

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

PUBLIC HEALTH. Scientific and practical journal

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Анализ приверженности населения

ОЖИРЕНИЕ

*Динамика и половозрастная структура
с конца XX века*

ЭКОНОМИКА ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ

*Оценка последствий отказа
у онкопациентов*

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

*Анестезиолого-реанимационная служба
акушерских стационаров*



ЗДОРОВЬЕ ВО ВСЕХ ПОЛИТИКАХ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Научно-практический журнал

Том 4

№ 3 • 2024

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).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор **Салагай О.О.**, канд. мед. наук, (Россия)
Заместитель главного редактора **Драпкина О.М.**, д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Заместитель главного редактора **Кобякова О.С.**, д-р мед. наук, проф. (Россия)

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ

Аполихин О.И., д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН (Россия)
Багненко С.Ф., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Базарчян А.А., канд. мед. наук (Армения)
Бойцов С.А., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Бокерия Л.А., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Брико Н.И., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Брызгалина Е.В., канд. филос. наук, доцент (Россия)
Бушев С.А., канд. филос. наук, доцент (Россия)
Бухтияров И.В., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Зайцева Н.В., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Зинченко Ю.П., д-р. психол. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Кекелидзе З.И., д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН (Россия)
Колесников С.И., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Путило Н.В., канд. юрид. наук (Россия)
Сайганов С.А., д-р мед. наук, проф. (Россия)
Стародубов В.И., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Тутельян В.А., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Хабриев Р.У., д-р мед. наук, д-р фармацевт. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Хальфин Р.А., д-р мед. наук, проф. (Россия)
Харитонов В.И., д-р ист. наук (Россия)
Черепов В.М., д-р мед. наук, проф. (Россия)
Шляхто Е.В., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)
Клюге Х., д-р наук (Дания)
Жоао Бреда, д-р наук, проф. (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>

PUBLIC HEALTH

Scientific and practical journal

Volume 4

№ 3 • 2024

ISSN 2782-1676

DOI: 10.21045/2782-1676

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)

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief **Salagay O.O.**, Ph.D. (Medicine) (Russia)
Deputy Editor-in-Chief **Drapkina O.M.**, D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Deputy Editor-in-Chief **Kobyakova O.S.**, D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

Apolikhin O.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Corr. Member of the RAS (Russia)
Bagnenko S.F., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Bazarchyan A.A., Ph.D. (Medicine) (Armenia)
Boytsov S.A., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Bokeria L.A., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Briko N.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Bryzgalina E.V., Ph.D. Philosopher Sciences, Associate Professor (Russia)
Bushev S.A., Ph.D. Philosopher Sciences, Associate Professor (Russia)
Bukhtiyarov I.V., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Cherepov V.M., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)
Halfin R.A., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)
Kekelidze Z.I., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)
Khabriev R.U., D.Sc. (Medicine), Dr.Sc. (Pharm.), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Kharitonova V.I., Ph.D. (History) (Russia)
Kolesnikov S.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS, Advisor of RUS (Russia)
Putilo N.V., Ph.D. (Law) (Russia)
Saiganov S.A., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)
Shlyakhto E.V., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Starodubov V.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Tutelyan V.A., D.Sc. (Medicine), Prof., RAS (Russia)
Zaitseva N.V., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)
Zinchenko Yu.P., D.Sc. (Psychology), Prof., Acad. of RAE (Russia)
Hans Henri P. Kluge, D.Sc. (Denmark)
João Breda, D.Sc., Prof. (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

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Как построить публикационную карьеру и обрести статус ведущего ученого мира?

Интервью с Заридзе Д.Г.

4–6

ФАКТОРЫ РИСКА

Приверженность населения Российской Федерации правильному питанию

Чигрина В.П., Тюфилин Д.С., Кобякова О.С., Салагай О.О.

7–16

Ожирение в России: динамика распространенности и половозрастная структура с конца XX века

Юсенко С.Р., Зубкова Т.С., Сорокин А.С., Халтурина Д.А.

17–29

ЭКОНОМИКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Оценка экономических последствий (выгоды) отказа от курения у онкологических больных

Заридзе Д.Г., Попович Л.Д., Мукерия А.Ф., Шаньгина О.В., Светличная С.В., Лактионов К.К.

30–38

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОММУНИКАЦИИ

Избранные подходы изучения социальной эффективности при организации оказания медицинской помощи с применением дистанционных технологий

Федоткина С.А., Музалева О.В., Хугаева Э.В.

39–46

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Кадровое обеспечение анестезиолого-реанимационной службы акушерских стационаров Российской Федерации

Гусева Е.В., Филиппов О.С., Кецкало М.В., Ганиева А.Р., Куликова Е.Б.

47–56

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Проблемы депрессий в неврологической практике

Зарубина Н.В.

57–66

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Оценка физических факторов образовательной среды в школах Челябинской области и их влияние на адаптацию учащихся

Зорина И.Г., Соколов В.Д., Макарова В.В.

67–77

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Оценка «Знаний, отношения и поведения» населения Республики Таджикистан относительно COVID-19

Мухсинзода Г.М., Рузиев М.М., Мирзоалиев Ю.Ю., Джафаров Н.Дж., Турсунов Р.А.

78–89

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Академику Петру Витальевичу Глыбочко – 60 лет

90

Академику Владимиру Георгиевичу Полякову – 75 лет

91

Академику Александру Николаевичу Разумову – 80 лет

92

CONTENTS

RELEVANT INTERVIEW

How to build a publishing career and gain the status of a leading scientist in the world?

Interview with Zaridze D.G.

4–6

RISK FACTORS

The commitment of the population of the Russian Federation to healthy nutrition

Chigrina V.P., Tyufilin D.S., Kobyakova O.S., Salagay O.O.

7–16

Obesity in Russia: prevalence dynamics and sex and age structure since the end of the 20th century

Yusenko S.R., Zubkova T.S., Sorokin A.S., Khaltourina D.A.

17–29

ECONOMICS OF PUBLIC HEALTH

Assessment of the economic benefit of smoking cessation in cancer patients

Zaridze D.G., Popovich L.D., Mukeriya A.F., Shangina O.V.,

Svetlichnaya S.V., Laktionov K.K.

30–38

SOCIOLOGY OF HEALTH AND COMMUNICATION

Selected approaches to the study of social efficiency in the organization of medical care with the use of remote technologies

Fedotkina S.A., Muzaleva O.V., Khugaeva E.V.

39–46

MEDICAL CARE

Staffing of anaesthesiology and resuscitation services in obstetric hospitals the Russian Federation

Guseva E.V., Filippov O.S., Ketskalo M.V., Ganieva A.R., Kulikova E.V.

47–56

MENTAL HEALTH

Problems of depression in neurological practice

Zarubina N.V.

57–66

REGIONAL ASPECTS

Assessment of physical factors of the educational environment in schools of the Chelyabinsk region and their influence on students' adaptation

Zorina I.G., Sokolov V.D., Makarova V.V.

67–77

FOREIGN EXPERIENCE

Assessment of "Knowledge, attitudes and practice" of the population of the Republic of Tajikistan regarding COVID-19

Muhsinzoda G.M., Ruziev M.M., Mirzozaliev Y.Y., Jafarov N.J., Tursunov R.A.

78–89

CONGRATULATIONS

Academician Pyotr Vitalievich Glybochko is 60

90

Academician Vladimir Georgievich Polyakov is 75

91

Academician Alexander Nikolaevich Razumov is 80

92

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
Научно-практический журнал
Том 4, № 3, 2024

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 –
Кармина Раиса Леонидовна,
idmz@mednet.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: 25.09.2024
Заказ: 120

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России,
оформление макета, 2024

PUBLIC HEALTH
Scientific and practical journal
Volume 4, No. 3, 2024

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 –
Raisa L. Karmina
idmz@mednet.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: 25.09.2024
Order: 120

© Russian Research Institute
of Health, layout design, 2024

КАК ПОСТРОИТЬ ПУБЛИКАЦИОННУЮ КАРЬЕРУ И ОБРЕСТИ СТАТУС ВЕДУЩЕГО УЧЕНОГО МИРА?

ИНТЕРВЬЮ С ДАВИДОМ ГЕОРГИЕВИЧЕМ ЗАРИДЗЕ

От редакции: В середине 2024 года платформа Research.com Medicine опубликовала рейтинг ведущих ученых мира на основе цитируемости их публикаций в различных базах данных, включая OpenAlex и CrossRef. Критериями для включения ученых в рейтинг являлась величина так называемого D-индекса (дисциплинарного индекса Хирша), который учитывает объем публикационного портфеля и показатели цитирования в конкретной области, а также награды и достижения исследователей. Установленный порог D-индекса гарантировал возможность выделения в каждой предметной области кластера «1% ведущих ученых мира». В области медицины статус ведущего ученого мира получил Давид Георгиевич Заридзе, онколог-эпидемиолог, профессор, член-корреспондент РАН, президент Противоракового общества России, руководитель отдела клинической эпидемиологии НИИ клинической онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина».



Давид Георгиевич любезно согласился ответить на наши вопросы о ключевых принципах построения публикационной карьеры.

Корр.: Прежде всего, разрешите Вас поздравить с международным признанием и высокой оценкой влияния Ваших публикаций, поскольку число публикаций характеризует продуктивность ученого, а цитируемость – влияние полученных им результатов на эволюцию предметной области. Согласны ли Вы с утверждением, что в настоящее время только экспертных оценок недостаточно для обретения статуса «ученый мирового уровня»? Этот статус

должен быть обязательно подтвержден наличием публикаций с высокой цитируемостью, причем обязательно в интернационализированном пространстве?

«Экспертная оценка» зависит (или должна зависеть) от публикационной активности ученого. Без знакомства с деятельностью ученого, составить впечатление о которой можно только прочитав его статьи, оценить его профессиональный уровень невозможно. Наиболее распространенный и удобный способ коммуникации с научным сообществом, которому ученый принадлежит – это статьи в журналах (в том числе и online). Опубликованные статьи читают и, соответственно, цитируют или не цитируют. Но «цитируемость» зависит и от того, в каком журнале напечатана работа. Без преувеличения могу сказать, что есть журналы, которые не читают или читают только авторы опубликованных в них статей. В таких журналах публиковаться не рекомендую: о вашей статье никто никогда не узнает.

Корр.: Когда к Вам пришло понимание, что построение профессиональной карьеры и построение публикационной карьеры – это взаимосвязанные, но разные аспекты академической деятельности? Иными словами, можно быть большим профессионалом в медицине, не построив публикационной карьеры?

В клинической медицине академическая карьера не всегда зависит от публикационной карьеры, по крайней мере, в России. Была попытка использовать наукометрические показатели при избрании членов РАН. Однако из этого ничего не получилось. Частично, это связано с тем, что в клинической медицине, особенно в хирургии, можно быть «высоким профессионалом» без «высокого Хирша». Это не касается других медицинских научных дисциплин, подчеркиваю, «научных» дисциплин. В них, как и в других немедицинских научных специальностях, статус «ученого мирового уровня» должен быть подтвержден наличием публикаций с высокой цитируемостью на международном уровне.

Вместе с тем, известны примеры хирургов-ученых с «мировым именем», которые внесли колоссальный вклад в клиническую науку: так, итальянец Умберто Веронези не только разработал метод органосохраняющей операции (квадрантэктомии) при ранних формах рака молочной железы, но и провел рандомизированное клиническое исследование, доказав, что органосохраняющие операции не уступают в эффективности калечащим операциям – расширенной мастэктомии.

Никогда не ставил перед собой цель – построение научной карьеры на основании публикационной активности. Когда я начинал заниматься наукой, о наукометрии никто и не слышал. Однако мы писали статьи и публиковали их, почти исключительно в отечественных журналах, и интерес к ним зависел от оригинальности работы, от ее методического уровня. В результате нас узнавали дома, а иногда и за рубежом, так как некоторые журналы или отдельные статьи переводились на английский язык.

Корр.: Приходилось ли Вам менять исследовательский фокус в угоду конъюнктуре трендов в Вашей предметной области, поскольку все, что связано с научными фронтами обречено на более высокое цитирование?

Не менять, а расширять свою область интересов. И не в угоду конъюнктуре, а в результате естественного развития дисциплины. Из моей предметной области, эпидемиологии, выделилось новое «дочернее» направление – молекулярная эпидемиология. Ее истоки – классическая эпидемиология и молекулярная биология. Работы в области молекулярной эпидемиологии могут быть предложены и имеют достаточно

высокий шанс быть опубликованными в журналах с высочайшим импакт-фактором, например, Nature и Nature Genetics. Соответственно, и высокая цитируемость этих статей.

Корр.: Вы являлись приглашенным профессором Оксфордского университета и Международного агентства по изучению рака в Лионе. Насколько важно быть участником международных коллабораций и иметь аффилиацию с зарубежными исследовательскими центрами для успешной публикационной карьеры?

Международное сотрудничество очень важно в любой области науки. Осознание необходимости международного сотрудничества вылилось в создание международных консорциумов. Я и руководимый мной отдел входят в состав нескольких международных консорциумов. Отдел эпидемиологии и клинических исследований Оксфордского Университета, в котором я состоял приглашенным профессором, создает уникальные условия не только проявить себя как ученому, но и многому научиться. Там я познакомился с лучшими представителями моей профессии, с которыми я впоследствии сотрудничал. А с Международным агентством по изучению рака я по-прежнему сотрудничаю. У нас несколько совместных научных проектов, которые естественным образом выливаются в совместные статьи.

Корр.: Сколько статей Вы пишете в год? Как выбираете журнал, насколько важен для Вас его импакт-фактор?

В среднем, пишем 5 статей в год. Журнал, прежде всего, должен соответствовать содержанию статьи. И, конечно, надо взвесить, насколько высок шанс, что вашу статью опубликуют.

Корр.: Как Вы добиваетесь совершенства английского языка статьи: у Вас самого высокий уровень владения или Вы привлекаете профессионального переводчика? Как эффективнее всего совершенствовать английский язык для академического письма?

Статьи пишу я сам, так как хорошо владею английским языком с ранних лет. Убежден, что без владения иностранными языками серьезно заниматься наукой невозможно.

Единственный способ совершенствовать академический английский язык – внимательно

читать статьи не только с точки зрения их научного содержания, но и стилистики. А статьи на английском я читаю практически каждый день. Однако знание английского языка – не главный критерий «успешной публикационной карьеры». Всегда можно прибегнуть к помощи профессионального переводчика. Главное – высокое качество работы, ее актуальность, новизна проблемы, интересное и методически выверенное ее решение и т.д.

Корр.: Какова средняя продолжительность рассмотрения статьи в высокорейтинговом международном журнале?

Серьезные журналы или сразу отвергают статью или принимают ее для рассмотрения рецензентами. Последнее занимает не больше 2–3 недель. В общей сложности 1,5–2 месяца.

Корр.: Какие замечания чаще всего делали рецензенты Ваших статей, как на них правильно реагировать?

