.</i>	<i>2021 г.</i>	<i>2022 г.</i>
Неудовлетворенность жизнью, социальное неблагополучие	19,4	18,3	19,4
Моральная деградация общества, вседозволенность	18,5	20,5	19,3
Влияние наркобизнеса, доступность наркотиков	11,7	14,2	14,7
Безработица, экономические проблемы	14,5	13,4	12,0
Излишняя свобода, отсутствие организованного досуга	13,0	11,8	10,6
Влияние массовой культуры и СМИ	9,1	10,2	10,5
Плохая работа правоохранительных органов	6,8	5,9	6,4
Слабость профилактической работы	6,1	5,0	5,8
Другое	1,1	0,9	1,2

Источник: данные авторского исследования

наркомании по месту жительства, причем жители городов указывают на это в 2 раза чаще [7]. Несмотря на невысокую значимость наркомании для граждан на фоне других социальных проблем, население достаточно широко декларирует обеспокоенность этой проблемой.

Основными причинами распространения наркомании, по мнению жителей Мордовии, являются неудовлетворенность жизнью, социальное неблагополучие, моральная деградация общества, вседозволенность, влияние наркобизнеса, доступность наркотиков [6] (таблица 2). Причина распространения наркомании кроется, в первую очередь, в социально-нравственных аспектах, и только потом в уровне развития наркопреступности, борьба с которой, по словам Президента РФ В. В. Путина, должна выйти на новый уровень [8, С. 3]

Согласно гипотезе исследования к факторам вовлечения населения в наркопотребление относятся: досуговые практики, доступность наркотических средств, социальное окружение респондента, Интернет, уровень правовой грамотности.

Проверка гипотезы осуществлялась с помощью процедуры кластерного анализа данных. Полученный массив данных стратифицирован на два кластера. Предикторами определения в кластеры выступили окружение индивида, получение информации о наркотиках через Интернет, предложение попробовать наркотические средства и оценка их доступности. Досуговым возможностям и уровню правовой информированности соответствуют наименьшие значения предикторов. Первый кластер образует абсолютное большинство опрошенных (90%), второй – десятая часть (10%).

Для первого кластера характерно отсутствие в окружении знакомых, употребляющих наркотики и неиспользование Интернета для получения информации о наркотических средствах. Респонденты из этой группы не получали предложений попробовать запрещенные вещества, а также затруднились оценить их доступность. Этот кластер по социально-демографическим характеристикам не отличается от основного массива.

Характеристики второго кластера: в окружении респондентов есть наркопотребители; опрошенные чаще прибегают к сети Интернет за поиском информации о наркотиках и способах их употребления; они получали предложение попробовать наркотики, которые, по их субъективным оценкам, достать легко. В данный кластер вошли преимущественно мужчины, а также население в следующих возрастных интервалах: 21–25 лет (13%), 26–30 лет (19%) и 31–35 лет (17%). Доля респондентов по остальным возрастным группам меньше, чем в общем объеме выборки. К приобщению в наркопотребление вовлечены респонденты с высоким уровнем образования и социальным статусом. В этом и заключается «главная особенность современной ситуации – увеличение процента скрытой наркотизации, так называемого «серого поля» потребителей наркотиков...». [9, 146]

Социальное окружение. «Доказано, что одним из ключевых факторов, стимулирующих процесс и повышающих уровень наркотизации, является наличие в ближайшем социальном окружении друзей и знакомых, включенных в среду наркопотребителей и незаконный оборот наркотиков» [10, С. 102]. Большинство респондентов отметили, что в кругу их общения нет людей, употребляющих наркотические вещества, знакомы или общаются

Таблица 3

Социальное окружение респондентов, %

Вариант ответа	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Нет в кругу общения людей, употребляющих наркотики	90,5	92,4	91,8
Есть в кругу друзей, знакомых люди, употребляющие наркотики	7,6	9,5	8,2

Источник: данные авторского исследования

с такими людьми меньше 10% опрошенных (таблица 3). В социальном окружении опрошенных наркоманы чаще встречаются у городских жителей, мужчин и молодежи в возрасте 18–20 и 21–25 лет. Чаще всего приобщение молодых людей к наркотикам проходит при активном посредничестве знакомых и друзей [11, С. 177].

Влияние Интернета. На развитие наркоситуации в регионе влияет Интернет. «Влияние Интернета распространяется в двух противоположных направлениях: сдерживающее и стимулирующее девиантное поведение, но по своим характеристикам Интернет в большей степени выступает мощным фактором распространения одурманивающих веществ» [9, С. 148]. В Мордовии всемирную «сеть для получения сведений о наркотиках и способах их употребления использовали пятая часть опрошенных жителей (в 2022 г. – 4,2%, в 2020 г. – 5,9%, в 2021 г. – 7,6%)» [6]. Как правило, это мужчины, молодежь в возрасте от 18 до 20 и от 21 до 25 лет. Заинтересованность респондентов в подобной информации может служить тревожным сигналом, особенно в тех случаях, когда речь идет о поиске стоимости и местах приобретения наркотических веществ, что может свидетельствовать о решении попробовать наркотики. У Интернет-пользователей подчеркивается внутренняя готовность к первой пробе, несмотря на знание о возможных последствиях употребления [9, С. 144].

Доступность наркотических средств. Оценка доступности наркотических средств косвенно свидетельствует о распространении наркотиков среди населения. Четверть жителей Мордовии считает, что наркотики достать легко, однако большинство не знают ответа на этот вопрос (таблица 4) [6].

Досуговые практики. Грамотная организация досуга населения с акцентом на занятия спортом оказывает положительное влияние на состояние наркоситуации [12]. Мнения жителей Мордовии о возможностях для интересного досуга разделились: 54,1% считают их достаточными, 45,8% – недостаточными. Населению необходимы, в первую очередь, объекты спортивной инфраструктуры (30%), новые парки и зеленые территории (24%), а также торгово-развлекательные комплексы (13%). Первые два объекта рекреации свидетельствуют об ориентации населения на здоровый образ жизни. Согласно статистическим данным доля занимающихся спортом в республике растет (2020 г. – 46,2%, 2021 г. – 50,8%, 2022 г. – 53,4%) [13]. Однако отсутствие организованного досуга вкупе с наличием наркопотребителей в социальном окружении чаще всего способствуют получению первого опыта употребления различных психоактивных веществ [11, С. 177]. Поэтому в качестве одной из важнейших превентивных мер по предотвращению негативного сценария развития наркоситуации должно быть увеличение рекреационных мест и организация досуговой деятельности.

Правовая грамотность. Уровень информированности населения республики о законодательной ответственности за потребление, хранение и сбыт наркотических веществ остается достаточно высоким: 44,8% знают о ней в общих чертах, 26,4% – очень хорошо. Низкая степень информированности выявлена только у пятой части опрошенных (18,9%), ничего не знает о таком виде правонарушения 10%.

Изучая факторы вовлечения населения в потребление наркотических средств, необходимо

Таблица 4

Распределение ответов на вопрос «Как Вы думаете, трудно ли достать сегодня наркотики», %

Вариант ответа	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Трудно	3,9	4,0	6,1
Легко	17,0	26,4	23,8
Затрудняюсь ответить	69,6	79,0	70,1

Источник: данные авторского исследования

Таблица 5

Причины, удерживающие от употребления наркотиков, %

Вариант ответа	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Осознанное отрицательное отношение к употреблению наркотиков	37,2	37,0	40,4
Ранняя смерть	13,5	12,2	11,8
Опасность заболеть ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С	8,5	9,2	8,9
Полное привыкание	9,9	9,3	8,8
Потеря уважения близких	8,8	9,1	8,2
Боязнь отлучения от семьи	6,5	6,4	5,4
Боязнь оказаться в тюрьме	6,9	5,9	5,2
Боязнь остаться ненужным обществу	5,7	5,7	4,8
Дорого (не хватает средств)		1,5	2,5
Другое	2,9	3,3	3,5
Я употребляю наркотики		0,5	0,5

Источник: данные авторского исследования

также указать на причины, препятствующие этому процессу:

1. Сформированное негативное отношение к употреблению наркотиков. В Республике Мордовия большинство опрошенных отказываются от употребления наркотических средств по причине осознанного отрицательного отношения к подобным практикам. Более половины опрошенных считают эту причину единственной (таблица 5).

2. Ценность жизни и здоровья. Население отказывается от употребления наркотиков из-за угрозы ранней смерти, опасности заболеть ВИЧ и вирусными гепатитами В и С, полного привыкания.

3. Социальные факторы: потеря уважения близких, страх отлучения от семьи, законодательная ответственность и боязнь остаться ненужным обществу.

Решение проблемы наркомании неразрывно связано с проведением профилактических мероприятий, в качестве наиболее результативных из которых жители региона выделяют расширение работы с молодежью и ужесточение мер наказания за наркопреступления (таблица 6). При этом наиболее эффективными являются «комплексные мероприятия, направленные на снижение немедического потребления наркотиков и решение

Таблица 6

Распределение ответов на вопрос «Какие мероприятия, по Вашему мнению, более эффективны для профилактики и решения проблемы наркомании?», %

Вариант ответа	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Расширение работы с молодежью	16,0	14,8	15,4
Ужесточение мер наказания за наркопреступления	15,5	14,4	13,3
Лекции и беседы в учебных заведениях	10,1	11,0	10,9
Физкультурные и спортивные мероприятия	11,2	9,5	10,8
Выступления бывших наркоманов	9,0	10,1	10,2
Принудительное лечение наркоманов	9,6	10,0	10,2
Повышение доступности помощи психологов, психотерапевтов	8,4	8,7	9,4
Беседы специалистов-наркологов с родителями учащихся, студентов	7,8	8,3	7,6
Тематические программы и фильмы на телевидении	4,7	4,7	4,7
Публикации в Интернете, специализированные сайты	4,0	4,9	4,5
Специальные концерты, фестивали	2,6	2,4	2,0
Другое	1,2	1,1	1,0

Источник: данные авторского исследования

проблемы наркомании» [6]. На передний план профилактической работы выдвигаются разъяснительная работа с населением, выступления в СМИ, организация антинаркотической пропаганды в учебных заведениях, информирование населения при помощи наглядных пособий о признаках наркотического опьянения и вреде наркотиков при взаимодействии всех субъектов профилактики [14, С. 29].

Необходимо заметить, что Республика Мордовия по эффективности антинаркотической работы на фоне других субъектов РФ относится к благополучным регионам, проблема распространения наркомании находится здесь под пристальным вниманием на всех уровнях власти [15].

Если оценивать перспективы употребления гражданами наркотиков, то динамика результатов трехлетних исследований свидетельствует о том, что жители республики продолжают демонстрировать преобладающую установку на отказ от наркопотребления (в 2022 г. – 93,5%, в 2020 г. – 92,7%, в 2021 г. – 94,2%). В качестве потенциальных потребителей наркотических средств выступают только 6,5% опрошенных, из них 2,3% будут принимать решение об употреблении исходя из вида наркотика, 3,3% пока не определились с решением, 0,8% поведут себя в зависимости от ситуации и настроения. «Таким образом, несмотря на публичное неприятие, происходит либерализация отношения к наркотикам – допустимость употребления тех или иных веществ, но только при определенных условиях (например, употребление «безопасных», с точки зрения потребителя, веществ; контроль за частотой, дозировками и качеством веществ; соблюдение определенных правил приёма и т.д.)» [16, С. 126].

Доля населения, которым предлагали попробовать наркотические средства, не изменяется (в 2022 г. – 13,8%, в 2021 г. – 14,5%, в 2020 г. – 12,6%), что может свидетельствовать о стабильности ситуации в сфере распространения немедицинского потребления наркотиков.

Пробовала наркотические средства небольшая часть населения (в 2022 г. – 3,2%, в 2021 г. – 3,7%, в 2020 г. – 3,3%). Чаще подобные практики встречаются у мужчин и жителей городов. Наркотические средства пробовали не только молодежь, но и представители среднего возраста и респонденты с высшим образованием. «Трагизм сегодняшней ситуации, и это новое явление нашего времени, состоит в том, что в наркотизацию активно вовлекается

не только молодежь, отклоняющаяся от социальных норм, но и та её социально активная часть, которая при других обстоятельствах никогда не стала бы экспериментировать с наркотиками» [9, С. 146].

Потребляли наркотические средства на момент опроса 0,7% опрошенных (в 2021 г. – 0,7%, в 2020 г. – 0,7%), которые в основном принимали наркотики растительного происхождения: травку, гашиш, анашу, марихуану. Причинами употребления являются безрассудность («по глупости») – 36,7%, безделье («просто так, от нечего делать, раз попробовать не страшно») – 33,3%, связь с «плохой» компанией – 13,3%. Основным способом употребления наркотических средств в 2022 г., как и в предыдущие годы, остается курение» [6]. Источниками получения наркотиков являются друзья и знакомые (32,3%), Интернет и мессенджеры (по 6,5% соответственно), «закладки» (3,2%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные медицинской статистики и социологические замеры уровня наркотизации населения позволяют сделать вывод, что в Республике Мордовия ситуация в сфере немедицинского потребления наркотиков стабильная, не обостряется [10]. Прежде всего этому способствует эффективная профилактическая деятельность, проводимая всеми заинтересованными министерствами и ведомствами. Другой немаловажный фактор – сформированное у населения негативное отношение к наркотикам и преобладающая установка на отказ от наркопотребления. Кластерный анализ данных позволил определить факторы приобщения к потреблению наркотиков: социальное окружение, влияние Интернета и доступность наркотических средств. В ходе кластерного анализа выделены два кластера: первый образует большинство жителей Мордовии, которые не получали предложения попробовать наркотики, в их социальном окружении нет наркопотребителей и они не пользуются Интернетом для получения информации о наркотиках. Во второй кластер (10%) вошли респонденты, получавшие предложение попробовать наркотики, знакомые с потребителями наркотиков и прибегающие к Интернету за наркоинформацией. Социально-демографические характеристики второго кластера отличаются от общей выборки, здесь преобладают мужчины, молодежь и население среднего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шереги Ф. Э. Социология девиации. Москва.: Юрайт, 2021. – 332 с.
2. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ (ред. от 17.07.2009, с изм. от 18.07.2009) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/ (Дата обращения: 24.08.2023).
3. Ишимова А. Е. Проблема наркомании в России // Молодой ученый. – 2020. – № 6. – С. 48–52.
4. Доклад Федерального проекта «Трезвая Россия» о демографической ситуации в Российской Федерации 2020 г. // URL: <https://alkogolunet.ru/demografija-2020.pdf?ysclid=ll24a1ymut467585573> (Дата обращения: 24.08.2023).
5. Методика и порядок осуществления мониторинга, а также критерии оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах (утв. подпунктом 4.3 решения Государственного антинаркотического комитета (протокол от 25 июня 2021 г. № 48)) // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/401405228/?ysclid=ll2530t3zh439857896> (Дата обращения: 24.08.2023).
6. Мониторинг наркоситуации в Республике Мордовия в 2022 г.: доклад // URL: https://e-mordovia.store.e-mordovia.ru/iblock/207/207633c497b72fcb085091dff5b71d1b/Doklad_Narkosituatsiya_zh-2022.pdf (Дата обращения: 24.08.2023).
7. Вишнякова Н. А., Курмышкина О. Н. Распространенность наркомании: субъективные оценки населения региона // Человек. Общество. Инклюзия. – 2021. – № 3 (47). – С. 26–31.
8. В. В. Путин: «На новый уровень должна выйти борьба с наркобизнесом» // Наркоконтроль. – 2021. – № 2. – С. 3–5.
9. Позднякова М. Е. Влияние Интернет-сообществ на распространение девиантных форм поведения в современной России (на примере наркотизма) // Россия реформирующаяся. Ежегодник / Отв. ред. М. К. Горшков. – Вып. 8. – М.: Институт социологии РАН, 2009. С. 128–149.
10. Сидоров П. Г. Социальное окружение как фактор наркотизации молодежи (на примере Хабаровского края) // Власть и управление на Востоке России. – 2015. – № 3(72). – С. 102–108.
11. Шинкевич В. Е., Бен Е. Н., Молоков В. В. Оценка факторов наркотизации социальной среды: по результатам ежегодного мониторинга наркоситуации в Красноярском крае // Вестник Сибирского юридического института МВД России. – 2020. – № 4 (41). – С. 171–181.
12. Абсатаров Р. Р. 2021. Факторы, влияющие на состояние наркоситуации в субъектах Северо-Западного федерального округа России // Региональные геосистемы. – 2021. – 45(3). – С. 354–365. (С. 362).
13. Доля граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом (P5) // URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/61635> (Дата обращения: 24.08.2023).
14. Кублова М. Г. Профилактика наркомании как основа безопасности и социальной стабильности государства // Наркоконтроль. – 2021. – № 2. – С. 26–30.
15. Трезвая Россия – против наркотиков: рейтинг регионов // URL: <http://www.trezvros.ru/calendar/798> (Дата обращения: 24.08.2023).
16. Позднякова М. Е., Брюно В. В. Новые тенденции наркотизации как риски социального характера // Вестник Института социологии. – 2018. – № 24. – С. 115–139.
17. Социологический анализ наркоситуации в Республике Мордовия: бюллетень Научного центра социально-экономического мониторинга / В. Н. Мотыкин, О. Н. Курмышкина, Т. Г. Маторкина; Государственное казенное учреждение Республики Мордовия «Научный центр социально-экономического мониторинга». Том № 2 (14). – Саранск: Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, 2022. – 23 с.

REFERENCES

1. Sheregi F. E. Sociology of deviation. Moscow.: Yurayt, 2021. – 332 p.
2. Federal Law «On Narcotic Drugs and Psychotropic Substances» dated January 8, 1998 No. 3-FZ (as amended on 17.07.2009, with amendments. from 18.07.2009) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/ (Accessed: 24.08.2023).
3. Ishimova A. E. The problem of drug addiction in Russia // Young scientist. – 2020. – No. 6. – P. 48–52.
4. Report of the Federal project “Sober Russia» on the demographic situation in the Russian Federation in 2020 // URL: <https://alkogolunet.ru/demografija-2020.pdf?ysclid=ll24a1ymut467585573> (Accessed: 24.08.2023).
5. Methodology and procedure for monitoring, as well as criteria for assessing the development of the drug situation in the Russian Federation and its subjects (approved by subparagraph 4.3 of the decision of the State Anti-Drug Committee (Protocol of June 25, 2021 № 48)) // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/401405228/?ysclid=ll2530t3zh439857896> (Accessed: 24.08.2023).
6. Monitoring of drug situation in the Republic of Mor-dovia in 2022: report // URL: https://e-mordovia.store.e-mordovia.ru/iblock/207/207633c497b72fcb085091dff5b71d1b/Doklad_Narkosituatsiya_zh-2022.pdf (Accessed: 24.08.2023).
7. Vishnyakova N. A., Kurmyshkina O. N. Prevalence of drug addiction: subjective assessments of the region's population // Human. Society. Inclusion. – 2021. – No 3 (47). – P. 26–31.
8. V. V. Putin: «The fight against drug trafficking should reach a new level» // Drug Control. – 2021. – No. 2. – P. 3–5.
9. Pozdnyakova M. E. The influence of Internet communities on the spread of deviant forms of behavior in modern Russia (on the example of drug addiction) // Russia reforming. Yearbook / Ed. by M. K. Gorshkov. – Issue 8. – Moscow: Institute of Sociology of the Russian Academy of Sciences, 2009. – P. 128–149.
10. Sidorov P. G. Social environment as a factor of youth narcosis (on the example of the Khabarovsk Territory) // Power and management in the East of Russia. – 2015. – No 3(72). – P. 102–108.
11. Shinkevich V. E., Ben E. N., Molokov V. V. Assessment of factors of narcosis of the social environment: based on the results of annual monitoring of drug situation in the Krasnoyarsk Territory // Bulletin of the Siberian

- Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia. – 2020. – No. 4 (41). – P. 171–181.
12. Absatarov R. R. 2021. Factors affecting the state of drug situation in the subjects of the North-Western Federal District of Russia // Regional geosystems. – 2021. – 45(3). – P. 354–365. (P. 362).
 13. The share of citizens systematically engaged in physical culture and sports (P5) // URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/61635> (Accessed: 24.08.2023).
 14. Kublova M. G. Drug addiction prevention as the basis of security and social stability of the state // Drug control. – 2021. – No. 2. – P. 26–30.
 15. Sober Russia – against drugs: rating of regions // URL: <http://www.trezvros.ru/calendar/798> (Accessed: 24.08.2023).
 16. Pozdnyakova M. E., Bruno V. V. New trends in anesthesia as societal risks // Bulletin of the Institute of Sociology. – 2018. – No 24. – P. 115–139.
 17. Sociological analysis of the drug situation in the Republic of Mordovia: bulletin of the Scientific Center for Socio-Economic Monitoring / V. N. Motkin, O. N. Kurmyshkina, T. G. Matorkina; State state Institution of the Republic of Mordovia «Scientific Center for Socio-Economic Monitoring». Volume No. 2 (14). – Saransk: N. P. Ogarev National Research Mordovian State University, 2022. – 23 p.

FR

LE PROBLÈME DE LA TOXICOMANIE DANS LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE (EN UTILISANT L'EXEMPLE DE LA RÉPUBLIQUE DE MORDOVIE)

O. N. Kurmyshkina, V. N. Motkin

Annotation

Cible: déterminer les facteurs contribuant à l'implication de la population de la République de Mordovie dans la consommation de drogues. **Matériels et méthodes.** L'étude a été menée auprès de résidents de la République de Mordovie âgés de 14 à 60 ans. Un échantillon à plusieurs degrés a été utilisé avec une sélection de quotas de répondants à la dernière étape. Pour déterminer les facteurs d'implication de la population dans la consommation de drogues, une analyse groupée en deux étapes a été utilisée. **Résultats.** L'étude a montré que la population est consciente de la gravité du problème de la toxicomanie dans le pays. Cependant, au lieu de résidence des intimés, d'autres questions doivent être résolues en priorité. Selon les dernières données obtenues grâce à des enquêtes sociologiques, la proportion de la population de Mordovie qui consomme des drogues est de 0,7%. Les principaux facteurs d'implication dans la consommation de drogues étaient l'environnement social, l'influence d'Internet et la disponibilité des drogues. **Conclusion.** Lors de l'analyse groupée, deux clusters ont été identifiés. Le premier est constitué de la majorité (90%) des habitants de Mordovie, composés de ceux qui n'ont pas reçu d'offre d'essai de drogues, qui n'utilisent pas Internet pour obtenir des informations sur les drogues et qui n'ont pas de consommateurs de drogues dans leur entourage. environnement social. Le deuxième groupe (10%) comprenait des répondants qui avaient reçu une offre d'essayer des drogues, connaissaient des consommateurs de drogues et avaient recours à Internet pour obtenir des informations sur les drogues. Les caractéristiques sociodémographiques du deuxième cluster diffèrent de l'échantillon général: les hommes y sont prédominants et la population se situe dans la tranche d'âge de 21 à 25 ans, de 26 à 30 ans et de 31 à 35 ans.

Mots clés: situation de la drogue, toxicomanie, population, région, facteurs d'initiation à la consommation de drogue, Mordovie.

ES

EL PROBLEMA DE LA DROGADICCIÓN EN LA SOCIEDAD REGIONAL (USANDO EL EJEMPLO DE LA REPÚBLICA DE MORDOVIA)

O. N. Kurmyshkina, V. N. Motkin

Anotación

Objetivo: determinar los factores que contribuyen a la participación de la población de la República de Mordovia en el consumo de drogas. **Materiales y métodos.** El estudio se realizó entre residentes de la República de Mordovia de edades comprendidas entre 14 y 60 años. Se utilizó una muestra de múltiples etapas con una selección por cuotas de encuestados en la última etapa. Para determinar los factores de participación de la población en el consumo de drogas se utilizó un análisis de conglomerados en dos etapas. **Resultados.** El estudio demostró que la población es consciente de la gravedad del problema de la drogadicción en el país. Sin embargo, en el lugar de residencia de los encuestados, otras cuestiones requieren resolución con carácter prioritario. Según los últimos datos obtenidos mediante encuestas sociológicas, la proporción de la población de Mordovia que consume drogas es del 0,7%. Los principales factores de implicación en el consumo de drogas fueron el entorno social, la influencia de Internet y la disponibilidad de drogas. **Conclusión.** Durante el análisis de conglomerados, se identificaron dos conglomerados. El primero está formado por la mayoría (90%) de los residentes de Mordovia, formado por aquellos que no han recibido una oferta para probar drogas, no utilizan Internet para obtener información sobre las drogas y no tienen consumidores de drogas en sus hogares. ambiente social. El segundo grupo (10%) incluía encuestados que habían recibido una oferta para probar drogas, conocían a consumidores de drogas y recurrieron a Internet para obtener información sobre drogas. Las características sociodemográficas del segundo grupo difieren de las de la muestra general, aquí predominan los hombres y la población tiene edades comprendidas entre 21 y 25 años, 26–30 años y 31–35 años.

Palabras clave: situación de las drogas, drogadicción, población, región, factores de iniciación al consumo de drogas, Mordovia.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Курмышкина Оксана Николаевна – старший научный сотрудник отдела-социопарка «Регионология» ГКУ РМ «Научный центр социально-экономического мониторинга», г. Саранск, Россия.

Oksana N. Kurmyshkina – scientific researcher Scientific Center for Social and Economic Monitoring, Saransk, Russia. E-mail: mad-oksana@yandex.ru

Моткин Владислав Николаевич – ведущий научный сотрудник отдела-социопарка «Регионология» ГКУ РМ «Научный центр социально-экономического мониторинга», кандидат социологических наук, г. Саранск, Россия.

Vladislav N. Motkin – leading scientific researcher, candidate of sociological sciences, Scientific Center for Social and Economic Monitoring, Saransk, Russia. E-mail: vlad.motkin@mail.ru

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С.Н. АВДЕЕВ¹, С.А. ЛИННИК^{2,3}, Е.Е. ТУМЕНКО^{2,3}

¹ ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

² ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.С. Семашко» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва, Россия.

³ Автономная некоммерческая организация «Научное медицинское общество «Медицинская практика», г. Москва, Россия.

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-25-36

Аннотация

Введение. В статье представлены данные анализа лекарственного обеспечения пациентов с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью лёгких как в стационарных условиях, так и на этапе амбулаторного лечения. Объектом исследования явилось лекарственное обеспечение пациентов с бронхообструктивными заболеваниями в субъектах Российской Федерации. **Целью** нашего исследования явилось изучение лекарственного обеспечения пациентов с бронхообструктивными заболеваниями. Для чего применялись следующие методы исследования: проанализированы закупки лекарственных препаратов в федеральных округах и некоторых субъектах Российской Федерации в 2019–2022 годах, рассчитаны суммы средств на одного пациента с диагнозом бронхиальной астмы или хронической обструктивной болезни лёгких. Отдельно мы проанализировали закупки коротко- и длительнодействующих бронходилататоров, а также моно- и комбинированных лекарственных препаратов и препаратов моноклональных антител для лечения пациентов с бронхиальной астмой. Данные о закупках лекарственных препаратов были проанализированы по данным сайта zakupki.gov.ru, сведения о количестве пациентов в федеральных округах и субъектах РФ взяты из статистических материалов Министерства здравоохранения России. **Результаты.** Мы обнаружили кратную разницу между федеральными округами по сумме средств в пересчёте на одного пациента как в 2019, так и 2022 году, причём дифференциация между федеральными округами оказалась также и при анализе льготного лекарственного обеспечения. Динамика сумм средств, затраченных субъектами на закупку лекарственных препаратов для лечения пациентов в амбулаторных условиях, оказалась разнонаправленной: часть субъектов не только не увеличила эти суммы в 2022 году по сравнению с 2019, но, напротив, снизила их. При этом разница между субъектами одного федерального округа достигает десятикратных значений. **Заключение.** Пациенты с бронхообструктивными заболеваниями, живущими в разных федеральных округах страны, имеют различное лекарственное обеспечение как в амбулаторных, так и в стационарных условиях лечения. Для улучшения лекарственного обеспечения этих пациентов необходимо внедрить единую методику расчёта планируемой потребности в лекарственных препаратах и обязать субъекты обеспечивать пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких лекарственными препаратами за счёт средств бюджетов субъектов.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, бронхообструктивные заболевания, бронхиальная астма, ХОБЛ, РЛО, ОНЛП, болезни органов дыхания, моноклональные антитела.

Для цитирования: Авдеев С.Н., Линник С.А., Туменко Е.Е. Анализ лекарственного обеспечения пациентов с бронхообструктивными заболеваниями в Российской Федерации. Общественное здоровье. 2023, 3(4):25–36. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-25-36.

Контактная информация: Линник Сергей Александрович, e-mail fresco12@mail.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 15.08.2023. **Статья принята к печати:** 15.08.2023. **Дата публикации:** 25.12.2023

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-25-36

EN

ANALYSIS OF DRUG PROVISION FOR PATIENTS WITH BRONCHO-OBSTRUCTIVE DISEASES IN THE RUSSIAN FEDERATION

S.N. Avdeev¹, S.A. Linnik^{2,3}, E.E. Tumenko^{2,3}¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;² Federal Scientific State Budgetary Institution «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», Moscow, Russia;³ Non-government organization «Scientific society "Medical practice"», Moscow, Russia.**Abstract**

Introduction. The article presents data from an analysis of drug provision for patients with bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease, both in inpatient conditions and at the stage of outpatient treatment. The object of the study was the provision of medications to patients with broncho-obstructive diseases in the constituent entities of the Russian Federation. The *purpose* of our study was to study drug provision for patients with broncho-obstructive diseases. Why the following research methods were used: purchases of medicines in federal districts and some constituent entities of the Russian Federation in 2019–2022 were analyzed, the amount of funds per patient diagnosed with bronchial asthma or chronic obstructive pulmonary disease was calculated. Separately, we analyzed the purchases of short- and long-acting bronchodilators, as well as mono- and combination drugs and monoclonal antibody drugs for the treatment of patients with bronchial asthma. Data on drug purchases were analyzed using the website zakupki.gov.ru; information on the number of patients in federal districts and constituent entities of the Russian Federation was taken from statistical materials of the Russian Ministry of Health.

Results. We found a multiple difference between federal districts in the amount of funds per patient in both 2019 and 2022, and differentiation between federal districts also turned out to be the case when analyzing preferential drug coverage. The dynamics of the amounts of funds spent by entities on the purchase of drugs for the treatment of patients in outpatient settings turned out to be multidirectional: some entities not only did not increase these amounts in 2012 compared to 2019, but, on the contrary, decreased them. At the same time, the difference between the subjects of the same federal district reaches tenfold values.

Conclusion. Patients with broncho-obstructive diseases living in different federal districts of the country have different drug coverage both in outpatient and inpatient treatment settings. To improve the drug supply for these patients, it is necessary to introduce a unified methodology for calculating the planned need for drugs and oblige the subjects to provide patients with chronic obstructive pulmonary disease with drugs at the expense of the budgets of the subjects.

Key words: drug provision, broncho-obstructive diseases, bronchial asthma, COPD, RLO, ALLP, respiratory diseases, monoclonal antibodies.

For citation: Avdeev S.N., Linnik S.A., Tumenko E.E. Analysis of drug provision for patients with broncho-obstructive diseases in the Russian Federation. Public health. 2023; 3(4):25–36. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-25-36.

For correspondence: Sergey A. Linnik, e-mail: Linnik2001@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания органов дыхания являются одними из самых распространённых не только в мире, но и в Российской Федерации (РФ). В 2021 году в нашей стране было диагностировано 59,4 миллионов человек с заболеванием органов дыхания¹. Бронхообструктивные заболевания (БОЗ) – бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – является одним из самых распространённых заболеваний [1, 2, 3]. Экономический ущерб от БОЗ огромен: только от ХОБЛ в Российской Федерации в 2022 году он составил 428,5 млрд. руб.,

т.е. 0,34% внутреннего валового продукта страны [4]. Пациенты с обоими заболеваниями нуждаются в постоянном амбулаторном лечении. Льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО) пациентов с БА осуществляется за счёт бюджетов субъектов РФ – программы РЛО², а в случае стойкой утраты нетрудоспособности, т.е. имеющие группу инвалидности, за счёт федерального бюджета – программы обеспечения ЛП для медицинского применения, в том числе ЛП для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций

¹ Федеральная служба государственной статистики. Отчёт «Заболеваемость по основным классам болезней в 2000–2021 гг.». URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (Дата обращения: 09.10.2022 г.).

² Постановление Правительства Российской Федерации № 890 от 30 июля 1994 года «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

(ОНЛП)³. Список лекарственных препаратов (ЛП), которые обязательно должны быть включены в региональные перечни РЛО, определяется территориальными программами государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (ТППГ) и должен соответствовать перечню жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов (ЖНВЛП), за исключением ЛП, применение которых возможно только в условиях стационара⁴. ХОБЛ не содержится в упомянутом Постановлении Правительства, поэтому субъекты не несут ответственности за лекарственное обеспечение пациентов с ХОБЛ лекарственными препаратами в амбулаторных условиях лечения. В случае наличия стойкой утраты нетрудоспособности пациент переходит в категорию федеральных льготников и должен быть обеспечен ЛП за счёт средств программы ОНЛП.

Федеральный закон (ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 гарантирует бесплатные ЛП всем пациентам, получающим лечение в условиях круглосуточного и дневного стационаров⁵. Поэтому все пациенты БОЗ получают бесплатные ЛП в стационарных условиях лечения.