Чаще всего претензии к статистическому анализу. В большинстве солидных журналов работают высококвалифицированные редакторы-статистики. Им возражать не советую. Принимайте их замечания и советы, а главное учитесь у них.

Корр.: Чем процедура подготовки статей к публикации в престижных зарубежных журналах принципиально отличается от практики

и моделей действий редакций отечественных изданий?

Это качественно другой уровень. Значительно более высокие требования и, соответственно, строгий отбор. В большинстве высокорейтинговых журналов публикуют не более 5–10% статей из поступивших для рассмотрения работ. Например, Lancet публикует не более 5% поступивших статей. А Nature на первом же этапе, т.е. на основании внутренней редакционной оценки, отвергает 80% поступивших статей.

Корр.: Какие советы Вы дадите молодым российским ученым, осознающим, что публикационная карьера не складывается сама по себе, а предполагает выполнение целой совокупности правил и условий?

Критично относиться к своей научной работе. Оценивать ее в сравнении с лучшими образцами. Не расценивать отказ в публикации как личную обиду. Внимательно относиться к замечаниям и пожеланиям рецензентов, в своем большинстве они более квалифицированы и опытны, чем вы. Не трактовать отказ в публикации мотивами ненаучного характера.

В заключении привожу совет Джеймса Уотсона молодым ученым, которому я, не ведая этого, всегда следовал: «избегать скучных результатов». Я бы добавил: «тривиальных результатов».

*Беседу с Д. Г. Заридзе провела Н. Г. Куракова,
ответственный редактор журнала
«Общественное здоровье».*

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРАВИЛЬНОМУ ПИТАНИЮ

В.П. ЧИГРИНА¹, Д.С. ТЮФИЛИН¹, О.С. КОБЯКОВА¹, О.О. САЛАГАЙ²

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

² Министерство здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-7-16

Аннотация

Введение. Рост числа заболеваний, связанных с неправильным питанием, достиг глобальных масштабов и стал серьезной проблемой для систем здравоохранения во всем мире. К примеру, в США ожирением страдает около 36% взрослого населения, в России, Грузии и Республике Беларусь этот показатель колеблется от 21% до 24%. Зарубежный опыт (Нидерланды и США) иллюстрирует, что представление населения о правильном питании является нереалистичным: недооцененность высокого потребления жиров, низкого – овощей и фруктов и т.п., относительно их суточной нормы, заблуждение в оценке сбалансированности собственного рациона и др. **Цель исследования:** изучить приверженность населения правильному питанию и определить факторы, влияющие на выбор людей. **Материалы и методы.** В настоящей работе использовался метод анкетирования с применением разработанного опросника, состоявшего из семи блоков и 46 вопросов. Статистический анализ данных проведен с использованием программ Statistica for Windows version 10.0 и R-studio. **Результаты.** В опросе приняли участие 2731 респондентов старше 18 лет (45,7% мужчин и 54,3% женщин) из 85 субъектов Российской Федерации. Только 5% (n = 136) ответили, что постоянно придерживались правильного питания, большая доля предпочитала не делать этого совсем (43,4%, n = 1186) и треть – время от времени (37,3%, n = 1018). Кроме того, важно, что 14,3% респондентов (n = 391) затруднялись ответить на вопрос, что, скорее всего, связано с непониманием того, что включает в себя понятие «правильное питание». Параметрами, связанными с соблюдением респондентами правильного питания, являлись женский пол, высокое финансовое положение и регулярный прием завтрака. Кроме того, у некурящих, а также лиц, которые при выборе продуктов питания в магазине обращали внимание на состав, калорийность и надпись «Без ГМО»/ «Без сахара»/ «Здоровое питание», шанс придерживаться правильного питания был выше по сравнению с остальными участниками. **Заключение.** Необходимо повышать приверженность и информированность населения о правильном питании, фокусируясь, в первую очередь, на мужчинах, лицах с ожирением, низким финансовым положением, работаниках/служащих/специалистах, курящих, часто принимавших пищу в ночное время, а также питавшихся дома полуфабрикатами.

Ключевые слова: правильное питание, мнение, приверженность, факторы, население, Российская Федерация.

Для цитирования: Чигрина В.П., Тюфилин Д.С., Кобякова О.С., Салагай О.О. Приверженность населения Российской Федерации правильному питанию. Общественное здоровье. 2024; 3(4):7–16, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-7-16

Контактная информация: Чигрина Валерия Петровна, e-mail: chigrinavp@mednet.ru

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 05.04.2024. **Статья принята к печати:** 20.05.2024. **Дата публикации:** 25.09.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-7-16

THE COMMITMENT OF THE POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION TO HEALTHY NUTRITION

V.P. Chigrina¹, D.S. Tyufilin¹, O.S. Kobyakova¹, O.O. Salagay²

¹ Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia;

² Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. The increase in the number of diseases associated with malnutrition has reached global proportions and has become a serious problem for health systems around the world. For example, in the United States, about 36% of the adult population is obese, in Russia, Georgia and the Republic of Belarus this figure ranges from 21% to 24%. Foreign experience (the Netherlands and the USA) illustrates that the population's idea of proper nutrition is unrealistic: underestimation of high fat intake, low consumption of vegetables and fruits, etc., relative to their daily allowance, misconception in assessing the balance of their own diet, etc. **The purpose of the study:** to study the commitment of the population to proper nutrition and to determine the factors influencing people's choice. **Materials and methods.** In this work, a questionnaire method was used using

a developed questionnaire consisting of seven blocks and 46 questions. Statistical analysis of the data was carried out using the programs Statistica for Windows version 10.0 and R-studio. *Results.* 2,731 respondents over the age of 18 (45.7% men and 54.3% women) from all regions of the Russian Federation took part in the survey. Only 5% (n = 136) replied that they constantly adhered to proper nutrition, a large proportion preferred not to do it at all (43.4%, n = 1,186) and a third – from time to time (37.3%, n = 1,018). In addition, it is important that 14.3% of respondents (n = 391) found it difficult to answer the question, which is most likely due to a lack of understanding of what the concept of «proper nutrition» includes. The parameters related to the observance of proper nutrition by the respondents were female gender, high financial status and regular breakfast intake. In addition, non-smokers, as well as people who, when choosing food in the store, paid attention to the composition, calorie content and the inscription «GMO-free»/ «Sugar-free»/ «Healthy food», had a higher chance of adhering to a proper diet compared to the rest of the participants. *Conclusion.* It is necessary to increase the commitment and awareness of the population about proper nutrition, focusing primarily on men, obese people, low financial status, workers/employees/specialists, smokers, who often ate at night, ate semi-finished products at home, and ate everything that was on the plate to the end.

Key words: commitment, healthy nutrition, opinion, commitment, factors, population, Russian Federation.

For citation: Chigrina V.P., Tyufilin D.S., Kobayakova O.S., Salagay O.O. The commitment of the population of the Russian Federation to healthy nutrition. Public health. 2024; 3(4):7–16, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-7-16

For correspondence: Valeriya P. Chigrina, e-mail: chigrinavp@mednet.ru

Funding: The study had no sponsorship.

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

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Нерациональное питание является одним из главных факторов риска возникновения хронических неинфекционных заболеваний, таких как ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь [1–3]. Рост числа заболеваний, связанных с неправильным питанием, достиг глобальных масштабов и стал серьезной проблемой для систем здравоохранения во всем мире [4–6]. Так, например, в США ожирением страдает около 36% взрослого населения, в России, Грузии и Республике Беларусь этот показатель колеблется от 21% до 24% [7].

На пищевое поведение человека влияет множество факторов, среди которых значительную роль играют демографические и социально-экономические характеристики, включая семейные традиции, рекламу и СМИ [8–12]. Предыдущие исследования, проведенные в Нидерландах и США, показали, что представление населения о правильности питания было нереалистичным: треть респондентов недооценивали потребление жиров или считали их потребление «почти правильным», когда оно было высоким; у 30–38% отмечалось неправильное представление о потреблении овощей и фруктов; 40% считали свой рацион более здоровым, чем он был на самом деле [13,14].

Для более глубокого понимания настоящей ситуации в Российской Федерации проведено одномоментное наблюдательное исследование приверженности населения правильному питанию, которое позволило не только оценить распространенность нерационального питания, но и выделить его факторы, а также группы риска.

Цель исследования: изучить приверженность населения правильному питанию и определить факторы, влияющие на выбор людей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящей работе использовался метод анкетирования с применением опросника, состоявшего из семи блоков и 46 вопросов: общая характеристика респондентов, приверженность правильному питанию, диетическое питание, режим питания, рацион питания, традиции питания, культура питания. Для проверки содержательной валидности анкеты проведена серия фокус-групп (n = 21 человек). Заполнение электронного вопросника проводилось по 85 субъектам регионов Российской Федерации с использованием российской платформы «Online Marketing Intelligence», сертифицированной по обновленному стандарту ISO 20252:2019 и располагающей онлайн-панелью для проведения репрезентативного опроса населения Российской Федерации. При регистрации на платформе респонденты заполняют анкету, в которой отражаются основные социально-демографические характеристики, на основании которых происходят точечные, таргетные рассылки на опросы.

По итогам опроса респондент может получить один из статусов: complete – успешное завершение интервью, screen out – респондент не подошел по условиям скринера в анкете, drop out – респондент прервал прохождение анкеты и не прошел ее до конца. Отклик на проведение

опроса составляет в среднем 15–20%. Стандар-тно в исследованиях выставляются квоты на социально-демографические характеристики респондентов, в соответствии с которыми набирается число компитов (респондентов, успешно завершивших интервью) в определенных заданных пропорциях.

Статистический анализ данных проведен с использованием программ Statistica for Windows version 10.0 и R-studio. Качественные данные представлены в виде абсолютных и относительных частот, количественные – в виде среднего арифметического (M) и стандартного отклонения ($\pm SD$).

Распределение изучаемых признаков проверялось с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для оценки достоверности различий между двумя независимыми группами при ненормальном распределении признака использовался критерий Манна-Уитни, при нормальном – t-критерий Стьюдента. Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для оценки связи между определенным исходом и его предикторами в бинарных группах использовалось отношение шансов. Для определения вероятности наступления определенного события построена модель логистической регрессии.

Результаты этической экспертизы

Исследование получило одобрение этического комитета по экспертизе социологических исследований в сфере общественного здравоохранения при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (Заключение № 2/2023 от 31.08.2023).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая характеристика участников исследования

Всего в опросе приняли участие 2 731 респондентов старше 18 лет (45,7% мужчин и 54,3% женщин) из 85 субъектов Российской Федерации, средний возраст участников – 42,5 года (18–84).

Более половины опрошенных были замужем/женаты (51,6%, $n = 1410$), и пятая часть никогда не состояла в браке (19,0%, $n = 518$). Подавляющее большинство имели детей (70,6%, $n = 1\,927$) и проживали в городе (89,6%, $n = 1\,259$). В таблице 1 представлена подробная социально-демографическая характеристика респондентов.

Приверженность респондентов правильному питанию оценивалась с использованием прямого вопроса: «Придерживаетесь ли Вы правильного питания?», то есть анализу подвергалось субъективное восприятие граждан.

Только 5% ($n = 136$) ответили, что постоянно придерживались правильного питания, большая доля предпочитала не делать этого совсем (43,4%, $n = 1\,186$) и треть – время от времени (37,3%, $n = 1\,018$). Кроме того, важно, что 14,3% респондентов ($n = 391$) затруднялись ответить на вопрос, что, скорее всего, связано с непониманием того, что включает в себя понятие «правильное питание» (рис. 1).

При сравнении группы респондентов, ответивших, что они придерживались правильного питания, с группой не придерживавшихся правильного питания, во второй обнаружено статистически значимо больше мужчин (49,9%), лиц с ожирением (23,1%), крайне низким (3,2%) и низким (16,3%) финансовым положением, работников/служащих/специалистов (53,6%), курящих (48,5%), часто

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика респондентов

Параметр	n	%
Пол		
Мужской	1249	45,7
Женский	1482	54,3
Возраст		
18–24	309	11,3
25–34	686	25,1
35–44	610	22,3
45–54	467	17,1
55–64	393	14,4
65+	266	9,7

Продолжение таблицы 1

Параметр	n	%
Тип населенного пункта		
Городской (город или поселок городского типа)	1259	89,6
Сельский (остальные)	146	10,4
Уровень образования		
Законченное среднее (школа, лицей, гимназия)	385	14,1
Среднее специальное или техническое (ПТУ, техникум, училище)	1049	38,4
Незаконченное высшее (не меньше 3-х курсов вуза)	164	6,0
Высшее образование (бакалавриат, магистратура, специалитет, аспирантура)	1133	41,5
Семейное положение		
Замужем (женат)	1410	51,6
Сожительствую	268	9,8
Разведен(а)	365	13,4
Вдовец (вдова)	170	6,2
Никогда не состоял(а) в браке	518	19,0
Наличие детей		
Да	1927	70,6
Нет	804	29,4
Социально-профессиональная категория		
Руководитель	107	3,9
Самозанятый	210	7,7
Предприниматель	61	2,2
Работник/служащий/специалист	1386	50,8
Безработный	270	9,9
Пенсионер	551	20,2
Студент	168	6,2
Финансовое положение		
Не хватает денег даже на еду (крайне низкое)	71	2,6
Денег хватает на еду, но покупка одежды и оплата коммунальных услуг вызывает затруднения (низкое)	386	14,1
Денег хватает на еду и одежду, но покупка бытовой техники вызывает затруднения (среднее)	1228	44,9
Денег хватает на одежду, еду и бытовую технику, но покупка автомобиля, квартиры или дачи вызывает затруднения (выше среднего)	972	35,6
Средств хватает чтобы купить все, что нужно (высокое)	74	2,7
Федеральный округ		
Центральный федеральный округ	769	28,2
Северо-Западный федеральный округ	276	10,1
Южный федеральный округ	316	11,6
Северо-Кавказский федеральный округ	185	6,8
Приволжский федеральный округ	516	18,9
Уральский федеральный округ	197	7,2
Сибирский федеральный округ	321	11,6
Дальневосточный федеральный округ	155	5,7

Источник: составлено авторами на основании опроса населения Российской Федерации.



Рис. 1. **Придерживаются ли респонденты правильного питания, %**

Источник: составлено авторами на основании опроса населения Российской Федерации.

принимавших пищу в ночное время (8,9%), а также питавшихся дома полуфабрикатами (24,6%).

В группе респондентов, придерживавшихся правильного питания, отмечалось больше пенсионеров (23,1%); лиц с высшим образованием (50,0%); высоким финансовым положением (42,8%); наличием хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (35,4%) и аллергии на продукты питания (20,7%). Кроме того, в группе придерживавшихся правильного питания, обнаружено больше тех, кто получал информацию о правильном питании (62,5%); использовал Телеграм-каналы (30,5%), научно-популярную литературу (17,2%) и мнение (знания) врача на приеме (32,2%) в качестве основных источников информации о правильном питании; регулярно завтракал (80,6%) и ужинал (83,3%); готовил еду самостоятельно (71,5%) и отдельно для каждого члена семьи (14,5%); учил своих детей основам

правильного питания (51,9%), и кого учили в детстве этому (40,5%); а также тех, у кого в семье присутствовали традиции питания (49,3%), $p < 0,05$ для всех сравнений. По остальным параметрам, представленным в исследовании, статистически значимой разницы не выявлено ($p > 0,05$) (табл. 2).

Из тех, кто сообщил, что всегда или иногда придерживался правильного питания ($n = 1\,154$), 84,9% ($n = 980$) делали это по причине пользы для здоровья, 28,3% ($n = 980$) – так как полезное питание позволяет поддерживать тело в спортивной форме. При этом больше половины участников сообщили, что им тяжело придерживаться правильного питания (62,1%, $n = 671$) (рис. 2).

Параметрами, при которых повышался шанс правильного питания, являлись женский пол (в 1,3 раза), высокое финансовое положение (в 1,6 раз) и регулярный прием завтрака (в 1,6 раз). Кроме того, у некурящих (в 1,3 раза), а также лиц,

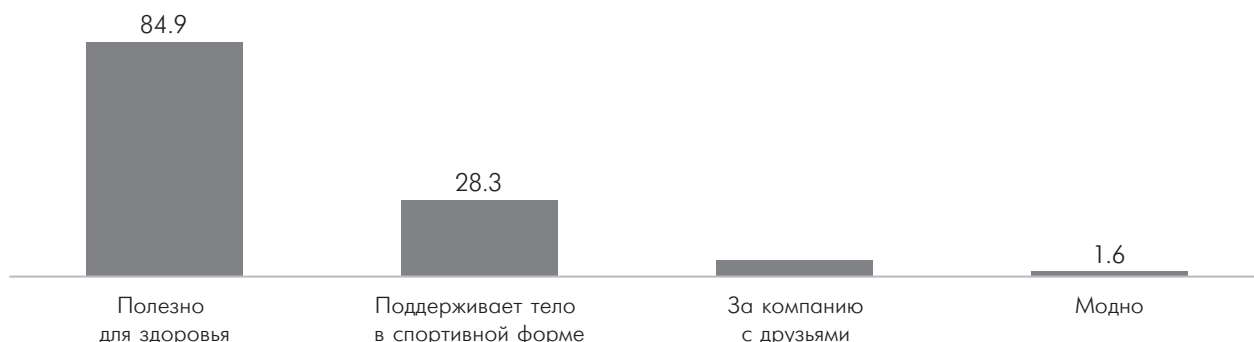


Рис. 2. **Причины, по которым респонденты придерживались правильного питания, %**

Источник: составлено авторами на основании опроса населения Российской Федерации.

Группы респондентов по правильному питанию

Параметр		Придерживались правильного питания, по мнению респондентов	Не придерживались правильного питания, по мнению респондентов	p-уровень
Пол	Мужской	40,0	49,9	0,01
	Женский	60,0	50,1	< 0,001
Средний индекс массы тела, кг/м ²		25,8 ± 5,5	26,5 ± 5,9	0,003
Наличие ожирения, %		19,8	23,1	0,03
Наличие высшего образования, %		50,0	35,3	< 0,001
Работник/служащий/специалист, %		46,8	53,6	0,002
Пенсионер, %		23,1	18,0	0,02
Финансовое положение	Крайне низкое, %	1,8	3,2	< 0,001
	Низкое, %	11,2	16,3	
	Среднее, %	40,9	47,9	
	Высокое, %	42,8	30,3	
	Крайне высокое, %	3,3	2,3	
Наличие хотя бы одного хронического заболевания ЖКТ, %		35,4	24,1	< 0,001
Наличие аллергии на продукты питания, %		20,7	12,8	< 0,001
Курили, %		35,7	48,5	< 0,001
Получали информацию о правильном питании, %		62,5	30,8	< 0,001
Источник информации о правильном питании – Телеграм-каналы, %		30,5	22,7	0,02
Источник информации о правильном питании – научно-популярная литература, %		17,2	9,5	0,003
Источник информации о правильном питании – врач на приеме, %		32,2	22,3	0,003
Регулярно завтракали, %		80,6	61,3	< 0,001
Регулярный прием второго завтрака, %		12,5	6,9	0,01
Регулярно ужинали, %		83,3	76,8	0,004
Частые ночные приемы пищи, %		4,1	8,9	0,03
Если пропустили прием пищи, то компенсировали его объем в следующий раз, %		62,2	53,3	< 0,001
Питались полуфабрикатами, %		18,8	24,6	0,009
Самостоятельно готовили еду, %		71,5	65,2	0,006
Приготовление еды отдельно для каждого члена семьи, %		14,5	8,1	< 0,001
Обучение детей основам правильного питания, %		51,9	25,2	< 0,001
В детстве респондентов учили основам правильного питания, %		40,5	23,6	< 0,001
Наличие семейных традиций питания, %		49,3	24,1	< 0,001
В семье принимали пищу вместе, %		73,8	61,3	< 0,001
Наличие чувства стыда, если не доедали все, что находится в тарелке до конца, %		27,4	21,6	< 0,001
Доедали все, что находится в тарелке, до конца, %		57,7	59,2	< 0,001

Примечание: p – уровень статистической значимости; данные представлены в виде среднего и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$)

Источник: составлено авторами на основании опроса населения Российской Федерации.

которые при выборе продуктов питания в магазине обращали внимание на состав (в 1,5 раза), калорийность (в 1,9 раз) и надпись «Без ГМО»/ «Без сахара»/ «Здоровое питание» (в 1,2 раза), шанс придерживаться правильного питания был выше по сравнению с остальными участниками.

Параметрами, субъективно снижавшими шансы правильного питания респондентов, являлись наличие ожирения, отсутствие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и аллергии на продукты питания, прием пищи только в свободное время, отсутствие традиций питания в семье. Помимо этого, у респондентов, не считавших калорийность принимаемой пищи и не

компенсировавших прием пищи при пропуске прошлого, шанс придерживаться правильного питания был ниже по сравнению с остальными участниками (табл. 3).

Среди респондентов, ответивших, что они придерживались правильного питания (42,3%, $n = 1\,154$), (57,5%, $n = 663$) имели нерациональный режим питания (частые ночные приемы пищи; пропуски приемов пищи; компенсирование приема пищи в случае пропуска прошлого; прием пищи только в свободное время; частое прерывание приема пищи, а также окончание трапезы после того, как респонденты съедали все, что находилось в тарелке) (рис. 3).

Таблица 3

Параметры, связанные с правильным питанием

Параметр	Влияние	ОШ (95% ДИ)
Принимали во внимание калорийность продуктов при их покупке в магазине	↑	1,869 (1,614–2,157)
Принимали во внимание пользу продуктов при составлении рациона питания	↑	1,630 (1,375–1,940)
Регулярно завтракали	↑	1,626 (1,371–1,937)
Финансовое положение выше среднего	↑	1,561 (1,029–2,507)
Принимали во внимание состав продуктов при их покупке в магазине	↑	1,503 (1,326–1,706)
Женский пол	↑	1,302 (1,076–1,578)
Не курят	↑	1,262 (1,038–1,544)
Обращали внимание на надпись «Без ГМО»/ «Без сахара»/ «Здоровое питание» при покупке продуктов в магазине	↑	1,234 (1,039–1,463)
Отсутствие аллергии на продукты питания	↓	0,804 (0,696–0,931)
Отсутствие хронических заболеваний ЖКТ	↓	0,787 (0,695–0,892)
Наличие ожирения	↓	0,752 (0,584–0,963)
Не считали калорийность принимаемой пищи	↓	0,735 (0,584–0,934)
Никогда не компенсировали прием пищи при пропуске прошлого	↓	0,730 (0,565–0,956)
Прием пищи в свободное время	↓	0,645 (0,516–0,799)
Отсутствие семейных традиций питания	↓	0,642 (0,466–0,880)

Источник: составлено авторами на основании опроса населения Российской Федерации.

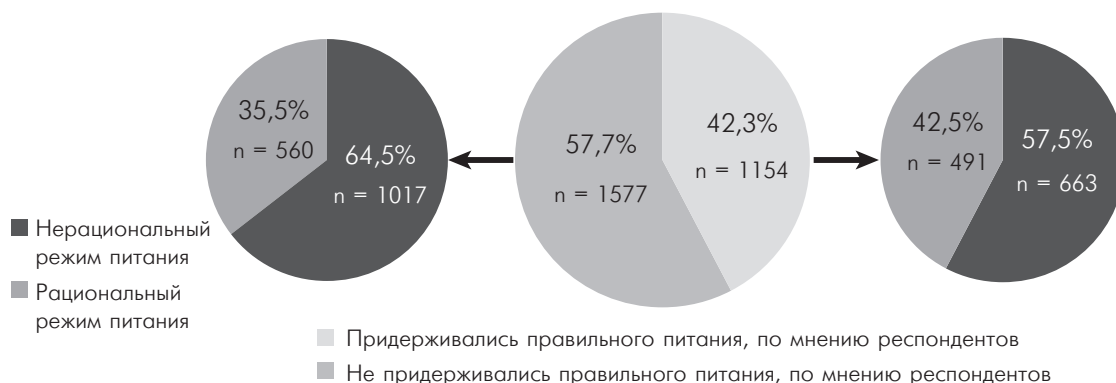


Рис. 3. Характеристика респондентов, придерживавшихся и не придерживавшихся правильного питания, %

Источник: составлено авторами на основании опроса населения Российской Федерации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данные, полученные в настоящем исследовании, отличаются от результатов зарубежных и отечественных работ. Так, в мексиканском исследовании Batis et al. (2020) с участием 989 респондентов, 60% считали свой рацион правильным [15]. В российском исследовании Шулаева и др. (2019; $n = 2\,346$) 17,5% респондентов всегда придерживались здорового питания, что выше по сравнению с ответами участников настоящего исследования. Аналогично настоящему исследованию, женщины были более привержены здоровому питанию, нежели мужчины ($p < 0,001$) [16].

Наряду с этим, по ряду факторов, связанных с правильным питанием, выявлены схожие результаты. Так, аналогично настоящему исследованию в иранской работе Mousavi et al. (2022; $n = 1\,528$) люди, которые обедали и ужинали в соответствующее время дня, более успешно придерживались правильного питания [17]. Исследователями из Ганы, Mogre et al. (2027; $n = 187$) показано, что женщины и люди с более высоким уровнем образования демонстрировали лучшую приверженность правильному питанию по сравнению с остальными участниками ($r = 0,223$, $p = 0,002$) [18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лишь 5% респондентов придерживались правильного питания, а 14,3% вовсе затруднялись ответить на поставленный вопрос, что свидетельствует о непонимании людьми сути правильного питания. В связи с этим необходимо повышать приверженность и информированность населения о правильном питании.

Поскольку среди респондентов, не придерживавшихся правильного питания и имевших нерациональный режим питания, зарегистрирована большая доля лиц с низким финансовым положением, а также лиц, обращавших внимание на цену и наличие скидки при покупке продуктов питания в магазине, необходимо введение систем скидок и льгот для населения при покупке здоровых продуктов и участие их в программе лояльности для поощрения правильного питания. Эффективной мерой станет разработка государственных программ, предоставляющих семьям с низким доходом доступ к дополнительным продуктам питания или продовольственным картам, в том числе через взаимодействие с частными предприятиями в сфере общественного питания.

Также важным мероприятием может стать поддержка местных продовольственных инициатив, включая фермерские рынки, где можно приобрести свежие и доступные по цене продукты; содействие созданию общественных садов и огородов, где люди могут выращивать свои продукты.

Поскольку наличие традиций питания в семьях были ассоциированы с правильным питанием, необходимо поощрять, популяризировать и масштабировать данный опыт, путем проведения конкурсов на самые креативные семейные традиции питания, инициировать семейные образовательные мероприятия.

При этом, по результатам исследования, при реализации вышеназванных мероприятий необходимо фокусироваться на мужчинах, лицах с ожирением, низким финансовым положением, работах/служащих/специалистах, курящих, часто принимавших пищу в ночное время, а также питавшихся дома полуфабрикатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mazidi M., Pennathur S., Afshinnia F. Link of dietary patterns with metabolic syndrome: analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey // *Nutr Diabetes*. 2017. Vol. 7, № 3. P. e255.
2. Rezagholizadeh F. et al. A posteriori healthy dietary patterns may decrease the risk of central obesity: findings from a systematic review and meta-analysis // *Nutr Res*. 2017. Vol. 41. P. 1–13.
3. Smethers A.D., Rolls B.J. Dietary Management of Obesity: Cornerstones of Healthy Eating Patterns // *Med Clin North Am*. 2018. Vol. 102, № 1. P. 107–124.
4. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis // *Nat Rev Endocrinol*. 2019. Vol. 15, № 5. P. 288–298.
5. Tremmel M. et al. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review // *Int J Environ Res Public Health*. 2017. Vol. 14, № 4. P. 435.
6. World Health Organization (2016) Obesity and overweight: Fact sheet. URL: www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/obesity/en/.
7. WHO acceleration plan to stop obesity, 2023.
8. Mertens E. et al. Geographic and socioeconomic diversity of food and nutrient intakes: a comparison of four European countries // *Eur J Nutr*. 2019. Vol. 58, № 4. P. 1475–1493.
9. Mello A.V. de et al. Social determinants, lifestyle and diet quality: a population-based study from the 2015 Health

- Survey of São Paulo, Brazil // *Public Health Nutr.* 2020. Vol. 23, № 10. P. 1766–1777.
10. Whitelock E., Ensaft H. On Your Own: Older Adults' Food Choice and Dietary Habits // *Nutrients.* 2018. Vol. 10, № 4. P. 413.
 11. Никитина О.В. Культура питания российской молодежи. Практическая философия: состояние и перспективы: Сборник материалов III научной конференции, Симферополь, 17–18 мая 2020 года. Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2020: 176–180.
 12. Egg S. et al. Traditional v. modern dietary patterns among a population in western Austria: associations with body composition and nutrient profile // *Public Health Nutr.* 2019. Vol. 22, № 3. P. 455–465.
 13. Lechner L., Brug J., De Vries H. Misconceptions of Fruit and Vegetable Consumption: Differences between Objective and Subjective Estimation of Intake // *Journal of Nutrition Education.* 1997. Vol. 29, № 6. P. 313–320.
 14. Variyam J.N., Shim Y., Blaylock J. Consumer Misperceptions of Diet Quality // *Journal of Nutrition Education.* 2001. Vol. 33, № 6. P. 314–321.
 15. Batis C. et al. Self-perception of dietary quality and adherence to food groups dietary recommendations among Mexican adults // *Nutr J.* 2020. Vol. 19, № 1. P. 59.
 16. Шулаев А.В., Улумбекова Г.Э., Китаева Э.А., Китаев М.Р. Оценка приверженности населения здоровому питанию и физической культуре (по результатам анкетирования). Вопросы питания. 2019;88(6):45–51. DOI: 10.24411/0042-8833-2019-10063.
 17. Mousavi H. et al. Determining the effective factors in predicting diet adherence using an intelligent model // *Sci Rep.* 2022. Vol. 12, № 1. P. 12340.
 18. Mogre V. et al. Adherence to and factors associated with self-care behaviours in type 2 diabetes patients in Ghana // *BMC Endocr Disord.* 2017. Vol. 17, № 1. P. 20.