Учитывая высокую распространённость, а также экономическое бремя бронхообструктивных заболеваний, изучение лекарственного обеспечения пациентов с БОЗ имеет большое значение и является целью этой работы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Используя аналитический метод, мы изучили данные закупок лекарственных препаратов для лечения пациентов с БОЗ, закупленных за счёт средств ОМС, РЛО и ОНЛП в 2019–2022 годах, и поставленных на аптечные склады субъектов РФ, а также ЛП, купленные гражданами за счёт личных средств в Федеральных округах (ФО) и отдельных субъектах Российской Федерации. Для решения этой задачи мы использовали данные сайта zakupki.gov.ru. Анализировались поставки ЛП анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ) групп R и D, т.е. ЛП, имеющие зарегистрированные показания для лечения

пациентов с БОЗ. Данные о количестве впервые взятых на учёт пациентов с БОЗ взяли из Статистических материалов Минздрава России [5].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ закупок ЛП для лечения пациентов с БОЗ в 2019 году по Федеральным округам Российской Федерации показал различия между ними в сумме средств в пересчёте на одного пациента. В 2019 году эта разница составляла 2,5 раза с наименьшей суммой в Санкт-Петербурге и максимальной – в Москве. Оба вышеуказанных города мы выделили из Центрального (ЦФО) и Северо-Западного (СЗФО) Федеральных округов, поскольку они выделяют существенные суммы средств из собственных бюджетов и могли бы повлиять на результат анализа федеральных округов. Средняя сумма средств в пересчёте на одного пациента составила 8 409 рублей в год. Важно отметить, что разница в суммах на одного пациента, затраченных только за счёт разных бюджетов (ОМС, РЛО, ОНЛП), т.е. государственных средств, оказалась уже четырёхкратной с минимальной суммой в СКФО и максимальной – в Москве (рис. 1). Кроме СЗФО и Уральского Федерального округа (УФО), во всех остальных ФО преобладала доля собственных средств граждан в структуре закупок ЛП для лечения пациентов с БОЗ.

В 2022 году сумма средств, потраченная на закупку ЛП в пересчёте на одного пациента, увеличилась на 50% по сравнению с 2019 годом и достигла 12 781 рубля. В то же время разница между ФО в пересчёте на одного пациента с БОЗ оказалась двукратной с максимальной суммой в Москве и минимальной в СКФО и ПФО. Однако, при анализе сумм, потраченных только государством, без учёта средств граждан, разница между ФО достигла уже 6-кратного размера с сохранением прежних лидеров – Москвы и аутсайдера – СКФО. Также обращает на себя внимание разница в доле государственных средств в общей сумме средств, затраченных на закупку ЛП. Так, в СКФО эта доля составила только 24%, тогда как в СЗФО – 62% (рис. 2).

Учитывая необходимость ежедневного приёма ЛП пациентами БА и ХОБЛ, мы отдельно проанализировали обеспечение ЛП пациентов с БОЗ в амбулаторных условиях. В 2019 году наиболее обеспеченными ЛП пациентами оказались жители Москвы – 15 492 рубля, из которых половина суммы приходилась на ЛЛО. Разница сумм на одного пациента была трёхкратной. При анализе

³ Федеральный закон «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 № 178-ФЗ.

⁴ Постановление Правительства РФ № 2299 от 28 декабря 2020 года «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

⁵ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

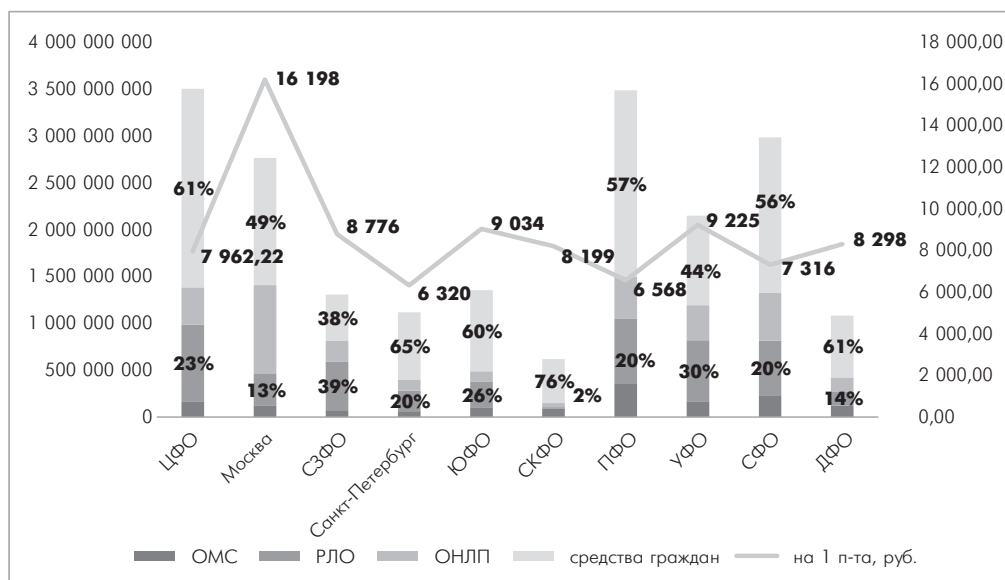


Рис. 1. Закупки ЛП по источникам финансирования для лечения пациентов с БОЗ в Федеральных округах в 2019 г.

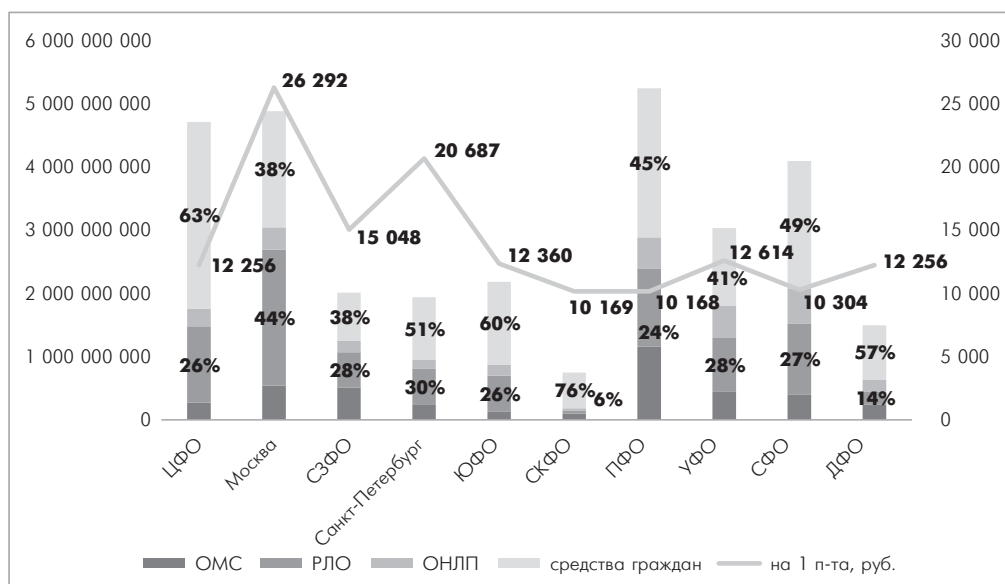


Рис. 2. Закупки ЛП по источникам финансирования для лечения пациентов с БОЗ в Федеральных округах в 2022 г.

сумм, потраченных только за счёт бюджетов РЛО и ОНЛП, эта разница увеличилась до десятикратной. Важно отметить, что наименьшее количество средств ЛЛО в пересчёте на одного пациента было потрачено в СКФО, а пациентам, проживающим в этом ФО, пришлось потратить больше всего личных средств на покупку ЛП в пересчёте на одного пациента, уступая лишь Москве и Санкт-Петербургу (таблица 1).

В 2022 году все субъекты увеличили траты на покупку ЛП для лечения пациентов с БОЗ,

по сравнению с 2019 годом. Также во всех ФО выросли траты пациентов на покупку ЛП. Средняя сумма средств в пересчёте на одного пациента увеличилась в 2,2 раза и составила 17 587 рублей, а разница между ФО в пересчёте на 1 пациента осталась неизменной по сравнению с 2019 годом и составила 2,9 раза с максимальным значением в Москве и минимальным в ПФО. Обращает на себя внимание 50%-ое увеличение суммы средств РЛО и ОНЛП, потраченных на закупку ЛП. Однако, из почти

Таблица 1

**Закупки ЛП для лечения пациентов с БОЗ в амбулаторных условиях
в Федеральных округах РФ в 2019 и 2022 гг.**

	РЛО + ОНЛП, млн. руб.		Средства граждан, млн. руб.		Рублей на 1 п-та за счёт					
					ЛЛО + собственные средства		из них РЛО+ОНЛП		из них средств граждан	
	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2021
РФ	7580	11419	11281	14899	7792	17587	3131	3482	4660	12781
ЦФО (без. Москвы)	1215	1484	2118	2960	7581	10335	2763	3451	4818	6884
Москва	1287	2503	1354	1841	15492	23370	7550	13466	7942	9904
СЗФО без Санкт-Петербурга	741	734	492	765	8273	11212	4973	5493	2038	5720
Санкт-Петербург	333	710	722	994	11238	1859	3549	7570	7689	10590
ЮФО	390	739	865	1313	8378	14514	2604	5229	5774	9285
СКФО	56	83	469	568	6969	8812	750	1119	6219	7692
ПФО	1131	1730	1991	2359	5885	7924	2132	3352	3753	4572
УФО	1025	1353	956	1230	8506	12600	4402	6601	4104	5999
СФО	1098	1682	1659	2102	6761	9294	2964	4231	4068	5062
ДФО	302	399	657	856	7361	10281	2319	3267	5041	7014

4 млрд. дополнительных средств РЛО и ОНЛП 2,5 млрд. (60%) приходится на Москву. Большой вклад в лекарственное обеспечение пациентов в амбулаторных условиях в 2022 году внесли сами пациенты – они потратили на это почти 15 млрд. рублей, что на 32% больше, чем в 2019 году. Больше всего средств потратили жители Санкт-Петербурга – 10 590 рублей в год в пересчёте на одного пациента. Меньше всего – в ПФО – 4 572 рубля в год (таблица 1).

Мы проанализировали обеспеченность ЛП пациентов БОЗ в субъектах нескольких ФО, для чего выбрали СЗФО, ЮФО и УФО. Выбор этих федеральных округов обусловлен тем, что они имеют разные климатические условия, доступность медицинской помощи, и в них проживает 21% всех диагностированных пациентов БА и ХОБЛ.

В 2019 году разница в сумме средств, потраченных на ЛЛО, в пересчёте на одного пациента в субъектах СЗФО оказалась трёхкратной, а в условиях стационара – семикратной. В 2022 году разница в сумме средств, потраченных на ЛЛО в пересчёте на одного пациента, между субъектами СЗФО увеличилась до пятикратной, при этом 3 из 11 субъектов СЗФО сократили эту сумму в 2022 году по сравнению с 2019 годом. На закупку ЛП для лечения пациентов в условиях стационара и дневного стационара – до 50-кратной. При этом все субъекты, кроме Ненецкого АО увеличили сумму средств ОМС на одного пациента. Также все субъекты СЗФО увеличили сумму средств

ОМС и ЛЛО, потраченных на закупку ЛП, кроме Архангельской области, которая сократила эту сумму почти в два раза в 2022 году по сравнению с 2019 годом (таблица 2).

В Южном федеральном округе в 2019 году субъекты отличались по сумме средств, потраченных на ЛЛО в пересчёте на одного пациента, в 4 раза. Разница в сумме средств, потраченных системой ОМС, была шестикратной. При этом разница между субъектами ЮФО по сумме средств всех каналов финансирования, потраченных на закупку ЛП, кроме средств граждан, в пересчёте на одного пациента различалась в 4 раза, от 3 082 р. в Ростовской области до 8 156 р. в Астраханской. В 2022 году в части субъектов Федерального округа сумма средств ЛЛО на одного пациента снизилась (Астраханская область, Республика Адыгея), в других, напротив, возросла, а дифференциация субъектов по этому признаку уменьшилась до трёхкратной. Такой же разнонаправленной динамикой оказались суммы средств на одного пациента, приобретённых за счёт средств ОМС, а разница между субъектами увеличилась до 31-кратной. Разница в сумме средств всех каналов финансирования, потраченных на закупку ЛП, кроме средств граждан, в пересчёте на одного пациента сократилась с 2019 года до двукратной (таблица 2).

Самая незначительная разница в сумме средств, потраченных на ЛЛО в 2019 году, оказалась между субъектами УФО – 2 раза, оставшись

практически неизменной в 2022 году. Такая же дифференциация оказалась и по сумме средств ОМС как в 2019, так в 2022 годах. Разница в общей сумме средств ОМС, РЛО и ОНЛП на одного пациента в 2019 году была 4-кратной, но сократилась в два раза в 2022 году (таблица 2). В этом Федеральном округе все субъекты увеличивали сумму средств ОМС и ЛЛО в 2022 году по сравнению с 2019 годом.

На втором этапе нашего исследования мы изучили структуру закупаемых ЛП в РФ и в Федеральных округах. Анализ закупаемых бронходилататоров по продолжительности действия (короткодействующие – КД и длительно действующие – ДД) продемонстрировал незначительные отличия между Федеральными округами: в структуре закупок преобладали ДД бронходилататоры – от 87% в ПФО до 97% в Санкт-Петербурге.

Однако разница в сумме средств в пересчёте на одного пациента оказалась кратной как сумме средств, приходящихся на ДД, так и в сумме, потраченной на закупку КД лекарственных препаратов (рис. 3).

В 2022 году все ФО, кроме СЗФО и СКФО, увеличили затраты на покупку длительно действующих бронходилататоров в сравнении с 2019 годом. Напротив, четыре из восьми анализируемых ФО + Москва и Санкт-Петербург, уменьшили суммы на закупку КД, один (УФО) Федеральный округ эту сумму не изменил. По-прежнему в структуре закупок доминировали ДД: от 89% в ДФО до 97% в Санкт-Петербурге (рис. 4). Как и в 2019 году суммы на одного пациента как затраченные на покупку ДД, так и КД, кратно отличались между ФО.

Обеспеченность монокомпонентными и комбинированными бронходилататорами также

Таблица 2

Закупки ЛП для лечения пациентов с БОЗ за счёт средств ОМС, РЛО, ОНЛП в субъектах СЗФО, ЮФО и УФО округах РФ в 2019 и 2022 гг.

	ОМС, млн. руб.		РЛО + ОНЛП, млн. руб.		Рублей на 1 п-та за счёт			
	2019	2022	2019	2022	ОМС		РЛО+ОНЛП	
					2019	2022	2019	2022
СЗФО								
Архангельская обл.	7	43	258	93	275	1906	9813	4074
Вологодская обл.	3	17	52	72	157	970	3000	4083
Калининградская обл.	9	18	37	37	896	2017	3826	4125
Ленинградская обл.	4	283	74	117	138	10695	2496	4412
Мурманская обл.	5	15	71	85	435	1275	5762	7234
Ненецкий АО	0,4	0,1	1,8	7	595	213	2793	9245
Новгородская обл.	7	27	43	40	737	2865	4296	4160
Псковская обл.	14	26	74	96	905	2042	4679	7401
Респ. Карелия	10	14	56	148	1017	1499	5453	15574
Респ. Коми	14	68	74	42	883	5060	4541	3111
Санкт-Петербург	63	237	333	710	670	2528	3524	7570
ЮФО								
Астраханская обл.	16	22	64	80	1620	1668	6537	6107
Волгоградская обл.	18	13	40	65	602	468	1321	2293
Краснодарский кр.	30	40	163	440	520	681	2807	7562
Респ. Адыгея	3	4	9	7	820	1104	2372	2098
Респ. Калмыкия	0,8	0,1	6	8	267	53	1954	3013
Ростовская обл.	30	55	109	139	672	1548	2410	3910
УФО								
Курганская обл.	12	26	84	109	863	1611	5983	6876
Свердловская обл.	43	121	383	591	521	1439	4699	7013
Тюменская обл.	15	76	246	262	476	2146	7693	7363
Челябинска обл.	73	138	197	221	994	1918	2688	3062
ХМАО	19	80	81	108	750	3225	3269	4364
ЯНАО	6	9	34	61	859	1128	4701	7959

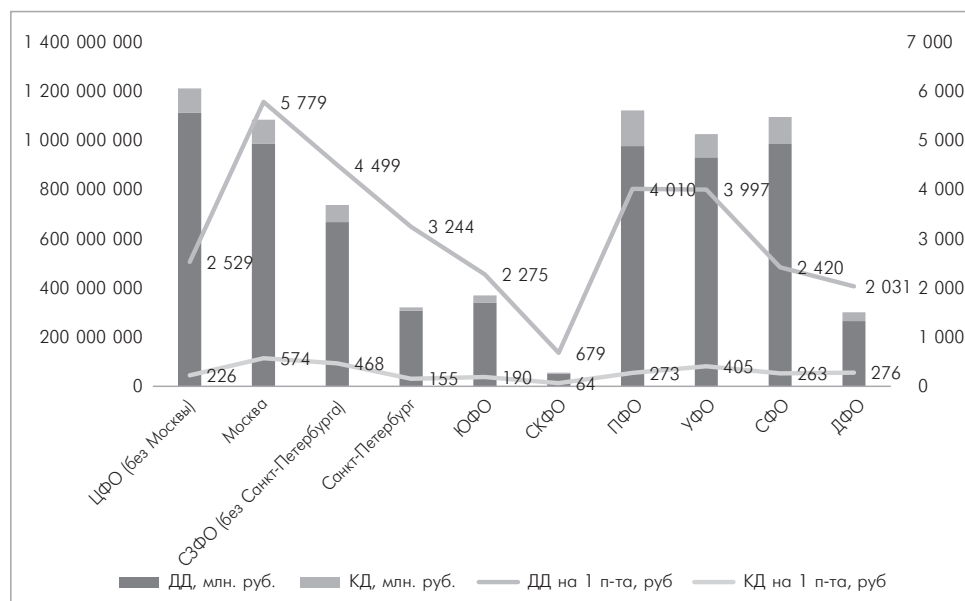


Рис. 3. Закупки бронходилататоров за счёт средств РЛО и ОНЛП по продолжительности действия в Федеральных округах в 2019 г.

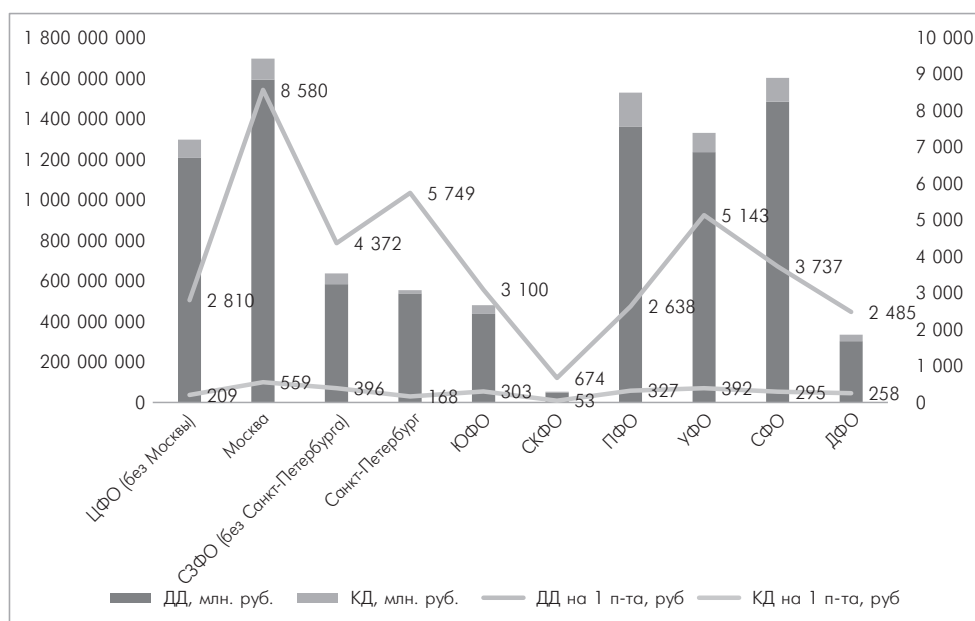


Рис. 4. Закупки бронходилататоров за счёт средств РЛО и ОНЛП по продолжительности действия в Федеральных округах в 2022 г.

явилась предметом нашего изучения. В 2019 году Федеральные округа различались по сумме бюджетных средств, включая ОМС, потраченные на закупки монокомпонентных ЛП в пересчёте на одного пациента, в 4,4 раза, а по сумме, потраченной на комбинированные ЛП – в 3,9 раз. В 2022 году во всех анализируемых ФО, Москве и Санкт-Петербурге увеличились суммы, затраченные на покупку монокомпонентных ЛП в пересчёте на

одного пациента, кроме Москвы и СКФО, где сумма осталась практически неизменной, а также СЗФО, в котором эта сумма незначительно сократилась. Разница между федеральными округами по сумме закупок монокомпонентных ЛП на одного пациента ФО составила 4,6 раза.

Сумма средств в пересчёте на одного пациента, потраченная на закупку комбинированных ЛП, увеличилась в 2022 году по сравнению с 2019 годом

почти на треть до 3 264 рублей. Все ФО, кроме СЗФО, СКФО и ДФО, увеличили суммы средств ОМС, РЛО и ОНЛП на закупку этих ЛП. При этом разница в сумме средств на одного пациента увеличилась до 10-кратной в сравнении с 2019 годом. Обращает на себя внимание разная доля средств, потраченных на покупку комбинированных ЛП в 2022 году: от 57% в СКФО до 75% в УФО (таблица 3).

Отдельно мы проанализировали обеспеченность пациентов с БА лекарственными препаратами моноклональных антител (МАТ). В 2019 году 71% всех средств, потраченных на покупку этих ЛП, приходился на ОМС, а средняя сумма средств в пересчёте на одного пациента с БА – 595 рублей. Разница в сумме на одного пациента между ФО составляла 5,7 раза с максимальной суммой в Москве и минимальной в ЦФО. В 2022 году все ФО увеличили суммы закупок МАТ как за счёт средств ОМС, так и за счёт средств РЛО и ОНЛП, а средняя сумма на одного пациента в РФ увеличилась по сравнению с 2019 годом в 5 раз, достигнув более чем 3 тысячи рублей. Разница в сумме на одного пациента между федеральными округами превысила шестикратную. Бюджет ОМС в структуре закупок снизился и составил 60% против 71% четырьмя годами ранее, однако в этом ФО имели сильную дифференциацию: так, например, в ЮФО 76% всех средств приходилось на ЛЛО, в то время как в УФО на ЛЛО пришлось только 6% (таблица 4). Разнонаправленной была также ситуация с собственными тратами граждан: в 8 ФО (включая Москву и Санкт-Петербург) граждане

в 2022 году тратили больше средств, чем в 2019 г., но в СЗФО и УФО эта сумма уменьшилась. Наибольший рост трат граждан на закупку МАТ был в Москве – 7,2 раза за четыре года.

Бронхообструктивные заболевания, являясь наиболее распространёнными заболеваниями органов дыхания во всём мире, в нашей стране явно диагностируются реже, чем показывают отечественные исследования. Так, в 2019 году было зарегистрировано немногим более полутора миллионов больных БА и 828 тысяч больных ХОБЛ [5]. Между тем, по данным отечественных исследований, истинная распространённость ХОБЛ в РФ составляет 15% (6), а БА – 5–7% [7, 8, 9]. Между тем, современное развитие клинической пульмонологии позволяет эффективно контролировать течение бронхиальной астмы и уменьшать скорость развития ХОБЛ. Тем большее значение имеет организация эффективного лекарственного обеспечения пациентов с БОЗ.

Наше исследование показало кратную разницу в сумме средств, приходящуюся на одного пациента с БОЗ, между федеральными округами России. Причём, эта разница увеличилась с 2019 по 2022 годы. Не менее важной находкой явилось обнаружение сильной дифференциации субъектов даже внутри одного федерального округа. Конечно, экономическое состояние субъектов может играть свою роль в суммах, выделяемых на закупку ЛП. Однако столь значимая разница между субъектами не может быть объяснена только экономическими факторами. Вероятно, не меньшее значение

Таблица 3

Закупки ЛП для лечения пациентов с БОЗ за счёт средств ОМС, РЛО и ОНЛП в федеральных округах РФ в 2019 и 2022 гг.

	Закупки бронходилататоров за счёт средств ОМС, РЛО и ОНЛП, млн. руб.				На 1 пациента, руб.			
	монокомпонентные		комбинированные		монокомпонентные		комбинированные	
	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
РФ	2421	2909	5699	7756	1000	1224	2354	3264
ЦФО (без. Москвы)	360	377	925	1006	819	877	2104	2339
Москва	379	440	668	1313	2222	2368	4467	7067
СЗФО без Санкт-Петербурга	225	201	544	483	1522	1500	3718	3609
Санкт-Петербург	131	220	292	368	1390	2342	2050	3918
ЮФО	116	153	310	381	775	1081	2068	2693
СКФО	38	38	85	51	503	513	1141	690
ПФО	388	559	967	1581	731	1083	1805	3063
УФО	281	348	802	1051	1210	1448	3446	4369
СФО	381	444	836	1267	934	1116	2050	3188
ДФО	121	129	262	255	928	1058	2008	2094

Таблица 4

**Закупки ЛП моноклональных антител для лечения пациентов с бронхиальной астмой
в Федеральных округах РФ в 2019 и 2022 гг.**

	Закупки моноклональных антител, млн. руб.						На 1 пациента за счёт средств ОМС, РЛО и ОНЛП, руб.	
	ОМС		РЛО+ОНЛП		Собственные средства граждан			
	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
РФ	686	2909	261	1895	11	47	595	3019
ЦФО (без. Москвы)	93	187	4	186	0,8	6	342	1353
Москва	61	488	204	804	4	29	1940	8892
СЗФО без Санкт-Петербурга	34	467	4	97	57	0,6	360	5687
Санкт-Петербург	12	205	0	155	0	2	786	5220
ЮФО	41	81	21	258	0,2	0,5	674	3809
СКФО	25	65	0,5	29	0,3	0,6	728	2833
ПФО	136	548	10	200	0,4	2	418	2130
УФО	108	382	0	22	1	0,8	641	2312
СФО	103	293	4	79	3	0,5	414	1426
ДФО	40	191	1	64	1,6	3,6	549	3431

имеет социальная ориентация органов управления здравоохранением субъектов РФ.

Ответственность за ЛЛО возложена на субъекты РФ за счёт средств бюджетов субъектов – РЛО2 и частично за счёт федерального бюджета – ОНЛПЗ. Однако, действующие нормативно-правовые акты не регулируют выделение бюджета субъектов на лекарственное обеспечение за счёт средств РЛО, т.е. нет финансового обеспечения программы [10], каждый субъект самостоятельно определяет сумму средств программы ОНЛП, за счёт которой будут закупаться ЛП для лечения пациентов с БОЗ. Однако, нормативно-правовое регулирование не налагает обязанность на субъекты по лекарственному обеспечению пациентов с ХОБЛ: в Постановление Правительства № 890 от 1994 года эта нозология не включена², поэтому на ЛЛО могут рассчитывать только пациенты с ХОБЛ, имеющие группу инвалидности, т.е. являющиеся федеральными льготниками³. Это обстоятельство существенно ограничивает доступность к льготному лекарственному обеспечению: во-первых, далеко не все пациенты ХОБЛ имеют стойкую утрату трудоспособности [11], во-вторых, хорошо известна проблема так называемой монетизации льгот, при которой «вымывается» существенная часть средств [12, 13, 14], нарушая тем самым принцип социальной солидарности и страхового возмещения затрат [15].

Все перечисленные факторы приводят к разной доступности пациентов к ЛЛО. Эта проблема,

выявленная в нашем исследовании, подтверждается также другими авторами [10, 16, 17] и характерна не только для пациентов с БОЗ [18, 19, 20]. Между тем некоторые исследователи показали, что затраты на обеспечение всех больных ХОБЛ рекомендуемой базисной лекарственной терапией в амбулаторных условиях в существенной степени компенсируются снижением затрат на лечение обострений [21].

Обращает на себя внимание существенная доля средств пациентов в покупке ЛП. Важно отметить, что в 2022 году пациенты тратили собственные средства на 4 млрд. рублей больше, чем в 2019 г. Неожиданными оказались данные о процентном соотношении сумм средств разных источников финансирования закупок ЛП и средств пациентов, затраченных на эти цели: в субъектах, с незначительной суммой средств, потраченных на закупку ЛП за счёт всех источников, доля средств пациентов была выше, чем в ФО, в которых средства общая сумма средств в пересчёте на одного пациента была выше.

Учитывая столь значимую разницу в сумме средств на одного пациента между ФО и отдельными субъектами РФ, представляет интерес рациональность этих трат, а именно процентное соотношение сумм, затрачиваемых на закупку КД и ДД бронходилататоров, а также моно- и комбинированных ЛП. Существенная разница в сумме закупок ЛП (КД и ДД, моно- и комбинированные ЛП) между ФО вызывает вопрос приверженности врачей действующим клиническим рекомендациям.

Обеспеченность пациентов БА лекарственными препаратами моноклональных антител с 2019 года существенно улучшилась, причём в некоторых ФО и анализируемых городах затраты на закупку этих ЛП за счёт средств РЛО и ОНЛП в 2022 году превышали суммы средств ОМС, потраченных на эти же цели. Это, безусловно, позитивный тренд, поскольку позволяет пациентам получать лекарственное лечение в амбулаторных условиях, что повышает не только доступность медицинской помощи, но и качество жизни пациентов. Вместе с тем, в других ФО МАТ закупались в 2022 году преимущественно за счёт средств ОМС, что в дальнейшем требует госпитализации пациентов для введения ЛП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Различия в суммах средств, потраченных на закупку ЛП в пересчёте на одного пациента БОЗ между ФО, создают не только неравное лекарственное обеспечение пациентов, проживающих в разных ФО, но и разную доступность

медицинской помощи и, очевидно, неполное следование клиническим рекомендациям при лечении этих пациентов. Дефекты нормативно-правового регулирования и отсутствие обязательств субъектов по обеспечению пациентов ХОБЛ лекарственными препаратами за счёт собственных средств, препятствуют эффективному лечению пациентов на амбулаторном этапе лечения. Для улучшения лекарственного обеспечения пациентов с БОЗ, снижения дифференции ФО друг с другом по его уровню, а также с целью приблизить лечение этих пациентов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, необходимо, по нашему мнению, внедрить единую методику расчёта планируемой потребности в лекарственных препаратах для лечения пациентов с БОЗ, а также изменить действующие нормативно-правовые акты с целью включения пациентов с ХОБЛ в список лиц, которых необходимо обеспечивать лекарственными препаратами для лечения в амбулаторных условиях за счёт субъектов РФ вне зависимости от наличия или отсутствия стойкой утраты трудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н., Ненашева Н.М., Жуденков К.В., Петраковская В.А., Изюмова Г.В. Распространенность, заболеваемость, фенотипы и другие характеристики тяжелой бронхиальной астмы в Российской Федерации. // Пульмонология. 2018; 28 (3): 341–358.
2. Global Initiative for Asthma. 2018 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Available at: <http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/> [Accessed: June 26, 2018].
3. Mannino D.M., Buist S. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. // Lancet 2007; 370:765–773.
4. Драпкина О.М., Концевая А.В., Муканеева Д.К., Смирнова М.И., Анциферова А.А., Лукьянов М.М., Мырзаматова А.О., Моховиков Г.И., Худяков М.Б., Авдеев С.Н. Прогноз социально-экономического бремени хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации в 2022 году. // Пульмонология. – 2022. – Т. 32. – № 42. – С. 507–516.
5. Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М., Оськов Ю.И., и др. Заболеваемость всего населения России в 2019 году. Статистические материалы. Часть II. М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации, 2020.
6. Chuchalin A.G., Khaltaev N., Antonov N.S. et al. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation. // Int J COPD. – 2014. – № 12. – P. 963–74.
7. Авксентьева М.В., Ильина Н.И., Лазарева Н.Б., Омеляновский В.В. Социально-экономическое бремя бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации. Отчет по исследованию за 2008–2009 годы. М.: Региональный благотворительный общественный фонд содействия деятельности в сфере пропаганды здорового образа жизни «Качество жизни», 2010.
8. Чучалин А.Г., Архипов В.В., Астафьева Н.Г. и др. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Москва: ОАО «Первая Образцовая типография», 2012.
9. Ильина Н.И., Ненашева Н.М., Авдеев С.Н. и др. Алгоритм биофенотипирования и выбор таргетной терапии тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмы с эозинофильным типом воспаления дыхательных путей. // Российский аллергологический журнал. – 2017. – Т. 14. – № 3. – С. 5–18.
10. Петрухина И.К., Егорова А.В., Логинова Л.В., Бубнова А.А. Анализ особенностей реализации региональных программ льготного лекарственного обеспечения в отдельных субъектах РФ. // Современная организация лекарственного обеспечения. 2019; 6(2): 62–63.
11. Ризаханова О.А., Авдеев С.Н., Авдеева М.В., Никитина Л.Ю. Проблемы оказания медицинской помощи больным с хронической обструктивной болезнью легких на административных территориях Российской Федерации. // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26. – № 6. – С. 76–82.
12. Корабельникова Н.Ю., Кузнецов Д.А. Изучение реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами на территории Тамбовской области. // Современная организация лекарственного обеспечения. 2021; 1(8). С. 49–52.
13. Щепин В.О., Тельнова Е.А., Проклова Т.Н. Состояние и проблемы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019; 2(27). – С. 108–112.
14. Петрухина И.К., Рязанова Т.К., Хусаинова А.И., Егорова А.В., Логинова Л.В., Бубнова А.А. Характеристика

- обеспечения необходимыми лекарственными препаратами федеральных льготополучателей Самарской области. // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2019. – № 2. – С. 65–66.
15. Елисеєва Е.В., Невзорова В.А., Манеева Е.С., Гончарова Р.К. Лекарственное обеспечение при заболеваниях органов дыхания: возможности и решения. // Русский медицинский журнал. Болезни дыхательных путей. – 2018. – Т. 26. – № 10-1. – С. 28–35.
 16. Петрухина И.К., Логинова Л.В., Егорова А.В., Рязанова Т.К. Показатели льготного лекарственного обеспечения региональных льготополучателей с бронхиальной астмой в субъектах РФ. – 2020. – Т. 7. – № 4. – С. 69–71.
 17. Линник С.А., Швачко С.А., Туменко Е.Е. Льготное лекарственное обеспечение пациентов в Федеральных округах и субъектах Российской Федерации на примере наиболее распространённых заболеваний. // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 2. – С. 40–49.
 18. Тельнова Е.А., Загоруйченко А.А. О государственном регулировании на российском фармацевтическом рынке и проблемах лекарственного обеспечения. // Современная организация лекарственного обеспечения. 2020; 7(3): 11–20.
 19. Петрухина И.К., Рязанова Т.К., Егорова А.В., Логинова Л.В., Хусайнова А.И., Блинкова П.Р. Особенности реализации программ региональной лекарственной поддержки федеральных льготополучателей в субъектах РФ. // Современная организация лекарственного обеспечения. 2020; 7(1): 72–74.
 20. Линник С.А. Стратегия органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по льготному лекарственному обеспечению пациентов со злокачественными новообразованиями. // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2022. – № 3. – С. 32–36.
 21. Малиavin А.Г., Авксентьева М.В., Бабак С.Л., Дзанаева А.В. Медицинские и экономические последствия расширения программы лекарственного обеспечения пациентов с ХОБЛ в России. // Терапия. – 2019. – Т. 5. – № 5. – С. 36–44.