REFERENCES

1. Mazidi M., Pennathur S., Afshinnia F. Link of dietary patterns with metabolic syndrome: analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey // *Nutr Diabetes.* 2017. Vol. 7, № 3. P. e255.
2. Rezagholizadeh F. et al. A posteriori healthy dietary patterns may decrease the risk of central obesity: findings from a systematic review and meta-analysis // *Nutr Res.* 2017. Vol. 41. P. 1–13.
3. Smethers A.D., Rolls B. J. Dietary Management of Obesity: Cornerstones of Healthy Eating Patterns // *Med Clin North Am.* 2018. Vol. 102, № 1. P. 107–124.
4. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis // *Nat Rev Endocrinol.* 2019. Vol. 15, № 5. P. 288–298.
5. Tremmel M. et al. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review // *Int J Environ Res Public Health.* 2017. Vol. 14, № 4. P. 435.
6. World Health Organization (2016) Obesity and overweight: Fact sheet. URL: www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/obesity/en/.
7. WHO acceleration plan to stop obesity, 2023.
8. Mertens E. et al. Geographic and socioeconomic diversity of food and nutrient intakes: a comparison of four European countries // *Eur J Nutr.* 2019. Vol. 58, № 4. P. 1475–1493.
9. Mello A.V. de et al. Social determinants, lifestyle and diet quality: a population-based study from the 2015 Health Survey of São Paulo, Brazil // *Public Health Nutr.* 2020. Vol. 23, № 10. P. 1766–1777.
10. Whitelock E., Ensaft H. On Your Own: Older Adults' Food Choice and Dietary Habits // *Nutrients.* 2018. Vol. 10, № 4. P. 413.
11. Nikitina O. V. Nutrition culture of Russian youth. Prakticheskaya filosofiya: sostoyanie i perspektivy: Sbornik materialov III nauchnoj konferencii, Simferopol', 17–18 maya 2020 goda. Simferopol': Obshchestvo s ogranichennoj otvetstvennost'yu «Izdatel'stvo Tipografiya «Ariall», 2020: 176–180 (In Russ.).
12. Egg S. et al. Traditional v. modern dietary patterns among a population in western Austria: associations with body composition and nutrient profile // *Public Health Nutr.* 2019. Vol. 22, № 3. P. 455–465.
13. Lechner L., Brug J., De Vries H. Misconceptions of Fruit and Vegetable Consumption: Differences between Objective and Subjective Estimation of Intake // *Journal of Nutrition Education.* 1997. Vol. 29, № 6. P. 313–320.
14. Variyam J.N., Shim Y., Blaylock J. Consumer Misperceptions of Diet Quality // *Journal of Nutrition Education.* 2001. Vol. 33, № 6. P. 314–321.
15. Batis C. et al. Self-perception of dietary quality and adherence to food groups dietary recommendations among Mexican adults // *Nutr J.* 2020. Vol. 19, № 1. P. 59.
16. Shulaev A.V., Ulumbekova G.E., Kitaeva E.A., Kitaev M.R. Assessment of the population's commitment to a healthy diet and physical culture (based on the results of the survey). Voprosy pitaniya. 2019;88(6):45–51. DOI: 10.24411/0042-8833-2019-10063 (In Russ.).
17. Mousavi H. et al. Determining the effective factors in predicting diet adherence using an intelligent model // *Sci Rep.* 2022. Vol. 12, № 1. P. 12340.
18. Mogre V. et al. Adherence to and factors associated with self-care behaviours in type 2 diabetes patients in Ghana // *BMC Endocr Disord.* 2017. Vol. 17, № 1. P. 20.

ES

Compromiso de la población de la Federación de Rusia con una nutrición adecuada.

V.P. Chigrina, D.S. Tyufilin, O.S. Kobyakova, O.O. Salagay

Anotación

Introducción. El aumento del número de enfermedades relacionadas con la dieta ha alcanzado proporciones globales y se ha convertido en un desafío importante para los sistemas de atención médica en todo el mundo. Por ejemplo, en Estados Unidos, alrededor del 36% de la población adulta padece obesidad; en Rusia, Georgia y la República de Bielorrusia, esta cifra oscila entre el 21% y el 24%. La experiencia extranjera (Países Bajos y Estados Unidos) ilustra que la idea que tiene la población de una nutrición adecuada no es realista: subestimación del alto consumo de grasas, bajo consumo de verduras y frutas, etc., en relación con su ingesta diaria, conceptos erróneos al evaluar el equilibrio de la propia alimentación, etc.

Objetivo de la investigación: estudiar el compromiso de la población con una nutrición adecuada y determinar los factores que influyen en sus elecciones.

Materiales y métodos. En este trabajo se utilizó el método de encuesta mediante desarrollo de un cuestionario en línea, el cual constó de siete bloques y 46 preguntas. El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando Statistica para Windows versión 10.0 y los programas R-studio.

Resultados. En la encuesta participaron 2.731 encuestados mayores de 18 años (45,7% hombres y 54,3% mujeres) de 85 entidades constitutivas de la Federación de Rusia. Sólo el 5% (n = 136) respondió que siempre seguía una dieta saludable, una gran proporción prefería no hacerlo en absoluto (43,4%, n = 1.186) y un tercio prefería hacerlo de vez en cuando (37,3%, n = 1.018). Además, es importante que al 14,3% de los encuestados (n = 391) les resultó difícil responder la pregunta, lo que probablemente se debe a una falta de comprensión de lo que incluye el concepto de "nutrición adecuada". Los parámetros asociados con el cumplimiento de una nutrición adecuada de los encuestados fueron el sexo femenino, el alto nivel financiero y el consumo regular de desayuno. Además, los no fumadores, así como las personas que, al elegir productos alimenticios en una tienda, prestaron atención a la composición, el contenido calórico y la inscripción "Sin OGM" / "Sin azúcar" / "Comida saludable" tenían más probabilidades de seguir una dieta saludable en comparación con otros participantes. *Conclusión.* Es necesario aumentar el compromiso y la conciencia de la población sobre una nutrición adecuada, centrándose principalmente en los hombres, las personas con obesidad, baja situación financiera, los trabajadores/empleados/profesionales, los fumadores, los comedores nocturnos frecuentes y aquellos que consumen alimentos procesados en casa.

Palabras clave: nutrición adecuada, opinión, factores, población.

FR

Engagement de la population de la Fédération de Russie en faveur d'une bonne nutrition

V.P. Chigrina, D.S. Tyufilin, O.S. Kobyakova, O.O. Salagay

Annotation

Introduction. L'augmentation des maladies liées à l'alimentation a atteint des proportions mondiales et est devenue un défi majeur pour les systèmes de santé du monde entier. Par exemple, aux États-Unis, environ 36% de la population adulte souffre d'obésité; en Russie, en Géorgie et en République de Biélorussie, ce chiffre varie de 21% à 24%. L'expérience étrangère (Pays-Bas et États-Unis) illustre que l'idée de la population d'une bonne nutrition est irréaliste: sous-estimation d'une consommation élevée de graisses, faible consommation de légumes et de fruits, etc., par rapport à leur apport quotidien, fausse idée dans l'évaluation de l'équilibre de leur propre alimentation, etc.

Objectif de la recherche: étudier l'engagement de la population en faveur d'une bonne nutrition et déterminer les facteurs qui influencent les choix des gens.

Matériels et méthodes. Dans ce travail, une méthode d'enquête a été utilisée à l'aide d'un questionnaire développé, composé de sept blocs et 46 questions. L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide des programmes Statistica pour Windows version 10.0 et R-studio.

Résultats. L'enquête a porté sur 2731 personnes de plus de 18 ans (45,7% d'hommes et 54,3% de femmes) provenant de 85 entités constitutives de la Fédération de Russie. Seuls 5% (n = 136) ont répondu qu'ils suivaient toujours une alimentation saine, une grande proportion préférerait ne pas le faire du tout (43,4%, n = 1186) et un tiers préférerait le faire de temps en temps (37,3%, n = 1018). De plus, il est important de noter que 14,3% des personnes interrogées (n = 391) ont eu du mal à répondre à la question, ce qui est probablement dû à un manque de compréhension de ce qu'inclut le concept de «bonne nutrition». Les paramètres associés à l'adhésion des répondants à une bonne nutrition étaient le sexe féminin, une situation financière élevée et un petit-déjeuner régulier. De plus, les non-fumeurs, ainsi que les personnes qui, lors du choix des produits alimentaires dans un magasin, ont prêté attention à la composition, à la teneur en calories et à l'inscription "Sans OGM" / "Sans sucre" / "Alimentation saine", étaient plus susceptibles d'adhérer à une alimentation saine par rapport aux autres participants.

Conclusion. Il est nécessaire d'accroître l'engagement et la sensibilisation de la population à une bonne nutrition, en se concentrant principalement sur les hommes, les personnes souffrant d'obésité, de faible situation financière, les travailleurs/employés/professionnels, les fumeurs, les mangeurs fréquents tard le soir et ceux qui mangent des aliments transformés à la maison.

Mots clés: bonne nutrition, opinion, facteurs, population.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Чигрина Валерия Петровна – ведущий специалист управления стратегического развития здравоохранения Координационного центра по организации здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Valeriya P. Chigrina – Leading Specialist of the Department of strategic development, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia. E-mail: chigrinavp@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-5044-4836

Тюфилин Денис Сергеевич – начальник управления стратегического развития здравоохранения Координационного центра по организации здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Denis S. Tyufilin – Head of the Department of strategic development, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia. E-mail: tyufilinds@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-9174-6419

Кобякова Ольга Сергеевна – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Olga S. Kobyakova – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Director, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia. E-mail: kobyakovaos@mednet.ru, ORCID: 0000-0003-0098-1403

Салагай Олег Олегович – кандидат медицинских наук, заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Oleg O. Salagay – PhD in Medical sciences, Deputy Minister of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. E-mail: salagayOO@minzdrav.gov.ru, ORCID: 0000-0002-4501-7514

ОЖИРЕНИЕ В РОССИИ: ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПОЛОВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА С КОНЦА XX ВЕКА

С.Р. ЮСЕНКО¹, Т.С. ЗУБКОВА¹, А.С. СОРОКИН¹, Д.А. ХАЛТУРИНА¹

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-17-29

Аннотация

Введение. Рост распространенности ожирения в мире и накопленные научные данные и практические знания побудили Всемирную организацию здравоохранения объявить ожирение глобальной пандемией и всемирным кризисом в области общественного здоровья. По данным исследований, в 2015 г. 603,7 миллионов взрослых и 107,7 миллионов детей по всему миру страдали ожирением, а общая распространенность ожирения составила 12,0 и 5,0% соответственно, при этом избыточный вес стал причиной 4,0 миллионов смертей и 120 миллионов потерянных лет жизни. **Цель исследования:** оценить динамику распространенности ожирения в России и половозрастную структуру по данным различных источников. **Материалы и методы.** Произведен расчет распространенности ожирения на основе данных Росстата (2018–2023 гг.) и Российского мониторинга экономического благополучия и здоровья населения (1994–2022 гг.), рассчитана структура ожирения по половозрастным группам в динамике и структура ожирения по степеням (2022 г.). **Результаты.** По результатам расчетов на основе данных Росстата среди мужчин распространенность ожирения выросла с 17,8% в 2018 г. до 20,9% в 2023 г., среди женщин с 24,5 до 28,6% соответственно. По результатам расчетов на основе данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения среди мужчин распространенность ожирения выросла с 8,5% в 1994 г. до 16,6% в 2022 г., среди женщин с 21,1 до 27,5% соответственно. После 2012 г. не отмечается значимого прироста распространенности ожирения ни в одной из половозрастных групп за исключением, возможно, мужчин 15–24 лет и женщин в возрасте 65 лет и старше. Данные показывают, что эпидемия ожирения в России стабилизировалась, и рост распространенности ожирения в последние годы во многом объясняется старением населения. Также данные Росстата показывают прирост распространенности ожирения в период пандемии COVID-19 с 23,0% в 2019 г. до 25,0% в 2021 г. В структуре ожирения, рассчитанной на основе данных Росстата, преобладает ожирение I степени как среди мужчин (80,5%), так и среди женщин (68,1%). **Заключение.** Растущая распространенность ожирения в России, учитывая связанные с ним риски заболеваемости и смертности, вызывает опасения и требует принятия соответствующих мер в области общественного здоровья.

Ключевые слова: ожирение, общественное здоровье, распространенность ожирения, парадокс ожирения.

Для цитирования: Юсенко С.Р., Зубкова Т.С., Сорокин А.С., Халтурина Д.А. Ожирение в России: динамика распространенности и половозрастная структура с конца XX века. Общественное здоровье. 2024; 3(4):17–29, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-17-29

Контактная информация: Юсенко Софья Руслановна, e-mail: iusenko.sr@gmail.com

Финансирование: Работа выполнена в рамках государственного задания «Разработка методологических подходов прогностической оценки влияния хронических неинфекционных заболеваний, поведенческих и метаболических факторов риска на ожидаемую продолжительность жизни в России» № 720000Ф.99.1.БН62АБ40000.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 09.02.2024. **Статья принята к печати:** 26.06.2024. **Дата публикации:** 25.09.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-17-29

OBESITY IN RUSSIA: PREVALENCE DYNAMICS AND SEX AND AGE STRUCTURE SINCE THE END OF THE 20TH CENTURY

S.R. Yusenko¹, T.S. Zubkova¹, A.S. Sorokin¹, D.A. Khaltourina¹

¹ Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. The growing prevalence of obesity in the world and the accumulated scientific data and practical knowledge have prompted the World Health Organization to declare obesity a global pandemic and a worldwide public health crisis. According to research, in 2015, 603.7 million adults and 107.7 million children worldwide were obese, and the overall prevalence of obesity was 12.0 and 5.0%, respectively, while overweight caused 4.0 million deaths and 120 million lost years of life. **The purpose of the study:** to assess trends and age and sex structure of obesity prevalence in Russia according to different sources. **Materials and methods.** We calculated the prevalence of obesity using data from Rosstat (2018–2023) and the Russia Longitudinal Monitoring Survey (1994–2022), as well as the structure of obesity by sex and age groups in dynamics,

and the structure of obesity by degree (2022). *Results.* According to the results of calculations based on Rosstat data, the prevalence of obesity among men increased from 17.8% in 2018 to 20.9% in 2023, and among women from 24.5% to 28.6%, respectively. According to calculations based on data from the Russia Longitudinal Monitoring Survey, the prevalence of obesity among men increased from 8.5% in 1994 to 16.6% in 2022, and among women from 21.1% to 27.5%, respectively. After 2012, there was no significant increase in obesity prevalence in any of the age groups, with the possible exception of 15–24-year-old men and women aged 65 and older. The data suggests that the obesity epidemic in Russia has stabilized and the increase in the prevalence of obesity in recent years was largely due to the population aging. Also, Rosstat data show an increase in obesity prevalence during the COVID-19 pandemic from 23.0% in 2019 to 25.0% in 2021, while the rate remained at the same level (24.9%) in 2022. In the structure of obesity calculated on the basis of Rosstat data, obesity of the I degree prevails both among men (80.5%) and women (68.1%). *Conclusion.* The growing prevalence of obesity in Russia, given the associated risks of morbidity and mortality, raises concerns and requires appropriate public health measures.