REFERENCES

1. Avdeev S.N., Nenasheva N.M., Zhudnikov K.V., Petrakovskaya V.A., Izyumova G.V. Prevalence, morbidity, phenotypes and other characteristics of severe bronchial asthma in Russian Federation. // *Pulmonologiya*. 2018; 28(3):341–358. (In Russ.).
2. Global Initiative for Asthma. 2018 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Available at: <http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/> [Accessed: June 26, 2018].
3. Mannino D.M., Buist S. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. // *Lancet* 2007; 370:765–773.
4. Drapkina O.M., Kontsevaya A.V., Mukaneeva D.K., Smirnova M.I., Antsiferova A.A., Lukyanov M.M., Myrzamatova A.O., Mokhovikov G.I., Khudyakov M.B., Avdeev S.N. Forecast of the socioeconomic burden of COPD in the Russian Federation in 2022. // *Pulmonologiya*. 2022;32(4):507–516. (In Russ.).
5. Aleksandrova G.A., Golubev N.A., Tyurina E.M., Oskov Yu.I., et al. Morbidity of the entire population of Russia in 2019. Statistical materials. Part II. M.: Department of Monitoring, Analysis and Strategic Development of Health Care of the Ministry of Health of the Russian Federation, Federal State Budgetary Institution «Central Research Institute of Organization and Informatization of Health Care» of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2020.
6. Chuchalin A.G., Khaltaev N., Antonov N.S. et al. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation. // *Int J COPD*. – 2014. – № 12. – P. 963–74.
7. Avksentyeva M.V., Ilyina N.I., Lazareva N.B., Omelyanovsky V.V. Socio-economic burden of bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the Russian Federation. Research Report 2008–2009.
8. Chuchalin A.G., Arkhipov V.V., Astafieva N.G. and others. National program "Bronchial asthma in children. Treatment strategy and prevention." Moscow: OJSC "First Exemplary Printing House", 2012.
9. Ilyina N.I., Nenasheva N.M., Avdeev S.N. et al. Biophenotyping algorithm and choice of targeted therapy for severe uncontrolled bronchial asthma with eosinophilic type of airway inflammation. // *Russian allergological journal*. – 2017. – Vol. 14. – No. 3. – P. 5–18.
10. Petrukhina I.K., Egorova A.V., Loginova L.V., Bubnova A.A. Analysis of the features of the implementation of regional programs of preferential drug provision in individual constituent entities of the Russian Federation. // *Modern organization of drug supply*. 2019; 6(2), P. 62–63.
11. Rizakhanova O.A., Avdeev S.N., Avdeeva M.V., Nikitina L.Yu. Problems of medical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease in the administrative territories of the Russian Federation. // *Profilakticheskaya Meditsina*. 2023; 26(6). P. 76–82. (In Russ.).
12. Korabelnikova N.Yu., Kuznetsov D.A. Study of the implementation of a program for providing necessary medicines in the Tambov region. // *Modern organization of drug supply*. – 2021; 1(8). P. 49–52.
13. Shchepin V.O., Telnova E.A., Proklova T.N. The state and problems of pharmaceutical support of preferential categories of citizen. // *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019; 27(2). P. 108–112 (In Russ.).
14. Petrukhina I.K., Ryazanova T.K., Khusainova A.I., Egorova A.V., Loginova L.V., Bubnova A.A. Characteristics of the provision of necessary medicines to federal beneficiaries in the Samara region. *Modern organization of drug supply*. – 2019. – No. 2. – P. 65–66.
15. Eliseeva E.V., Nevzorova V.A., Maneeva E.S., Goncharova R.K. Drug provision for respiratory diseases: opportunities and solutions. // *Russian medical journal. Respiratory tract diseases*. – 2018. – Vol. 26. – No. 10-1. – P. 28–35.
16. Petrukhina I.K., Loginova L.V., Egorova A.V., Ryazanova T.K. Indicators of preferential drug provision for regional beneficiaries with bronchial asthma in the constituent entities of the Russian Federation. – 2020. – Vol. 7. – No. 4. – P. 69–71.
17. Linnik S.A., Shvachko S.A., Tumenko E.E. Preferential drug provision for patients in the Federal districts and constituent entities of the Russian Federation using the example of the most common diseases. // *Healthcare manager*. – 2023. – No. 2. – P. 40–49.
18. Telnova E.A., Zagoruichenko A.A. On state regulation in the Russian pharmaceutical market and problems of drug supply. // *Modern organization of drug supply*. 2020; 7(3). P. 11–20.
19. Petrukhina I.K., Ryazanova T.K., Egorova A.V., Loginova L.V., Khusainova A.I., Blinkova P.R. Features of the implementation of regional drug support programs for federal beneficiaries in the constituent entities of the Russian Federation. // *Modern organization of drug supply*. 2020; 7(1). P. 72–74.
20. Linnik S.A. Strategy of healthcare authorities of the constituent entities of the Russian Federation on preferential drug provision for patients with malignant neoplasms. // *Public health and healthcare*. – 2022. – No. 3. – P. 32–36.
21. Malyavin A.G., Avksentyeva M.V., Babak S.L., Dzanaeva A.V. Medical and economic consequences of expanding the drug supply program for patients with COPD in Russia. // *Therapy*. – 2019. – Vol. 5. – No. 5. – P. 36–44.

FR

ANALYSE DE L'OFFRE DE MÉDICAMENTS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES BRONCHO-OBSTRUCTIVES EN FÉDÉRATION DE RUSSIE**S.N. Avdeev, S.A. Linnik, E.E. Tumenko****Annotation**

Le but de notre étude était d'étudier l'offre médicamenteuse pour les patients atteints de maladies broncho-obstructives. Les tâches suivantes ont été résolues: les achats de médicaments dans les districts fédéraux et certaines entités constitutives de la Fédération de Russie en 2019–2022 ont été analysés, le montant des fonds par patient diagnostiqué avec un asthme bronchique ou une maladie pulmonaire obstructive chronique a été calculé. Séparément, nous avons analysé les achats de bronchodilatateurs à action courte et prolongée, ainsi que de médicaments mono et combinés et de médicaments à base d'anticorps monoclonaux pour le traitement des patients souffrant d'asthme bronchique. Les données sur les achats de médicaments ont été analysées à l'aide du site Web zakupki.gov.ru; les informations sur le nombre de patients dans les districts fédéraux et les entités constitutives de la Fédération de Russie ont été tirées des documents statistiques du ministère russe de la Santé. Résultats. Nous avons constaté une différence multiple entre les districts fédéraux dans le montant des fonds par patient en 2019 et 2022, et une différenciation entre les districts fédéraux s'est également avérée être le cas lors de l'analyse de la couverture préférentielle des médicaments. La dynamique des montants de fonds dépensés par les entités pour l'achat de médicaments pour le traitement des patients en ambulatoire s'est avérée multidirectionnelle: certaines entités non seulement n'ont pas augmenté ces montants en 2012 par rapport à 2019, mais, au contraire, les a diminués. Dans le même temps, la différence entre les sujets d'un même district fédéral atteint des valeurs décuplées. Les districts fédéraux différaient également considérablement les uns des autres en ce qui concerne la fourniture aux patients de médicaments à plusieurs composants à action prolongée et de médicaments à base d'anticorps monoclonaux. Conclusion. Les patients atteints de maladies broncho-obstructives vivant dans différents districts fédéraux du pays bénéficient d'une couverture médicamenteuse différente, tant en milieu ambulatoire qu'en milieu hospitalier. Pour améliorer l'approvisionnement en médicaments de ces patients, il est nécessaire d'introduire une méthodologie unifiée de calcul des besoins prévus en médicaments et d'obliger les sujets à fournir des médicaments aux patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique aux dépens des budgets des sujets.

Mots clés: approvisionnement en médicaments, maladies broncho-obstructives, asthme bronchique, BPCO, RLO, ALLP, maladies respiratoires, anticorps monoclonaux.

ES

ANÁLISIS DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A PACIENTES CON ENFERMEDADES BRONCOOBSTRUCTIVAS EN LA FEDERACIÓN DE RUSIA**S.N. Avdeev, S.A. Linnik, E.E. Tumenko****Anotación**

El objetivo de nuestro estudio fue estudiar el suministro de medicamentos a pacientes con enfermedades broncoobstructivas. Se resolvieron las siguientes tareas: se analizaron las compras de medicamentos en los distritos federales y algunas entidades constitutivas de la Federación de Rusia en 2019–2022, se calculó el importe de los fondos por paciente diagnosticado de asma bronquial o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Por separado, analizamos las compras de broncodilatadores de acción corta y prolongada, así como medicamentos mono y combinados y medicamentos con anticuerpos monoclonales para el tratamiento de pacientes con asma bronquial. Los datos sobre las compras de medicamentos se analizaron en el sitio web zakupki.gov.ru; la información sobre el número de pacientes en los distritos federales y entidades constitutivas de la Federación de Rusia se obtuvo de materiales estadísticos del Ministerio de Salud de Rusia. Resultados. Encontramos una diferencia múltiple entre distritos federales en la cantidad de fondos por paciente tanto en 2019 como en 2022, y la diferenciación entre distritos federales también resultó ser el caso al analizar la cobertura preferencial de medicamentos. La dinámica de los montos de fondos gastados por las entidades en la compra de medicamentos para el tratamiento de pacientes en régimen ambulatorio resultó ser multidireccional: algunas entidades no solo no aumentaron estos montos en 2012 respecto a 2019, sino que, por el contrario, los disminuyó. Al mismo tiempo, la diferencia entre los sujetos de un mismo distrito federal alcanza valores diez veces mayores. Los distritos federales también se diferenciaban significativamente entre sí en el suministro a los pacientes de medicamentos multicomponentes de acción prolongada y de anticuerpos monoclonales. Conclusión. Los pacientes con enfermedades broncoobstructivas que viven en diferentes distritos federales del país tienen diferentes coberturas de medicamentos tanto en el ámbito de tratamiento ambulatorio como en el hospitalario. Para mejorar el suministro de medicamentos para estos pacientes, es necesario introducir una metodología unificada para calcular la necesidad planificada de medicamentos y obligar a los sujetos a proporcionar medicamentos a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica a expensas de los presupuestos de los sujetos.

Palabras clave: oferta de medicamentos, enfermedades broncoobstructivas, asma bronquial, EPOC, RLO, ALLP, enfermedades respiratorias, anticuerpos monoclonales.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Авдеев Сергей Николаевич – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой пульмонологии ФGAOY BO «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ», главный внештатный пульмонолог МЗ РФ, г. Москва, Россия.

Sergey N. Avdeev – Ph.D (medicine), Chief Specialist in Pulmonology of the Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia.

Линник Сергей Александрович – канд. мед. наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», генеральный директор АНО «Научное медицинское общество «Медицинская практика», г. Москва, Россия.

Sergey A. Linnik – Ph.D (medicine), senior researcher at the FSSBI «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», general manager at NGO «Medical practice», Moscow, Russia. E-mail: Linnik2001@mail.ru

Туменко Елена Евгеньевна – лаборант-исследователь ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», директор по стратегическому развитию АНО «Научное медицинское общество «Медицинская практика», г. Москва, Россия.

Elena E. Tumenko – investigator at FSSBI «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», strategic development director NGO «Medical practice», Moscow, Russia.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КРУПНЫХ СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ МЕЖДУНАРОДНОГО УРОВНЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

А.С. БЕНЯН^{1,2}, Н.И. МАКОВЕЕВА³, М.А. МЕДВЕДЧИКОВ-АРДИЯ^{1,3}

¹ ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара, Россия;

² Министерство здравоохранения Самарской области, г. Самара, Россия;

³ ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова», г. Самара, Россия.

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-37-50

Аннотация

Введение. В статье осуществлен критический обзор литературы и актуализированы акценты в организации подготовки и проведения крупных спортивных мероприятий с точки зрения организатора здравоохранения.

Цель: определить направления деятельности, требующие дальнейшего усовершенствования и развития в организации медицинского обеспечения крупных спортивных мероприятий.

Материалы и методы. Проведен анализ доступных литературных источников баз данных: РИНЦ, RusMed, Pubmed, Web of Science.

Результаты. Выделены наиболее актуальные группы вопросов для дальнейшего изучения и решения: уникальность, значимость и сложность спортивных мероприятий; статистика и структура заболеваний и травм; особенности структуры и течения медицинских состояний на спортивных объектах и мероприятиях; организация взаимодействия разных служб внутри системы здравоохранения и межведомственное взаимодействие; профилактика и мониторинг инфекционных заболеваний; особенности подготовки медицинского персонала.

Заключение. Проведение крупных спортивных мероприятий, в свою очередь, является драйвером развития системы здравоохранения в принимающем городе и стране. Подготовка к такому мероприятию требует создания концепции, операционных планов, целенаправленной подготовки персонала и инфраструктуры.

Ключевые слова: медицинское обеспечение спортивных мероприятий, скорая помощь, массовые мероприятия, чемпионат мира.

Для цитирования: Бенян А.С., Макоеева Н.И., Медведчиков-Ардия М.А. Медицинское обеспечение крупных спортивных мероприятий международного уровня: обзор литературы. Общественное здоровье. 2023, 3(4):37–50. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-37-50.

Контактная информация: Макоеева Наталия Игоревна, e-mail: n.i.makoveeva@yandex.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 25.09.2023. **Статья принята к печати:** 29.09.2023. **Дата публикации:** 25.12.2023.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-37-50

EN

MEDICAL SUPPORT FOR MAJOR INTERNATIONAL SPORTS EVENTS: a literature review

A.S. Benyan^{1,2}, N.I. Makoveeva³, M.A. Medvedchikov-Ardia^{1,3}

¹ Ministry of Health of the Samara Region, Samara, Russia;

² Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Samara, Russia;

³ Samara City Clinical Hospital № 1. n.a. N.I. Pirogov, Samara, Russia.

Abstract

Introduction. The article carries out a critical review of the literature and updates the emphasis in organizing the preparation and holding of major sporting events from the point of view of a healthcare organizer.

Target: to identify areas of activity that require further improvement and development in the organization of medical support for major sporting events.

Materials and methods. An analysis of the available literary sources of databases was carried out: RSCI, RusMed, Pubmed, Web of Science.

Results. The most pressing groups of issues for further study and solution have been identified: the uniqueness, significance and complexity of sporting events; statistics and structure of diseases and injuries; features of the structure and course of medical conditions at sports facilities and events; organizing interaction between different services within the healthcare system and interdepartmental interaction; prevention and monitoring of infectious diseases; features of training of medical personnel.

Conclusion. The holding of major sporting events, in turn, is a driver for the development of the healthcare system in the host city and country. Preparing for such an event requires the creation of a vision, operational plans, targeted training of personnel and infrastructure.

Keywords: medical support for sports events, ambulance, public events, World Cup.

For citation: Benyan A.S., Makoveeva N.I., Medvedchikov-Ardiia M.A. Medical support for major international sports events: a literature review. Public health. 2023; 3(4):37–50. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-37-50.

For correspondence: Natalia I. Makoveeva, e-mail: n.i.makoveeva@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Медицинское сопровождение крупных спортивных мероприятий представляет собой одну из наиболее значимых функций всей системы обеспечения безопасности. Тщательное заблаговременное планирование, детальная разработка операционных планов, прогнозирование рисков развития медицинских инцидентов, обучение персонала для работы в особых условиях – вот наиболее значимые направления подготовки медицинского обеспечения любых массовых мероприятий [1, 2]. При этом необходимо учитывать важные уникальные характеристики спортивных событий – такие, как продолжительность, большое количество разновозрастных участников, яркая эмоциональная составляющая, в том числе с негативной экспрессией [1, 3, 4]. Так, чемпионаты мира по футболу, которые обычно проходят в летнее время года, традиционно собирают в последние годы от 600 тысяч до 1 миллиона международных посетителей и участников, а также более 3–3,5 миллионов внутренних путешественников. При этом мероприятие проходит в 8–12 городах одной или нескольких соседних стран [5]. В случае международного масштаба крупных спортивных мероприятий ввиду кратковременной, но интенсивной миграции болельщиков и зрителей свою значимую особенность привносит необходимость оценки эпидемических рисков и разработки проактивных мер по их предупреждению и распространению.

Опыт проведения наиболее крупных спортивных событий, таких как Олимпийские игры и Чемпионаты мира по футболу позволил разработать совокупный свод основных правил

и рекомендаций по организации медицинского обеспечения. В то же самое время, нацеленность на развитие и совершенствование подходов обуславливает необходимость обозначения наиболее сложных для реализации направлений, определение существующих противоречий, оценку лучших практик. В представленной статье проведен критический обзор литературы и актуализированы акценты в организации подготовки и проведения крупных спортивных мероприятий с точки зрения организатора здравоохранения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: на основе оценки современных подходов к организации медицинского обеспечения крупных спортивных мероприятий определить направления деятельности, требующие дальнейшего усовершенствования и развития.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ: поиск актуальных научных публикаций в имеющихся базах данных; анализ полученных материалов; проведение систематизации и выделения основных направлений в организации спортивных мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ доступных литературных источников, посвященных вопросам организации медицинского обеспечения крупных спортивных мероприятий международного уровня. Использованы базы данных РИНЦ, RusMed, Pubmed, Web of Science. По ключевым словам: «спортивные мероприятия», «медицинское обеспечение», «чемпионат мира по футболу» были отобраны 45 источников в периодической

печати, анализ которых лег в основу настоящего исследования. Отмечен рост публикационной активности в периоды, предшествующие проведению крупных спортивных мероприятий и сразу после их окончания. Кроме того, наибольшая концентрация статей, посвященных противозидемической безопасности, наблюдается во время проведения мероприятий в странах Африки, Азии и Южной Америки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Структуризация статей по раскрытым в них темам позволила выделить следующие группы вопросов, наиболее актуальных для дальнейшего изучения и решения: уникальность, значимость и сложность спортивных мероприятий с точки зрения организатора здравоохранения; статистика и структура заболеваний и травм; особенности структуры и течения медицинских состояний на спортивных объектах и мероприятиях; организация взаимодействия разных служб внутри системы здравоохранения и межведомственное взаимодействие; профилактика и мониторинг инфекционных заболеваний; особенности подготовки медицинского персонала.

Уникальность, значимость и сложность спортивных мероприятий с точки зрения организатора здравоохранения. Массовые спортивные мероприятия – это события, в медицинском плане сопряженные с возникновением уникального набора проблем для здоровья и благополучия участников. Существует множество факторов, влияющих на количество и типы травм и заболеваний, которые происходят на этих мероприятиях, включая погоду, тип мероприятия и места проведения, а также демографию и поведение толпы [6]. Несмотря на то, что большинство обращений за медицинской помощью связаны с незначительными заболеваниями и травмами, частота состояний, требующих стационарного обследования и лечения, достигает 9,5%, а жизнеугрожающие состояния встречаются с частотой 0.0059 на 10 000 зрителей [7]. Каждое спортивное мероприятие уникально и сопряжено с определенными специфическими задачами в отношении надлежащего планирования и организации. Медицинские проблемы, возникающие во время различных спортивных соревнований, могут совпадать с теми, которые наблюдаются и в других видах спорта, но в то же время часто имеют свои характерные особенности [8].

Медицинское обеспечение спортивных мероприятий представляет для врачей и других медицинских работников особенный вызов и различается в зависимости от типа и масштаба мероприятия. Критерии планирования существуют, но зачастую – только в общих чертах и, как правило, не адаптированы под условия конкретного спортивного мероприятия, поэтому подготовка должна основываться главным образом на предшествующем опыте и лучших практиках. В основу организации должно быть положено изучение конкретных медицинских инцидентов, а также сотрудничество с другими службами и анализ возможных юридических последствий [9]. А в предварительном планировании медицинского обеспечения необходимо учитывать весь комплекс параметров, характеризующих объект, тип, масштаб мероприятия, контингент участников и продолжительность с обязательной картографической схемой размещения медицинских сил [2]. Так, И. Т. Выходец и соавт. рекомендуют особое внимание обращать на особенности местности на маршрутах следования зрителей на трибуны и обратно. Во время проведения XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 года в г. Сочи с учетом расположения стадиона на высоте 1500 м над уровнем моря, сложных и резко меняющихся погодных условий, а также пешего подъема в гору, проводилась работа с целью профилактики возможных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе внезапной коронарной смерти, инфаркта миокарда, осложнений на фоне гипоксии [10].

Особенности структуры и течения медицинских состояний на спортивных объектах и мероприятиях. Частота и структура медицинских инцидентов среди спортсменов и других участников мероприятий не эквивалентны, поскольку на разные клиентские группы влияют разные предрасполагающие и производящие факторы. Для унификации статистических расчетов чаще всего применяется показатель «частота обращаемости пациентов» (ЧОП), который рассчитывается как соотношение количества обращений за медицинской помощью на 10 000 зрителей [7]. На итоговые значения показателей влияет и соотношение количества спортсменов/зрителей во время мероприятий, проводимых в различные времена года. Очевидно, что количество болельщиков на играх, проводимых в летнее время, существенно больше ввиду большей вместимости стадионов, большего времени проведения на открытом воздухе.

Так, K. Watanabe et al. при анализе принадлежности медицинских обращений во время зимних спортивных мероприятий отмечают преобладание клиентской группы «Спортсмены» до 74% [11]. В то же время, В.А. Бадтиева и соавт. на примере медицинского обеспечения соревнований по автогонкам указывают на подавляющее количество обращений со стороны зрителей (97%), при этом приводя закономерность сопряжения характера обращения и клиентской группы – статистически значимо более частых обращений зрителей в связи с заболеванием, а спортсменов – в связи с травмой [12]. Сходные данные представили T. Soligard et al., которые оценили соотношение заболеваний и травм во время олимпийских Игр в Сочи – 2014. Если из общего числа спортсменов у 12% были зарегистрированы повреждения, а у 8% – заболевания, то те же значения у зрителей составили 16,4% и 24%, соответственно [13].

Важным моментом и для спортсменов, и для всех других участников соревнований является соблюдение физиологических норм жизнедеятельности. Существуют вечерние, ночные марафоны, когда забеги могут проводиться в различных погодных и температурных режимах, что может привести к значительному числу лиц, требующих медицинской помощи [1]. S. Loco-Honou et al. приводят анализ зависимости частоты и структуры медицинских обращений от возрастного состава посетителей, условий внешней среды, вида спорта, характера спортивного сооружения, наличия/отсутствия климат-контролирующих устройств, а также от предоставления/продажи воды и алкоголя. Авторы пишут, что ЧОП повышается при увеличении общей численности зрителей и процента занятых мест, проведении мероприятий на неограниченных пространствах, отсутствии доступной питьевой воды, отсутствии климат-контроля и увеличении теплового индекса [14]. O. Anikeeva et al., изучая влияние гендерного соотношения участников, указывают, что ЧОП была более чем в два раза выше на мероприятиях с преимущественно мужской аудиторией по сравнению с мероприятиями с более равным распределением полов [6]. Принимая во внимание, что при планировании медицинского обеспечения спортивных мероприятий, проводимых на открытом воздухе вне спортивных сооружений, необходимо учитывать опыт организации иных мероприятий с массовым количеством участников, весьма полезным представляются данные о факторах риска травм и заболеваний на

примере фестиваля «Нашествие»: укусы насекомых – расчесы, аллергические реакции, а также разные заболевания, переносимые насекомыми; погодные условия – открытое солнце, зной (солнечные ожоги, тепловые удары) или, наоборот, дождь, ветер (простудные заболевания); смена привычного режима питания, продуктов, воды – заболевания желудочно-кишечного тракта; личная активность и неровности почвы – травмы; обострение имеющихся хронических заболеваний [15]. А группа авторов Ё. Campos et al. приводят данные об увеличении частоты респираторных заболеваний в принимающем городе крупных международных соревнований и связывают это с развитием инфраструктуры в виде строительства дорог, спортивных объектов и обусловленным этим загрязнением окружающей среды [16].

По данным T.C. Hardcastle et al., частота медицинских инцидентов составляет 0,66 на 10 000 зрителей, при этом около 4,1% от всех обращений заканчиваются направлением в стационар [17]. G.G. Arliani et al. сообщают о среднем количестве 2,6 пациента за игру, эвакуированных в госпитали со стадионов Чемпионата мира по футболу 2014 г. в Бразилии машинами скорой помощи [18]. В среднем, зрители/болельщики составляют около 2/3 от общего количества обратившихся за медицинской помощью [19]. Наиболее распространенными причинами обращений за медицинской помощью по данным разных авторов были головная боль, диспепсические расстройства и травмы мягких тканей [17]. При этом в условиях открытого воздуха и при высоких значениях температуры окружающей среды к этим состояниям присоединяется тепловой удар, с частотой до 15,8% в структуре всех госпитализаций. Равно, как и в целом, увеличение ЧОП во время спортивных мероприятий, проводимых на открытом воздухе, зависит в немалой степени от температуры окружающей среды. По данным T. Tajima et al. при температуре воздуха свыше 25°C ЧОП составляет 4,27, в то время как при температуре воздуха ниже 21°C она равна 2,04 [7]. Причиной этого, в первую очередь, является дегидратация, обусловленная дисбалансом потери влаги с конвекцией и потребления воды [20].

Еще одним важным отличием массовых спортивных мероприятий от любых других событий, связанных с присутствием большого количества участников, является значимая эмоциональная нагрузка, имеющая не только положительную, но и, зачастую, негативную

экспрессию, что, в свою очередь связано с риском возникновения жизнеугрожающих сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний [21]. Так, во время Чемпионата мира по футболу 2014 г. в Бразилии D. G. Borges et al. выявили статистически значимое увеличение частоты развития инфаркта миокарда в дни проведения матчей, при этом наибольшие значения были получены в дни игр национальной сборной Бразилии [22]. Схожая статистика во время этого чемпионата наблюдалась и в Германии. Количество госпитализаций в связи с инфарктом миокарда в 2014 году было на 3,7% больше, чем за тот же 31-дневный период 2015 года. А в день проведения финального матча с участием национальной сборной Германии наблюдали увеличение госпитальной смертности с 7,9–9,3% до 12,0% [23]. О рисках развития острых сердечно-сосудистых состояний свидетельствуют также данные K. F. Franzen et al., которые, исследуя параметры сердечно-сосудистой системы, обнаружили стойкое повышение артериального давления и увеличение частоты сердечных сокращений во время просмотра матчей Чемпионата Европы по футболу 2021 г., сохраняющееся спустя несколько часов после завершения игры [24]. Ряд проведенных в сравнительно недавнее время систематических обзоров и мета-анализов также показал повышенный риск смертельных и несмертельных сердечно-сосудистых событий как у мужчин, так и у женщин во время просмотра футбольных матчей [25, 26, 27].

M. Alesandrini et al. провели ретроспективный анализ на предмет частоты педиатрических обращений во время крупных международных футбольных соревнований и выявили снижение количества консультаций и госпитализаций, что авторы связывают с преимущественным нахождением детей дома рядом с родителями во время матчей, и тем самым снижением фактора травмы и заболеваемости от внешних причин [28]. Подобная закономерность была выявлена и в исследовании C. Zroback et al., установивших снижение частоты детского травматизма на 37% в дни Чемпионата мира по футболу 2010 г. в Южно-Африканской Республике в сравнении с аналогичными периодами предшествующих и последующих лет [29]. Частота и особенности травматических состояний среди болельщиков сборной Англии, сопровождающие проведение и трансляции футбольных матчей, были проанализированы и в профиле челюстно-лицевой хирургии. Авторы исследования обнаружили, что в период

отборочных матчей и матчей Чемпионата мира по футболу 2018 г. в России на следующий день после матчей сборной Англии отмечалось увеличение частоты обращения пациентов в отделение неотложной помощи с травмами полости рта и челюстно-лицевой области. По сравнению с ежедневной посещаемостью в течение года среднее значение выросло с 2,53 до 4,0 ($p=0,005$), увеличившись на 58%. Эти данные свидетельствуют о необходимости кадрового планирования во время крупномасштабных национальных спортивных мероприятий из-за роста числа обращающихся пациентов. Они показывают, что увеличение рабочей нагрузки вызвано увеличением числа как травматических, так и нетравматических повреждений [30].

Знание особенностей течения медицинских состояний во время спортивных мероприятий имеет равнозначную роль наряду с прогнозированием и статистическими данными. Помимо того, что характер проведения соревнований может обуславливать специфическую симптоматику, еще одной важной особенностью отношения среднестатистического болельщика, присутствующего очно на соревнованиях, к своему заболеванию является недооценка состояния и попытка скрыть имеющиеся симптомы. Так, T. C. Hardcastle et al. пишут, что частое возникновение головной боли во время матчей Чемпионата мира по футболу 2010 г. в Южно-Африканской Республике было связано с постоянным повсеместным использованием вувузел – пластиковых дудок, издающих звук, напоминающий пчелиное жужжание, наиболее громкий из всех музыкальных инструментов [17]. A. O. Anikeeva et al. обращают внимание, что почти 90,0% обращений пациентов произошли на мероприятиях, где был доступен алкоголь, соответственно, и особенности заболеваний и травм имели алкоголь-ассоциированную и алкоголь-зависимую экспрессию [6].

В целом же, структура заболеваемости и травм, особенности течения разных патологических состояний, влияние факторов внешней среды, субъективная оценка участниками мероприятий своего состояния должны быть предметом постоянного изучения и актуализации в преддверии проведения крупных спортивных мероприятий. В планировании медицинского обеспечения при анализе данных факторов необходимо определять круг специалистов и мер реагирования на каждый инцидент, основываясь как на существующих клинических рекомендациях, так и с учетом поправок на условия

проведения мероприятия и оказания медицинской помощи.

Организация взаимодействия разных служб внутри системы здравоохранения и межведомственное взаимодействие. Наиболее крупные международные спортивные организации, такие, как Международная федерация футбола (FIFA) или Международный олимпийский комитет (IOC), располагают разработанными концепциями оказания медицинской помощи на соревнованиях, однако в каждой отдельно взятой стране – хозяйке проведения турнира, необходима разработка своих операционных планов, предусматривающих медицинское сопровождение с учетом множества локальных факторов [31]. Важным предупредительным аспектом является изучение особенностей и структуры заболеваемости в странах-хозяйках крупных спортивных событий. В большей степени это касается распространённости и уровня эпидемического порога заболеваемости инфекционными болезнями. Болельщики, направляющиеся на массовые спортивные мероприятия, могут столкнуться с уникальными рисками для здоровья, связанными с их путешествием. Поэтому при планировании поездок необходимо получить консультацию врачей по месту жительства, чтобы те могли лучше подготовить путешественников перед поездкой и более эффективно диагностировать и лечить их после возвращения. Для получения самой актуальной информации практикующие медицинские работники могут посетить веб-сайт Центров по контролю и профилактике заболеваний о здоровье путешественников [32].

Залог успеха медицинского обеспечения лежит в создании четкой организационной структуры внутри системы здравоохранения и тесного взаимодействия со всеми вовлеченными в обеспечение безопасности функциями. М. А. Замалиева с соавт., основываясь на опыте проведения Кубка Конфедераций по футболу 2017 г. в России и Чемпионата мира по футболу 2018 г. в России, предлагают 3-уровневую модель управленческого взаимодействия: на федеральном, субъектовом и региональном ведомственных уровнях [33]. J. M. Martinez также пишет о том, что ежедневные установочные коммуникации между организаторами спортивных мероприятий и представителями медицинского обеспечения являются важным компонентом в достижении высокого уровня безопасности участников [4]. K. Schenkel et al. отмечают, что после проведения Чемпионата

мира по футболу 2006 г. в Германии значительно улучшилось взаимодействие всех заинтересованных сторон в санитарно-противоэпидемическом надзоре на местном, государственном и федеральном уровнях, что было связано с необходимостью регулярной отчетности, горизонтальных и вертикальных коммуникаций, а также цифровизацией способов обмена информационными данными [34].

В целом, межведомственное взаимодействие должно всесторонне оценивать и учитывать такие критерии и риски, как вид, масштаб и продолжительность проведения мероприятия; характеристики местности, строений и помещений; топографию и площадь территории, на которой планируется проведение мероприятия; наличие и состояние подъездных путей, предположительные плотность размещения участников и скорость движения по дорогам; наличие потенциальных травматических факторов территории; ожидаемые погодные условия; число, пол и возраст участников, контингенты присутствующих; виды предполагаемых поражений (заболеваний), психологический фон мероприятия; определение лечебных учреждений, участвующих в оказании медицинской помощи, маршруты передвижения к ним, выделяемые ими силы и средства [15].

Универсальная модель организации медицинского обеспечения включает в себя создание инфраструктуры здравоохранения на спортивных объектах, медицинскую эвакуацию и госпитальный этап в уполномоченных больницах [35, 36]. Представительство медицинских ресурсов на объектах спорта выражается, как правило, в форматах медицинских пунктов, мобильных медицинских бригад и бригад скорой помощи. Непосредственно в организации медицинского обеспечения помощи на крупных спортивных мероприятиях помимо стандартных порядков оказания скорой и неотложной медицинской помощи, необходимо в настоящее время рассматривать все возможные ресурсы для повышения доступности и качества медицинской помощи. Большинство медицинских специалистов, обеспечивающих медицинскую помощь на спортивных мероприятиях, являются работниками первичного звена – скорой помощи, поликлиник. Отдельно происходит обеспечение анестезиолого-реанимационной службой. Как правило, надобности в присутствии узких специалистов – хирургов, терапевтов и т.д. на спортивном объекте нет. Однако, в ряде случаев, при значительной удаленности места

проведения мероприятий от госпиталей, а также других особенностях, может возникнуть потребность в обеспечении специализированной помощи. Внедрение телемедицины с целью дистанционной оценки состояния спортсменов и других участников мероприятий, а также привлечения узких специалистов из госпитального звена для профильной консультации, рекомендуют В. Muniz-Pardos et al. [37]. Вообще, применение телемедицинских консультаций во время спортивных массовых мероприятий является современным и своевременным инструментом, как для уточнения диагноза и тактики лечения, так и для решения организационных вопросов, а также профилактики распространения инфекционных заболеваний [38]. Новые технологии, в том числе и такие, как приложения для отслеживания инфекционных заболеваний, могут быть рассмотрены для использования на крупных спортивных и культурных мероприятиях и должны использоваться для выработки рекомендаций по профилактике инфекционных заболеваний [39].

Что касается организации этапа медицинской эвакуации, то конкурирующие возможности наземного и воздушного авиатранспорта необходимо предусмотреть в арсенале медицинской команды, но их использование должно быть строго регламентировано и обосновано. P. Gangaram et al. провели сравнение 2 вариантов эвакуации пострадавшего с одного из стадионов Чемпионата мира по футболу 2022 г. в Катаре в тестовом режиме. Был оценен тайминг наземной и санитарно-авиационной эвакуации. Несмотря на то, что время непосредственно передвижения санитарного транспортного средства было меньше на 63% при использовании вертолета, абсолютная разница составила 6,5 минут и она была частично нивелирована за счет более скорой внутрибольничной транспортировки до отделения реанимации и интенсивной терапии при доставке наземной бригадой скорой помощи [40].

Профилактика и мониторинг инфекционных заболеваний. В рамках подготовки проведения массовых спортивных мероприятий требуется решение органов общественного здравоохранения о системе контроля инфекционных заболеваний во время мероприятия. Надлежащий уровень усиленного санитарно-эпидемиологического надзора зависит от таких параметров, как масштаб мероприятия (продолжительность, территориальное распределение, сезон), происхождение участников, степень общественного

внимания и исходная активность заболевания в принимающей стране [41]. Такие мероприятия, как Чемпионат мира по футболу или Олимпийские игры, ставят особые задачи перед организаторами, учитывая его масштабы и разнообразие участников, включая потенциальную передачу завозных или эндемичных инфекционных заболеваний, особенно тех, уровень передачи которых повышен в результате непосредственной близости людей, например, сезонного гриппа, кори, а также тропических эндемичных заболеваний [5].

С целью своевременного выявления неблагоприятного события для здоровья во время Чемпионата мира по футболу 2006 г. в Германии K. Schenkel et al. определили необходимость ускорения и повышения чувствительности ранее существовавшей системы эпиднадзора за инфекционными заболеваниями [34]. Было достигнуто увеличение частоты электронной передачи данных о заболеваниях, подлежащих уведомлению, с еженедельной передачи до ежедневной, введена дополнительная отчетность об инфекционных заболеваниях, не связанных с определением случая, обеспечена активизация коммуникации между всеми заинтересованными сторонами системы наблюдения. Средняя задержка передачи данных уведомления от общества на федеральный уровень была сокращена с трех дней до одного дня. Усовершенствованная система отчетности позволила выявить вспышку норовируса в Международном центре вещания в Мюнхене с 61 эпидемиологически связанным случаем в течение первой недели после начала заболевания, а также четыре единичных случая, связанных с Чемпионатом мира, два из которых имели отношение к Международным медико-санитарным правилам. При этом авторы пишут о том, что в отличие от большинства специалистов по планированию здравоохранения, участвовавших в предыдущих массовых мероприятиях за последнее десятилетие, синдромологический эпиднадзор ими не вводился. Аналогичный подход был использован A. Takla et al. на женском Чемпионате мира по футболу 2011 г. в Германии, которые внедрили в принимающих городах систему ежедневных (с понедельника по пятницу) уведомлений о рутинных инфекционных заболеваниях, получая регулярную обратную связь по этим уведомлениям и сводкам эпидемиологических инцидентов, связанных с национальным/международным чемпионатом мира, например, вспышек в странах команд-участниц [41].

В преддверии Чемпионата мира по футболу 2014 г. в Бразилии группа экспертов из Латиноамериканского общества медицины путешествий (SLAMVI) разработала текущие рекомендации относительно эпидемиологии и рисков частых инфекционных заболеваний в потенциальных пунктах назначения, рекомендуемых прививок и других профилактических мер для путешественников [5]. Особое внимание было уделено инфекциям, переносчиками которых являются комары. Были даны рекомендации по профилактике и диагностике лихорадки денге, эндемичной для всех штатов Бразилии, в которых располагались принимающие города. Вакцинацию против желтой лихорадки рекомендовали путешественникам, которые планировали посетить внутренние районы страны. Болельщики, посещающие районы бассейна реки Амазонка с повышенным риском заражения малярией, должны быть оценены на предмет необходимости химиопрофилактики. Для потенциальных иностранных туристов были разработаны также рекомендации по правильному выбору времени и использованию репеллентов и других мер личной защиты для предотвращения трансмиссивных инфекций, заболеваний, передаваемых через воду и пищу (гепатит А, брюшной тиф, лямблиоз, диарея путешественников), а также заболеваний, передающихся половым путем [5].

В целом, подчеркивая значимость крупных спортивных мероприятий в жизни общества, в том числе и как мотивация здорового образа жизни, L. K. Beres на примере упущенных возможностей по профилактике ВИЧ-инфекции во время Чемпионата мира по футболу 2010 г. в Южно-Африканской Республике указывает на необходимость просветительской функции, а также на рост возможностей борьбы с отдельными распространёнными заболеваниями [42].

Особенности подготовки медицинского персонала. Одним из ключевых разделов подготовки и проведения медицинского обеспечения крупных спортивных мероприятий наряду с организацией медицинской инфраструктуры на спортивных объектах и подготовкой уполномоченных больниц является создание и формирование команды специалистов, отвечающей своими компетенциями самым высоким стандартам международного здравоохранения. В статистике всех обращений в городах-организаторах крупных спортивных мероприятий медицинская помощь в 79% случаев оказывается

персоналом специально подготовленных бригад для работы на объектах спортивных соревнований [19]. Большинство авторов утверждают, что компетенции медицинских работников должны включать в себя знания по наиболее часто встречающимся малым травмам и патологическим состояниям, а также обязательное знание основ расширенной сердечно-легочной реанимации и мер при других жизнеугрожающих состояниях [4]. Наличие подготовленных медицинских бригад с навыками оказания первичной медико-санитарной, а также неотложной и экстренной медицинской помощи, как правило, снижает частоту направления в стационар и частоту госпитализации [17]. Крайне важным аспектом также является интеграция служб скорой медицинской помощи и медицины катастроф. Подготовка всего персонала должна вестись в том числе и по программам оказания первой помощи и медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий и техногенных катастроф [43, 44]. В дополнение к обычной медицинской помощи A. L. Rubin et al. предлагают в план подготовки включать обучение по уходу за лицами с нарушениями интеллекта и развития, а также спортсменами с дополнительными медицинскими проблемами. Это, в свою очередь, требует координации между основными медицинскими учреждениями, а также правоохранительными органами, пожарно-спасательными службами, транспортом, общественным здравоохранением и организаторами игр [45].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинское обеспечение крупных спортивных мероприятий международного уровня – это сложная многокомпонентная и многоуровневая система, включающая в себя вопросы доступного и качественного оказания медицинской помощи, санитарно-эпидемиологического благополучия, профилактики и мер реагирования при чрезвычайных ситуациях, межведомственного взаимодействия. Подготовка к каждому такому мероприятию требует создания концепции, операционных планов, целенаправленной подготовки персонала и инфраструктуры. Проведение крупных спортивных мероприятий, в свою очередь, является драйвером развития системы здравоохранения в принимающем городе и стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айсханов С.К. Медицинское обеспечение массовых спортивных мероприятий: актуализация вопроса. Наука. Исследования. Практика: сборник избранных статей по материалам Международной научной конференции. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 36–38. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_41741934_64391610.pdf (Дата обращения: 28.10.2023).
2. Гуменюк С.А., Круговых Е.А. Пути совершенствования организационной технологии медицинского обеспечения крупномасштабных мероприятий с массовым сосредоточением людей. // Московская медицина. 2017; S2: 49–50. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_35142447_35921914.pdf (Дата обращения: 28.10.2023).
3. Загородный Г.М., Пинчук Е.Н. Организация медицинского обеспечения международных спортивных мероприятий. // Спортивная медицина: наука и практика. 2022; 12(1): 16–24. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_49299328_15193459.pdf (Дата обращения: 28.10.2023).
4. Martínez J.M. Medical coverage of cycling events. *Curr Sports Med Rep.* 2006; 5(3): 125–130. URL: https://journals.lww.com/acsm-csmr/Fulltext/2006/06000/Medical_Coverage_of_Cycling_Events.4.aspx (Дата обращения: 28.10.2023).
5. Gallego V., Berberian G., Lloveras S., Verbanaz S., Chaves T.S., Orduna T., Rodriguez-Morales A.J. The 2014 FIFA World Cup: communicable disease risks and advice for visitors to Brazil – a review from the Latin American Society for Travel Medicine (SLAMVI). // *Travel Med Infect Dis.* 2014; 12(3): 208–218. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1477893914000787?via%3Dihub> (Дата обращения: 28.10.2023).
6. Anikeeva O., Arbon P., Zeitz K., Bottema M., Lund A., Turris S., Steenkamp M. Patient presentation trends at 15 mass-gathering events in south Australia. *Prehosp Disaster Med.* 2018; 33(4): 368–374. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/abs/patient-presentation-trends-at-15-massgathering-events-in-south-australia/43F83AD13D909C3A6A07BB3FE22F4595> (Дата обращения: 28.10.2023).
7. Tajima T., Takazawa Y., Yamada M., Moriya T., Sato H., Higashihara J., Toyama Y., Chosa E., Nakamura A., Kono I. Spectator medicine at an international mega sports event: Rugby World Cup 2019 in Japan. *Environ Health Prev Med.* 2020; 25(1): 72. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7684143/> (Дата обращения: 28.10.2023).
8. Larson H.H., Khalili-Borna D., Uzosike E., Sugiyama D. Medical coverage of ultramarathons and its unique challenges. // *Curr Sports Med Rep.* 2016; 15(3): 154–160. URL: https://journals.lww.com/acsm-csmr/fulltext/2016/05000/medical_coverage_of_ultramarathons_and_its_unique.11.aspx (Дата обращения: 28.10.2023).
9. Kistler W. Medizinische Versorgung bei Sportanlässen [Medical service for sports events]. *Praxis.* 2013; 102(17):1036–1044. URL: https://www.researchgate.net/publication/274995379_Medizinische_Versorgung_bei_Sportanlassen (Дата обращения: 28.10.2023).
10. Выходец И.Т., Куршев В.В., Хохлина Н.К. Об опыте медицинского обеспечения Олимпийских и Паралимпийских зимних игр 2014 года в Сочи. // Спортивная медицина: наука и практика. 2014; 2: 75–78. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_22669806_94983041.pdf (Дата обращения: 28.10.2023).
11. Watanabe K., Akama T., Asakawa S., Fukuda K., Sakai H., Okuwaki T., Imai T., Sato H., Katayose M., Jegathesan M., Shamali N.A. Medical services at the 2017 Sapporo Asian winter games: injury and illness epidemiology at a 34-nation multisport event. // *Br J Sports Med.* 2019; 53(1): 32–36. URL: <https://bjsm.bmj.com/content/53/1/32.full> (Дата обращения: 29.10.2023).
12. Бадтиева, В.А., Папиянц С.С. Комплексная оценка этапов медицинского обеспечения соревнований по кольцевым гонкам. // Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2018; 6(151): 6–12. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41333345> (Дата обращения: 29.10.2023).
13. Soligard T., Steffen K., Palmer-Green D., Aubry M., Grant M.E., Meeuwisse W., Mountjoy M., Budgett R., Engbrechtsen L. Sports injuries and illnesses in the Sochi 2014 Olympic Winter Games. // *Br J Sports Med.* 2015; 49(7): 441–447. URL: <https://bjsm.bmj.com/content/49/7/441.long> (Дата обращения: 29.10.2023).
14. Locoh-Donou S., Yan G., Berry T., O'Connor R., Sochor M., Charlton N., Brady W. Mass gathering medicine: event factors predicting patient presentation rates. // *Intern Emerg Med.* 2016; 11(5): 745–752. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11739-015-1387-1> (Дата обращения: 29.10.2023).
15. Чубайко В.Г., Чепляев А.А., Черняк С.И., Радченко И.В., Грабчак С.А., Бобий Б.В., Саввин Ю.Н., Аветисов Г.М. Организация медицинского обеспечения массовых мероприятий, по опыту работы Полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК «Защита» в 2018 г. // Медицина катастроф. 2018; 104(4): 5–10. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_36408773_79593942.pdf (Дата обращения: 29.10.2023).
16. Campos É., Pereira C.A.R., Freire C., da Silva I.F. Respiratory hospitalizations and their relationship with air pollution sources in the period of FIFA World Cup and Olympic Games in Rio de Janeiro, Brazil. // *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(9): 4716. URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4716> (Дата обращения: 29.10.2023).
17. Hardcastle T.C., Naidoo M., Samlall S., Naidoo M., Larsen T., Mabusu M., Ngema S. The Moses Mabhidha Medical Plan: medical care planning and execution at a FIFA2010 stadium; the Durban experience. // *Open Access Emerg Med.* 2010; 2: 91–97. URL: <https://www.dovepress.com/the-moses-mabhidha-medical-plan-medical-care-planning-and-execution-at-peer-reviewed-fulltext-article-OAEM> (Дата обращения: 29.10.2023).
18. Arliani G.G., Lara P.H.S., Pedrinelli A., Ejnisman B., Leite L.M.B., Cohen M. Analysis of medical assistance provided to spectators at the 2014 FIFA World Cup matches. // *Acta Ortop Bras.* 2018; 26(1): 33–35. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025498/> (Дата обращения: 29.10.2023).
19. Garcia M.H., Paula F.J. Júnior, Barbosa J.R., Sousa G.D., Silva A.J., Beltrão L.A. 2014 FIFA World Cup Brazil: active surveillance and profile of health care in the host city of

- Fortaleza, Ceará, Brazil. // *Epidemiol Serv Saude*. 2016; 25(3): 499–510. URL: <https://www.scielo.br/j/ress/a/GvZF4cbhBR8Hvt7Qd4kckpd/?lang=en> (Дата обращения: 29.10.2023).
20. Wardenaar F.C., Beaumont J.S., Boeckman J., van Geffen B., Vanos J.K. Analysis of potential hydration opportunities during future football tournaments based on data from the 2018 FIFA World Cup. // *Sci Med Footb*. 2022; 1–5. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/24733938.2022.2137574> (Дата обращения: 29.10.2023).
21. Hamm W., Bogner-Flatz V., Bauer A., Brunner S. FIFA World Cup 2018: effect of emotional stress on conventional heart rate variability metrics. // *Clin Res Cardiol*. 2020; 109(2): 266–270. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00392-019-01533-8> (Дата обращения: 29.10.2023).
22. Borges D.G., Monteiro R.A., Schmidt A., Pazin-Filho A. World soccer cup as a trigger of cardiovascular events. // *Arq Bras Cardiol*. 2013; 100(6): 546–552. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23657272/> (Дата обращения: 29.10.2023).
23. Keller K., Hobohm L., Schmitt V.H., Engelhardt M., Wenzel P., Post F., Münzel T., Gori T., Friedmann-Bette B. Total numbers and in-hospital mortality of patients with myocardial infarction in Germany during the FIFA soccer world cup 2014. // *Sci Rep*. 2021; 11(1): 11330. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8211804/> (Дата обращения: 29.10.2023).
24. Franzen K.F., Mortensen K., Ott C., Herber K., Busse M., Söling C., Schneppe D., Lässig S., Dörr M., Tilz R., Drömann D., Schunkert H., Reppel M. Negative impact of the UEFA European Soccer Championship on central hemodynamics and arterial stiffness: a multicenter study. // *Life (Basel)*. 2022; 12(11): 1696. URL: <https://www.mdpi.com/2075-1729/12/11/1696> (Дата обращения: 29.10.2023).
25. Abed Alah M., Abdeen S., Selim N. Healthy minds for healthy hearts: tackling stress-induced cardiac events during the FIFA World Cup 2022. // *Vasc Health Risk Manag*. 2022; 18: 851–856. URL: <https://www.dovepress.com/healthy-minds-for-healthy-hearts-tackling-stress-induced-cardiac-event-peer-reviewed-fulltext-article-VHRM> (Дата обращения: 29.10.2023).
26. Wang H., Liang L., Cai P., Zhao J., Guo L., Ma H. Associations of cardiovascular disease morbidity and mortality in the populations watching major football tournaments: A systematic review and meta-analysis of observational studies. // *Medicine (Baltimore)*. 2020; 99(12): e19534. URL: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2020/03200/associations_of_cardiovascular_disease_morbidity.34.aspx (Дата обращения: 29.10.2023).
27. Lin L.L., Gu H.Y., Yao Y.Y., Zhu J., Niu Y.M., Luo J., Zhang C. The association between watching football matches and the risk of cardiovascular events: A meta-analysis. // *J Sports Sci*. 2019; 37(24): 2826–2834. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31500501/> (Дата обращения: 29.10.2023).
28. Alesandrini M., Hauet M., Dezavelle S., Maria M., Borsa-Dorion A., Gatin A., Schweitzer C., Wiedemann A. How do the FIFA World Cup 2018 and the 2016 UEFA championships impact a pediatric emergency department? // *Arch Pediatr*. 2021; 28(3): 234–237. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X21000282?via%3Dihub> (Дата обращения: 29.10.2023).
29. Zroback C., Levin D., Manlhiot C., Alexander A., van As A.S., Azzie G. Impact of the 2010 FIFA (Federation Internationale de Football Association) World Cup on pediatric injury and mortality in Cape Town, South Africa. // *J Pediatr*. 2014; 164(2): 327–331. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347613012377?via%3Dihub> (Дата обращения: 29.10.2023).
30. Miller N., Kearns A., Bartram A., Banks R. The real penalty: number of OMFS patients presenting to the emergency department at Sunderland Royal Hospital after England fixtures before and during the 2018 FIFA Football World Cup. // *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2020; 58(1): 107–108. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266435619307090?via%3Dihub> (Дата обращения: 29.10.2023).
31. Wolfarth B., Halle M. Der medizinische Einsatzplan der FIFA: Sicherheit für Spieler, Fans und Funktionäre [FIFA World Cup 2006—healthcare services]. // *MMW Fortschr Med*. 2006; 148(23): 28–30. URL: https://www.researchgate.net/publication/6958042_FIFA_World_Cup_2006-healthcare_services (Дата обращения: 29.10.2023).
32. Gaines J., Sotir M.J., Cunningham T.J., Harvey K.A., Lee C.V., Stoney R.J., Gershman M.D., Brunette G.W., Kozarsky P.E. Health and safety issues for travelers attending the World Cup and Summer Olympic and Paralympic Games in Brazil, 2014 to 2016. // *JAMA Intern Med*. 2014; 174(8): 1383–1390. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1878671> (Дата обращения: 29.10.2023).
33. Замалиева М.А., Балабанова Л.А. Оценка межведомственного взаимодействия в обеспечении санитарно-гигиенической безопасности при проведении массовых мероприятий. // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019; 27(6): 988–991. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_41577544_16439034.pdf (Дата обращения: 29.10.2023).
34. Schenkel K., Williams C., Eckmanns T., Poggensee G., Benzler J., Josephsen J., Krause G. Enhanced surveillance of infectious diseases: the 2006 FIFA World Cup experience, Germany. // *Euro Surveill*. 2006; 11(12): 15–16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29208141/> (Дата обращения: 29.10.2023).
35. Смирнов А.О. О ходе подготовки к медицинскому обеспечению Чемпионата мира по футболу ФИФА 2018 года. // *Science Time*. 2017; 9(45): 19–20. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_30094075_11949746.pdf (Дата обращения: 29.10.2023).
36. Смирнов А.О., Садыкова Т.И., Лопушов Д.В. Медицинское обеспечение крупных международных мероприятий. // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022; 30(3): 499–502. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_48611883_25810372.pdf (Дата обращения: 29.10.2023).
37. Muniz-Pardos B., Angeloudis K., Guppy F.M., Keramitsoglou I., Sutehall S., Bosch A., Tanisawa K., Hosokawa Y., Ash G.I., Schobersberger W., Grundstein A.J., Casa D.J., Morrissey M.C., Yamasawa F., Zelenkova I., Racinais S., Pitsiladis Y. Wearable and telemedicine innovations for Olympic events and elite sport. // *J Sports Med Phys Fitness*. 2021; 61(8): 1061–1072. URL: <https://www.minervamedica.it/en/journals/sports-med-physical-fitness/>

- article.php?cod=R40Y2021N08A1061 (Дата обращения: 29.10.2023).
38. Dergaa I., Chamari K., Farahat R. A., Romdhani M., Taheri M., Memish Z. A., Al Abdulla S. A. Telemedicine during the FIFA World Cup 2022: a potential tool to curtail the spread of infectious disease during times of pandemic. // *Int J Surg.* 2023; 109(2): 147–149. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10389446/> (Дата обращения: 29.10.2023).
 39. Al-Tawfiq J. A., Gautret P., Schlagenhauf P. Infection risks associated with the 2022 FIFA World Cup in Qatar. // *New Microbes New Infect.* 2022; 49–50: 101055. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9719854/> (Дата обращения: 29.10.2023).
 40. Gangaram P., Thomson W., Morris B., Alinier G. FIFA World Cup Qatar 2022TM stadium patient evacuation: A system testing simulation-based exercise. // *Qatar Med J.* 2023; 2023(1): 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9810483/> (Дата обращения: 29.10.2023).
 41. Takla A., Velasco E., Benzler J. The FIFA Women's World Cup in Germany 2011 – a practical example for tailoring an event-specific enhanced infectious disease surveillance system. // *BMC Public Health.* 2012; 12: 576. URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-576> (Дата обращения: 29.10.2023).
 42. Beres L. K. Missed opportunities: HIV and the 2010 FIFA World Cup. // *Public Health.* 2011; 125(10): 725–726. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350611002344?via%3Dihub> (Дата обращения: 29.10.2023).
 43. Быковская Т.Ю., Вовк Ю.И., Выдыш А.И., Дашевский С.П., Дьяконов В.Г., Коробка В.Л., Крат А.В., Чубайко В.Г. О подготовке службы медицины катастроф Ростовской области к медицинскому обеспечению чемпионата мира по футболу 2018 года. Многопрофильная клиника XXI века. Инновации в медицине – 2017: материалы международного научного конгресса. – Санкт-Петербург, 2017. – С. 78–79. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_37232218_62816445.pdf (Дата обращения: 29.10.2023).
 44. Литвин А.А., Коренев С.В., Князева Е.Г. Симуляционное обучение оказанию первой помощи среди волонтеров чемпионата мира по футболу 2018. // *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения.* 2017; 12(2): 501–503. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_32423798_47454812.pdf (Дата обращения: 29.10.2023).
 45. Rubin A. L., Woodward T., Harrison L., Simon L., Rodriguez J. Medical learning from the special olympics world games 2015. // *Curr Sports Med Rep.* 2016; 15(3): 134–139. URL: https://journals.lww.com/acsm-csmr/fulltext/2016/05000/medical_learning_from_the_special_olympics_world.9.aspx (Дата обращения: 29.10.2023).

REFERENCES

1. Ajskhanov S. K. Medical support for mass sporting events: updating the issue. The science. Research. Practice: a collection of selected articles based on the materials of the International Scientific Conference. – St. Petersburg, 2019. P. 36–38. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_41741934_64391610.pdf (Accessed: 28.10.2023).
2. Gumenyuk S. A., Krugoviyh E. A. Ways to improve the organizational technology of medical support for large-scale events with a massive concentration of people. // *Moscow medicine.* 2017; S2: 49–50. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_35142447_35921914.pdf (Accessed: 28.10.2023).
3. Zagorodnyj G. M., Pinchuk E. N. Organization of medical support for international sporting events. // *Sports medicine: science and practice.* 2022; 12(1): 16–24. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_49299328_15193459.pdf (Accessed: 28.10.2023).
4. Martinez J. M. Medical coverage of cycling events. *Curr Sports Med Rep.* 2006; 5(3): 125–130. URL: https://journals.lww.com/acsm-csmr/Fulltext/2006/06000/Medical_Coverage_of_Cycling_Events.4.aspx (Accessed: 28.10.2023).
5. Gallego V., Berberian G., Lloveras S., Verbanaz S., Chaves T. S., Orduna T., Rodriguez-Morales A. J. The 2014 FIFA World Cup: communicable disease risks and advice for visitors to Brazil – a review from the Latin American Society for Travel Medicine (SLAMVI). // *Travel Med Infect Dis.* 2014; 12(3): 208–218. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1477893914000787?via%3Dihub> (Accessed: 28.10.2023).
6. Anikeeva O., Arbon P., Zeitz K., Bottema M., Lund A., Turris S., Steenkamp M. Patient presentation trends at 15 mass-gathering events in south Australia. // *Prehosp Disaster Med.* 2018; 33(4): 368–374. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/abs/patient-presentation-trends-at-15-massgathering-events-in-south-australia/43F83AD13D909C3A6A07BB3FE22F4595> (Accessed: 28.10.2023).
7. Tajima T., Takazawa Y., Yamada M., Moriya T., Sato H., Higashihara J., Toyama Y., Chosa E., Nakamura A., Kono I. Spectator medicine at an international mega sports event: Rugby World Cup 2019 in Japan. // *Environ Health Prev Med.* 2020; 25(1): 72. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7684143/> (Accessed: 28.10.2023).
8. Larson H. H., Khalili-Borna D., Uzosike E., Sugiyama D. Medical coverage of ultramarathons and its unique challenges. // *Curr Sports Med Rep.* 2016; 15(3): 154–160. URL: https://journals.lww.com/acsm-csmr/fulltext/2016/05000/medical_coverage_of_ultramarathons_and_its_unique.11.aspx (Accessed: 28.10.2023).
9. Kistler W. Medizinische Versorgung bei sportanlässen [Medical service for sports events]. // *Praxis.* 2013; 102(17): 1036–1044. URL: https://www.researchgate.net/publication/274995379_Medizinische_Versorgung_bei_Sportanlassen (Accessed: 28.10.2023).
10. Vyhodec I. T., Kurshev V. V., Hohlina N. K. About the experience of medical support for the 2014 Olympic and Paralympic Winter Games in Sochi. // *Sports medicine: science and practice.* 2014; 2: 75–78. URL: <https://www.>

- elibrary.ru/download/elibrary_22669806_94983041.pdf (Accessed: 28.10.2023).
11. Watanabe K., Akama T., Asakawa S., Fukuda K., Sakai H., Okuwaki T., Imai T., Sato H., Katayose M., Jegathesan M., Shamali N.A. Medical services at the 2017 Sapporo Asian winter games: injury and illness epidemiology at a 34-nation multisport event. // *Br J Sports Med.* 2019; 53(1): 32–36. URL: <https://bjsm.bmj.com/content/53/1/32.full> (Accessed: 29.10.2023).
 12. Badtieva, V.A., Papiyanc S.S. Comprehensive assessment of the stages of medical support for circuit racing competitions. // *Physiotherapy and sports medicine.* 2018; 6(151): 6–12. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41333345> (Accessed: 29.10.2023)
 13. Soligard T., Steffen K., Palmer-Green D., Aubry M., Grant M.E., Meeuwisse W., Mountjoy M., Budgett R., Engebretsen L. Sports injuries and illnesses in the Sochi 2014 Olympic Winter Games. // *Br J Sports Med.* 2015; 49(7): 441–447. URL: <https://bjsm.bmj.com/content/49/7/441.long> (Accessed: 29.10.2023).
 14. Locoh-Donou S., Yan G., Berry T., O'Connor R., Sochor M., Charlton N., Brady W. Mass gathering medicine: event factors predicting patient presentation rates. // *Intern Emerg Med.* 2016; 11(5): 745–752. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11739-015-1387-1> (Accessed: 29.10.2023).
 15. Chubajko V.G., Cheplyaev A.A., Chernyak S.I., Radchenko I.V., Grabchak S.A., Bobij B.V., Savvin Yu.N., Avetisov G.M. Organization of medical support for mass events, based on the experience of the Field Multidisciplinary Hospital VTsMK "Zashchita" in 2018. // *Disaster Medicine.* 2018; 104(4): 5–10. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_36408773_79593942.pdf (Accessed: 29.10.2023).
 16. Campos É. Pereira C.A.R., Freire C., da Silva I.F. Respiratory hospitalizations and their relationships with air pollution sources in the period of FIFA World Cup and Olympic Games in Rio de Janeiro, Brazil. // *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(9): 4716. URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4716> (Accessed: 29.10.2023).
 17. Hardcastle T.C., Naidoo M., Samlal S., Naidoo M., Larsen T., Mabusu M., Ngema S. The Moses Mabhida Medical Plan: medical care planning and execution at a FIFA2010 stadium; the Durban experience. // *Open Access Emerg Med.* 2010; 2: 91–97. URL: <https://www.dovepress.com/the-moses-mabhida-medical-plan-medical-care-planning-and-execution-at-peer-reviewed-fulltext-article-OAEM> (Accessed: 29.10.2023).
 18. Arliani G.G., Lara P.H.S., Pedrinelli A., Ejnisman B., Leite L.M.B., Cohen M. Analysis of medical assistance provided to spectators at the 2014 FIFA World Cup matches. // *Acta Ortop Bras.* 2018; 26(1): 33–35. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025498/> (Accessed: 29.10.2023).
 19. Garcia M.H., Paula F.J. Júnior, Barbosa J.R., Sousa G.D., Silva A.J., Beltrão L.A. 2014 FIFA World Cup Brazil: active surveillance and profile of health care in the host city of Fortaleza, Ceará, Brazil. // *Epidemiol Serv Saude.* 2016; 25(3): 499–510. URL: <https://www.scielo.br/j/ress/a/GvZF4cbhBR8Hvt7Qd4kckpd/?lang=en> (Accessed: 29.10.2023).
 20. Wardenaar F.C., Beaumont J.S., Boeckman J., van Gefen B., Vanos J.K. Analysis of potential hydration opportunities during future football tournaments based on data from the 2018 FIFA World Cup. // *Sci Med Footb.* 2022; 1–5. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/24733938.2022.2137574> (Accessed: 29.10.2023).
 21. Hamm W., Bogner-Flatz V., Bauer A., Brunner S. FIFA World Cup 2018: effect of emotional stress on conventional heart rate variability metrics. // *Clin Res Cardiol.* 2020; 109(2): 266–270. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00392-019-01533-8> (Accessed: 29.10.2023).
 22. Borges D.G., Monteiro R.A., Schmidt A., Pazin-Filho A. World soccer cup as a trigger of cardiovascular events. // *Arq Bras Cardiol.* 2013; 100(6): 546–552. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23657272/> (Accessed: 29.10.2023).
 23. Keller K., Hobohm L., Schmitt V.H., Engelhardt M., Wenzel P, Post F., Münzel T., Gori T., Friedmann-Bette B. Total numbers and in-hospital mortality of patients with myocardial infarction in Germany during the FIFA soccer world cup 2014. // *Sci Rep.* 2021; 11(1): 11330. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8211804/> (Accessed: 29.10.2023).
 24. Franzen K.F., Mortensen K., Ott C., Herber K., Busse M., Söling C., Schneppe D., Lässig S., Dörr M., Tilz R., Drömann D., Schunkert H., Reppel M. Negative impact of the UEFA European Soccer Championship on central hemodynamics and arterial stiffness: a multicenter study. // *Life (Basel).* 2022; 12(11): 1696. URL: <https://www.mdpi.com/2075-1729/12/11/1696> (Accessed: 29.10.2023).
 25. Abed Alah M., Abdeen S., Selim N. Healthy minds for healthy hearts: tackling stress-induced cardiac events during the FIFA World Cup 2022. // *Vasc Health Risk Manag.* 2022; 18: 851–856. URL: <https://www.dovepress.com/healthy-minds-for-healthy-hearts-tackling-stress-induced-cardiac-event-peer-reviewed-fulltext-article-VHRM> (Accessed: 29.10.2023).
 26. Wang H., Liang L., Cai P., Zhao J., Guo L., Ma H. Associations of cardiovascular disease morbidity and mortality in the populations watching major football tournaments: A systematic review and meta-analysis of observational studies. // *Medicine (Baltimore).* 2020; 99(12): e19534. URL: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2020/03200/associations_of_cardiovascular_disease_morbidity.34.aspx (Accessed: 29.10.2023).
 27. Lin L.L., Gu H.Y., Yao Y.Y., Zhu J., Niu Y.M., Luo J., Zhang C. The association between watching football matches and the risk of cardiovascular events: A meta-analysis. // *J Sports Sci.* 2019; 37(24): 2826–2834. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31500501/> (Accessed: 29.10.2023).
 28. Alesandrini M., Hauet M., Dezavelle S., Maria M., Borsa-Dorion A., Gatin A., Schweitzer C., Wiedemann A. How do the FIFA World Cup 2018 and the 2016 UEFA championships impact a pediatric emergency department? *Arch Pediatr.* 2021; 28(3): 234–237. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X21000282?via%3Dihub> (Accessed: 29.10.2023).
 29. Zroback C., Levin D., Manlhiot C., Alexander A., van As A.S., Azzie G. Impact of the 2010 FIFA (Federation Internationale de Football Association) World Cup on pediatric injury and mortality in Cape Town, South Africa. // *J Pediatr.* 2014; 164(2): 327–331. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347613012377?via%3Dihub> (Accessed: 29.10.2023).