Keywords: obesity, public health, obesity prevalence, obesity paradox.

For citation: Yusenko S.R., Zubkova T.S., Sorokin A.S., Khaltourina D.A. Obesity in Russia: prevalence dynamics and sex and age structure since the end of the 20th century. Public health. 2024; 3(4):17–29, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-17-29

For correspondence: Sofia R. Yusenko, e-mail: iusenko.sr@gmail.com

Funding: The work was carried out within the framework of the state task "Development of methodological approaches for predictive assessment of the impact of chronic noncommunicable diseases, behavioral and metabolic risk factors on life expectancy in Russia" No. 720000F.99.1.BN62AB40000.

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

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи.

ВВЕДЕНИЕ

Ожирение – хроническое заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме, представляющим угрозу здоровью [1].

Ожирение является одной из ведущих причин инвалидности и смертности в современном мире, затрагивает не только взрослых, но и детей, и подростков [2]. Все больше стран сообщают о растущей заболеваемости ожирением, и на сегодняшний день оно признано проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Рост распространенности ожирения в мире и накопленные научные данные и практические знания побудили (ВОЗ) объявить ожирение глобальной пандемией и всемирным кризисом в области общественного здоровья [3]. По данным исследований, в 2015 г. 603,7 миллионов взрослых и 107,7 миллионов детей по всему миру страдали ожирением, а общая распространенность ожирения составила 12,0 и 5,0% соответственно, при этом избыточный вес стал причиной 4,0 миллионов смертей и 120 миллионов потерянных лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (DALY) среди взрослых во всем мире [4].

Ожирение является многофакторным заболеванием. Согласно близнецовым исследованиям индекс массы тела (ИМТ) в рамках одной и той же среды зависит от наследственных факторов на 40–70%. Идентифицировано множество генов, кодирующих работу различных звеньев

регуляции массы тела и обмена веществ [5, 6, 7], также оказывают влияние различные нейроморальные механизмы [8] и факторы внешней среды [9]. При этом среди причин развития ожирения по-прежнему важная роль отводится дисбалансу между потреблением и расходом энергии [10].

Избыточная масса тела и ожирение являются факторами риска развития сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, болезней печени, желчного пузыря, пищевода, гормональных нарушений, некоторых онкологических заболеваний (рак эндометрия, молочной железы, яичников, предстательной железы, печени, желчного пузыря, почки, толстой кишки) [4, 11, 12].

Ожирение оказывает негативное влияние на экономический и социальный статус, увеличивая расходы на здравоохранение и снижая продуктивность людей и их доходы. На лечение проблем, связанных с ожирением среди взрослых, приходится до 6% всех расходов на здравоохранение в рамках Европейского региона [13].

Цель исследования: оценить динамику распространенности ожирения в России по полу и возрасту на основе репрезентативных общероссийских обследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведен расчет распространенности ожирения в Российской Федерации на данных ежегодных репрезентативных обследований, –

«Выборочного наблюдения состояния здоровья населения» (СЗН) Росстата за 2018–2023 гг. и Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (РМЭЗ) за 1994–2022 гг. Рассчитана структура ожирения по половозрастным группам в динамике (1996, 2002, 2007, 2012, 2017, 2022 гг.) и структура ожирения по степени выраженности (2022 г.). Эти обследования охватывают 45 и 60 тыс. домохозяйств соответственно, при этом в СЗН в части случаев рост и вес респондента отмечаются на основе замеров, проведенных во время опроса, а в РМЭЗ [17] показатели роста и веса записываются в них со слов респондентов. Кроме того, в работе задействованы расчеты на данных «Выборочного наблюдения рациона питания населения в 2018 г.» Росстата [15] и [16].

ВОЗ публикует оценки распространенности ожирения, реализованные в рамках проекта NCD Risk Factor Collaboration [18]. Они выполнены для 194 стран мира в промежутке с 1994 по 2016 г. при помощи математической модели. При этом оценки по России в высокой степени опираются на данные РМЭЗ.

Нами произведен расчет на данных Росстата за 2018–2023 гг. (обследование проводится с 2018 г.) для населения в возрасте 19 лет и старше, на данных РМЭЗ – за 1994–2022 гг. (за исключением 1997 и 1999 гг., когда опрос не проводился) для населения 15 лет и старше.

По данным о распространенности ожирения и недостаточной массы тела в России и мире проведен поиск на ресурсах Pubmed, Google Scholar, Cyberleninka. Используемые фильтры и ключевые слова: ожирение, избыточный вес, индекс массы тела, распространенность, заболеваемость, смертность от всех причин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты наших расчетов и оценки ВОЗ распространенности ожирения в России представлены на рис. 1 и в таблице 1.

По результатам расчетов на основе данных Росстата распространенность ожирения в 2018 г. составила 21,6%, в 2022 г. – 24,9% (прирост на 3,3 процентных пункта за 5 лет), а в 2023 году – 25,4%. По результатам расчетов на основе данных РМЭЗ

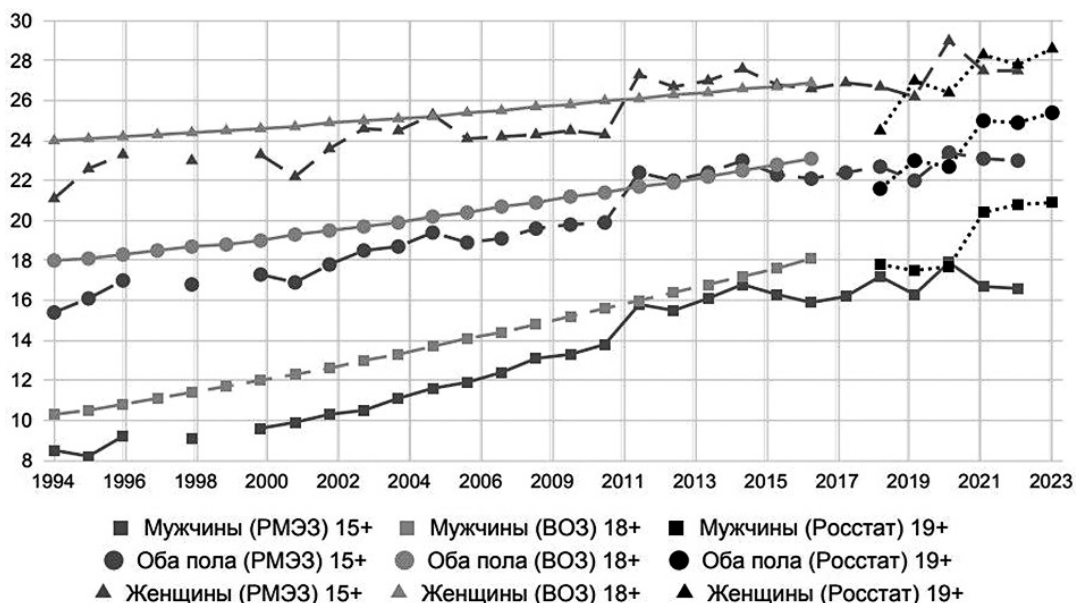


Рис. 1. Распространенность ожирения в России по полам по данным Росстата (в возрасте 19 лет и старше, 2000–2023 гг.), РМЭЗ (в возрасте 15 лет и старше, 1994–2022 гг.) и оценки ВОЗ (в возрасте 18 лет и старше, 1994–2016 гг.), %

Источники: расчеты авторов на основе данных обследования Росстата «Итоги выборочного наблюдения рациона питания населения» в 2018 г., расчеты ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России на основе данных обследований домохозяйств Росстата «Итоги выборочного наблюдения состояния здоровья населения» в 2019–2023 гг.; расчеты авторов на основе данных опросов Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) (1994–2022 гг.); оценки ВОЗ – Стандартизированная по возрасту распространенность ожирения среди взрослых (18+ лет) в 1994–2016 гг.

Таблица 1

**Показатели распространенности ожирения в России по полу по данным Росстата
(в возрасте 19 лет и старше, 1994–2023 гг.), РМЭЗ (в возрасте 15 лет и старше, 1994–2022 гг.)
и оценки ВОЗ (в возрасте 18 лет и старше, 1994–2016 гг.), %**

Год	Оба пола (РМЭЗ) 15+	Оба пола (ВОЗ) 18+	Оба пола (Росстат) 19+	Мужчины (РМЭЗ) 15+	Мужчины (ВОЗ) 18+	Мужчины (Росстат) 19+	Женщины (РМЭЗ) 15+	Женщины (ВОЗ) 18+	Женщины (Росстат) 19+
1994	15,4	18		8,5	10,3		21,1	24	
1995	16,1	18,1		8,2	10,5		22,6	24,1	
1996	17	18,3		9,2	10,8		23,3	24,2	
1997		18,5			11,1			24,3	
1998	16,8	18,7		9,1	11,4		23	24,4	
1999		18,8			11,7			24,5	
2000	17,3	19		9,6	12		23,3	24,6	
2001	16,9	19,3		9,9	12,3		22,2	24,7	
2002	17,8	19,5		10,3	12,6		23,6	24,9	
2003	18,5	19,7		10,5	13		24,6	25	
2004	18,7	19,9		11,1	13,3		24,5	25,1	
2005	19,4	20,2		11,6	13,7		25,3	25,2	
2006	18,9	20,4		11,9	14,1		24,1	25,4	
2007	19,1	20,7		12,4	14,4		24,2	25,5	
2008	19,6	20,9		13,1	14,8		24,3	25,7	
2009	19,8	21,2		13,3	15,2		24,5	25,8	
2010	19,9	21,4		13,8	15,6		24,3	26	
2011	22,4	21,7		15,8	16		27,3	26,1	
2012	22	21,9		15,5	16,4		26,7	26,3	
2013	22,4	22,2		16,1	16,8		27	26,4	
2014	23	22,5		16,8	17,2		27,6	26,6	
2015	22,3	22,8		16,3	17,6		26,8	26,7	
2016	22,1	23,1		15,9	18,1		26,6	26,9	
2017	22,4			16,2			26,9		
2018	22,7		21,6	17,2		17,8	26,7		24,5
2019	22		23	16,3		17,5	26,2		27
2020	23,4		22,7	17,9		17,7	29		26,4
2021	23,1		25	16,7		20,4	27,5		28,3
2022	23		24,9	16,6		20,8	27,5		27,8
2023			25,4			20,9			28,6

Источники: расчеты авторов на основе данных обследования Росстата «Итоги выборочного наблюдения рациона питания населения» в 2018 г., расчеты ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России на основе данных обследований домохозяйств Росстата «Итоги выборочного наблюдения состояния здоровья населения» в 2019–2023 гг.; расчеты авторов на основе данных опросов Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) (1994–2022 гг.); оценки ВОЗ – стандартизированная по возрасту распространенность ожирения среди взрослых (18+ лет) в 1994–2016 гг.

распространенность ожирения в 1994 г. составила 15,4%, а в 2022 г. – 23,0% (прирост на 7,6 процентных пункта за 28 лет). По оценкам ВОЗ распространенность ожирения в 1994 г. среди населения России составила 18,0%, а в 2016 г. – 23,1% (прирост на 5,1 процентных пунктов за 22 года).

Среди мужчин по результатам расчетов на основе данных Росстата распространенность ожирения выросла с 17,8% в 2018 г. до 20,9% в 2022 г. (прирост на 3 процентных пункта мужского населения за 5 лет), среди женщин с 24,5 до 27,8% соответственно (прирост на 3,3 процентных

пункта женского населения за 5 лет). В 2023 году распространенность ожирения среди мужчин составила 20,9%, среди женщин – 28,6%, т.е. рост продолжился.

Среди мужчин по результатам расчетов на основе данных РМЭЗ распространенность ожирения выросла с 8,5% в 1994 г. до 16,6% в 2022 г. (прирост на 8,1 процентных пункта мужского населения за 28 лет), среди женщин с 21,1 до 27,5% соответственно (прирост на 6,4 процентных пункта за 28 лет).

По оценкам ВОЗ среди мужчин распространенность ожирения выросла с 10,3% в 1994 г. до 18,1% в 2016 г. (прирост на 7,8 процентных пункта мужского населения за 22 года), среди женщин с 24 до 26,9% соответственно (прирост на 2,9 процентных пункта женского населения за 22 года).

Распространенность ожирения по возрастным группам среди мужчин и женщин в 1996, 2002, 2007, 2012, 2017 и 2022 гг. представлена на рис. 2.

Как среди мужчин, так и среди женщин во все рассмотренные годы распространенность

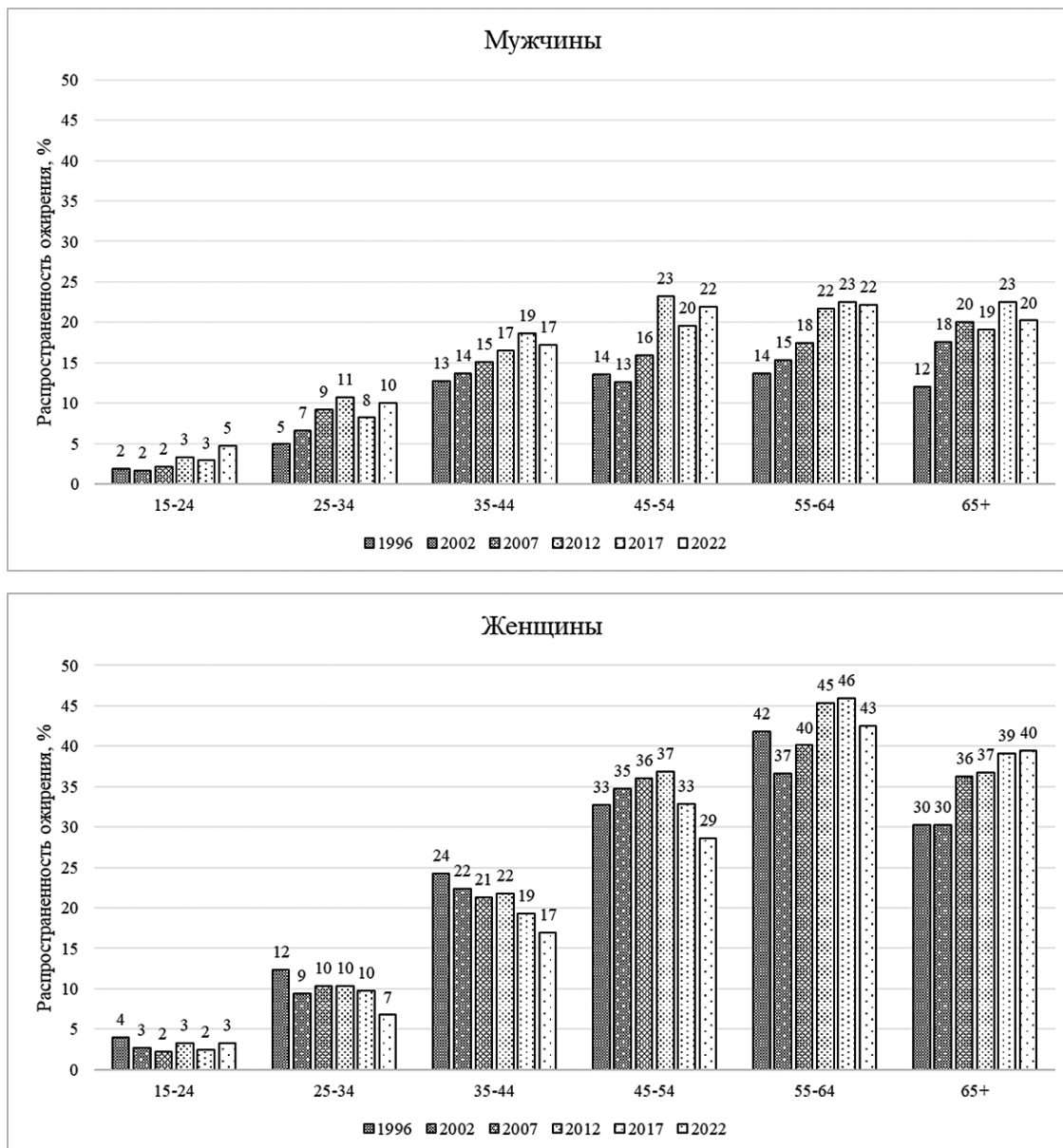


Рис. 2. Распространенность ожирения по возрастным группам в России среди мужчин и женщин в 1996, 2002, 2007, 2012, 2017 и 2022 гг., %

Источник: расчеты авторов на основе данных обследований РМЭЗ.