30. Miller N., Kearns A., Bartram A., Banks R. The real penalty: number of OMFS patients presenting to the emergency department at Sunderland Royal Hospital after England fixtures before and during the 2018 FIFA Football World Cup. // *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020; 58(1): 107–108. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266435619307090?via%3Dihub> (Accessed: 29.10.2023).
31. Wolfarth B., Halle M. Der medizinische Einsatzplan der FIFA: Sicherheit für Spieler, Fans und Funktionäre [FIFA World Cup 2006—healthcare services]. // *MMW Fortschr Med.* 2006; 148(23): 28–30. URL: https://www.researchgate.net/publication/6958042_FIFA_World_Cup_2006-healthcare_services (Accessed: 29.10.2023).
32. Gaines J., Sotir M.J., Cunningham T.J., Harvey K.A., Lee C.V., Stoney R.J., Gershman M.D., Brunette G.W., Kozarsky P.E. Health and safety issues for travelers attending the World Cup and Summer Olympic and Paralympic Games in Brazil, 2014 to 2016. // *JAMA Intern Med.* 2014; 174(8): 1383–1390. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1878671> (Accessed: 29.10.2023).
33. Zamalieva M.A., Balabanova L.A. Assessment of interdepartmental cooperation in ensuring sanitary and hygienic safety during mass events. // *Problems of social hygiene, health care and history of medicine.* 2019; 27(6): 988–991. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_41577544_16439034.pdf (Accessed: 29.10.2023).
34. Schenkel K., Williams C., Eckmanns T., Poggensee G., Benzler J., Josephsen J., Krause G. Enhanced surveillance of infectious diseases: the 2006 FIFA World Cup experience, Germany. // *Euro Surveill.* 2006; 11(12): 15–16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29208141/> (Accessed: 29.10.2023).
35. Smirnov A.O. On the progress of preparations for medical support for the 2018 FIFA World Cup. // *Science Time.* 2017; 9(45): 19–20. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_30094075_11949746.pdf (Accessed: 29.10.2023).
36. Smirnov A.O., Sadykova T.I., Lopushov D.V. The medical support of large-scale international events. // *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2022; 30(3): 499–502 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-3-499-502> URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_48611883_25810372.pdf (Accessed: 29.10.2023).
37. Muniz-Pardos B., Angeloudis K., Guppy F.M., Keramitsoglou I., Sutehall S., Bosch A., Tanisawa K., Hosokawa Y., Ash G.I., Schobersberger W., Grundstein A.J., Casa D.J., Morrissey M.C., Yamasawa F., Zelenkova I., Racinais S., Pitsiladis Y. Wearable and telemedicine innovations for Olympic events and elite sport. // *J Sports Med Phys Fitness.* 2021; 61(8): 1061–1072. URL: <https://www.minervamedica.it/en/journals/sports-med-physical-fitness/article.php?cod=R40Y2021N08A1061> (Accessed: 29.10.2023).
38. Dergaa I., Chamari K., Farahat R.A., Romdhani M., Taheri M., Memish Z.A., Al Abdulla S.A. Telemedicine during the FIFA World Cup 2022: a potential tool to curtail the spread of infectious disease during times of pandemic. // *Int J Surg.* 2023; 109(2): 147–149. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10389446/> (Accessed: 29.10.2023).
39. Al-Tawfiq J.A., Gautret P., Schlagenhauf P. Infection risks associated with the 2022 FIFA World Cup in Qatar. // *New Microbes New Infect.* 2022; 49–50: 101055. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9719854/> (Accessed: 29.10.2023).
40. Gangaram P., Thomson W., Morris B., Alinier G. FIFA World Cup Qatar 2022TM stadium patient evacuation: A system testing simulation-based exercise. // *Qatar Med J.* 2023; 2023(1): 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9810483/> (Accessed: 29.10.2023).
41. Takla A., Velasco E., Benzler J. The FIFA Women's World Cup in Germany 2011 – a practical example for tailoring an event-specific enhanced infectious disease surveillance system. // *BMC Public Health.* 2012; 12: 576. URL: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-576> (Accessed: 29.10.2023).
42. Beres L. K. Missed opportunities: HIV and the 2010 FIFA World Cup. // *Public Health.* 2011; 125(10): 725–726. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350611002344?via%3Dihub> (Accessed: 29.10.2023).
43. Bykovskaya T.Yu., Vovk Yu.I., Vidysh A.I., Dashevskij S.P., D'yakonov V.G., Korobka V.L., Krat A.V., Chubajko V.G. About the preparation of the disaster medicine service of the Rostov region for medical support of the 2018 FIFA World Cup. Multidisciplinary clinic of the 21st century. Innovations in medicine – 2017: materials of the international scientific congress. – Saint Petersburg, 2017. – C. 78–79. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_37232218_62816445.pdf (Accessed: 29.10.2023).
44. Litvin A.A., Korenev S.V., Knyazeva E.G. Simulation training in first aid among volunteers of the 2018 FIFA World Cup. // *Health – the basis of human potential: problems and ways to solve them.* 2017; 12(2): 501–503. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_32423798_47454812.pdf (Accessed: 29.10.2023).
45. Rubin A.L., Woodward T., Harrison L., Simon L., Rodriguez J. Medical learning from the special olympics world games 2015. // *Curr Sports Med Rep.* 2016; 15(3): 134–139. URL: https://journals.lww.com/acsm-csmr/fulltext/2016/05000/medical_learning_from_the_special_olympics_world.9.aspx (Accessed: 29.10.2023).

FR

ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL DES GRANDS ÉVÉNEMENTS SPORTIFS INTERNATIONAUX: REVUE DE LA LITTÉRATURE**A.S. Benyan, N.I. Makoveeva, M.A. Medvedchikov-Ardiya****Annotation**

L'article réalise une revue critique de la littérature et actualise l'accent mis sur l'organisation de la préparation et de la tenue des grands événements sportifs du point de vue d'un organisateur de soins. Une analyse des sources littéraires disponibles des bases de données a été réalisée: RSCI, RusMed, Pubmed, Web of Science. Les groupes de questions les plus urgents nécessitant une étude plus approfondie et une solution ont été identifiés: le caractère unique, l'importance et la complexité des événements sportifs; statistiques et structure des maladies et des blessures; caractéristiques de la structure et de l'évolution des conditions médicales dans les installations et événements sportifs; organiser l'interaction entre les différents services du système de santé et l'interaction interministérielle; prévention et surveillance des maladies infectieuses; caractéristiques de la formation du personnel médical.

Mots clés: soutien médical aux événements sportifs, ambulance, événements de masse, Coupe du monde.

ES

APOYO MÉDICO PARA GRANDES EVENTOS DEPORTIVOS INTERNACIONALES: REVISIÓN DE LA LITERATURA**A.S. Benyan, N.I. Makoveeva, M.A. Medvedchikov-Ardiya****Anotación**

El artículo realiza una revisión crítica de la literatura y actualiza el énfasis en la organización de la preparación y celebración de grandes eventos deportivos desde el punto de vista de un organizador sanitario. Se realizó un análisis de las fuentes literarias disponibles de bases de datos: RSCI, RusMed, Pubmed, Web of Science. Se han identificado los grupos de cuestiones más apremiantes que requieren mayor estudio y solución: la singularidad, importancia y complejidad de los eventos deportivos; estadísticas y estructura de enfermedades y lesiones; características de la estructura y curso de las condiciones médicas en instalaciones y eventos deportivos; organizar la interacción entre diferentes servicios dentro del sistema de salud y la interacción interdepartamental; prevención y seguimiento de enfermedades infecciosas; Características de la formación del personal médico.

Palabras clave: apoyo médico para eventos deportivos, ambulancia, eventos masivos, mundial

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Бенян Армен Сисакович – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО ФГБОУ ВО «Самарский ГМУ» Минздрава России, министр здравоохранения Самарской области, г. Самара, Россия.

Armen S. Benyan – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Surgery with a Course of Cardiovascular Surgery, Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Minister of Health of the Samara Region, Samara, Russia.

E-mail: armenbenyan@yandex.ru ORCID 0000-0003-4371-7426

Маковеева Наталия Игоревна – врач акушер-гинеколог ГБУЗ «Самарская ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова», г. Самара, Россия.

Nataliya I. Makoveeva, obstetrician-gynecologist, Samara City Clinical Hospital № 1. n.a. N.I. Pirogov, Samara, Russia.

E-mail: n.i.makoveeva@yandex.ru ORCID 0000-0002-4925-7144

Медведчиков-Ардия Михаил Александрович – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО ФГБОУ ВО Самарский ГМУ Минздрава России, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «Самарская ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова», г. Самара, Россия.

Mikhail A. Medvedchikov-Ardiya – PhD, Associate Professor of the Department of Surgery with a Course of Cardiovascular Surgery, IPO, Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Deputy Chief Physician for Surgery, Samara City Clinical Hospital № 1. n.a. N.I. Pirogov, Samara, Russia.

E-mail: medvedchikov@list.ru ORCID 0000-0002-8884-1677

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ В ВИЛЮЙСКОЙ ГРУППЕ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) В 1996–2021 ГГ.

Л.Ф. ТИМОФЕЕВ¹, А.Л. ТИМОФЕЕВ²

¹ Медицинский институт ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова», г. Якутск, Россия;

² ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска», г. Якутск, Россия.

УДК: 616-021.3-053.6(571.56-37) «1996/2021»

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-51-59

Аннотация

Проведен анализ первичной заболеваемости подросткового населения районов/улусов, входящих в Вилюйскую группу (Верхневилуйский, Вилюйский, Мирнинский, Нюрбинский и Сунтарский). Вначале проанализировали данные заболеваемости в указанных улусах в сравнительном аспекте со всеми административно-территориальными образованиями республики. При этом выявлены уровни заболеваемости по тем или иным классам болезней в динамике за рассматриваемые периоды. Выяснено, что по заболеваемости подростков в целом относительно лучшие позиции оказалась у Сунтарского, Нюрбинского и Верхневилуйского улусов, а относительно худшая позиция – у Вилюйского улуса. У Вилюйского улуса относительно высокие уровни первичной заболеваемости отмечаются по 12 классам болезней из 17, тогда как у Нюрбинского – по 1.

Ключевые слова: здоровье населения, первичная заболеваемость, первичная заболеваемость подростков, Вилюйская группа улусов/районов, заболеваемость по классам болезней, Республика Саха (Якутия).

Для цитирования: Тимофеев Л.Ф., Тимофеев А.Л. Первичная заболеваемость подростков в Вилюйской группе районов Республики Саха (Якутия) в 1996–2021 гг. Общественное здоровье. 2023, 3(4):51–59. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-51-59.

Контактная информация: Тимофеев Леонид Федорович, e-mail: tlfnauka@mail.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 06.06.2023. **Статья принята к печати:** 07.09.2023. **Дата публикации:** 25.12.2023

UDC: 616-021.3-053.6(571.56-37) «1996/2021»

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-51-59

EN

PRIMARY MORBIDITY OF ADOLESCENTS IN THE VILYUI GROUP OF DISTRICTS OF THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA) IN 1996–2021

L.F. Timofeev, A.L. Timofeev

Abstract

The analysis of the primary morbidity of the adolescent population of the districts/uluses included in the Vilyui group (Verkhnevilyuysky, Vilyuysky, Mirninsky, Nyurbinsky and Suntarsky) has been carried out. First, we analyzed the morbidity data in the indicated uluses in a comparative aspect with all the administrative-territorial formations of the republic. At the same time, the levels of morbidity for certain classes of diseases were revealed in dynamics for the periods under consideration. It was found that, in terms of the incidence of adolescents, in general, the Suntarsky, Nyurbinsky and Verkhnevilyuysky uluses had a relatively better position, and the Vilyui ulus had a relatively worse position. In the Vilyui ulus, relatively high levels of primary morbidity are noted in 12 classes of diseases out of 17, while in the Nyurbinsky ulus – one each.

Keywords: population health, primary morbidity, primary morbidity in adolescents, Vilyui group of uluses / districts, morbidity by disease class, Republic of Sakha (Yakutia).

For citation: Timofeev L.F., Timofeev A.L. Primary morbidity of adolescents in the Vilyui group of districts of the republic of Sakha (Yakutia) in 1996–2021. Public health. 2023; 3(4):51–59. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-51-59.

For correspondence: Leonid F. Timofeev, e-mail: tlfnauka@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

© Л.Ф. Тимофеев, А.Л. Тимофеев, 2023 г.

ВВЕДЕНИЕ

Вилъюйская группа районов (ВГР) – это следующие районы (улусы), расположенные в бассейне реки Вилъюй на территории Республики Саха (Якутия): Мирнинский, Сунтарский, Нюрбинский, Верхневилъюйский и Вилъюйский. Интерес к этим районам с экологической и медицинской точек зрения возник еще с 1980-х годов в связи с деятельностью алмазодобывающих предприятий, размещенных преимущественно в Мирнинском районе, и возможным загрязнением реки Вилъюй и его притоков. По результатам ряда научных экспедиций был зафиксирован рост заболеваемости, например, врожденными аномалиями у детей, злокачественными новообразованиями, болезнями эндокринной системы и др. [1].

Настоящая статья является логическим продолжением следующих научно-исследовательских работ, проведенных сотрудниками Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова за последние годы:

«Оценка, основные тенденции изменения природного и социально-экономического состояния, человеческого потенциала Западной экономической зоны Республики Саха (Якутия)» Программы комплексных научных исследований в Республике Саха (Якутия), направленных на развитие её производительных сил и социальной сферы на 2016–2020 годы»;

«Научно-обоснованная оценка состояния здоровья населения, проживающего в бассейне реки Вилъюй и ее притоков с разработкой комплекса медико-социальных мероприятий по его оздоровлению» (2020–2021 гг.).

Проведенные широкомасштабные экологические и медицинские исследования в 5 улусах, входящих в Вилъюйскую группу районов (ВГР), выявили ряд проблем в состоянии здоровья населения, проживающего на этих административно-территориальных образованиях, поэтому было принято решение о продолжении мониторинга показателей, характеризующих общественное здоровье, в том числе по заболеваемости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Статистической основой стали официальные данные Территориального органа федеральной службы государственной статистики по РС (Я)

и ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский информационно-аналитический центр» (ЯРМИАЦ) Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) за 1996–2021 годы [2–3]. При этом необходимо пояснить, что не вся статистика с 1996 г. оказалась в распоряжении ЯРМИАЦ. Так, если первичная заболеваемость подросткового населения в целом будет рассматриваться за период 1996–2021 гг., то классы «Болезни кожи и подкожной клетчатки», «Болезни костно-мышечной системы» – за 2000–2021 гг., а класс «Беременность, роды и послеродовый период» – за 2001–2021 гг. Кроме того, болезни глаза и уха тоже будут рассматриваться за 2000–2021 гг., поскольку эти классы были выделены в МКБ-X только с 1999 года.

Первоначально по перцентильному методу рассчитали ситуацию по всем административно-территориальным образованиям (районам/улусам) республики. Согласно этому методу, улусы с показателями до 10-й персентиля относились к территориям с низким уровнем первичной заболеваемости, от 10 до 25-й персентиля – с уровнем ниже среднего, от 75 до 90-й – выше среднего и свыше 90-й персентиля – с высоким уровнем. Очевидно, что с показателями, лежащими в пределах от 25 до 75-й персентиля, улусы относились к группе со средними значениями. Затем указанные улусы, входящие в Вилъюйскую группу, были выделены для дальнейшего анализа.

Преимуществом данного подхода является то, что более наглядно представляются показатели заболеваемости и их уровни относительно определенного года, а также в динамике.

Вычисление достоверности производилось с определения t-критерия Стьюдента для проверки гипотезы о средней величине. Величина его определяется отношением разности показателей (средних величин) к произведению стандартного отклонения выборки с корнем из числа наблюдений. Таким образом: $t_{\text{факт}} = (X_1 - \mu) / s \times \sqrt{n}$, где $(X_1 - \mu)$ – разности средних, s – стандартное отклонение выборки и n – число наблюдений.

С учетом наличия ограниченного числа наблюдений было рассчитано обратное распределение t-критерия Стьюдента, которое при вероятности $p=0,05$ и степенях свободы от 9 до 10 ($n - 1$), равнялось от 2,22 до 2,26.

Таким образом, при $t_{\text{факт}} > 2,26$ вероятность прогноза $> 95\%$ (или $p < 0,05$). Это означает, что разность достоверна, не случайна. При $t_{\text{факт}} > 4,8$ вероятность ошибки составляла менее 1% ($p < 0,01$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первичная заболеваемость подростков 15–17 лет рассмотрена в основном за период 1996–2021 годы. По таблице 1 видно, что за этот период в целом благоприятные позиции, в сравнении со всеми районами/улусами республики, у Сунтарского ($p < 0,05$) и Верхневиллюйского улусов ($p < 0,05$) (находятся в группе с уровнем заболеваемости ниже среднего), и относительно неблагоприятная – у Виллюйского улуса ($p < 0,05$) (группа с уровнем заболеваемости выше среднего).

Теперь перейдем к анализу заболеваемости в зависимости от классов болезней, также на 1000 подросткового населения.

Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (НИИПБ). Только Виллюйский улус оказался в группе с относительно высоким уровнем заболеваемости (таблица 2).

Новообразования (НО). Худшее положение за рассматриваемый период имеют Виллюйский и, особенно, Мирнинский улусы (таблица 3).

Болезни крови и кроветворных органов (БКиКО). Ситуация благоприятна только в Мирнинском районе ($p < 0,01$) и неблагоприятна в Сунтарском ($p < 0,01$), Верхневиллюйском ($p < 0,05$) и, особенно, в Виллюйском ($p < 0,01$) улусах (таблица 4).

Болезни эндокринной системы (БЭС). У трех улусов ситуация относительно неблагоприятна: в Сунтарском, Нюрбинском и, особенно, в Виллюйском ($p < 0,01$), улусах (таблица 5).

Таблица 1

Первичная заболеваемость подростков 15–17 лет в Виллюйской группе районов (на 1000 подросткового населения)

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Виллюйский	1077,9	571,9	1031,2	931,0	1208,4	1124,4	1080,4	1111,9	1082,7	834,0	909,3
Виллюйский	928,3	1240,6	1160,5	1214,5	1082,2	2048,0	1621,1	1611,8	1288,2	1115,3	1377,9
Мирнинский	604,6	672,3	863,1	1649,6	1891,0	1576,4	1505,5	1674,8	1461,6	1306,9	1533,9
Нюрбинский	879,5	1114,9	1091,9	1359,7	1551,9	919,8	1037,2	867,4	995,5	922,2	1214,9
Сунтарский	662,3	804,3	665,2	937,5	1375,8	1277,8	1243,2	1403,3	1345,8	1320,1	1089,2
РС(Я)-подч.	659,2	763,3	1000,5	1339,9	1553,8	1532,6	1429,2	1432	1458,4	1208,8	1430,8

Таблица 2

Некоторые инфекционные и паразитарные болезни*

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Виллюйский	66,1	7,7	20,6	56,6	2,7	20,1	11,0	1,0	10,8	20,7	18,6
Виллюйский	52,4	51,9	63,8	17,6	7,9	25,4	12,0	23,0	30,1	13,7	15,8
Мирнинский	23,6	19,0	23,4	28,4	32,2	36,6	36,0	41,0	35,2	17,1	19,2
Нюрбинский	32,3	16,4	17,0	29,5	16,8	21,1	34,0	32,0	33,1	0,9	62,1
Сунтарский	19,7	24,8	9,7	7,1	18,4	18,2	26,0	4,0	19,6	14,7	24,2
РС(Я) – подч.	32,9	34,5	28,7	25,8	23,7	29,4	29,0	29,0	27,0	15,0	18,2

* Здесь и далее – на 1000 подростков 15–17 лет

Таблица 3

Новообразования

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Виллюйский	1,6	0,6	1,8	0,0	3,7	6,4	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
Виллюйский	0,7	0,6	3,4	0,7	0,0	1,8	6,4	6,3	3,5	5,1	7,5
Мирнинский	2,0	2,1	5,0	6,1	10,3	1,8	2,2	21,5	13,3	6,3	4,6
Нюрбинский	0,7	1,1	2,6	0,7	3,4	0,0	1,7	3,5	2,7	0,0	1,7
Сунтарский	0,0	1,2	0,0	1,2	2,4	1,7	0,8	4,3	2,7	0,0	1,8
РС(Я) – подч.	1,1	1,9	4,7	3,6	5,6	3,4	3,7	6,1	5,4	3,9	5,0

Таблица 4

Болезни крови и кроветворных органов

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилуйский	21,2	9,0	23,5	33,1	7,3	9,1	8,0	3,5	4,5	2,7	13,6
Вилуйский	11,5	14,0	14,0	35,3	7,0	5,4	12,8	19,0	10,6	14,5	29,9
Мирнинский	1,3	2,9	1,2	3,7	2,2	7,0	2,6	5,4	5,2	4,9	6,4
Нюрбинский	7,4	10,9	17,5	20,8	6,7	5,1	21,6	9,7	30,4	4,3	10,9
Сунтарский	8,0	19,6	7,3	14,2	25,6	19,9	11,0	28,6	16,0	25,1	11,7
РС(Я) – подч.	5,9	8,3	14,7	12,4	9,4	9,3	7,1	9,5	12,0	10,2	16,4

Таблица 5

Болезни эндокринной системы

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилуйский	48,0	23,9	58,2	15,2	10,1	16,5	9,8	2,6	13,5	4,5	9,1
Вилуйский	28,0	72,9	41,4	36,7	11,4	1,8	16,5	12,7	26,6	28,2	16,6
Мирнинский	8,4	13,4	22,6	40,3	54,7	8,5	4,8	10,8	10,8	10,1	5,0
Нюрбинский	43,7	67,9	27,4	21,5	16,8	17,7	29,4	8,8	8,9	8,6	0,8
Сунтарский	74,2	45,5	57,7	7,1	0,8	0,8	1,7	16,5	4,5	0,9	1,7
РС(Я) – подч.	20,4	31,9	29,4	21,9	24,7	12,2	9,3	14,6	15,5	11,6	15,7

Таблица 6

Психические расстройства и расстройства поведения

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилуйский	0,0	0,6	0,0	7,6	1,8	0,0	6,3	2,6	12,6	2,7	4,5
Вилуйский	4,4	2,9	5,0	2,8	20,1	5,4	3,7	4,5	3,5	0,9	2,5
Мирнинский	4,9	22,9	25,8	28,1	6,3	18,9	19,9	25,1	15,0	12,6	7,8
Нюрбинский	0,7	2,2	1,6	26,8	10,1	5,9	8,7	7,1	0,0	1,7	5,9
Сунтарский	0,7	10,9	5,3	5,9	3,2	4,1	0,8	1,7	1,8	1,7	4,2
РС(Я) – подч.	4,8	19,8	9,4	10,5	7,5	6,1	8,0	8,5	7,1	3,8	5,0

Психические расстройства и расстройства поведения (ПРИРП). Мирнинский район – в группе с высоким уровнем ПРИРП за 1996–2021 гг. среди подростков ($p < 0,01$), а Верхневилуйский – в группе с уровнем заболеваемости ниже среднего ($p < 0,01$) (таблица 6).

Болезни нервной системы (БНС). Мирнинский район «попал» в группу с уровнем БНС выше среднего ($p < 0,05$), а Вилуйский – с высоким уровнем заболеваемости по данному классу болезней (таблица 7). Неплохая позиция у Верхневилуйского ($p < 0,05$) и Нюрбинского улусов ($p < 0,01$).

Болезни глаза и его придаточного аппарата (БГИПА). Неплохие позиции за 22 года нового столетия отмечаются в Сунтарском ($p < 0,05$) и Нюрбинском ($p < 0,05$) улусах (таблица 8). Положение хуже в Мирнинском и, особенно, в Вилуйском, районах.

Болезни уха и сосцевидного отростка (БУИСО). Ситуация по БУИСО более благоприятная за 2000–2021 гг. только в Сунтарском улусе ($p < 0,01$) (таблица 9). Этого не скажешь о Мирнинском районе, причем за последние 5 лет там высокие уровни заболеваемости отмечаются даже в масштабе республики ($p < 0,05$).

Болезни системы кровообращения (БСК). За период 1996–2021 гг. Верхневилуйский улус находится в группе с уровнем БСК выше среднего, а Вилуйский – с высоким уровнем заболеваемости ($p < 0,05$) (таблица 10). Неплохая позиция – лишь у Нюрбинского улуса ($p < 0,01$).

Болезни органов дыхания (БОД). За 1996–2021 гг. неплохие позиции наблюдаются у Сунтарского и Верхневилуйского ($p < 0,05$) улусов, которые оказались в группе с уровнем заболеваемости ниже среднего (таблица 11).

Таблица 7

Болезни нервной системы

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилуйский	103,9	7,7	17,1	29,7	13,7	16,5	6,3	8,8	8,1	6,4	1,8
Вилуйский	64,6	69,4	58,7	30,3	34,1	44,4	31,2	19,0	42,5	29,9	25,7
Мирнинский	51,7	17,2	33,1	96,2	94,2	56,6	54,6	68,5	63,8	52,7	66,1
Нюрбинский	32,3	26,8	51,6	18,1	52,8	6,8	15,6	17,7	8,9	1,7	8,4
Сунтарский	45,1	19,6	14,1	29,5	56,1	40,6	30,4	35,6	35,6	25,1	17,5
РС(Я) – подч.	65,6	24,7	44,5	57,7	58,5	56,4	39,9	36,3	37,9	30,5	37,0

Таблица 8

Болезни глаза и его придаточного аппарата

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилуйский	34,9	61,8	0,7	163,6	22,9	34,0	52,9	41,3	37,3	57,2
Вилуйский	34,4	34,1	127,0	56,8	59,8	88,1	77,8	46,9	73,4	117,1
Мирнинский	53,1	21,4	82,8	141,9	71,0	71,9	72,4	26,2	38,7	95,9
Нюрбинский	54,2	70,7	116,8	18,4	0,0	0,0	0,0	3,6	4,3	4,2
Сунтарский	19,0	50,4	120,4	92,1	44,8	3,4	13,0	0,0	0,0	19,2
РС(Я) – подч.	48,2	55,3	78,9	67,3	61,1	53,1	48,6	52,0	34,2	65,5

Таблица 9

Болезни уха и сосцевидного отростка

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилуйский	17,4	32,4	17,3	41,1	21,0	11,6	37,9	19,8	4,5	33,6
Вилуйский	18,1	19,0	14,1	16,6	25,4	18,3	21,7	23,0	22,2	30,7
Мирнинский	11,4	16,5	29,3	35,5	34,8	40,9	47,7	37,0	39,4	34,1
Нюрбинский	9,9	12,9	23,5	35,2	2,5	18,2	6,2	7,1	12,9	15,1
Сунтарский	10,4	5,3	2,4	21,6	16,6	25,3	7,8	22,3	19,9	18,3
РС(Я) – подч.	14,7	22,5	22,8	27,9	24,2	25,1	26,5	25,1	18,3	21,2

Таблица 10

Болезни системы кровообращения

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилуйский	19,7	3,9	34,7	18,6	13,7	7,3	0,0	0,0	0,9	0,9	1,8
Вилуйский	5,0	14,6	19,0	40,2	5,2	30,8	14,7	15,4	21,2	9,4	10,0
Мирнинский	2,7	6,4	12,9	14,1	18,8	7,4	7,4	5,0	2,4	2,4	3,2
Нюрбинский	2,0	9,3	13,9	6,7	0,0	2,5	4,3	3,5	1,8	0,0	0,8
Сунтарский	0,0	9,8	6,3	10,0	8,8	4,1	0,8	13,0	0,9	0,0	0,0
РС(Я) – подч.	7,2	7,4	16,3	13,8	16,2	16,6	9,1	12,6	14,1	7,0	11,9

Болезни органов пищеварения (БОП). По этой болезни высокая заболеваемость за 1996–2021 гг. наблюдается в Вилуйском улусе ($p<0,05$) (таблица 12). А неплохие позиции – у Мирнинского ($p<0,05$) и Нюрбинского ($p<0,05$) улусов.

Болезни кожи и подкожной клетчатки (БКИПК). За последние 22 года низкая заболеваемость БКИПК в целом отмечается в Сунтарском ($p<0,01$) и Верхневилуйском улусе ($p<0,05$), а заболеваемость выше среднего – в Мирнинском (табл. 13).

Таблица 11

Болезни органов дыхания

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилюйский	408,3	278,9	332,9	329,2	613,3	671,5	686,3	723,3	663,1	552,1	545,4
Вилюйский	446,9	558,6	455,3	439,7	645,1	1065,2	1075,2	1032,6	687,9	608,0	697,7
Мирнинский	300,6	349,8	381,8	714,3	826,7	828,0	755,5	846,9	830,0	771,2	859,0
Нюрбинский	550,5	602,6	620,7	745,6	1051,9	621,1	692,9	593,3	723,0	756,1	840,5
Сунтарский	275,8	434,1	322,2	519,2	733,2	738,0	791,4	924,5	914,1	910,0	672,5
РС(Я) – подч.	285,0	334,5	398,4	622,3	792,5	826,0	861,3	858,1	877,7	758,1	819,8

Таблица 12

Болезни органов пищеварения

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилюйский	110,9	55,5	161,2	142,2	65,8	87,8	82,2	62,6	80,0	38,2	39,9
Вилюйский	52,4	79,9	163,9	159,5	128,5	508,2	148,6	162,9	122,2	93,1	144,5
Мирнинский	28,5	24,8	65,1	140,5	122,3	116,2	91,4	120,8	66,3	37,7	26,6
Нюрбинский	3,3	137,9	80,5	121,5	79,6	44,7	59,7	69,0	51,8	18,9	5,0
Сунтарский	52,4	44,3	28,6	72,6	121,0	144,3	142,7	145,7	97,0	118,5	86,7
РС(Я) – подч.	36,9	48,0	98,8	126,9	139	133,8	101,0	94,7	86,6	71,0	75,3

Таблица 13

Болезни кожи и подкожной клетчатки

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилюйский	38,7	65,3	64,2	32,0	49,4	23,2	29,1	21,6	18,2	5,4
Вилюйский	94,5	84,5	43,8	43,7	69,7	53,2	55,2	44,3	54,7	49,8
Мирнинский	37,2	78,6	81,9	92,8	37,0	74,9	85,7	59,3	71,2	65,4
Нюрбинский	35,0	53,7	69,8	137,4	118,1	74,4	22,1	34,0	26,7	37,8
Сунтарский	39,1	21,8	40,7	44,9	39,8	56,6	30,4	66,8	69,2	50,8
РС(Я) – подч.	51,2	77,8	76,5	88,0	82,4	72,7	73,1	69,5	53,7	63,3

Таблица 14

Болезни костно-мышечной системы

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилюйский	12,9	34,1	55,2	42,0	12,8	0,9	6,2	14,4	10,9	5,4
Вилюйский	32,1	26,9	42,3	20,1	35,3	8,3	8,1	51,4	29,0	54,8
Мирнинский	18,6	27,0	155,8	121,6	61,8	57,5	46,3	12,6	25,8	6,7
Нюрбинский	9,3	11,4	20,1	19,3	6,8	13,8	6,2	17,0	1,7	1,7
Сунтарский	28,8	14,1	14,2	44,1	45,6	19,4	31,2	20,5	16,4	21,7
РС(Я) – подч.	16,1	33,0	54,7	45,7	36,2	32,2	31,7	31,3	25,6	33,2

Болезни костно-мышечной системы (БКМС).
Хуже позиции за 22 последних года у Мирнинского ($p < 0,05$) и Вилюйского улусов (табл. 14). А вот в группе с уровнем БКМС ниже среднего оказались Сунтарский ($p < 0,01$) и Нюрбинский улусы ($p < 0,01$).

Болезни мочеполовой системы (БМПС).
Относительно высокая заболеваемость за период 1996–2021 гг. отмечается в Мирнинском ($p < 0,05$) и, особенно, в Вилюйском улусах ($p < 0,05$) (табл. 15).