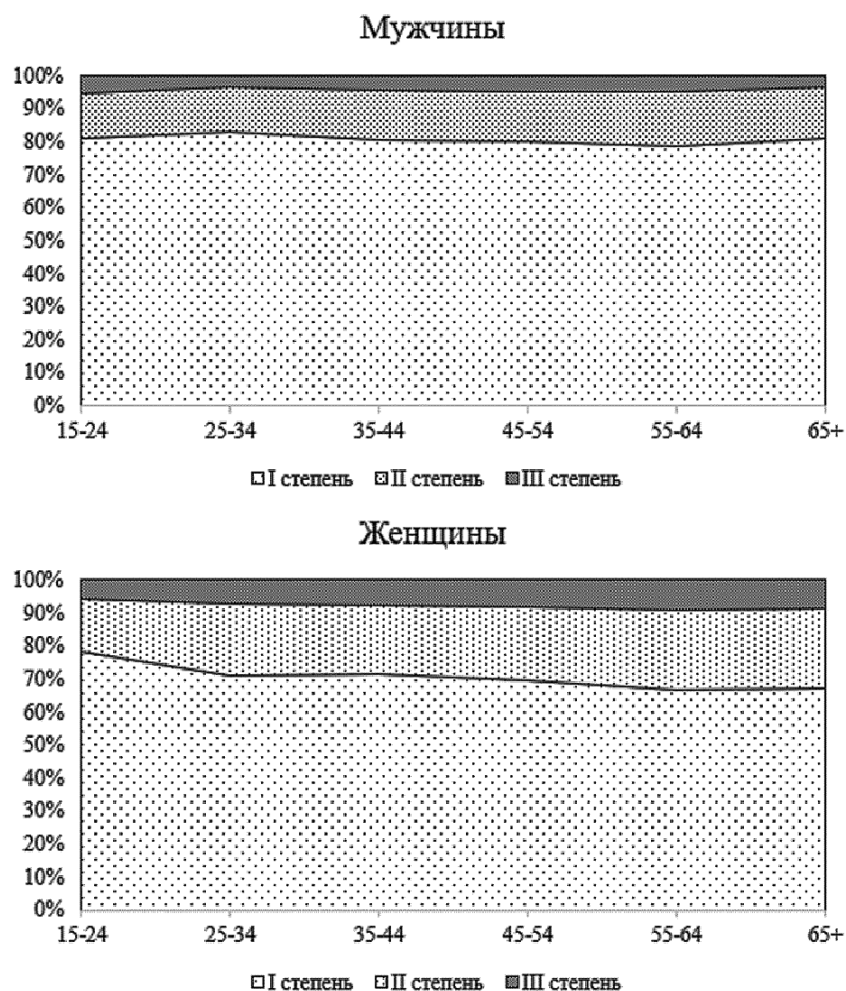


Рис. 3. Структура ожирения по степеням среди мужчин и женщин в разных возрастных группах в 2022 г. (среди тех, у кого есть ожирение), %

Источник: расчеты авторов на основе данных обследований домохозяйств Росстата «Итоги выборочного наблюдения состояния здоровья населения» в 2022 г.

ожирения растет с увеличением возраста вплоть до 65 лет, а затем несколько снижается (за исключением мужчин в 2017 г.). У женщин пик распространенности ожирения приходится на возраст 55–64 лет во всех анализируемых годах, в то время как среди мужчин он менялся со временем: в 1996 г. распространенность ожирения была сопоставима во всех возрастных группах 35 лет и старше, в 2002 и 2007 годах – распространенность ожирения была выше в старших возрастных группах (55–64 лет и старше 65 лет), в 2012 г. она была наибольшей в группе 45–54 лет, в 2017 г. – в возрастных группах 55–64 и старше 65 лет, а в 2022 г. – в возрастных группах 45–54 и 55–64 лет.

Интересно, что по данным РМЭЗ после 2012 г. мы не видим значимого прироста распространенности ожирения ни в одной из половозрастных групп за исключением, возможно, мужчин 15–24 лет и женщин в возрасте 65 лет и старше, что требует дальнейшего подтверждения.

По всей видимости, рост распространенности ожирения в России после 2012 года происходил в высокой степени за счет изменения структуры населения, то есть старения населения.

Структура ожирения по степеням среди мужчин и женщин в разных возрастных группах в 2022 г. представлена на рис. 3.

В структуре ожирения, рассчитанной на основе данных Росстата, среди мужчин доля ожирения I степени составила 80,5%, II степени составила 15,5%, III степени – 4,0%, среди женщин – 68,1; 23,6 и 8,3% соответственно.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данные по распространенности ожирения как РМЭЗ, так и Росстата показывают растущий тренд за последние десятилетия.

В целом, можно сказать, что наибольший прирост распространенности ожирения

наблюдался до 2012 г., после чего показатели ожирения почти во всех половозрастных группах стабилизировались и далее не происходило столь же активного роста распространенности. Рост распространенности ожирения в России после 2012 г. происходил в основном за счет старения населения вплоть до пандемии COVID-19 (2020–2021 гг.).

Выборки Росстата и РМЭЗ показывают близкие значения показателей распространенности ожирения, особенно в 2018–2021 гг. Кроме того, оба обследования показывают некоторый прирост распространенности ожирения в период пандемии COVID-19.

Наблюдаются некоторые отличия трендов в период пандемии по данным Росстата и РМЭЗ. По результатам на основе данных Росстата распространенность ожирения среди россиян 19 лет и старше выросла в период пандемии COVID-19 с 23,0% в 2019 г. до 25,0% в 2021 г. и сохранилась примерно на том же уровне (24,9%) в 2022 г. При этом распространенность ожирения выросла как среди мужчин (с 17,5% до 20,4% – на 3,0 процентных пункта), так и среди женщин (с 26,2% до 28,3% – на 2,1 процентных пункта).

По результатам расчетов на основе данных РМЭЗ распространенность ожирения в период пандемии COVID-19 изменялась с 22% в 2019 г. до 23,4% в 2020 г. и до 23,1% – в 2021 г. и 23% в 2022 г.

То есть рост распространенности ожирения в период пандемии отражается в обследованиях как Росстата, так и РМЭЗ, однако по данным РМЭЗ это менее выражено. Также наблюдается несколько иная картина по данным РМЭЗ при рассмотрении динамики изменения распространенности ожирения среди мужчин и женщин: в 2020 г. его распространенность увеличилась как среди мужчин, так и среди женщин, в 2021 г. несколько снизилось, и в 2022 г. среди женщин практически не изменилась, тогда как среди мужчин продолжила уменьшаться, что расходится с данными Росстата.

Таким образом, расчеты на основе данных РМЭЗ показывают некоторое повышение распространенности ожирения в 2020 г., расчеты на основе данных Росстата показывают некоторое повышение распространенности ожирения в 2021 г., и оба источника согласуются в повышении распространенности ожирения во время пандемии COVID-19.

По итогам обследований за 2023 год на данный момент доступны только данные Росстата, и по отношению к 2022 году распространенность

ожирения показывает продолжение тенденции к росту: прирост общей распространенности ожирения составил 0,5%, среди мужчин – 0,1%, среди женщин – 0,9%. Эти данные подтверждают «ковидный» прирост распространенности ожирения в России.

Разница в показателях может быть объяснена, в частности, различием методик обследования: Росстат собирает данные путем измерения ростовесовых показателей участников (объективный осмотр), в то время как в опросниках РМЭЗ участники отвечают на вопросы о росте и весе устно интервьюеру. В этом отношении первичные данные Росстата являются более точными по сравнению с данными РМЭЗ. Также абсолютная разница в значениях может быть обусловлена возрастными ограничениями выборки: РМЭЗ учитывает население с 15 лет, ВОЗ – с 18 лет, Росстат – с 19 лет. Снижение распространенности ожирения среди мужчин по расчетам на основе данных РМЭЗ может быть обусловлено как методикой проведения исследования (самооценка роста и веса по памяти людьми), так и социальными факторами. Возможно, мужчины реже отслеживают свой вес либо же по каким-то причинам могут реже говорить о повышенном весе. Показано, что при общении с интервьюерами в обследованиях домохозяйств в присутствии в соседних помещениях других членов семьи люди склонны искажать ответы в отношении чувствительных вопросов с целью сохранения благопристойного образа [19].

В любом случае эти ряды данных необходимо рассматривать в дальнейшей динамике.

Международные исследования показывают значительный рост распространенности избыточного веса и ожирения за период пандемии COVID-19 как в странах с высокими [20], так и низкими доходами [21]. Наиболее распространенными факторами риска роста ожирения в период пандемии COVID-19 стали низкая физическая активность, сидячий образ жизни, неправильное питание, чрезмерный стресс, депрессия и тревожность [21].

При рассмотрении темпов прироста распространенности ожирения по полу, по данным РМЭЗ, с 1994 по 2019 г. распространенность ожирения среди мужчин увеличилась на 91%, среди женщин – на 24,2%. Мартинчик А.Н. с соавт. [22] и Колосникова М.Г. и Куликова О.А. [23] отмечали, что в наибольшей степени тенденция роста ИМТ в России в 1994–2012 гг. коснулась мужчин. Интересна взаимосвязь более низкой средней заработной платы с лишним весом

у женщин, тогда как у мужчин картина обратная: заработки выше всего в группе страдающих ожирением [22, 24].

Оценки ВОЗ представляют собой монотонный равномерный прирост распространенности ожирения за весь промежуток времени без выраженных колебаний или отклонений от единого тренда, что может быть обусловлено использованием математической модели на основе сглаженных данных исследований с различными методологиями, проводившихся в Российской Федерации, в том числе данных РМЭЗ [18].

Касательно распределения ожирения по степеням, наблюдаются гендерные отличия. С увеличением возраста среди мужчин структура ожирения практически не изменяется – по нашим расчетам на основе данных Росстата за 2022 год – в то время как среди женщин в более старших возрастных группах нарастает доля ожирения II и III степени.

Исходя из обсуждаемых данных, можно сделать вывод о том, что распространенность ожирения с 1994 г. непрерывно растет как среди мужчин, так и среди женщин, при этом рост распространенности среди мужчин вносит больший вклад.

Рост распространенности ожирения продолжается несмотря на то, что показатели ожирения стабилизировались почти во всех половозрастных группах (кроме, возможно, молодых мужчин). Данный процесс может быть объяснен старением населения: преимущественно большая распространенность ожирения среди населения более взрослых возрастных групп сочетается с изменением возрастной структуры населения в сторону преобладания старших возрастов. Это в совокупности позволяет предположить, что в ближайшем будущем распространенность ожирения в России продолжит расти.

Международная Федерация по борьбе с ожирением в 2023 г. опубликовала прогноз распространенности ожирения в России к 2035 г., где показано, что распространенность ожирения среди взрослых может достичь 32%, при равной распространенности среди мужчин и женщин [25]. Данный прогноз представляется избыточно пессимистичным и не учитывает различия между полами.

При этом заболеваемость ожирением отражает не уровень и динамику распространенности ожирения, а его выявляемость.

По данным российской медицинской статистической отчетности число людей, у которых диагностировано ожирение, составило 1909,7 тыс.

человек в 2020 г., 1981,7 тыс. человек в 2021 г. и 2178,6 тыс. человек в 2022 г. [26, 27]. Учитывая данные по распространенности ожирения среди взрослых в России, присутствует большой разрыв между действительно установленными диагнозами и общей распространенностью (в целом диагноз мог бы быть установлен у около 28 млн человек). Повышение выявляемости ожирения необходимо для здравоохранения с целью более четкого понимания тенденций ожирения и распространенности ассоциированных с ним состояний и заболеваний, планирования объемов оказания медицинской помощи.

Стоит отметить, что классификация и критерии постановки диагноза «ожирение» были утверждены ВОЗ в 1997 г. Также для детей, ввиду значительного отличия отношения ИМТ к количеству жировой ткани в организме, в зависимости от возраста, пола, стадии полового созревания для определения избыточной массы тела или ожирения используются не абсолютные значения ИМТ, а перцентильные кривые или z-score для ИМТ для возраста и пола. В данном ключе расчеты на основе выборки Росстата, включающей в себя население 19 лет и старше, будут более точно отражать ситуацию в стране.

Также конституциональные особенности могут влиять на особенности отложения жира. Так, в Японии, согласно международным стандартам, только 4,5% мужчин и 4,0% женщин страдают ожирением [28]. Исследования показали, что при более низком ИМТ у японцев и представителей других азиатских этнических групп относительно высокий процент жировых отложений в организме, а также более высокий риск развития диабета и сердечно-сосудистых заболеваний [29], в связи с чем Японское общество по изучению ожирения (JASSO) определяет ожирение у японцев как ИМТ 25 или более.

Еще один фактор, требующий внимания и обсуждения, – явление, получившее название «парадокс ожирения».

В молодых и зрелых возрастах избыточный вес и ожирение ассоциированы с повышенной смертностью [30].