Беременность, роды и послеродовый период (БРИПП). Ситуация здесь аналогичная, как и по БМПС ($p < 0,05$) (таблица 16).

Врожденные аномалии (пороки развития) (ВА). За период 1996–2021 гг. Верхневилъюйский улус оказался в группе с уровнем заболеваемости ВА ниже среднего ($p < 0,05$), а Вилъюйский – выше среднего (таблица 17).

Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (ТиО). За период 1996–2021 гг. в группе с низким уровнем травматизма оказались Сунтарский ($p < 0,01$) и Нюрбинский улусы ($p < 0,01$) (таблица 18). И, наоборот, Мирнинский район – в группе с высоким уровнем травматизма в период с 2002 года ($p < 0,01$).

Таблица 15

Болезни мочеполовой системы

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилъюйский	57,4	21,3	44,1	43,5	31,1	36,6	10,7	47,6	36,8	31,8	21,8
Вилъюйский	49,5	54,8	58,2	64,9	22,7	46,2	31,2	48,9	31,0	32,5	31,6
Мирнинский	18,6	29,4	34,1	48,0	90,2	51,8	44,6	44,5	55,4	27,9	39,8
Нюрбинский	70,0	66,2	49,0	34,2	25,1	25,3	19,0	17,7	19,7	9,5	7,6
Сунтарский	39,3	44,3	28,1	28,3	52,1	29,9	14,4	20,8	27,6	13,0	16,7
РС(Я) – подч.	37,8	29,5	42,5	45,3	40,5	35,7	29,3	38,0	36,6	28,1	30,5

Таблица 16

Беременность, роды и послеродовый период

	2001	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилъюйский	12,0	14,7	10,1	25,7	15,6	11,2	10,9	14,7	10,9	7,3
Вилъюйский	19,2	52,7	61,6	3,7	32,1	15,1	24,5	18,8	31,3	24,6
Мирнинский	4,1	11,6	37,5	26,5	21,6	19,6	18,8	22,2	12,5	11,3
Нюрбинский	3,1	22,6	20,9	4,9	8,1	15,2	10,8	3,8	1,8	5,2
Сунтарский	3,8	22,5	17,7	9,8	20,6	10,3	5,2	10,5	0,0	0,0
РС(Я) – подч.	7,3	18,1	19,4	16,8	13,5	11,4	13,3	10,8	9,7	7,4

Таблица 17

Врожденные аномалии (пороки развития)

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилъюйский	4,7	1,3	1,8	2,1	0,0	0,0	2,7	0,0	0,9	0,0	0,0
Вилъюйский	3,6	4,1	2,8	1,4	0,9	1,8	3,7	0,0	5,3	3,4	0,8
Мирнинский	1,3	0,8	1,8	7,0	1,5	0,4	3,3	1,8	0,3	1,4	1,1
Нюрбинский	3,4	4,4	2,1	0,7	0,0	0,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
Сунтарский	0,7	5,2	1,5	0,6	5,6	2,5	2,5	0,0	2,7	0,9	0,0
РС(Я) – подч.	3,5	2,7	2,8	3,3	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4	1,1	2,7

Таблица 18

Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин

	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
В-Вилъюйский	99,1	45,2	124,1	111,1	154,5	139,1	182,3	128,6	146,5	77,3	67,2
Вилъюйский	108,3	116,0	85,0	117,9	60,3	106,0	89,9	93,2	129,3	59,8	73,9
Мирнинский	70,5	60,0	102,2	154,9	227,3	228,3	228,6	222,7	217,6	145,5	176,6
Нюрбинский	50,5	50,9	48,0	92,6	76,2	38,0	35,5	64,5	50,9	139,0	146,9
Сунтарский	37,8	40,9	81,9	53,7	141,0	116,9	110,6	123,2	108,6	100,3	76,7
РС(Я) – подч.	78,4	76,6	110,0	152,5	197,6	191,5	141,1	137,0	153,9	101,6	106,5

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нами проведен анализ первичной заболеваемости подросткового населения улусов, представляющих Вилуюскую группу, в целом и в зависимости от классов болезней, в основном за период 1996–2021 гг.

По рассмотренным 17 классам болезней в соответствии с МКБ-Х, улусы в отдельности имеют представительство:

– Мирнинский район – в группе с высоким уровнем заболеваемости – по 4 классам (НО, ПРИРП, БКМС и ТиО); в группе с уровнем заболеваемости выше среднего – по 6 классам (БНС, БГИПА, БУИСО, БКИПК, БМПС и БРИПП); в группе с уровнем заболеваемости ниже среднего – по 1 классу (БОП), в группе с низким уровнем заболеваемости – по 1 классу (БКИКО). По остальным 5 классам район – в группе со средним уровнем заболеваемости, так же, как и в целом по подростковому населению;

– Сунтарский – в группе с уровнем заболеваемости выше среднего – по 2 классам (БКИКО и БЭС); в группе с уровнем заболеваемости ниже среднего – по 5 классам (БГИПА, БУИСО, БОД, БКМС и ТиО); в группе с уровнем заболеваемости ниже среднего – по 1 классу (БКИПК). По остальным 9 классам район – в группе со средним уровнем заболеваемости, а вот в целом по подростковому населению улус – в группе с уровнем первичной заболеваемости ниже среднего;

– Нюрбинский – в группе с уровнем заболеваемости выше среднего – по 1 классу (БЭС); в группе с уровнем заболеваемости ниже среднего – по 4 классам (БНС, БСК, БОП, БКМС); в группе с низким уровнем заболеваемости – по 2 классам (БГИПА и ТиО). По остальным 10 классам район – в группе со средним уровнем заболеваемости, так же, как и в целом по подростковому населению;

– Верхневилуйский – в группе с уровнем заболеваемости выше среднего – по 2 классам (БКИКО

и БСК); в группе с уровнем заболеваемости ниже среднего – по 4 классам (ПРИРП, БНС, БОД и ВА). По остальным 11 классам район – в группе со средним уровнем заболеваемости, а вот в целом по подростковому населению улус – в группе с уровнем первичной заболеваемости ниже среднего;

– Вилуйский – в группе с высоким уровнем заболеваемости – по 8 классам (БКИКО, БЭС, БНС, БГИПА, БСК, БОП, БМПС и БРИПП); в группе с уровнем заболеваемости выше среднего – по 4 классам (НИИПБ, НО, БКМС и ВА); в группе с уровнем заболеваемости ниже среднего – по 1 классу (БУИПА). По остальным 5 классам район – в группе со средним уровнем заболеваемости, а вот по первичной заболеваемости подросткового населения в целом – в группе с уровнем выше среднего.

По итогам анализа можно сделать следующие выводы:

1. Относительно лучшие позиции в целом у Сунтарского и Верхневилуйского улусов, они находятся в группе с уровнем ниже среднего по заболеваемости подросткового населения;

2. За последние 5 лет ни в одном улусе не отмечено отрицательной динамики показателя первичной заболеваемости в целом для подросткового населения, а вот по отдельным улусам было ухудшение ряда показателей:

- Мирнинский район – по 6 классам болезней;
- Сунтарский – по 7 классам болезней;
- Нюрбинский – по 3 классам болезней;
- Верхневилуйский – по 7 классам болезней;
- Вилуйский – по 8 классам болезней.

3. Главным врачам ЦРБ следует обратить внимание на те классы болезней, по которым отмечен высокий уровень заболеваемости в сравнении со среднереспубликанским показателем и/или наблюдается отрицательная динамика заболеваемости за последние годы, и активизировать профилактическую работу в целях снижения показателей по «проблемным» заболеваниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кривошапкин В. Г., Тимофеев Л. Ф. Медико-экологические исследования в Республике Саха (Якутия): история, реалии, перспективы // Якутский медицинский журнал. – 2019. – № 1(65). – С. 73–76.
2. Статистические данные Территориального органа

федеральной службы государственной статистики по РС (Я) (<https://sakha.gks.ru/>).

3. Статистические данные ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр».

REFERENCES

1. Krivoschapkin V. G., Timofeev L. F. Medical and ecological research in the Republic of Sakha (Yakutia): history, realities, prospects // Yakut Medical Journal. – 2019. – No. 1(65). – P. 73–76.

2. Statistical data of the Territorial Body of the Federal State Statistics Service for the RS (Ya) (<https://sakha.gks.ru/>).
3. Statistical data of GBU RS (Ya) "Yakut Republican Medical information and Analytical Center".

FR

MORBIDITÉ PRIMAIRE CHEZ LES ADOLESCENTS DU GROUPE DE DISTRICTS DE VILYUI DE LA RÉPUBLIQUE DE SAKHA (YAKOUTIE) EN 1996–2021

L.F. Timofeev, A.L. Timofeev

Annotation

Une analyse de la morbidité primaire de la population adolescente des districts/ulus inclus dans le groupe Vilyuy (Verkhnevilyuysky, Vilyuysky, Mirninsky, Nyurbinsky et Suntarsky) a été réalisée. Premièrement, nous avons analysé les données de morbidité dans les ulus indiqués sous un aspect comparatif avec toutes les entités administratives-territoriales de la république. Parallèlement, des niveaux de morbidité pour certaines classes de maladies ont été identifiés au cours des périodes sous revue. Il a été constaté qu'en termes de morbidité chez les adolescents en général, les ulus Suntarsky, Nyurbinsky et Verkhnevilyuysky avaient des positions relativement meilleures, et les ulus Vilyuisky avaient une position relativement pire. Dans l'ulus de Vilyuisky, des niveaux relativement élevés de morbidité primaire sont observés dans 12 classes de maladies sur 17, tandis que dans l'ulus de Nyurbinsky – dans 1.

Mots clés: santé de la population, morbidité primaire, morbidité primaire chez les adolescents, groupe d'ulus/districts de Vilyui, morbidité par classe de maladie, République de Sakha (Yakoutie).

ES

MORBILIDAD PRIMARIA ENTRE ADOLESCENTES DEL GRUPO DE DISTRITOS DE VILYUI DE LA REPÚBLICA DE SAKHA (YAKUTIA) EN 1996–2021

L.F. Timofeev, A.L. Timofeev

Anotación

Se llevó a cabo un análisis de la morbilidad primaria de la población adolescente de los distritos/ulus incluidos en el grupo Vilyuy (Verkhnevilyuysky, Vilyuysky, Mirninsky, Nyurbinsky y Suntarsky). En primer lugar, analizamos los datos de morbilidad en los ulus indicados en un aspecto comparativo con todas las entidades administrativo-territoriales de la república. Al mismo tiempo, durante los períodos examinados se determinaron los niveles de morbilidad de determinadas clases de enfermedades. Se encontró que en términos de morbilidad entre los adolescentes en general, los ulus Suntarsky, Nyurbinsky y Verkhnevilyuysky tenían posiciones relativamente mejores, y los ulus Vilyuisky tenían una posición relativamente peor. En Vilyuisky ulus, se observan niveles relativamente altos de morbilidad primaria en 12 clases de enfermedades de 17, mientras que en Nyurbinsky ulus, en 1.

Palabras clave: salud de la población, morbilidad primaria, morbilidad primaria entre adolescentes, grupo de ulus/distritos de Vilyui, morbilidad por clase de enfermedad, República de Sakha (Yakutia).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Тимофеев Леонид Федорович – д-р мед. наук, профессор кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины Медицинского института «СВФУ им. М.К. Аммосова», г. Якутск, Россия.

Leonid F. Timofeev – MD, Professor of the Department of Health Organization and Preventive Medicine, Institute of Medicine, NEFU named after M.K. Ammosov, Yakutsk, Russia.

ORCID 0000-0003-1849-3504. E-mail: tlfнаука@mail.ru.

Тимофеев Артем Леонидович – канд. мед. наук, заместитель главного врача «Медицинского центра г. Якутска», г. Якутск, Россия.

Artem L. Timofeev – Candidate of Medical Sciences, Deputy Chief Physician of the Yakutsk Medical Center, Yakutsk, Russia. ORCID 0000-0003-1046-8064. E-mail: su-yuol@mail.ru.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ И МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Д.В. ЛОСКУТОВ¹

¹ Институт фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань, Россия

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-60-69

Аннотация

Цель исследования: по результатам анализа официальной статистики медико-демографических показателей и данных анкетного опроса по потреблению алкоголя выделить особенности алкоголизации в городах и селах Республики Марий Эл с обоснованием приоритетных направлений снижения негативных последствий. **Методы.** Обработку данных потребления алкогольной продукции, медико-демографических показателей, а также результатов опроса 403 человек по тесту AUDIT проводили с использованием описательной статистики, критерия хи-квадрата Пирсона, многофакторного дисперсионного анализа ANOVA, корреляционного анализа Спирмена. **Результаты.** Около 80% респондентов употребляли алкогольные напитки, из них каждый пятый в чрезмерных количествах. С увеличением возрастной группы населения происходило замещение потребления слабоалкогольных напитков крепкими, сопровождаясь уменьшением доли трезвенников и сокращением объемов потребления в спиртовом эквиваленте. Повышение уровня образования позитивно влияло на удельный вес непьющих и крепость потребляемых напитков. Потребление алкоголя среди сельских жителей, по сравнению с городскими, отличалось высокой долей крепких алкогольных напитков, при большей распространенности водки и самогона. Показатели смертности и социально-значимой заболеваемости коррелировали с отсроченным эффектом с уровнем продаж и потребления алкоголя. **Заключение.** Одним из ведущих направлений снижения риска для здоровья населения от алкоголя является сокращение потребления крепких напитков, которые обладают длительным периодом негативных последствий.

Ключевые слова: потребление алкоголя, город и село, образование, тест-опросник AUDIT, заболеваемость, смертность.

Для цитирования: Лоскутов Д.В. Региональные особенности алкогольной ситуации и медико-демографические последствия. Общественное здоровье. 2023, 3(4):60–69. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-60-69.

Контактная информация: Лоскутов Денис Вадимович, e-mail: loskutov-denis@mail.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 20.06.2023. **Статья принята к печати:** 29.08.2023. **Дата публикации:** 25.12.2023.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-3-60-69

REGIONAL FEATURES OF THE ALCOHOL SITUATION AND HEALTH AND DEMOGRAPHIC CONSEQUENCES

D.V. Loskutov

Abstract

Purpose: based on the results of the analysis of official statistics of medical and demographic indicators and data from a questionnaire survey on alcohol consumption, to highlight the features of alcoholization in cities and villages of the Republic of Mari El with the rationale for priority areas for reducing negative consequences. **Methods.** Processing of data on alcohol consumption, medical and demographic indicators, as well as the results of a survey of 403 people according to the AUDIT test was carried out using descriptive statistics, Pearson's chi-square test, ANOVA multivariate analysis of variance, and Spearman's correlation analysis. **Results.** About 80% of the respondents used alcoholic beverages, one in five of them in excessive quantities. With an increase in the age group of the population, the consumption of low-alcohol drinks was replaced by strong ones, accompanied by a decrease in the proportion of teetotalers and a reduction in consumption in alcohol equivalent. An increase in the level of education had a positive effect on the proportion of non-drinkers and the strength of drinks consumed. Alcohol consumption among rural residents, compared with urban residents, was characterized by a high proportion of strong alcoholic beverages, with a greater prevalence of vodka and moonshine. Mortality and socially significant morbidity rates correlated with a delayed effect with the level of alcohol sales and consumption.

Conclusion. One of the leading ways to reduce the risk to public health from alcohol is to reduce the consumption of strong drinks, which have a long period of negative effects.

Keywords: alcohol consumption, urban and rural areas, education, AUDIT questionnaire, morbidity, mortality.

For citation: Loskutov D.V. Regional features of the alcohol situation and health and demographic consequences. 2023; 3(4):60–69. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-60-69.

For correspondence: Denis V. Loskutov, e-mail: loskutov-denis@mail.ru

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Алкоголь в ограниченных дозах удовлетворяет физиологические, определенные психологические, социальные и культурные потребности значительной части населения, но при злоупотреблении негативно влияет на индивидуальное и общественное здоровье, наносит ущерб человеческому и экономическому потенциалу, ухудшает качество жизни населения и выступает угрозой национальной безопасности в сфере здравоохранения и экономики [1]. Общеизвестным показателем и ведущим критерием алкогольной ситуации является среднедушевое потребление алкоголя (ПА) в спиртовом эквиваленте, которое, как и структура предпочитаемых алкогольных напитков (АН), из-за социальных, экономических, религиозных, культурных, генетических и других факторов существенно различается между странами [2].

До последнего времени для России, находящейся в первом десятке стран по употреблению алкоголя, присущ северный тип приема алкоголя, характеризующийся большими объемами за прием и преобладанием в структуре крепких АН, в том числе значительной долей нелегальных [3]. Фундаментом эффективного государственного контроля за алкогольной ситуацией может служить детализированный с использованием разнообразных методов анализ особенностей потребления АН населением и демографических, медицинских, социальных последствий не только на национальном уровне, но и в отдельных регионах страны с выявлением различий между городом и селом в разрезе возрастных и половых особенностей.

По данным Центра разработки национальной алкогольной политики, Республика Марий Эл (РМЭ) в рейтинге благополучия регионов по алкогольной ситуации с 2015 г. к 2022 г. поднялась с 78 позиции на 48 среди 85 регионов, вошедших в анализ, однако материалы Федерального социально-гигиенического мониторинга свидетельствуют о неустойчивости позитивных

трендов алкогольных показателей в республике [4]. В связи с этим большое значение приобретает дополнение официальной статистики скрининговыми исследованиями самооценки потребления АН различными популяциями для оперативной коррекции мер по предотвращению/снижению априорного риска в целевых группах населения неблагоприятных последствий от употребления алкоголя.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

по результатам анализа официальной статистики медико-демографических показателей и данных анкетного опроса по ПА выделить особенности алкоголизации в городах и селах Республики Марий Эл с обоснованием приоритетных направлений снижения негативных последствий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективный анализ включены данные официальной федеральной и региональной статистики демографических показателей, общей и алкогольатрибутивной заболеваемости и смертности населения, расходов домохозяйств на покупку алкогольной продукции, структуры и объемов розничных продаж алкогольной продукции на душу населения за 2000–2021 гг. в РМЭ. Подушевое ПА, позволяющее выделить долю нелегализованного, рассчитывали по методическим указаниям «Методика оценки среднедушевого потребления алкоголя в Российской Федерации», утвержденным приказом Минздрава России от 30.07.2019 № 575.

Анонимный анкетный опрос 403 человек проводили в июле – сентябре 2021 г. в различных населенных пунктах РМЭ по тесту AUDIT, предложенному ВОЗ, как обладающему высокой надежностью при выявлении проблем, связанных с ПА [5]. Объем необходимой выборки определили по

формуле неповторного отбора с учетом генеральной совокупности взрослого населения республики. Средний возраст респондентов составил 40,6 лет (95% ДИ: 38,9÷42,3): мужчин – 41,1 (95% ДИ: 38,9÷43,3); женщин – 40,2 (95% ДИ: 38,1÷42,3).

Тест-опросник включал 10 вопросов, 3 из которых относятся к характеру ПА: объем и регулярность потребляемого алкоголя в спиртовом эквиваленте, частота опьянения), 3 – выявляют признаки алкогольной зависимости (нарушение контроля потребления АН, влияние на выполнение планов, похмельный синдром), 4 – выявляют проблемы, обусловленные потреблением алкоголя. Стандартный опросник дополнили вопросами о возрасте, образовании, месте жительства (город, село) анкетированных и часто употребляемых АН. Для удобства статистической обработки алкогольная продукция была сгруппирована по основным видам: пиво; вино, включая шампанское; алкогольные коктейли; самогон; водка; коньяк, включая виски и другие дистилляты промышленного производства.

Общая оценка результатов тестирования определялась по сумме баллов: 1–7 баллов – умеренное ПА; 8–15 – чрезмерное ПА, несущее высокий риск ущерба здоровью; 16–20 – опасное ПА, наносящее ущерб здоровью; более 20 – высокая вероятность алкогольной зависимости.

Нормальность распределения вариационных рядов проверяли с помощью модифицированного критерия Колмагорова-Смирнова. Сравнение удельного веса признака в парных группах осуществляли по критерию хи-квадрата Пирсона. Для анализа различий количественных показателей между группами сравнения использовали многофакторный дисперсионный анализ ANOVA. Оценка наличия и силы связи между факторами проводили с помощью корреляционного анализа с расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Количественные данные представляли средним значением с указанием 95% доверительного интервала (ДИ). На всех этапах анализа указывали значение вероятности (p), за критический уровень которой принята величина 0,05. Для статистической обработки данных использовали программу Statistica 6 и надстройку для Microsoft Excel AtteStat: версия 12.0.5.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В анализируемый период региональные объемы розничных продаж водки ($R^2 = 0,56$) имели

тенденцию снижения, коньяка ($R^2 = 0,32$) – роста, шампанского ($R^2 = 0,06$) – оставались без изменений, при значимом увеличении продаж винодельческой продукции ($R^2 = 0,74$) и пива ($R^2 = 0,87$).

В 2000 г. доля нелегализованного алкоголя была максимальной, составляя 69,2% от всего расчетного потребленного населением. В дальнейшем показатель устойчиво снижался ($R^2 = 0,75$), достигнув минимальных значений (36,8%) в 2016 г.

Продажи АН на душу населения РМЭ в спиртовом эквиваленте в 2000–2021 гг., варьируя от 4,4 до 8,1 л, характеризовались относительной стабильностью ($R^2 = 0,05$), как и основного алкогольного продукта – водки ($R^2 = 0,31$), но доля водки в структуре всего алкоголя в эти годы уменьшилась с 75,1% до 45,7% ($R^2 = 0,89$).

Если в 2000–2010 гг. наблюдали устойчивый рост душевых продаж АН ($R^2 = 0,89$), то в 2011–2021 гг. – тенденцию сокращения ($R^2 = 0,42$), что отразилось и на отдельных видах АН. В 2000–2010 гг. статистически значимые изменения заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами отсутствовали, хотя розничные продажи и потребление алкоголя на душу населения неуклонно возрастали. В последующие 2011–2021 гг. сокращение продаж и потребления алкоголя на душу населения сопровождалось устойчивым снижением впервые диагностированных случаев алкоголизма ($R^2 = 0,82$) и тенденцией уменьшения алкогольных психозов ($R^2 = 0,56$). Аналогичные различия выявились и по динамике случайных отравлений алкоголем и смертности при них. В 2000–2010 гг. оба показателя характеризовались лишь тенденцией снижения ($R^2 = 0,55$ и 0,04 соответственно), в 2011–2021 гг. статистически значимо уменьшились ($R^2 = 0,76$ и 0,82 соответственно).

По результатам опроса 2021 г. из 403 респондентов 86 человек (21,3%) позиционировали себя как трезвенники. Остальные 317 (78,7%) указали на регулярное потребление АН с различной частотой: 49,2% раз в месяц или реже; 38,2% – от 2-х до 4-х раз в месяц и 12,6% – несколько раз в неделю. Наиболее популярными напитками оказались вино и шампанское, которые регулярно употребляли более трети опрошенных (37,2%), чаще женщины (60,5%) нежели мужчины (11,0%) – $p = 0,001$. Пиво предпочитали 27,4% респондентов (35,5% мужчин и 19,8% женщин; $p = 0,002$), алкогольные коктейли – лишь 1,6% опрошенных.

Доля потребителей крепких АН (водка, коньяк, самогон и др.) составляла 34,7% и была выше среди мужчин в 2,9 раза, чем у женщин (52,2% и 17,9% соответственно; $p = 0,001$) при большей распространенности в сельской местности (42,9%). Среди горожан доля таких лиц была в 1,7 раза меньше (24,7%) – $p = 0,001$.

Структура употребляемого крепкого алкоголя в селах и городах республики также различалась. Доля горожан, выбирающих водку и коньяк, определилась примерно равной (10,6% и 12,7% соответственно) при незначительной доле лиц, употребляющих самогон (1,4%). В селах большая часть респондентов употребляла водку (28%) и самогон (13,1%), лишь 1,7% – коньяк, то есть треть крепких АН приходилось на нелегализованный алкоголь (рис. 1).

Сравнение официальной статистики расходов домашних хозяйств на покупку АН в селах и городах РМЭ в 2000–2021 гг. с использованием критерия Манна-Уитни не выявило значимых различий. Однако среди сельчан отмечена более высокая смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя (случайные отравления алкоголем, хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольный цирроз печени), чем у горожан – $p = 4,42219E-05$. Сопоставление этих данных позволяет предположить, что повышенная, нежели в городах, алкоголь-атрибутивная смертность на сельских территориях, обусловлена распространенностью потребления крепких АН, в т.ч. самогона. Из сельчан на его потребление указывал каждый 7-й – 8-й

опрошенный, среди горожан – лишь каждый 70-й, то есть на порядок меньше.

При определении «стандартного» (в России используют понятие, предложенное ВОЗ: количество АН, соответствующее 10 г спиртового эквивалента) объема выпитого алкоголя в день употребления установлено: 60% опрошенных, как правило, выпивали 1–2 стандартные дозы; 23,6% – 3–4 стандартных порций и 16,4% – 5 и более стандартных доз этанола. При этом как городскими, так и сельскими жителями, в подавляющем большинстве случаев алкоголь употреблялся в относительно безопасных и умеренных количествах – от 1 до 4 доз (76,5% и 89,1% соответственно; $p = 0,002$).

Эпизодически алкоголь в чрезмерных количествах (более 4 стандартных порций алкоголя в день для женщин и более 5 доз для мужчин) реже одного раза в месяц выпивало 22,4% потребителей АН; один раз в месяц 8,5% потребителей, еженедельно – 6,6% лиц среди употребляющих АН.

«Ударное потребление» АН, встречаясь в 3,4 раза чаще среди мужчин, чем у женщин (58,1% и 17,3% соответственно; $p = 0,001$), характеризовалось преобладанием приема крепкого алкоголя (54,4%) с высокой частотой – раз в месяц и чаще (51%). Среди женщин высокие дозы алкоголя были нерегулярными – реже раза в месяц (96,4%) с предпочтением слабоалкогольных напитков (89,3%).

Распространенность «ударного потребления» АН горожанами и сельчанами статистически

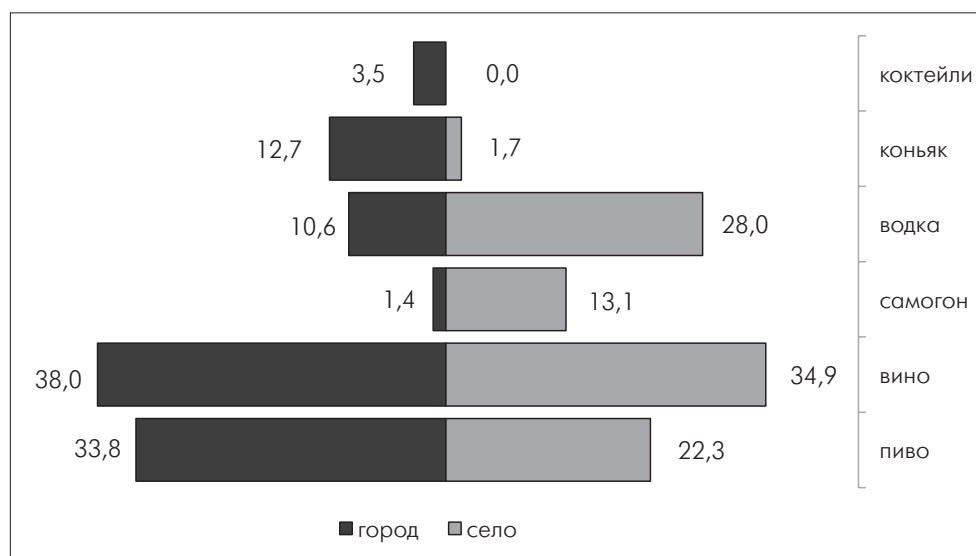


Рис. 1. Структура потребления алкогольных напитков среди жителей города и села, % (Источник: анкетный опрос, 2021 г.)

значимо не различалась (42,3% и 33,1% соответственно; $p = 0,09$), как и частота такого события (реже 1 раза в месяц у 61,7% и 58,6% опрошенных соответственно; $p = 0,1$), но горожане (73,3%) чаще выбирали слабоалкогольные напитки, а сельчане – крепкие (в 51,7% случаях).

От 11,4% до 14,9% опрошенных указывали на наличие у них таких признаков, как неспособность остановиться после приема первых доз алкоголя, сложности в выполнении своих обязанностей, потребность в алкоголе на следующее утро (похмельный синдром), свидетельствующие о формировании алкогольной зависимости. Проблемы, связанные с ПА, к которым относятся чувство вины после выпивки, возникновение провалов в памяти, несчастные случаи и социальную обеспокоенность отмечали 8,2–18,4% респондентов.

Следовательно, среди мужчин стиль потребления АН был опаснее, чем среди женщин: средний балл по шкале AUDIT равнялся 4,8 (95% ДИ: 4,2÷5,4) и 2,4 (95% ДИ: 1,82÷2,98) соответственно при $p = 0,000009$. Вероятность развития неблагоприятных последствий от ПА по шкале AUDIT при ориентации на средний балл сельчан (3,3 при 95% ДИ: 2,68÷3,92) и горожан (3,8 при 95% ДИ: 3,2÷4,4) оказалась статистически незначимой ($p = 0,3$).

С повышением уровня образования респондентов со среднего до высшего уменьшалась распространенность потребления крепких АН (с 56,0% до 17,9%; $p = 0,001$) и увеличивалась доля «трезвенников» (с 15,1% до 27,1%; $p = 0,005$). Тем

не менее, различия по риску развития негативных последствий от потребления алкоголя для здоровья между группами по образованию отсутствовали. Средний балл по шкале AUDIT соответствовал 4,2 (95% ДИ: 3,44÷4,96) и 3,2 (95% ДИ: 2,64÷3,76) при $p = 0,09$.

По результатам анкетирования при учете кратности и объема потребления распространенных АН к наиболее выраженным нарушениям здоровья, связанным с употреблением алкоголя, приводила водка со средним баллом 7,7 (95% ДИ: 6,16÷9,24). Потребление вина обладало наименьшими негативными прогнозными эффектами: 2,4 (95% ДИ: 2,0÷2,8); $p = 0,001$). Схожие, но выше по величине, риски ущерба здоровью выявили при потреблении пива, самогона, коньяка: 4,8 (95% ДИ: 3,92÷5,68); 4,7 (95% ДИ: 3,32÷6,08) и 4,5 (95% ДИ: 3,04÷5,96) соответственно (рис. 2).

Между возрастом респондентов и потреблением АН обнаружены статистически значимые сильные взаимосвязи. С возрастом уменьшалась доля «трезвенников» ($r = -0,7$, $p = 0,049$), но чаще потреблялись крепкие АН ($r = 0,95$, $p = 0,003$), хотя объем потребляемого алкоголя в спиртовом эквиваленте слабо, но значимо сокращался ($r = -0,2$; $p = 0,007$).

По мере повышения возраста доля лиц, предпочитающих пиво, линейно снижалась с 43,5% в группе 20–29-летних до полного отказа среди 70–79-летних при зеркальном росте потребления водки и самогона с 9,7% до 60% и с 0% до 26,7% соответственно. Распространенность употребления вина и коньяка среди

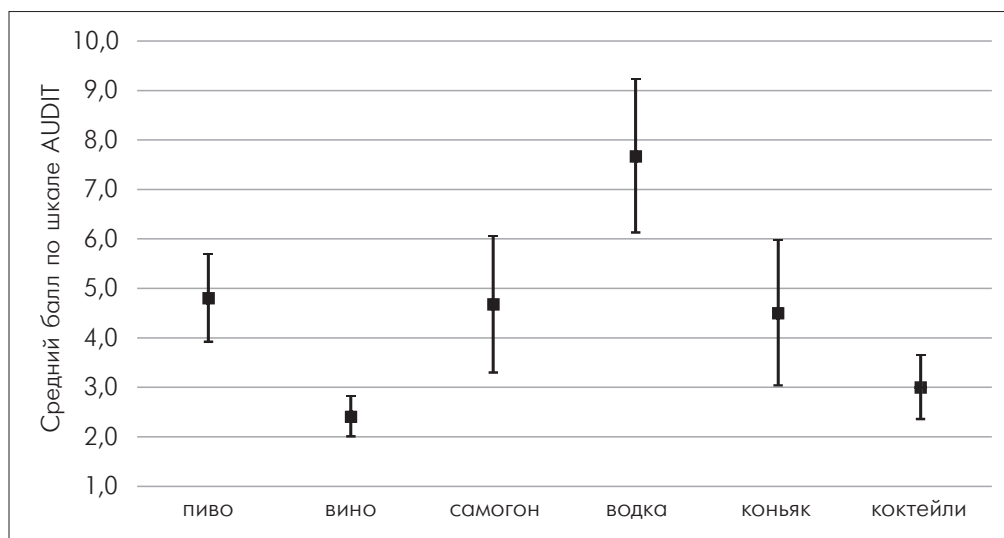


Рис. 2. Средний балл с 95% доверительным интервалом по шкале AUDIT относительно вероятности развития ущерба здоровью в зависимости от потребляемого алкогольного напитка (Источник: анкетный опрос, 2021 г.)