Однако в старших возрастах, где смертность сконцентрирована в наибольшей степени, оптимальный вес сдвигается к более высоким значениям. Ряд систематических обзоров с мета-анализами показал, что ожирение I степени может обладать некоторым протективным воздействием на здоровье людей старших возрастов: у них наблюдается более низкая смертность от некоторых причин, включая

сердечно-сосудистые заболевания, болезни почек, некоторые онкологические заболевания и другие, по сравнению с людьми старших возрастов с нормальной массой тела [31–35].

Другие же крупные обзоры и мета-анализы не выявили подобного явления [30, 34]. Научные дискуссии по этому вопросу продолжаются.

Эти данные ставят вопрос о целесообразности и специфике рекомендаций в отношении снижения массы тела пожилых людей.

Исследования показывают, что намеренное похудение среди людей 44–67 лет, до этого страдавших ожирением, ассоциировано со снижением рисков смертности от всех причин на 15% [37]. В то же время, в старших возрастных группах (65 лет и старше) выявлен более высокий риск смертности от всех причин при снижении массы тела или ее колебании [38, 39]. Имеются данные о снижении нежировой массы и плотности костной ткани при намеренном похудении у людей старших возрастов [40]. Показано, что меньший объем мышечной ткани у людей пожилого возраста связан с более быстрым прогрессированием нейродегенеративных заболеваний и более высоким риском развития диабета [41, 42]. Кроме того, потеря массы тела $\geq 5\%$ ассоциирована с более низкой доживаемостью до 90, 95 и 100 лет [43]. Эти данные указывают на важность физической активности и физических упражнений при намеренной или ненамеренной потере веса в старших возрастных группах населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведен расчет распространенности ожирения в Российской Федерации на основе данных Росстата 2018–2023 гг. и РМЭЗ 1994–2022 гг., определена структура распространенности ожирения по полу и возрасту по пятилетним промежуткам (1996, 2002, 2007, 2012, 2017 и 2022 гг.) и структура ожирения по степеням в 2022 г. По нашим данным в таком виде эта информация публикуется впервые. Полученные результаты

показывают, что за весь период исследования распространенность ожирения имеет растущий тренд, при этом основной прирост распространенности ожирения наблюдался до 2012 г., после которого в целом можно говорить о стабилизации ситуации, как минимум до прироста распространенности ожирения в 2020–2021 г., который можно объяснить изменением образа жизни людей во время пандемии COVID-19. Также темпы увеличения распространенности ожирения среди мужчин выше, чем у женщин, хотя в целом доля мужчин с ожирением ниже.

Половозрастной анализ показывает тенденцию к стабилизации эпидемии ожирения в России. Тем не менее, с учетом прогнозируемого старения населения России, можно ожидать прироста распространенности ожирения в целом даже при условии стабилизации этого показателя в отдельных возрастных группах.

Тренд на увеличение распространенности ожирения, учитывая связанные с ним риски заболеваемости и смертности, вызывает опасения и требует принятия соответствующих мер в области общественного здоровья. В России такая работа в последние годы ведется в рамках федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» национального проекта «Демография». Целесообразно включить распространенность ожирения в число показателей здорового образа жизни [14].

Изучение распространенности ожирения, в особенности при помощи антропометрических замеров, имеет важное значение для оценки ситуации в области общественного здоровья, необходимо обеспечить продолжение обследования населения в России.

Кроме того, рекомендации гражданам по ведению здорового образа жизни и поддержанию нормальной массы тела, включая рациональное питание и физическую активность, должны быть индивидуализированы, учитывать половозрастные особенности и современные знания о рисках, сопряженных с похудением и колебаниями массы тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И. с соавт. (2021) Ожирение, Consilium Medicum, 23(4), с. 311–325. https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/95436/ru_RU
2. World Health Organization (2022) WHO European Regional Obesity Report. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738> (Accessed: 26.01.2024).
3. World Health Organization (2021) Obesity and overweight. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Accessed: 24 January 2024).
4. GBD2015 Obesity Collaborators et al. (2017) Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years, The New England journal of medicine, 377(1),

- p. 13–27. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoat1614362>
5. Yeo G.S.H. and Heisler L.K. (2012) Unraveling the brain regulation of appetite: lessons from genetics, *Nature neuroscience*, 15(10), p. 1343–1349. <https://www.nature.com/articles/nn.3211>
6. Heymsfield S.B. and Wadden T.A. (2017) Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity, *The New England journal of medicine*, 376(3), p. 254–266. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1514009?>
7. Masood B., Moorthy M. (2023). Causes of obesity: a review. *Clin Med*. 2023 Jul; 23 (4), p. 284–291. <https://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/23/4/284>
8. Lam D., Garfield A., Marston O. et al. (2010) Brain serotonin system in the coordination of food intake and body weight, *Pharmacol Biochem Behav*; 97(1), p. 84–91. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091305710002674>
9. Biddle S.J.H. et al. (2017) Screen Time, Other Sedentary Behaviours, and Obesity Risk in Adults: A Review of Reviews, *Current obesity reports*, 6(2), pp. 134–147. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-017-0256-9>
10. Arroyo-Johnson C. and Mincey K.D. (2016) Obesity Epidemiology Worldwide, *Gastroenterology clinics of North America*, 45(4), p. 571–579. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889855316300693>
11. Escobar-Morreale H.F. et al. (2017) Prevalence of “obesity-associated gonadal dysfunction” in severely obese men and women and its resolution after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis, *Human reproduction update*, 23(4), p. 390–408. <https://academic.oup.com/humupd/article/23/4/390/3807209>
12. Cecchini M. et al. (2010) Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness, *The Lancet*, p. 1775–1784. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61514-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61514-0/fulltext)
13. Крысанова В.С., Журавлева М.В., Сереброва С.Ю. (2015) Социальная и экономическая значимость избыточной массы тела и ожирения в Российской Федерации. Основные подходы к лечению ожирения, *РМЖ*, 23(26), с. 1534–1537. https://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Socialnaya_i_ekonomicheskaya_znachimosty_izbytochnymassy_tela_i_oghireniya_v_Rossiyskoy_FederaciiOsnovnye_podhody_k_lecheniyu_oghireniya/
14. Зубкова Т.С., Замяткина Е.С., Халтурина Д.А. (2021). Система индикаторов поведенческих факторов риска России на национальном и региональном уровнях. *Общественное здоровье*, 1(4), с. 56–67. <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-indikatorov-povedencheskih-faktorov-riska-rossii-na-natsionalnom-i-regionalnom-urovnyah>
15. Росстат (2018) Итоги выборочного наблюдения рациона питания населения, ЕМИСС, URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/food18/index.html (Цит. 12.01.2024).
16. Росстат. Федеральные статистические наблюдения по социально-демографическим проблемам, URL: https://rosstat.gov.ru/itog_inspect (Цит. 24.01.2024).
17. Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ, URL: <https://www.hse.ru/rims/> (Цит. 19.01.2024).
18. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017) World-wide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults, *The Lancet*, 390(10113), p. 2627–2642. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32129-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32129-3/fulltext)
19. Tourangeau R. and Yan T. (2007) Sensitive questions in surveys, *Psychological bulletin*, 133(5), p. 859–883. <http://content.apa.org/journals/bul/133/5/859>
20. Restrepo B.J. (2022) Obesity Prevalence Among U.S. Adults During the COVID-19 Pandemic, *American journal of preventive medicine*, 63(1), p. 102–106. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(22\)00095-2/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(22)00095-2/fulltext)
21. Akter T. et al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on BMI: Its changes in relation to socio-demographic and physical activity patterns based on a short period, *PloS one*, 17(3), p. e0266024. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0266024>
22. Мартинчик А.Н. с соавт. (2015) Гендерные и возрастные особенности и тенденции распространения ожирения среди взрослого населения России в 1994–2012 гг., *Вопросы питания*, 84(3), с. 50–57. <https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-i-vozzrastnye-osobennosti-i-tendentsii-rasprostraneniya-ozhireniya-sredi-vzroslogo-naseleniya-rossii-v-1994-2012-gg>
23. Засимова Л.С., Колосницына М.Г., Красильникова М.Д. (2017) Изменение поведения россиян в отношении здорового образа жизни (по результатам социологических опросов 2011 и 2017 гг.), М.: Изд. дом Высшей школы экономики. <https://publications.hse.ru/preprints/205289211>
24. Колосницына М.Г. и Куликова О.А. (2018) Социально-экономические факторы и последствия избыточного веса, *Демографическое обозрение*, 5(4), с. 92–124. <https://demreview.hse.ru/article/view/8664>
25. World Obesity Federation (2023), *World Obesity Atlas 2023*, URL: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>
26. Котова Е.Г. с соавт. (2022). Заболеваемость всего населения России в 2021 году: статистические материалы, М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 145 с.
27. Росстат. (2023) *Здравоохранение в России. Статистический сборник*, Москва 2023, с. 179, <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (Цит. 26.01.2024).
28. OECD.Stat, Health Status, URL: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, (Accessed: 20.01.2024).
29. WHO Expert Consultation (2004) Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies, *The Lancet*, 363(9403), p. 157–163. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)15268-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)15268-3/fulltext)
30. Global BMI Mortality Collaboration et al. (2016) Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents, *The Lancet*, 388(10046), p. 776–786. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30175-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30175-1/fulltext)
31. Kalantar-Zadeh K. et al. (2003) Reverse epidemiology of cardiovascular risk factors in maintenance dialysis patients, *Kidney international*, 63(3), p. 793–808. [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)48948-3/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)48948-3/fulltext)
32. Chapman I.M. (2010) Obesity paradox during aging, *Interdisciplinary topics in gerontology*, 37, p. 20–36. <https://karger.com/books/book/2947/chapter-abstract/5830887/Obesity-Paradox-during-Aging?redirected-From=fulltext>
33. Flegal K.M. et al. (2013) Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis,

- JAMA, 309(1), p. 71–82. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1555137>
34. McKee A.M. and Morley J.E. (2021) Obesity in the Elderly, in K.R. Feingold et al. (eds) Endotext. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532533/>
 35. Kırkaç M. et al. (2022) What is the Optimal Body Mass Index Range for Older Adults?, *Annals of geriatric medicine and research*, 26(1), p. 49–57. <https://www.e-agmr.org/journal/view.php?doi=10.4235/agmr.22.0012>
 36. Aune D. et al. (2016) BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants, *BMJ*, p. i2156. <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2156.long>
 37. Kritchevsky S.B. et al. (2015) Intentional weight loss and all-cause mortality: a meta-analysis of randomized clinical trials, *PloS one*, 10(3), p. e0121993. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0121993>
 38. Lee J.-W. et al. (2017) Weight loss and all-cause mortality in the elderly: A meta-analysis, *Korean journal of family practice*, 7(1), pp. 10–19.
 39. Alharbi T.A. et al. (2021) The association of weight change and all-cause mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis, *Age and ageing*, 50(3), p. 697–704. <https://academic.oup.com/ageing/article/50/3/697/5958501>
 40. Felix H.C., West D.S. (2013) Effectiveness of weight loss interventions for obese older adults, *AJHP*, 27(3), p. 191–199. <https://journals.sagepub.com/doi/10.4278/ajhp.110617-LIT-259>
 41. Son J.W. et al. (2017) Low muscle mass and risk of type 2 diabetes in middle-aged and older adults: findings from the KoGES, *Diabetologia*, 60(5), p. 865–872. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-016-4196-9>
 42. Tessier A.-J. et al. (2022) Association of Low Muscle Mass With Cognitive Function During a 3-Year Follow-up Among Adults Aged 65 to 86 Years in the Canadian Longitudinal Study on Aging, *JAMA network open*, 5(7), p. e2219926. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2793806>
 43. Shadyab et al. (2023) Association of Later-Life Weight Changes With Survival to Ages 90, 95, and 100: The Women's Health Initiative, *The Journals of Gerontology: Series A*, 78(12), 2264–2273. <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/78/12/2264/7246412>

REFERENCES

1. Dedov I.I. et al. (2021) Obesity. Clinical guidelines, *Consilium Medicum*, 23(4), p. 311–325. https://consilium.orscience.ru/2075–1753/article/view/95436/ru_RU
2. World Health Organization (2022) WHO European Regional Obesity Report. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738> (Accessed: 26.01.2024).
3. World Health Organization (2021) Obesity and overweight. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Accessed: 24 January 2024).
4. GBD2015 Obesity Collaborators et al. (2017) Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years, *The New England journal of medicine*, 377(1), p. 13–27. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1614362>
5. Yeo G.S.H. and Heisler L.K. (2012) Unraveling the brain regulation of appetite: lessons from genetics, *Nature neuroscience*, 15(10), p. 1343–1349. <https://www.nature.com/articles/nn.3211>
6. Heymsfield S.B. and Wadden T.A. (2017) Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity, *The New England journal of medicine*, 376(3), p. 254–266 <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1514009>
7. Masood B., Moorthy M. (2023). Causes of obesity: a review. *Clin Med*. 2023 Jul; 23 (4), pp. 284–291. <https://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/23/4/284>
8. Lam D., Garfield A., Marston O. et al. (2010) Brain serotonin system in the coordination of food intake and body weight, *Pharmacol Biochem Behav*; 97 (1), p. 84–91. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091305710002674>
9. Biddle S.J.H. et al. (2017) Screen Time, Other Sedentary Behaviours, and Obesity Risk in Adults: A Review of Reviews, *Current obesity reports*, 6(2), pp. 134–147. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-017-0256-9>
10. Arroyo-Johnson C. and Mincey K.D. (2016) Obesity Epidemiology Worldwide, *Gastroenterology clinics of North America*, 45(4), p. 571–579. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889855316300693>
11. Escobar-Morreale H.F. et al. (2017) Prevalence of “obesity-associated gonadal dysfunction” in severely obese men and women and its resolution after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis, *Human reproduction update*, 23(4), p. 390–408. <https://academic.oup.com/humupd/article/23/4/390/3807209>
12. Cecchini M. et al. (2010) ‘Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness’, *The Lancet*, p. 1775–1784. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140–6736\(10\)61514–0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140–6736(10)61514–0/fulltext)
13. Krysanova V.S., Zhuravleva M.V., Serebrova S.Yu. (2015) Social'naya i ekonomicheskaya znachimost' izbytochnoj massy tela i ozhireniya v Rossijskoj Federacii. Osnovnye podhody k lecheniyu ozhireniya, *RMZh*, 23(26), 1534–1537. https://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Socialnaya_i_ekonomicheskaya_znachimosty_izbytochnoy_massy_tela_i_ozhireniya_v_Rossiyskoj_FederaciiOsnovnye_podhody_k_lecheniyu_ozhireniya/
14. Zubkova T.S., Zamiatrina E.S., Khalturina D.A. (2021) The system of indicators of behavioral risk factors in Russia at the national and regional levels, *Public health*, 1(4), p. 56–67. <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-indikatorov-povedencheskih-faktorov-riska-rossii-na-natsionalnom-i-regionalnom-urovnyah>
15. Rosstat (2018) Itogi vyborochnogo nablyudeniya racionalnogo naseleniya, EMISS, URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/food18/index.html (Cit. 12.01.2024).
16. Rosstat. Federal'nye statisticheskie nablyudeniya po social'no-demograficheskim problemam, URL: https://rosstat.gov.ru/itog_inspect (Cit. 24.01.2024).
17. National research University Higher school of Economics, Russian monitoring of the economic situation and health of the population of HSE, URL: <https://www.hse.ru/rhms/> (Cit. 19.01.2024).
18. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017) World-wide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million