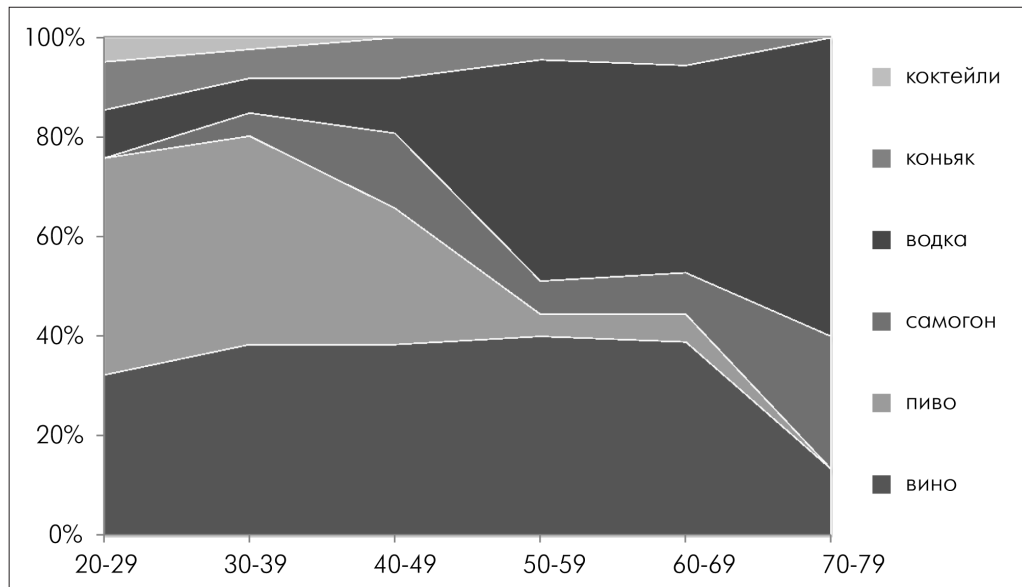


Рис. 3. Структура употребляемых алкогольных напитков в различных возрастных группах респондентов (Источник: анкетный опрос, 2021 г.)

молодежи составляла 37,5% и 6,7% соответственно, резко снижаясь среди пожилых до 13,3% и 0% соответственно (рис. 3).

За анализируемый период в РМЭ уменьшилась численность населения ($R^2 = 0,94$), прежде всего за счет сокращения жителей сельских территорий ($R^2 = 0,98$) и слабой тенденции уменьшения горожан ($R^2 = 0,15$).

Корреляционный анализ выявил взаимосвязи численности населения с подушевыми розничными продажами алкоголя в спиртовом эквиваленте с запаздыванием демографического показателя относительно алкогольного на 7 лет ($r = -0,51$ и ДИ: $-0,8 \div -0,02$; $p = 0,04$), усиливающиеся в последующие годы. При лаге 10 лет $r = -0,92$; ДИ: $-0,98 \div -0,74$; $p = 9,90623E-06$; при лаге 15, 17 лет коэффициент Спирмена равнялся $-1,0$. Дальнейшее увеличение временного разрыва ограничивалось длительностью периода наблюдения.

ОБСУЖДЕНИЕ

В представленной работе около 80% респондентов употребляют АН, а почти каждый пятый из них в чрезмерных количествах, что формирует опасные модели потребления алкоголя, повышая риск развития различных классов болезней и смертельных исходов, и приводит к значительному бремени для экономики и общества за счет множества синергических

и антагонистических взаимосвязей с другими социально-экономическими факторами [6]. Показана статистически значимая корреляция с отсроченным продолжительным эффектом на популяционном уровне социально-значимых заболеваний (болезни системы кровообращения, злокачественные новообразований, инсулинзависимый диабет) и показателей потребления, продаж алкоголя [7, 8].

Крепость спиртных напитков в совокупности с частотой и объемом их потребления рассматривают в качестве основных параметров, оказывающих решающее воздействие на состояние здоровья населения. Доминирующими видами потребляемой алкогольной продукции определились вино и пиво, крепкий алкоголь предпочитали около трети опрошенных, что характерно для многих территорий современной России [9].

По результатам теста AUDIT, среди АН, выпиваемых респондентами, потребители водки имели наиболее неблагоприятные последствия, приводящие к чрезмерному ПА и высокому риску ущерба здоровью, при наименьшей вероятности развития алкогольатрибутивных эффектов среди потребителей вина, что согласуется с результатами корреляционного анализа. Между подушевыми розничными продажами всей алкогольной продукции в спиртовом эквиваленте корреляция как с общей смертностью населения РМЭ, так и с алкогольатрибутивной смертностью определилась статистически незначимой,

тогда как с продажами водки соответствовала 0,44 ($p = 0,04$) и 0,58 ($p = 0,004$).

По результатам исследования потребление АН в РМЭ на современном этапе в подавляющем большинстве случаев определяет умеренный и высокий риск развития негативных эффектов для здоровья населения в отсутствии статистически значимых пространственных различий, что совпадает с результатами исследования ВОЗ в 2021 г. в других регионах России [10]. Более высокие показатели алкогольатрибутивной смертности на сельских территориях по сравнению с городами, могут быть обусловлены сочетанием значительной распространенности некачественного, нелегализованного крепкого алкоголя с более низким уровнем организации медицинской помощи. Так, повышенная смертность от внешних причин на протяжении 2006–2017 гг. с высокой прогностической точностью ($R^2 = 0,94$) в регионе снижалась, но оставалась выше среди сельчан, чем среди горожан: медиана = 279,0 (95% ДИ: 255,6–376,9) и 159,8 (95% ДИ: 135–207) соответственно при $p = 0,01$ [11].

Возможными ограничениями исследования методом опроса являются вероятность занижения объемов ПА респондентами либо отказ от анкетирования злоупотребляющих алкоголем или лиц с негативным отношением к алкоголизму. Удельный вес «чрезмерно пьющих» в России, снижаясь за счет увеличения доли непьющих, составил в 2017 г. около 12%, при распространенности эпизодов употребления АН в «ударных дозах» у более половины потребителей алкоголя [12]. В нашем исследовании спорадическое злоупотребление алкоголем встречалось у более трети потребителей и формировалось преимущественно за счет крепких АН с большей распространенностью и кратностью среди мужчин. Значительная часть опрошенных женщин предпочитала слабоалкогольные напитки, употребляя меньшие дозы абсолютного алкоголя за прием, что снижало риск неблагоприятных последствий по шкале AUDIT в 2 раза по сравнению с мужчинами.

Вместе с тем все чаще отмечают «сближение» моделей ПА мужчинами (снижение) и женщинами (повышение) [13]. Кроме того, особенно среди молодежи, отмечается переход с традиционно для России «северного» стиля ПА на новую центральную и южно-европейскую модель (доминирование слабоалкогольных напитков над крепкими) и уменьшение распространенности потребления АН молодой популяцией по сравнению со старшими поколениями [14]. Данные,

полученные в настоящей работе, подтверждают наметившийся тренд на изменение модели ПА – преобладание в младшей и средней возрастных группах взрослого населения потребления слабоалкогольных напитков, которые после 40 лет постепенно замещаются водкой и самогоном, сопровождаясь уменьшением доли трезвенников и сокращением объемов потребления в спиртовом эквиваленте.

Изменению моделей потребления алкоголя, переходу с потребления крепких на слабоалкогольные напитки, снижению алкогольатрибутивной заболеваемости и смертности способствовал комплекс государственных мер: последовательная акцизная политика, введение ограничений по времени и месту продаж алкогольной продукции [15–17].

Горожане РМЭ чаще употребляют слабоалкогольные напитки, а также дорогую и качественную крепкую алкогольную продукцию в отличие от жителей села, где предпочитают более доступные крепкие АН (водку и самогон), что отражает существующую территориальную характеристику алкогольной ситуации в России [18].

Среди социально-экономических факторов наиболее сильным предиктором употребления АН по объему и частоте выступает уровень образования: лица с низким уровнем образования по сравнению с теми, у кого было высшее образование, принимали большие дозы алкоголя с высокой периодичностью [19]. В республике повышение уровня образования изменяло паттерны потребления алкоголя: увеличивался удельный вес трезвенников и снижалось потребление крепких напитков.

Марий Эл относится к 34 регионам РФ, где в 2002–2010 гг. произошло снижение численности сельского населения за счет естественной убыли и миграционного оттока, при сокращении числа малых населенных пунктов с населением 11–2000 человек, которые в аграрном секторе страны составляют основу расселения и определяют устойчивость сельского развития.

Об этом свидетельствует и сравнительный анализ расчетной предположительной численности населения РМЭ, проведенный по данным 2000–2017 гг. при различных сценариях (низкий, средний, высокий) и реальная численность. Предполагалось, что численность сельского населения к 2022 г. сократится до 227 701–227 849 человек [20]. В действительности показатель уменьшился ниже прогнозных значений на 5,6–5,7% до 215 000 человек. В городах ожидаемое снижение численности населения до 450 423

÷ 451 146 человек в зависимости от сценария не произошло. В 2022 г. в городах проживало 456 500 человек.

Наибольшее сокращение населения республики произошло в 2000–2010 гг. ($R^2 = 0,99$), прежде всего за счет активной внешней миграции ($R^2 = 0,73$). В дальнейшем ежегодная численность выбывших из региона, оставаясь на высоких уровнях, характеризовалась стабильностью ($R^2 = 0,02$). На протяжении всех лет динамика общей смертности населения РМЭ определилась неустойчивой с тенденцией снижения ($R^2 = 0,49$). Алкогольатрибутивная смертность региона в 2000–2021 гг. с тенденцией снижения ($R^2 = 0,38$) варьировала от max в 2005 г. (90,9 случаев на 100 тысяч населения) до min в 2019 г. (29,4 случая на 100 тысяч населения), как и среди горожан и сельчан ($R^2 = 0,36$ и $0,56$ соответственно) при значительно более высоких показателях на сельских территориях нежели в городах ($p = 4,42219E-05$). Существенный вклад в алкоголизацию может вносить региональная депривация – сокращения возможностей для населения удовлетворять основные психофизиологические и социальные потребности из-за ограничений доходов и расходов, отсутствия работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным теста-опроса AUDIT большая часть населения Марий Эл употребляет АН в относительно безопасных для здоровья объемах, каждый шестой – в дозах с высоким риском для здоровья и формирующих алкогольную зависимость и каждый пятый не употребляет спиртосодержащие напитки. Одним из ведущих направлений снижения риска для здоровья населения от алкоголя является сокращение потребления крепких напитков (водки, самогона), прежде всего нелегального (нелицензированного) происхождения, которые обладают длительным периодом негативных последствий. Результаты исследований по самооценке населения употребления алкоголя могут быть важным индикатором оперативного мониторинга алкогольной ситуации на определенном отрезке времени, на разных по масштабам территориях, позволяя уточнять детали алкоголизации конкретных групп населения. Совокупность тест-опросников и официальных статистических данных заболеваемости, смертности, миграционных процессов, других социально-экономических индикаторов и алкогольных показателей позволяет объективизировать оценку ситуации и выделить целевые направления дальнейшей деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шматова Ю.Е. Экономическая и статистическая оценка проблемы алкогольной зависимости в России (региональный аспект) // Проблемы развития территории. 2019; 104(3): 64–79. DOI: 10.15838/ptd.2019.3.101.5
2. Global Status Report on Alcohol and Health – 2018. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603> (Дата обращения: 10.05.2023).
3. Немцов А.В. Зависимая от алкоголя смертность в России // Международный демографический форум: Материалы заседания, Воронеж, 22–24 октября 2020 года. Воронеж: Цифровая полиграфия, 2020: 65–70.
4. Динамика бытовых отравлений, в том числе алкоголем со смертельным исходом по Республике Марий Эл в 2021 году: Информационный бюллетень. Йошкар-Ола: Управление Роспотребнадзора по Республике Марий Эл; 2022.
5. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. World Health Organization, 2001. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a> (Дата обращения: 10.05.2023).
6. Ендовицкий Д.А., Коротких В.В., Яковлев Т.В. Статистический анализ динамики, структуры и тенденций развития алкогольной отрасли РФ // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление. 2020; 4: 30–42. DOI: 10.17308/econ.2020.4/3190
7. Хамитова Р.Я., Лоскутов Д.В. Взаимосвязь кардиоваскулярной заболеваемости и показателей потребления алкоголя на региональном уровне // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2021; 43(4): 72–80. DOI: 10.17116/medtech20214304172
8. Хамитова Р.Я., Лоскутов Д.В. Алкогольная ситуация и злокачественные новообразования в регионе Российской Федерации // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2020; 41(3): 59–66. DOI: 10.17116/medtech20204103159
9. Rusina E. Patterns of alcohol consumption in modern Russia // Научные горизонты. 2020; 4 (32): 94–103.
10. The RUS-AUDIT project report: Adapting and validating the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation. World Health Organization, 2021. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342073> (Дата обращения: 10.05.2023).
11. Лоскутов Д.В., Невмятулин А.Ш. Зависимости смертности от внешних причин от потребления алкоголя // Социальные аспекты здоровья населения. 2020; 66(3): 8. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-3-7.

12. Рощина Я.М. Рискованное потребление алкоголя в России // Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). Сб. науч. статей. Выпуск 9. М.: НИУ ВШЭ, 2019: 108–133. DOI: 10.17323/978-5-7598-2038-3_108-133.
13. Hunt G., Antin T. Gender and Intoxication: From Masculinity to Intersectionality // *Drugs* (Abingdon Engl.). 2019; 26 (1): 70–78. DOI: 10.1080/09687637.2017.1349733
14. Кондратенко В.А., Рощина Я.М. Можем ли мы объяснить различия в моделях потребления алкоголя: обзор теоретических подходов // *Экономическая социология*. 2021; 22(3): 129–157. DOI: 10.17323/1726-3247-2021-3-129-157
15. Iadrennikova E.V., Busse R.A. Comparative Analysis of Alcohol Excise Taxation and State Alcohol Policies in Russia and Germany // *Journal of Tax Reform*. 2020; 6(1): 54–72. DOI: 10.15826/jtr.2020.6.1.075
16. Радаев В.В., Котельникова З.В. Изменение структуры потребления алкоголя в контексте государственной алкогольной политики в России // *Экономическая политика*. 2016; 11(5): 92–117. DOI: 10.18288/1994-5124-2016-5-05
17. Шаурина О.С., Харчикова Н.В., Емельянова Е.В. Современное состояние, закономерности развития и механизмы государственного регулирования алкогольного рынка в России // *Фундаментальные исследования*. 2020; 1: 46–50. DOI: 10.17513/fr.42673
18. Вьяльшина А.А. Потребление алкоголя населением России: пространственные, возрастные и гендерные особенности // *Социальное пространство*. 2022; 8 (1): 1–17. DOI: 10.15838/sa.2022.1.33.6
19. Beard E., Brown J., West R., Kaner E. et al. Correction: Associations between socio-economic factors and alcohol consumption: A population survey of adults in England // *PLOS ONE*. 2019; 14(4): e0209442. DOI: 10.1371/journal.pone.0216378
20. Костромина Е.В. Структурно-динамический анализ демографических процессов Республики Марий Эл // *Статистика и экономика*. 2017; 14(2): 70–78.

REFERENCES

1. Shmatova Yu.E. Dynamics of statistical and sociological indicators of mental health of the Russian Population // *Problemy razvitiya territorii*. 2019; 3(101): 76–96. DOI: 10.15838/ptd.2019.3.101.5
2. Global Status Report on Alcohol and Health – 2018. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603> (Accessed: 10.05.2023).
3. Nemcov A.V. Zavisimaya ot alkogolya smertnost' v Rossii // *Mezhdunarodnyy demograficheskij forum: Materialy zasedaniya, Voronezh, 22–24 oktyabrya 2020 goda*. Voronezh: Cifrovaya poligrafiya, 2020: 65–70.
4. Dinamika bytovykh otravlenij, v tom chisle alkogolem so smertel'nyim iskhodom po Respublike Marij El v 2021 godu: Informacionnyj byulleten'. Joshkar-Ola: Upravlenie Rospotrebnadzora po Respublike Marij El; 2022.
5. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. World Health Organization, 2001. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a> (Accessed: 10.05.2023).
6. Endovitsky D.A., Korotkikh V.V., Yakovlev T.V. Statistical analysis of the dynamics, structure and tendencies of development of the alcoholic industry of the Russian Federation // *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika i upravlenie*. 2020; 4: 30–42. DOI: 10.17308/econ.2020.4/3190
7. Khamitova R.YA., Loskutov D.V. Correlation of cardiovascular morbidity and alcohol consumption at the regional level // *Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor*. 2021; 43(4): 72–80. DOI: 10.17116/medtech20214304172
8. Khamitova R.Ya., Loskutov D.V. Alcoholic situation and malignant neoplasms in the region of the Russian Federation // *Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor*. 2020; 41(3): 59–66. DOI: 10.17116/medtech20204103159
9. Rusina E. Patterns of alcohol consumption in modern Russia // *Nauchnye gorizonty*. 2020; 4 (32): 94–103.
10. The RUS-AUDIT project report: Adapting and validating the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation. World Health Organization, 2021. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342073> (Accessed: 10.05.2023).
11. Loskutov D.V., Nevmyatulin A.Sh. Evaluating relationship between mortality from external causes and alcohol consumption // *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2020; 66(3): 8. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-3-7
12. Roshchina Ya.M. Riskovannoe potreblenie alkogolya v Rossii // *Vestnik Rossijskogo monitoringa ekonomicheskogo polozheniya i zdorov'ya naseleniya NIU VSHE (RLMS-HSE)*. Sb. nauch. statej. Vypusk 9. Moskva: NIU VSHE, 2019; 108–133. DOI: 10.17323/978-5-7598-2038-3_108-133.
13. Hunt G., Antin T. Gender and Intoxication: From Masculinity to Intersectionality // *Drugs* (Abingdon Engl.). 2019; 26(1): 70–78. DOI: 10.1080/09687637.2017.1349733
14. Kondratenko V.A., Roshchina Ya.M. Can we explain differences in patterns of alcohol consumption? Review of theoretical approaches // *Ekonomicheskaya sociologiya*. 2021; 22(3): 129–157. DOI: 10.17323/1726-3247-2021-3-129-157
15. Iadrennikova E.V., Busse R.A. Comparative Analysis of Alcohol Excise Taxation and State Alcohol Policies in Russia and Germany // *Journal of Tax Reform*. 2020; 6(1): 54–72. DOI: 10.15826/jtr.2020.6.1.075
16. Radaev V.V., Kotelnikova Z.V. Izmenenie struktury potrebleniya alkogolya v kontekste gosudarstvennoj alkohol'noj politikiv Rossii // *Ekonomicheskayapolitika*. 2016; 11(5): 92–117. DOI: 10.18288/1994-5124-2016-5-05

17. Shaurina O.S., Harchikova N.V., Emel'yanova E.V. Urrtent state, patterns of development and mechanisms of state regulation of the alcohol market in Russia // Fundamental'nye issledovaniya. 2020; 1: 46–50. DOI: 10.17513/fr.42673
18. Vyal'shina A.A. Alcohol consumption by the Russian population: spatial, age and gender features // Social'noe prostranstvo. 2022; 8(1): 1–17. DOI: 10.15838/sa.2022.1.33.6
19. Beard E., Brown J., West R., Kaner E. et al. Correction: Associations between socio-economic factors and alcohol consumption: A population survey of adults in England // PLOS ONE. 2019; 14(4): e0209442 DOI: 10.1371/journal.pone.0216378
20. Kostromina E.V. Structural and dynamic analysis of demographic processes in the Republic of Mari El // Statistika i ekonomika. 2017; 14(2): 70–78.

FR

CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES DE LA SITUATION DE L'ALCOOL ET CONSÉQUENCES MÉDICALES ET DÉMOGRAPHIQUES

Loskutov D.V.

Annotation

Objectif de l'étude: sur la base des résultats de l'analyse des statistiques officielles des indicateurs médicaux et démographiques et des données d'une enquête par questionnaire sur la consommation d'alcool, mettre en évidence les caractéristiques de l'alcoolisme dans les villes et villages de la République de Mari El avec justification de domaines prioritaires pour réduire les conséquences négatives. *Méthodes.* Le traitement des données sur la consommation d'alcool, les indicateurs médicaux et démographiques, ainsi que les résultats d'une enquête auprès de 403 personnes utilisant le test AUDIT ont été effectués à l'aide de statistiques descriptives, du test du chi carré de Pearson, de l'analyse de variance multivariée ANOVA et de l'analyse de corrélation de Spearman. *Résultats.* Environ 80% des personnes interrogées buvaient des boissons alcoolisées, dont un sur cinq en consommait en quantités excessives. Avec l'augmentation de la tranche d'âge de la population, la consommation de boissons peu alcoolisées a été remplacée par des boissons fortes, accompagnées d'une diminution de la proportion de abstinentes et d'une réduction du volume de consommation en équivalent alcool. L'augmentation du niveau d'éducation a eu un effet positif sur la proportion de non-buveurs et sur la force des boissons consommées. La consommation d'alcool parmi les résidents ruraux, par rapport aux résidents urbains, était caractérisée par une proportion élevée de boissons alcoolisées fortes, avec une prévalence plus élevée de vodka et de clair de lune. Les indicateurs de mortalité et de morbidité socialement significatives étaient corrélés à un effet différé avec le niveau des ventes et de la consommation d'alcool. *Conclusion.* L'une des principales orientations pour réduire les risques pour la santé publique liés à l'alcool est de réduire la consommation de boissons fortes, qui ont des conséquences négatives à long terme.

Mots clés: consommation d'alcool, urbaine et rurale, éducation, questionnaire AUDIT, morbidité, mortalité.

ES

CARACTERÍSTICAS REGIONALES DE LA SITUACIÓN DEL ALCOHOL Y CONSECUENCIAS MÉDICAS Y DEMOGRÁFICAS

Loskutov D.V.

Anotación

Objeto del estudio: sobre la base de los resultados del análisis de las estadísticas oficiales de indicadores médicos y demográficos y los datos de una encuesta por cuestionario sobre el consumo de alcohol, resaltar las características del alcoholismo en las ciudades y pueblos de la República de Mari El con justificación de áreas prioritarias para reducir las consecuencias negativas. *Métodos.* El procesamiento de datos sobre consumo de alcohol, indicadores médicos y demográficos, así como los resultados de una encuesta a 403 personas mediante la prueba AUDIT, se realizó mediante estadística descriptiva, prueba de chi-cuadrado de Pearson, análisis multivariado de varianza ANOVA y análisis de correlación de Spearman. *Resultados.* Alrededor del 80% de los encuestados bebía bebidas alcohólicas, de las cuales una de cada cinco bebía en cantidades excesivas. Con el aumento del grupo de edad de la población, el consumo de bebidas bajas en alcohol fue sustituido por bebidas fuertes, acompañado de una disminución de la proporción de abstemios y una reducción del volumen de consumo de alcohol equivalente. El aumento del nivel de educación tuvo un efecto positivo en la proporción de no bebedores y en la concentración de las bebidas consumidas. El consumo de alcohol entre los residentes rurales, en comparación con los residentes urbanos, se caracterizó por una alta proporción de bebidas alcohólicas fuertes, con una mayor prevalencia de vodka y alcohol ilegal. Los indicadores de mortalidad y morbilidad socialmente significativa se correlacionaron con un efecto retardado con el nivel de ventas y consumo de alcohol. *Conclusión.* Una de las principales medidas para reducir el riesgo que el alcohol supone para la salud pública es reducir el consumo de bebidas fuertes, que tienen un largo período de consecuencias negativas.

Palabras clave: consumo de alcohol, urbano y rural, educación, cuestionario AUDIT, morbilidad, mortalidad.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Лоскутов Денис Вадимович – канд. мед. наук, внештатный научный сотрудник Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань, Россия.

Denis V. Loskutov – Ph.D.(Medicine), freelance researcher Institute of Fundamental Medicine and Biology Kazan (Volga region) Federal University, Kazan, Russia.

ORCID: 0000-0001-7600-0769. E-mail: loskutov-denis@mail.ru

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СУДЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ПО ИСКАМ ПАЦИЕНТОВ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ

Т.А. БЕЗУГЛЫЙ^{1,2}, Ю.А. ТЮКОВ¹, Ю.А. МОЧАЛОВ¹, В.Д. КОНДАКОВА¹

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия;

² АНО «Центр исследований и решений экологических проблем Экопатология», г. Челябинск, Россия.

УДК: 34.01

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-70-77

Аннотация

Введение. Профессиональная деятельность медицинских работников регулируется законодательством, направленным на снижение рисков для пациентов. В последние годы число судебных исков пациентов против медицинских учреждений значительно возросло. Основными причинами неудовлетворенности качеством медицинской помощи являются ошибки в медицинской документации, врачебные ошибки и несоблюдение принципов медицинской этики. Анализ судебной практики важен для оптимизации судебных издержек и решения конфликтов в досудебном порядке. **Цель исследования:** провести анализ судебных решений, выносимых по исковым заявлениям граждан к медицинской организации на качество и результат оказания медицинской помощи. **Методы.** В исследовании проанализированы 56 решений судов общей юрисдикции, вынесенных за пять лет – с 2018 по 2022 год, по судебным разбирательствам, в которых клинические больницы фигурировали в качестве ответчика. **Основные выводы,** которые можно выделить в результате проведенного анализа, заключаются в том, что большинство дел, связанных с компенсацией морального вреда от лечебных учреждений, основаны на некорректном лечении, некорректной постановке диагноза или нарушении права на льготное получение медицинских услуг. В некоторых случаях суды принимают сторону ответчика, отклоняют иск или заключают мировое соглашение. В случаях поражения в суде больницы выплачивают истцам моральную компенсацию в различных размерах, от 2 тыс. до 1,3 млн. рублей.

Ключевые слова: суды общей юрисдикции, анализ судебных решений, компенсация морального вреда, медицинское право.

Для цитирования: Безуглый Т.А., Тюков Ю.А., Мочалов Ю.А., Кондакова В.Д. Аналитический обзор судебных решений по искам пациентов к медицинским организациям. Общественное здоровье. 2023, 3(4):70–77. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-70-77.

Контактная информация: Безуглый Тимофей Алексеевич, e-mail: timabez7@yandex.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 30.08.2023. **Статья принята к печати:** 15.09.2023. **Дата публикации:** 25.12.2023.

UDC: 34.01

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-70-77

EN

ANALYTICAL REVIEW OF COURT DECISIONS ON CLAIMS OF PATIENTS TO MEDICAL ORGANIZATIONS

T.A. Bezugly^{1,2}, Y.A. Tyukov¹, Y.A. Mochalov¹, V.D. Kondakova¹

¹ FSBEI HE SUSMU MOH Russia, Chelyabinsk, Russia.

² ANO «Ecopathology Center», Chelyabinsk, Russia.

Annotation

Introduction. The professional activity of medical workers is regulated by legislation aimed at reducing risks for patients. In recent years, the number of patient lawsuits against medical institutions has increased significantly. The main reasons for dissatisfaction with the quality of medical care are errors in medical documentation, medical errors and non-compliance with the principles of medical ethics. The analysis of judicial practice is important for optimizing court costs and resolving conflicts in a pre-trial manner.

The purpose of the study is to analyze the court decisions made on the claims of citizens to a medical organization on the quality and result of medical care.

Methods. The study analyzed 56 decisions of the courts of general instance issued over five years – from 2018 to 2022, in court proceedings in which clinical hospitals appeared as a defendant.

The main conclusions that can be distinguished from the analysis are that most cases involving compensation for moral damage from medical institutions are based on incorrect treatment, incorrect diagnosis or violation of the right to preferential medical services. In some cases, the courts take the side of the defendant, reject the claim or conclude a settlement agreement. In cases of defeat in court, hospitals pay moral compensation to plaintiffs in various amounts, from 2 thousand to 1.3 million rubles.

Keywords: courts of general instance, compensation for moral damage, medical law, analysis of court decisions.

For correspondence: Timofey A. Bezuglyy, e-mail: timabez7@yandex.ru

For citation: Bezugly T.A., Tyukov Y.A., Mochalov Y.A., Kondakova V.D. Analytical review of court decisions on claims of patients to medical organizations. Public health. 2023; 3(4):70–77. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-4-70-77.

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Профессиональная деятельность медицинских работников регламентирована нормативными правовыми актами, обязательными к исполнению в медицинских организациях, независимо от формы собственности и учредительства. Законодательство и подзаконные акты ориентированы на снижение, и даже предотвращение, рисков пациентов, связанных с профессиональной деятельностью специалистов при оказании медицинской помощи.

Согласно положению статьи 98. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ «...медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи» [4].

В результате роста правовой грамотности населения, в том числе в вопросах защиты прав пациентов, гарантированных Федеральным законом № 323-ФЗ, за последние годы значительно увеличилось число исковых заявлений граждан к учреждениям здравоохранения в связи с неудовлетворенностью результатами оказания медицинской помощи [1, 4].

По данным некоммерческих объединений «Общество защиты пациентов» и «Лига защитников пациентов» за последние несколько лет число исков о компенсации вреда жизни и здоровью, причинённого при оказании медицинской помощи в России, возросло в 13 раз [2].

К факторам, способствующим увеличению количества судебных исков в отношении медицинских организаций, помимо повышения правовой грамотности пациентов также можно отнести активизацию деятельности адвокатов

и страховых компаний, появление общественного института независимых экспертов [3].

Основным мотивом обращения пациента в суд с иском к лечебному учреждению – нарушение его права на оказание качественных медицинских услуг. Основными причинами неудовлетворённости качеством оказания медицинских услуг являются: ошибки ведения медицинской документации, врачебные ошибки и несоблюдение принципов медицинской этики и деонтологии [3].

С позиции управления здравоохранением, актуальность анализа судебной практики обусловлена стремлением к оптимизации судебных издержек, к которым относятся: материальные издержки (оплата экспертиз, госпошлин, представителя и других сопутствующих судебному разбирательству затрат), репутационные издержки и затраты на компенсацию нарушенных прав истца (в процессах, в которых суд встает на сторону истца) [5, 6, 7].

Согласно результатам проводимого в 2014 году анализа гражданских дел, в которых лечебные учреждения выступали ответчиком, в 62,5% случаев суд вставал на сторону истца, а сумма компенсации, уплачиваемая лечебным учреждением, варьировалась от 50 тысяч рублей до нескольких миллионов [5].

К медицинским организациям могут предъявлять судебные иски как физические лица в статусе пациентов, так и лица в статусе сотрудников – дела рассматриваются судами общей юрисдикции. Иски могут быть предъявлены и юридическими лицами – подрядчиками, выполняющими услуги для организации по контракту, и органами государственной власти – судебные дела по данной группе исков рассматривают арбитражные суды.

Особый интерес представляет анализ судебных исков к медицинским организациям, в результате которого представляется возможным

установление наиболее частых причин обращаемости в суды первой инстанции, а также анализ исковых решений для оценки удовлетворенности исков и размера штрафных санкций, что в совокупности позволит определить возможные пути решений конфликтов в досудебном порядке.

Актуальность исследования определяется тем, что выстраивать стратегию защиты необходимо еще до подачи иска пациентом, а для этого необходимо понимать, в чём «слабые» стороны системы предоставления медицинских услуг. Судебная практика последнего времени постепенно видоизменяется в направлении предоставления врачам больших возможностей для защиты их прав и законных интересов, что также требует анализа предъявляемых пациентами исков.

ЦЕЛЮ данной статьи является проведение анализа судебных решений, выносимых по исковым заявлениям граждан к медицинской организации на качество и результат оказания медицинской помощи.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Провести обзор судебных исков, предъявляемых пациентами к медицинской организации.
2. Составить аналитический обзор результатов принятия судебных решений по обращениям пациентов на качество оказания медицинской помощи.
3. Оценить издержки медицинских организаций по результатам принятия судебных решений на основании исков пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Решения по судебным искам, ответчиками в которых выступают государственные бюджетные или автономные учреждения здравоохранения Министерства здравоохранения Челябинской области. С целью соблюдения принципов профессиональной и медицинской этики, анализируемые медицинские организации были зашифрованы как X1, X2, X3 и X4. В работе встречаются упоминания медицинских организаций X5, X6 и X7, косвенно связанных с рассматриваемой темой. В случае интереса к обсуждаемой теме база данных по анализируемым искам может быть предоставлена в соответствии с запросом к авторам работы.

Госпитальная база медицинских организаций, взятых в качестве базы исследования, составила 3,9 тыс. коек, в том числе 240 коек в реанимационных отделениях. Ежегодно в стационаре больниц лечится более 108 тыс. пациентов, выполняется 57 тыс. операций.

В исследовании проанализированы 56 решений судов общей юрисдикции, вынесенных за пять лет – с 2018 по 2022 год, по судебным разбирательствам, в которых клинические больницы фигурировали в качестве ответчика.

Поиск дел был осуществлен через открытый агрегатор данных о судебных разбирательствах – информационный портал «судебныерешения.рф», издателем которого является ООО «ПИК-пресс». По результатам ответов агрегатора на запросы по медицинским организациям «X1», «X2», «X3», «X4» (статус участника – «Ответчик») была сформирована база данных, включающая год и результаты принятия судебного решения по делу, орган, в котором проходило разбирательство.

Поиск вынесенных судебных решений проводился по номерам дел посредством загрузки соответствующих документов с сайтов судебных органов, которые рассматривали дела, через инструмент «Поиск информации по делам» раздела «Судебное делопроизводство», присутствующего на странице каждого судебного органа и в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

В рамках составленной базы данных судебных решений был проведен анализ по следующим параметрам: год, отрасль права, причина и итоги разбирательства. В заключение проведена статическая обработка полученных данных с помощью программы PAST.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ судебных дел, истцами в которых выступали физические лица – пациенты и сотрудники медицинских организаций, а ответчиками – клинические больницы, показал, что за пятилетний период 55,4% обращений составляют дела о компенсации морального вреда, 14,3% – трудовые споры, 5,3% – дела, связанные с социальными спорами и 25,0% прочие исковые дела (предмет которых не представляется возможным уточнить, или предмет которых подпадает под узкое направление).

Среди 31 дела о компенсации морального вреда в 45,2% случаев суд встал на сторону

ответчика. Следует отметить, что в 38,7% случаев суд частично удовлетворил иски, в 6,4% полностью удовлетворил требования, в 6,4% – заявление было возвращено заявителю, в 38,7% в удовлетворении иска была отказано. В 6,4% случаев стороны заключили мировое соглашение, утвержденное судом, в 3,3% иск был оставлен без рассмотрения по той причине, что стороны не явились на процесс.

В 67,8% пациенты самостоятельно обращались в суд с иском о компенсации морального ущерба, в 32,2% случаев в суд обращались родственники пациента (родители, сестры и братья, дети). Во всех рассмотренных случаях обращения были в результате смерти пациента, предположительно с точки зрения истца, наступившей в результате некачественно оказанной медицинской помощи.

В составленной базе данных 57,1% рассмотренных дел были связаны с оказанием медицинской помощи по хирургическому профилю, 28,6% – по терапевтическому профилю; 14,0% – в области оказания помощи онкологическим больным.

При рассмотрении дел о компенсации морального вреда в 100% случаев основой доказательной базы для суда является проведенная независимой стороной судебно-медицинская экспертиза.

В шести из двенадцати разбирательств, в которых суд отказал в удовлетворении требований истца, существовал факт нарушения пациентом рекомендаций, правил лечения или профилактики заболевания.

В одном случае пациент самостоятельно покинул медицинскую организацию после проведенного оперативного вмешательства, проигнорировав рекомендации лечащего врача.

В другом случае пациент с риском развития неизлечимого новообразования проигнорировал рекомендацию к ежегодному прохождению обследования, которое могло бы установить развитие новообразования на ранней стадии и в третьем – пациент проигнорировал рекомендацию подробного обследования сердца, после предварительной фиксации у него признаков ревмокардита.

Другой значимой причиной отказа в удовлетворении иска стало отсутствие причинно-следственной связи между диагнозом, с которым пациентка поступала (флегмона шеи) и причиной смерти (фибрилляция желудочков).

Так в разбирательстве № 2-10-/2020 пациентка поступила в стационар с предварительным

диагнозом «флегмона шеи», однако через несколько дней скончалась в результате «фибрилляции желудочков», как причины смерти. Судья посчитал, что фибрилляция произошла независимо от получаемого пациенткой лечения, в связи с чем врачи не несут ответственность за смерть пациентки независимо от того, что в тактике лечения основного заболевания судебная экспертиза определила ряд ошибок.

В процессе анализа иски были сгруппированы по основной мотивировке истцов, приведшей к судебному разбирательству.

К группе «Некорректная постановка диагноза» относятся 22,6% всех обращений в суд по поводу взыскания моральной компенсации, она включает в себя разбирательства, в которых истцы требовали моральную компенсацию по причине предполагаемой неполной, несвоевременной или неточной диагностики заболевания или осложнения.

В качестве примера можно привести дело № 2-42-/2020, рассмотренное районным судом г. Челябинска. Пациент N1 перенес пневмонию, после чего обратился в Х1 по поводу заболевания головного мозга. Медицинский персонал рекомендовал пациенту сделать МРТ головного мозга, для этого он обратился в частную медицинскую организацию.

Врач частной клиники неверно интерпретировал результаты магнитно-резонансной томографии, что привело к неправильному выбору лечения пациента. Из решения суда: *«...по результатам проведенной магнитно-резонансной томографии головного мозга было некорректно сформулировано заключение, а подозрение на абсцесс головного мозга рентгенологом не высказывалось, хотя по данным обследования и сделанному описанию, вероятнее всего, нужно было предполагать наличие именно абсцесса...».*

Суд встал на сторону истцов – частично удовлетворил иски, обязав две организации, в которых проводились мероприятия по диагностике заболевания пациента, выплатить родственникам – братьям и сестрам по 200 тыс. рублей и 400 тыс. рублей детям, соответственно.

Другой пример – дело № 2-9-/2019, рассмотренное Калининским районным судом г. Челябинска. Пациент N2 был прооперирован в Х2 по поводу острого аппендицита, через несколько часов после проведенной операции у пациента развилась лихорадка, в связи с чем его

направили на УЗИ органов брюшной полости. Врач, проводивший данную диагностическую процедуру, не обратил внимание на «интраабдоминальные осложнения в послеоперационном периоде».

На следующий день пациенту N2 была проведена видеолапароскопия, однако, согласно результатам судебно-медицинской экспертизы, врачами был выбран доступ – в правой подвздошной области, не позволяющий выполнить достаточную ревизию органов брюшной полости и своевременно выявить абсцессы.

Суд встал на сторону истцов – родственников пациента № 2 – полностью удовлетворил исковые требования – обязал X2 выплатить 7 родственникам пациентки суммарно 1,3 млн. рублей.

К группе «Некорректное лечение» относятся 25,8% разбирательств, причиной которых стало неадекватное лечение пациентов, при правильно выставленном диагнозе. Например, в деле № 2-46-/2022, рассмотренном Центральным районным судом г. Челябинска, врачи не довели лечение до конца – выписали пациента N3 в послеоперационном периоде, игнорируя симптоматику развившегося осложнения – перитонита. Пациент из дома вызвал скорую медицинскую помощь и направился в другое лечебное учреждение, где ему диагностировали перитонит. По окончании лечения, он подал иск к X1.

Суд встал на сторону пациента – частично удовлетворил исковые требования – обязал лечебное учреждение выплатить 25.000 рублей в качестве моральной компенсации.

К группе «Неуточненные причины» относятся 26,0% разбирательств, установить причину которых невозможно в виду отсутствия документов по делу в открытом доступе.

В группе «Некорректная постановка диагноза и некорректное лечение» находятся разбирательства 12,9%, в которых присутствует и элемент некорректного лечения, и элемент неправильной диагностики.

К данной группе представляется возможным отнести дело № 2-5-/2021, рассмотренное Центральным районным судом г. Челябинска. После проведенной операции в больнице X1, врачи оставили на дне раны пациента N4 салфетку, выписали, обязав ходить на перевязки в больницу по месту жительства – п. Бреды. Спустя несколько дней после выписки появилась болезненность и гиперемия в области раны. Врачи районной больницы X5, в которую пациент N4 приходил на перевязку, ошибочно

диагностировали двухстороннюю пневмонию вместо развившегося у пациента сепсиса, направили пациента в больницу города Магнитогорска X6, где врачи также не смогли установить наличие сепсиса. Пациент N4 скончался от полиорганной недостаточности.

Суд встал на сторону истцов – родственников пациента – и обязал выплатить X5 по 100.000 рублей каждому из трех родственников, и по 50.000 рублей каждому из трех родственников от X1 и X6.

В группе «Нарушение права на льготное получение медицинских услуг, лекарственных средств или расходных материалов» относятся 9,7% разбирательств. Причиной исковых заявлений становились нарушенные, по мнению граждан, права на получение льготных медицинских услуг, лекарств и материалов.

Например, в разбирательстве № 2-31-/2021, рассмотренном Ленинским районным судом г. Челябинска, пациентка указывала на свое право получения инсулиновой помпы и ее расходных элементов за счет бюджета. Суд частично удовлетворил ее требование и обязал X3 и Минздрав Челябинской области покрыть расходы пациентки на ранее купленные расходные элементы, однако отказал в удовлетворении требования о компенсации нанесенного пациентке морального вреда.

Интересное судебное разбирательство прошло в 2020 году (№ 2-42-/2020). Медицинская сестра подала в суд на станцию скорой помощи X7 и X3 с требованием компенсировать моральный вред, который она получила во время выполнения должностных обязанностей: по словам ответчика, пройдя через санитарный пропускник при выезде к пациенту, больному COVID-19, она получила химический ожог глаз.

Судья посчитал, что доказательств о полученной травме у пациентки недостаточно, однако обязал X7 возместить моральный ущерб пациентке за ее привлечение к работе с больными коронавирусной инфекции без надлежащей проверки медицинских документов истца.

По проигранным делам X1, X2, X3 и X4 выплатили истцам моральную компенсацию в размере от 2 тыс. рублей до 1,3 млн. рублей.

Выводы

1. До 55,4% дел, рассматриваемых судами общей юрисдикции, в которых лечебные учреждения выступают в роли

ответчиков, являются делами о компенсации морального вреда, 14,3% – трудовые споры, 5,3% – дела, связанные с социальными спорами.

2. Наиболее многочисленная группа основной мотивировки истцов, приведшей к судебному разбирательству – «Некорректное лечение» (25,8%), к группе «Некорректная постановка диагноза» – относятся 22,6% разбирательств, к группе «Неуточненные причины» относятся 26,0% разбирательств, в группе «Некорректная постановка диагноза и некорректное лечение» находятся 12,9% разбирательства. В группе «нарушение права на льготное получение медицинских услуг, лекарственных средств или расходных материалов» – 9,7% обращений.
3. Среди дел о компенсации морального вреда в 45,2% случаев суд встал на сторону ответчика, в 6,4% – заявление было возвращено заявителю, в 38,7% в удовлетворении иска была отказано, в 6,4% случаев стороны заключили мировое соглашение, утвержденное судом, и в 3,3% случаях дело было прекращено.
4. По проигранным делам больницы, к которым были предъявлены иски пациентов, выплатили истцам моральную компенсацию в размере от 2 тыс. до 1,3 млн. рублей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате поведённой работы и обобщения полученного материала выявлены основные факторы, приводящие к частым судебным искам со стороны пациентов – некорректное лечение, некорректная постановка диагноза, неуточнённые причины и нарушение права на льготное получение медицинских услуг, лекарственных средств или расходных материалов. Для предотвращения таких ситуаций и снижения числа судебных разбирательств важны следующие меры:

1. Оптимизация и соблюдение маршрутизации пациентов в рамках системы здравоохранения, что позволит предотвратить задержки в обеспечении диагностики и лечения, гарантирует качественную и своевременную медицинскую помощь.
2. Укомплектование медицинских организаций в соответствии с Порядками по каждому профилю медицинской помощи, позволит обеспечить реализацию клинических рекомендаций.
3. Своевременная дифференциальная диагностика позволяет повысить эффективность лечения, что находится в прямой зависимости от постоянного контроля за качеством работы и повышением квалификации медицинских работников.

Решение поставленных вопросов позволяет создать пациент-ориентированную систему медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвяков А.А. Анализ предмета судебных исков в стоматологии / А.А. Литвяков, А.М. Соловьева // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2010. – № 1. – С. 57–58.
2. Семина Т.В. Анализ судебных исков по «врачебным ошибкам» в современном здравоохранении / Т.В. Семина // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. – 2016. – Т. 17. – № S6. – С. 258.
3. Горячев Д.Н. Анализ причин увеличения судебных исков в стоматологии / Д.Н. Горячев, С.В. Варламов, Н.А. Горячев // Современные проблемы социально-гуманитарных наук – 2016. – № 6(8). – С. 174–177.
4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
5. Веселкина О.В., Обухова Ю.Д., Клевню В.А. Анализ экспертиз по материалам уголовных дел с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи // Судебная медицина. – 2015. – Т. 1. – № 2. – С. 59–60.
6. Веселкина О.В., Обухова Ю.Д., Клевню В.А. Анализ экспертиз по материалам гражданских дел с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи // Судебная медицина. – 2015. – Т. 1. – № 2. – С. 58–59.
7. Морозов С.Ю. Судебные издержки в гражданском судопроизводстве и уступка прав на их возмещение / С.Ю. Морозов, Л.Н. Ракитина // Вестник гражданского процесса. – 2017. – Т. 7. – № 6. – С. 247–262.

REFERENCES

1. Litvyakov A.A. Analysis of the subject of lawsuits in dentistry / A.A. Litvyakov, A.M. Solovieva // Kremlin medicine. Clinical Bulletin. – 2010. – No. 1. – P. 57–58.
2. Semina T.V. Analysis of lawsuits on «medical errors» in modern health care / T.V. Semina // Bulletin of the N.S. A. N. Bakuleva RAMS. Cardiovascular diseases. – 2016. – V. 17. – No. S6. – P. 258.
3. Goryachev D.N. Analysis of the reasons for the increase in lawsuits in dentistry / D.N. Goryachev, S.V. Varlamov, N.A. Goryachev // Modern problems of social and humanitarian sciences – 2016. – No. 6 (8). – P. 174–177.
4. Federal Law «On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation» dated November 21, 2011 № 323-FZ.
5. Veselkina O.V., Obukhova Yu.D., Klevno V.A. Analysis of expertise based on materials of criminal cases with the solution of questions about the correctness of the provision of medical care // Forensic medicine. – 2015. – V. 1. – No. 2. – P. 59–60.
6. Veselkina O.V., Obukhova Yu.D., Klevno V.A. Analysis of expertise based on materials of civil cases with the solution of questions about the correctness of the provision of medical care // Forensic medicine. – 2015. – V. 1. – No. 2. – P. 58–59.
7. Morozov, S.Yu. Litigation costs in civil proceedings and the assignment of rights to their compensation / S.Yu. Morozov, L.N. Rakitina // Bulletin of the civil process. – 2017. – V. 7. – No. 6. – P. 247–262.

FR

EXAMEN ANALYTIQUE DES DÉCISIONS DE JUSTICE RELATIVES AUX RÉCLAMATIONS DES PATIENTS CONTRE LES ORGANISATIONS MÉDICALES

T.A. Bezugly, Yu.A. Tyukov, Yu.A. Mochalov, V.D. Kondakova

Annotation

Introduction. Les activités professionnelles du personnel médical sont réglementées par une législation visant à réduire les risques pour les patients. Le nombre de poursuites intentées par des patients contre des prestataires de soins de santé a considérablement augmenté ces dernières années. Les principales raisons d'insatisfaction quant à la qualité des soins médicaux sont les erreurs dans la documentation médicale, les erreurs médicales et le non-respect des principes d'éthique médicale. L'analyse de la pratique judiciaire est importante pour optimiser les frais de justice et résoudre les conflits avant le procès. Le but de l'étude est d'analyser les décisions de justice rendues sur les réclamations des citoyens contre une organisation médicale concernant la qualité et les résultats des soins médicaux. Méthodes. L'étude a analysé 56 décisions de tribunaux de droit commun rendues sur cinq ans, de 2018 à 2022, dans des litiges dans lesquels des hôpitaux universitaires étaient cités comme défendeurs. Les principales conclusions qui peuvent être identifiées à la suite de l'analyse sont que la majorité des cas liés à l'indemnisation du préjudice moral par les institutions médicales sont basés sur un traitement incorrect, un diagnostic incorrect ou une violation du droit de bénéficier de services médicaux préférentiels. Dans certains cas, les tribunaux se rangent du côté du défendeur, rejettent la demande ou concluent un accord de règlement. En cas de défaite devant le tribunal, les hôpitaux versent aux plaignants une indemnisation morale d'un montant variable, allant de 2 000 à 1,3 million de roubles.

Mots clés: tribunaux de droit commun, analyse des décisions de justice, réparation du préjudice moral, droit médical.

ES

REVISIÓN ANALÍTICA DE DECISIONES JUDICIALES SOBRE RECLAMACIONES DE PACIENTES CONTRA ORGANIZACIONES MÉDICAS

T.A. Bezugly, Yu.A. Tyukov, Yu.A. Mochalov, V.D. Kondakova

Anotación

Introducción. Las actividades profesionales de los trabajadores médicos están reguladas por legislación destinada a reducir los riesgos para los pacientes. El número de demandas presentadas por pacientes contra proveedores de atención médica ha aumentado significativamente en los últimos años. Los principales motivos de insatisfacción con la calidad de la atención médica son errores en la documentación médica, errores médicos y el incumplimiento de los principios de ética médica. El análisis de la práctica judicial es importante para optimizar los costos legales y resolver conflictos antes del juicio. El objetivo del estudio es analizar las decisiones judiciales tomadas sobre reclamaciones de ciudadanos contra una organización médica en relación con la calidad y el resultado de la atención médica. Métodos. El estudio analizó 56 decisiones de tribunales de jurisdicción general tomadas durante cinco años, de 2018 a 2022, en litigios en los que hospitales universitarios fueron nombrados como demandados. Las principales conclusiones que se pueden identificar como resultado del análisis son que la mayoría de los casos relacionados con la indemnización por daño moral por parte de instituciones médicas se basan en un tratamiento incorrecto, diagnóstico incorrecto o violación del derecho a recibir servicios médicos preferenciales. En algunos casos, los tribunales se ponen del lado del demandado, desestiman el reclamo o llegan a un acuerdo de conciliación. En caso de derrota judicial, los hospitales pagan a los demandantes una indemnización moral de diversas cantidades, desde 2.000 hasta 1,3 millones de rublos.

Palabras clave: tribunales de jurisdicción general, análisis de decisiones judiciales, indemnización por daño moral, derecho médico.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Безуглый Тимофей Алексеевич – директор автономной некоммерческой организации «Центр исследований и решений экологических проблем Экопатология», студент лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия.

Timofey A. Bezuglyy – Director of the autonomous non-profit organization «Center for Research and Solutions of Environmental Problems Ecopathology», student of the Medical Faculty of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «South Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3373-5102>

E-mail: timabez7@yandex.ru

Тюков Юрий Аркадьевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Общественного здоровья и здравоохранения Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия.

Yuriy A. Tyukov – doctor of medical sciences, Professor Head of the Department of Public Health and Public Health of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «South Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3894-2151>

E-mail: tua111@rambler.ru

Мочалов Юрий Алексеевич – студент лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия.

Yuri A. Mochalov – student of the Medical Faculty of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «South Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5365-2940>

E-mail: mochalov2001bpf@mail.ru

Кондакова Владислава Дмитриевна – студент лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия.

Vladislava D. Kondakova – student of the Medical Faculty of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «South Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6740-4880>

E-mail: vladislava.kondakovav@mail.ru

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ», 2023 г., том 3

ОЗ-№ 1-2023

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Ягубов М. И., Шпорт С. В., Старостина Е. А., Добаева Н. В., Ичмелян М. А. Социально-правовые и медицинские аспекты транссексуализма (гендерного несоответствия) . . . 4–17
Ладодо О. Б., Жданова С. И., Зубков В. В., Коденцова В. М., Дегтярев Д. Н., Рюмина И. И., Салагай О. О., Шешко Е. Л. Грудное вскармливание в России: проблемы и перспективы . . . 18–32

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Багненко С. Ф., Теплов В. М., Цебровская Е. А., Ихаев А. Б., Москвина С. С. Организация трехуровневой системы оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в субъектах Российской Федерации . . . 33–41

БИОЭТИКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Гусев А. В., Шарова Д. Е. Этические проблемы развития технологий искусственного интеллекта в здравоохранении . . . 42–50

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Склярова Т. В., Яхина Р. Р., Курлова Е. Б. Компетенции ЗОЖ: новые практики формирования (опыт регионального сетевого медико-социального проекта) . . . 51–60

МЕЖДУНАРОДНЫЕ АСПЕКТЫ

Базарчян А. А., Оганнисян С. Г., Еримян Г. А., Торосян А. Г. Обзор необходимости реформирования медицинского образования, Республика Армения . . . 60–67

ОЗ № 2-2023

ФАКТОРЫ РИСКА

Поздеева А. Н., Гурьянов М. С. Особенности приверженности студентов медицинского вуза к здоровому образу жизни в период распространения новой коронавирусной инфекции . . . 4–42

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Алехин И. Н., Апханова Н. С., Душина Е. В. Анализ организации и эффективности диспансерного наблюдения пациентов, больных психическими заболеваниями. . . 13–20

МЕЖДУНАРОДНЫЕ АСПЕКТЫ

Ису Давид Джон, Кича Д. И. Оценка качества услуг по иммунизации детей в центрах первичной медико-санитарной помощи в Ороне, штат Аква-Ибом, Нигерия . . . 21–30

КОММУНИКАЦИИ В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Чигрина В. П., Тюфилин Д. С., Деев И. А., Кобякова О. С., Салагай О. О. Источники информации населения Российской Федерации об антибактериальных препаратах . . . 31–40
Набережная И. Б., Захарова У. Д. К вопросу о повышении уровня информированности врачей о высокотехнологичной медицинской помощи . . . 41–46

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Вяльцин С. В., Ключева К. А., Плотнокова Е. Г., Мирзаева М. В., Вяльцин А. С. Заболеваемость населения в Оренбургской области вирусным гепатитом за период с 2016–2020 годы . . . 47–55

ОЗ-№ 3-2023

ФАКТОРЫ РИСКА

Салагай О. О., Сахарова Г. М., Антонов Н. С., Шахзадова А. О. Анализ динамики распространенности табакокурения и заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации в 2011–2021 гг. . . . 4–13
Солодихина Д. П., Мисник В. С. Изучение факторов риска дефицита витамина D у детей раннего возраста . . . 14–20

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Шепель Р. Н., Левченко Е. И., Лусников В. П., Концевая А. В., Драпкина О. М. Региональные особенности госпитализаций и амбулаторных обращений за медицинской помощью среди взрослого населения с установленным сахарным диабетом 2 типа. . . . 21–35
Шаркунов Н. П., Шин В. Ф., Макаренко А. С., Мороз А. А., Меметова А. С., Ким Ю. Е., Гришин Д. В. Сравнительный анализ структуры смертности городского и сельского населения Ростовской области за период с 2019 по 2022 годы . . . 36–43

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Бенян А. С., Корымасов Е. А., Чертухина О. Б., Храновский Д. Г., Медведчиков-Ардия М. А. Хирургическая безопасность: эффективность, основанная на коллективном опыте, и проблемы внедрения (обзор литературы) . . . 44–56

ВЗГЛЯД АВТОРА

Сагинбаев У. Р. Искусство как путь к общественному здоровью: к 320-летию Санкт-Петербурга (на примере авторского проекта) . . . 57–62

ОЗ-№ 4-2023

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОММУНИКАЦИИ

Бузин В. Н., Невзорова Д. В., Михайлова Е. А., Бузина Т. С. Динамика комплексных показателей оценки оказываемой паллиативной медицинской помощи . . . 4–15
Курмышкина О. Н., Мотькин В. Н. Проблема наркотизации регионального социума (на примере Республики Мордовия) . . . 16–24

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Авдеев С. Н., Линник С. А., Туменко Е. Е. Анализ лекарственного обеспечения пациентов с бронхообструктивными заболеваниями в Российской Федерации . . . 25–36

МЕЖДУНАРОДНЫЕ АСПЕКТЫ

Бенян А. С., Маковеева Н. И., Медведчиков-Ардия М. А. Медицинское обеспечение крупных спортивных мероприятий международного уровня: обзор литературы . . . 37–50

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Тимофеев Л. Ф., Тимофеев А. Л. Первичная заболеваемость подростков в вилуйской группе районов Республики Саха (Якутия) в 1996–2021 гг. . . . 51–59
Лоскутов Д. В. Региональные особенности алкогольной ситуации и медико-демографические последствия . . . 60–69

ТРИБУНА МОЛОДОГО УЧЕНОГО

Безуглый Т. А., Тюков Ю. А., Мочалов Ю. А., Кондакова В. Д. Аналитический обзор судебных решений по искам пациентов к медицинским организациям. . . . 70–77

КОНОВАЛОВУ АЛЕКСАНДРУ НИКОЛАЕВИЧУ – 90 ЛЕТ



Поздравляем с 90-летием *нейрохирурга, Заслуженного деятеля науки Российской Федерации, Героя Труда Российской Федерации, академика РАН, доктора медицинских наук, профессора Коновалова Александра Николаевича*

Академик А. Н. Коновалов – врач-нейрохирург, педагог, президент Научно-исследовательского института нейрохирургии имени академика Николая Бурденко.

А. Н. Коновалов родился 12 декабря 1933 года в городе Москве в семье врачей. В 1957 году с отличием окончил Первый Московский государственный медицинский университет имени Ивана Сеченова. В том же году стал клиническим ординатором, аспирантом, младшим научным сотрудником. В 1967-м году его назначают заместителем директора по научной работе, а в 1975-м году – главной НИИ нейрохирургии имени Бурденко. В этой должности он проработал до 2014-го года. Под руководством академика А. Н. Коновалова Институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко РАМН стал одним из крупнейших в мире и прочно занял лидирующее положение как научное и лечебное нейрохирургическое учреждение, является гордостью отечественной медицины. Им лично прооперированно более 10000 больных с наиболее сложной нейрохирургической патологией. На данный момент он является почетным президентом НМИЦ им. Н. Н. Бурденко.

Основные направления научной деятельности: нейрохирургия, неврология и клиническая физиология нервной системы. Он научно обосновал, развил и внедрил в практику новое направление – микронейрохирургию, что позволило не только сделать доступным для щадящего хирургического вмешательства практически любое образование мозга и любую зону внутричерепного пространства, но и развить современную клиническую физиологию и патофизиологию гипоталамо-гипофизарной области и ствола мозга человека.

Исследованиями А. Н. Коновалова, его учеников и сотрудников развито современное учение о компенсаторно-приспособительных процессах ЦНС при очаговых поражениях головного мозга, которое лежит в основе концепции эффективной системы восстановительного лечения.

А. Н. Коновалов воспитал школу современных нейрохирургов. Под его научным руководством защищено свыше 50 кандидатских и докторских диссертаций.

Александр Николаевич – автор более 500 научных работ, в том числе 15 монографий, руководств, справочников и учебников, опубликованных в отечественной и зарубежной печати, 9 патентов, является главным редактором журнала «Вопросы нейрохирургии имени Николая Бурденко», членом редакционных коллегий ряда иностранных специализированных журналов.

А. Н. Коновалов награжден орденами: «За заслуги перед Отечеством» III и II степени, «Трудового красного знамени», «Дружбы народов», Лауреат Государственной премии СССР и Государственной премии Российской Федерации, Лауреат Российской независимой премии «Триумф», Лауреат международной премии «Профессия – жизнь», Лауреат премии имени академика Н. Н. Бурденко, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, ему присвоено звание Героя Труда Российской Федерации.

Желаем Александру Николаевичу здоровья, долгих лет жизни, благополучия и творческого вдохновения!

ЛОГУНОВУ ДЕНИСУ ЮРЬЕВИЧУ – 45 ЛЕТ



Поздравляем с 45-летием лауреата Государственной премии РФ в области науки и технологий, академика РАН, доктора биологических наук **Логунова Дениса Юрьевича**.

Денис Юрьевич Логунов родился 13.10.1978 г. в городе Фрунзе (ныне Бишкек, Киргизия).

В 2000 году окончил биотехнологический факультет Курского государственного медицинского университета, кафедра «Биомедицинская инженерия». С 2003 года работает в НИИ вирусологии имени Д. И. Ивановского РАМН (в 2014 году был присоединён к НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи). В 2011 году в НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи защитил докторскую диссертацию. В настоящее время Д. Ю. Логунов занимает должность заместителя директора по научной работе ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России.

Академик Д. Ю. Логунов – специалист в области медицинской микробиологии. Одним из основных направлений научной деятельности Логунова Д. Ю. является разработка векторных платформ для создания рекомбинантных вирусных вакцин и генотерапевтических препаратов. Под его руководством были разработаны вакцины «ГамЭвак» и «ГамЭвак-Комби» против лихорадки Эбола и «Спутник-V» от коронавирусной инфекции. В настоящее время эти препараты официально зарегистрированы для применения в практическом здравоохранении.

Под руководством Логунова Д. Ю. открыт механизм потенцирования реакций врожденного иммунитета патоген-ассоциированными молекулярными паттернами при одновременной стимуляции Toll- и NOD-рецепторов. Открытый механизм использован для создания комплексных молекулярных адъювантов, вошедших в состав кандидатной вакцины против туберкулеза, а также для создания ранозаживляющего средства, предназначенного для терапии трофических язв и других раневых дефектов кожи.

Д. Ю. Логунов автор более 250 научных работ.

Д. Ю. Логунов награжден Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, лауреат Государственной премии РФ в области науки и технологий.

Сердечно поздравляем Дениса Юрьевича с 45-летием и желаем ему крепкого здоровья, счастья, новых творческих успехов и дальнейшего достижения профессиональных высот!

УЧАЙКИНУ ВАСИЛИЮ ФЕДОРОВИЧУ – 85 ЛЕТ



Поздравляем с 85-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора Учайкина Василия Федоровича

Василий Федорович Учайкин родился 7 декабря 1938 года в поселке Кедрач, район им. Лазо, Хабаровский край.

В 1962 году окончил Хабаровский медицинский институт. С 1962 по 1964 гг. учился в клинической ординатуре Хабаровского медицинского института и в аспирантуре на кафедре детских инфекций 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. С 1967 года в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И. Пирогова (РГМУ) прошел путь от ассистента до профессора, а с 1988 года по 2015 год возглавлял кафедру детских инфекций РГМУ.

В течение многих лет В.Ф. Учайкин являлся главным детским инфекционистом МЗ РФ и 10 лет – главным педиатром Президентского медицинского центра. В настоящее время академик РАН Учайкин В.Ф. – президент Ассоциации детских инфекционистов России, главный редактор журнала «Детские инфекции».

Основными научными направлениями являются: разработка этиологической структуры, изучение клиники иммунопатогенеза и лечения острых и хронических вирусных гепатитов А, В, С, D, G и TTV у детей в возрастном аспекте; изучение поражений печени у детей с соматической патологией; совершенствование календаря профилактических прививок России; изучение иммунного ответа на вакцинацию детей с иммунодефицитными состояниями. В.Ф. Учайкин – лидер исследований по клинике, диагностике и терапии вирусных гепатитов, острых респираторных и острых кишечных инфекций у детей, а также по вакцинопрофилактике у детей с нарушенным здоровьем. Им написаны основные программы по детским инфекционным болезням для медицинских вузов страны. Под его руководством разработаны и изданы основные методические пособия по преподаванию курса инфекционных болезней у детей студентам субординаторам, интернам, ординаторам.

Академиком В.Ф. Учайкиным создана школа педиатров-инфекционистов в нашей стране. Под его руководством и научным консультированием защищено 24 докторских и 38 кандидатских диссертаций, среди его учеников – 19 ведущих кафедрами в России и странах СНГ.

В.Ф. Учайкин – автор более 500 научных работ, дважды лауреат Премии Совета Министров РФ (1996, 2003 г.); дважды лауреат академической премии имени Н.Ф. Филатова; лауреат международной премии «Профессия – жизнь личный вклад в защиту материнства и детства» 2007 г., иностранный член Академии наук клинической и фундаментальной медицины Республики Казахстан.

Редакция журнала и все коллеги желают Василию Федоровичу долгих лет жизни, крепкого здоровья, благополучия и профессиональных успехов!

УШЕЛ ИЗ ЖИЗНИ ВЫДАЮЩИЙСЯ РОССИЙСКИЙ УЧЕНЫЙ НИКОЛАЙ ДМИТРИЕВИЧ ЮЩУК



17 октября 2023 года на 83-м году ушел из жизни выдающийся ученый, академик РАН и президент Московского государственного медико-стоматологического университета имени Евдокимова Николай Дмитриевич Ющук. Его жизнь была посвящена науке и медицине, а научные достижения были признаны не только в России, но и за рубежом.

Николай Дмитриевич Ющук родился 22 декабря 1940 года в деревне Оводы, Кобринского района, Брестской области, Белорусской ССР. По окончании средней школы два года работал на шахте молотобойцем. В 1966 году окончил лечебный факультет Иркутского государственного медицинского института. Во время учебы работал санитаром в больницах города, был избран секретарем комитета ВЛКСМ института. Прошел ординатуру на кафедре инфекционных болезней. В 1968 году – главврач Иркутской городской инфекционной больницы. С 1969 года – младший научный сотрудник клинического отдела ЦНИИ эпидемиологии Минздрава СССР.

С 1971 года трудовая деятельность была связана с Московским государственным медико-стоматологическим университетом имени А.И. Евдокимова Минздрава России (МГМСУ): в 1982–1986 гг. – декан подготовительного отделения, с 1986 года – зав. кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ, с 1991 года – проректор, с 2002 года – ректор, с 2007 года – президент МГМСУ имени Евдокимова. Н.Д. Ющук внес значительный вклад

в развитие университета, делая его одним из ведущих медицинских учебных заведений страны.

Академик Н.Д. Ющук был ученым с мировым именем, педагогом и организатором медицинского образования. Он основал новое научное направление по изучению патогенеза инфекционных болезней на молекулярном и субклеточном уровне. Изучая клинику инфекционных болезней, он внес огромный вклад в исследование патофизиологии и разработку этиопатогенетических методов терапии различных инфекционных болезней, показал важность взаимодействия инфектологии с эпидемиологией, микробиологией, иммунологией и другими смежными дисциплинами в комплексном изучении инфекционных болезней, что позволило не только разработать теоретические основы патогенеза инфекционного процесса, но и предложить принципиально новые подходы к профилактике, лечению и прогнозированию исходов социально значимых болезней.

Н.Д. Ющук – создатель научной школы инфекционистов, под его руководством защищено 25 докторских и 76 кандидатских диссертаций. Он – автор более 800 научных работ, им получено 15 авторских свидетельств и 5 патентов. Лекции по инфекционным болезням (в 2 томах) переизданы 4 раза.

Н.Д. Ющук – Заслуженный деятель науки России, трижды лауреат Премии Правительства в области науки и образования, был награжден орденами «За заслуги перед Отечеством III степени», «За заслуги перед Отечеством IV степени», «Знак Почета» и «Дружбы», почетной грамотой Президента Российской Федерации, медалями и другими знаками отличия.

Жизнь Николая Дмитриевича Ющука была яркой и насыщенной. Он оставил после себя неизгладимый след в истории российской медицины. Его доброта, мудрость и профессионализм будут вдохновлять многие поколения врачей и ученых.

Мы выражаем искренние соболезнования родным и близким Николая Дмитриевича.