- children, adolescents, and adults, *The Lancet*, 390(10113), p. 2627–2642. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32129-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32129-3/fulltext)
19. Tourangeau R. and Yan T. (2007) Sensitive questions in surveys, *Psychological bulletin*, 133(5), p. 859–883. <http://content.apa.org/journals/bul/133/5/859>
 20. Restrepo B.J. (2022) Obesity Prevalence Among U.S. Adults During the COVID-19 Pandemic, *American journal of preventive medicine*, 63(1), p. 102–106. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(22\)00095-2/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(22)00095-2/fulltext)
 21. Akter T. et al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on BMI: Its changes in relation to socio-demographic and physical activity patterns based on a short period, *PloS one*, 17(3), p. e0266024. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0266024>
 22. Martinchik A. et al. (2015) Gender and age characteristics and the trends in prevalence of obesity in the adult population in Russia during the 1994–2012 period, *Problems of Nutrition*, 84(3), p. 50–57. <https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-i-vozrastnye-osobennosti-i-tendentsii-rasprostraneniya-ozhireniya-sredi-vzroslogo-naseleniya-rossii-v-1994-2012-gg>
 23. Zasimova L. S., Kolosnicyna M. G., Krasil'nikova M. D. (2017) *Izmeneniya povedeniya rossiyan v otnoshenii zdorovogo obraza zhizni (po rezul'tatam sociologicheskikh oprosov 2011 i 2017 gg.)*, M.: Izd. dom Vysshei shkoly ekonomiki. <https://publications.hse.ru/preprints/205289211>
 24. Kolosnicyna M. G., Kulikova O. A. (2019). Overweight: socioeconomic factors and consequences, *Demographic Review*, 5(4), p. 92–124. <https://demreview.hse.ru/article/view/8664>
 25. World Obesity Federation (2023), *World Obesity Atlas 2023*, URL: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>
 26. Kotova E.G., Kobyakova O.S., Aleksandrova G.A., Golubev N.A., Os'kov Yu.I., Polikarpov A.V., Shelepova E.A. et al. (2022). *Zabolevaemost' vsego naseleniya Rossii v 2021 godu: statisticheskie materialy*. CNII OIZ Minzdrava Rossii, 145.
 27. Rosstat. (2023) *Zdravoohraneniye v Rossii*. Statisticheskij sbornik, Moskva 2023, p. 179, <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (Cit. 26.01.2024).
 28. OECD.Stat, Health Status, URL: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, (Accessed: 20.01.2024).
 29. WHO Expert Consultation (2004) Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies, *The Lancet*, 363(9403), p. 157–163. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)15268-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)15268-3/fulltext)
 30. Global BMI Mortality Collaboration et al. (2016) Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents, *The Lancet*, 388(10046), p. 776–786. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30175-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30175-1/fulltext)
 31. Kalantar-Zadeh K. et al. (2003) Reverse epidemiology of cardiovascular risk factors in maintenance dialysis patients, *Kidney international*, 63(3), p. 793–808. [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)48948-3/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)48948-3/fulltext)
 32. Chapman I.M. (2010) Obesity paradox during aging, *Interdisciplinary topics in gerontology*, 37, p. 20–36. <https://karger.com/books/book/2947/chapter-abstract/5830887/Obesity-Paradox-during-Aging?redirectedFrom=fulltext>
 33. Flegal K.M. et al. (2013) Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis, *JAMA*, 309(1), p. 71–82. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1555137>
 34. McKee A.M. and Morley J.E. (2021) *Obesity in the Elderly*, in K.R. Feingold et al. (eds) *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532533/>
 35. Kıskaç M. et al. (2022) What is the Optimal Body Mass Index Range for Older Adults?, *Annals of geriatric medicine and research*, 26(1), p. 49–57. <https://www.e-agmr.org/journal/view.php?doi=10.4235/agmr.22.0012>
 36. Aune D. et al. (2016) BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants, *BMJ*, p. i2156. <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2156.long>
 37. Kritchevsky S.B. et al. (2015) Intentional weight loss and all-cause mortality: a meta-analysis of randomized clinical trials, *PloS one*, 10(3), p. e0121993. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0121993>
 38. Lee J.-W. et al. (2017) Weight loss and all-cause mortality in the elderly: A meta-analysis, *Korean journal of family practice*, 7(1), p. 10–19.
 39. Alharbi T.A. et al. (2021) The association of weight change and all-cause mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis, *Age and ageing*, 50(3), p. 697–704. <https://academic.oup.com/ageing/article/50/3/697/5958501>
 40. Felix H.C., West D.S. (2013) Effectiveness of weight loss interventions for obese older adults, *AJHP*, 27(3), p. 191–199. <https://journals.sagepub.com/doi/10.4278/ajhp.110617-LIT-259>
 41. Son J.W. et al. (2017) Low muscle mass and risk of type 2 diabetes in middle-aged and older adults: findings from the KoGES, *Diabetologia*, 60(5), p. 865–872. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-016-4196-9>
 42. Tessier A.-J. et al. (2022) Association of Low Muscle Mass With Cognitive Function During a 3-Year Follow-up Among Adults Aged 65 to 86 Years in the Canadian Longitudinal Study on Aging, *JAMA network open*, 5(7), p. e2219926. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2793806>
 43. Shadyab et al. (2023) Association of Later-Life Weight Changes With Survival to Ages 90, 95, and 100: The Women's Health Initiative, *The Journals of Gerontology: Series A*, 78(12), 2264–2273. <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/78/12/2264/7246412>

ES

Obesidad en Rusia: dinámica de prevalencia y estructura de edad y sexo desde finales del siglo XX

S.R. Yusenko, T.S. Zubkova, A.S. Sorokin, D.A. Jalturina

Anotación

Introducción. La creciente prevalencia de la obesidad en el mundo y la evidencia científica y el conocimiento práctico acumulados han llevado a la Organización Mundial de la Salud a declarar la obesidad como una pandemia global y una crisis de salud pública mundial.

FR

L'obésité en Russie: dynamique de prévalence et structure âge-sexe depuis la fin du 20^e siècle

S.R. Yusenko, T.S. Zoubkova, A.S. Sorokin, D.A. Khalturina

Annotation

Introduction. La prévalence croissante de l'obésité dans le monde ainsi que les preuves scientifiques et les connaissances pratiques accumulées ont incité l'Organisation mondiale de la santé à déclarer l'obésité comme une pandémie mondiale et une crise de santé

Según una investigación, en 2015, 603,7 millones de adultos y 107,7 millones de niños en todo el mundo eran obesos, con una prevalencia general de obesidad del 12,0% y 5,0%, respectivamente, y el sobrepeso representaba 4,0 millones de muertes y 120 millones de años de vida perdidos.

Objetivo del estudio: evaluar la dinámica de la prevalencia de la obesidad en Rusia y la estructura de género y edad según datos de diversas fuentes.

Materiales y métodos. La prevalencia de la obesidad se calculó en base a datos de Rosstat (2018–2023) y el Monitoreo Ruso del Bienestar Económico y la Salud de la Población (1994–2022), la estructura de la obesidad por sexo y grupos de edad en la dinámica y la estructura. Se calcularon los índices de obesidad por grado (2022).

Resultados. Según los resultados de los cálculos basados en datos de Rosstat, la prevalencia de la obesidad entre los hombres aumentó del 17,8% en 2018 al 20,9% en 2023, entre las mujeres del 24,5 al 28,6%, respectivamente. Según los resultados de cálculos basados en datos del Observatorio Ruso de la Situación Económica y la Salud de la Población, la prevalencia de la obesidad entre los hombres aumentó del 8,5% en 1994 al 16,6% en 2022, entre las mujeres del 21,1 al 27,5%, respectivamente. Después de 2012, no hubo un aumento significativo en la prevalencia de obesidad en ninguno de los grupos de sexo y edad, con la posible excepción de los hombres de 15 a 24 años y las mujeres de 65 años y más. Los datos muestran que la epidemia de obesidad en Rusia se ha estabilizado y que el aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años se debe en gran medida al envejecimiento de la población. Además, los datos de Rosstat muestran un aumento en la prevalencia de la obesidad durante la pandemia de COVID-19 del 23,0% en 2019 al 25,0% en 2021. En la estructura de la obesidad, calculada sobre la base de datos de Rosstat, la obesidad de clase I predomina entre los hombres (80,5%), y entre las mujeres (68,1%).

Conclusión. La creciente prevalencia de la obesidad en Rusia, dados los riesgos de morbilidad y mortalidad asociados, genera preocupación y requiere medidas de salud pública adecuadas.

Palabras clave: obesidad, salud pública, prevalencia de obesidad, paradoja de la obesidad.

publique mondiale. Selon une étude, en 2015, 603,7 millions d'adultes et 107,7 millions d'enfants dans le monde étaient obèses, avec une prévalence globale d'obésité de 12,0% et 5,0%, respectivement, le surpoids représentant 4,0 millions de décès et 120 millions d'années de vie perdues.

Objectif de l'étude: évaluer la dynamique de la prévalence de l'obésité en Russie et la structure par sexe et par âge selon des données provenant de diverses sources.

Matériels et méthodes. La prévalence de l'obésité a été calculée sur la base des données de Rosstat (2018–2023) et du Suivi russe du bien-être économique et de la santé de la population (1994–2022), la structure de l'obésité par sexe et groupes d'âge en dynamique et la structure d'obésité par degré (2022) ont été calculés.

Résultats. Selon les résultats des calculs basés sur les données de Rosstat, la prévalence de l'obésité chez les hommes est passée de 17,8% en 2018 à 20,9% en 2023, chez les femmes de 24,5 à 28,6%, respectivement. Selon les résultats des calculs basés sur les données du Suivi russe de la situation économique et de la santé de la population, la prévalence de l'obésité chez les hommes est passée de 8,5% en 1994 à 16,6% en 2022, chez les femmes de 21,1 à 27,5%, respectivement. Après 2012, il n'y a eu aucune augmentation significative de la prévalence de l'obésité, quel que soit le sexe ou le groupe d'âge, à l'exception peut-être des hommes de 15 à 24 ans et des femmes de 65 ans et plus. Les données montrent que l'épidémie d'obésité en Russie s'est stabilisée et que l'augmentation de la prévalence de l'obésité ces dernières années est largement due au vieillissement de la population. En outre, les données de Rosstat montrent une augmentation de la prévalence de l'obésité pendant la pandémie de COVID-19, passant de 23,0% en 2019 à 25,0% en 2021. Dans la structure de l'obésité, calculée sur la base des données de Rosstat, l'obésité de classe I prédomine chez les hommes (80,5%), et chez les femmes (68,1%).

Conclusion. La prévalence croissante de l'obésité en Russie, compte tenu des risques de morbidité et de mortalité qui y sont associés, suscite des inquiétudes et nécessite des mesures de santé publique appropriées.

Mots clés: obésité, santé publique, prévalence de l'obésité, paradoxe de l'obésité.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Юсенко Софья Руслановна – ведущий специалист Управления профилактики факторов риска и коммуникационных технологий в здравоохранении ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Sofia R. Yusenka – Leading specialist in The Department of Risk Factor Prevention and Communication Technologies in Healthcare of Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: iusenka.sr@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7316-8179

Зубкова Татьяна Сергеевна – ведущий специалист Управления профилактики факторов риска и коммуникационных технологий в здравоохранении ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Tatyana S. Zubkova – Leading specialist in The Department of Risk Factor Prevention and Communication Technologies in Healthcare of Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: zubkova@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-7971-5855

Сорокин Александр Сергеевич – специалист Управления профилактики факторов риска и коммуникационных технологий в здравоохранении ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Aleksandr S. Sorokin – Specialist in The Department of Risk Factor Prevention and Communication Technologies in Healthcare of Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: sorokinas@mednet.ru, ORCID: 0009-0004-0211-2513

Халтурина Дарья Андреевна – кандидат исторических наук, начальник Управления профилактики факторов риска и коммуникационных технологий в здравоохранении ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Darya A. Khaltourina – PhD in History sciences, Head of The Department of Risk Factor Prevention and Communication Technologies in Healthcare of Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: khaltourina@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-1230-9385

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ (ВЫГОДЫ) ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д.Г. ЗАРИДЗЕ¹, Л.Д. ПОПОВИЧ², А.Ф. МУКЕРИЯ¹,
О.В. ШАНЬГИНА¹, С.В. СВЕТЛИЧНАЯ², К.К. ЛАКТИОНОВ¹

¹ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

² Институт экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-30-38

Аннотация

Введение. В 2021 году были опубликованы результаты первого крупномасштабного проспективного когортного исследования, показавшие негативное влияние курения после постановки диагноза на прогноз немелкоклеточного рака легкого (I–IIIa). **Цель исследования:** оценить возможные выгоды системы здравоохранения и общества в целом в результате отказа от курения после постановки диагноза немелкоклеточного рака легкого I–IIIa ст. **Материалы и методы.** Для расчета экономических последствий отказа от курения среди больных с подтвержденным диагнозом «немелкоклеточный рак легкого (I–IIIa)» разработана математическая модель (калькулятор). В калькуляторе использованы показатели, характеризующие статус курения больных немелкоклеточным раком легкого I–IIIa ст. после постановки онкологического диагноза, вероятность прогрессирования заболевания, выживаемость в группах продолжающих курить и отказавшихся от курения, рассчитанные на основании результатов проспективного клинико-эпидемиологического исследования, проведенного в отделе клинической эпидемиологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, статистических данных по заболеваемости и смертности от немелкоклеточного рака легкого в России, показателей валового внутреннего продукта на душу населения и Прогноза социально-экономического развития РФ. В калькуляторе учитывается средняя стоимость лечения больных немелкоклеточным раком легкого на поздних стадиях (IIIb–IV) в 2020–2022 гг., которая рассчитана на основании анализа историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении противоопухолевой лекарственной терапии № 3 отдела лекарственного лечения ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» (зав. К.К. Лактионов). **Результаты.** Отказ от курения после постановки диагноза немелкоклеточного рака легкого I–IIIa ст. влечет за собой экономию средств за счет снижения вероятности развития рецидивов и увеличения числа избежавших рецидивов при отказе от курения. С учетом того, что средняя стоимость лечения больных немелкоклеточным раком легкого IIIb–IV ст. составляет 4 000 000 руб., экономия на лечении за счет снижения вероятности развития рецидивов и в результате увеличения числа безрецидивных больных при отказе от курения составила 3 321 млн руб. и 9 251 млн руб. соответственно в год. Таким образом, общая экономия на лечении составит 12 588 млн руб. или чуть больше 2,3 млн руб. на одного отказавшегося от курения. Второй источник экономической выгоды – сохранение экономически активного потенциала части больных с диагнозом «немелкоклеточный рак легкого I–IIIa ст.» за счет увеличения выживаемости без прогрессирования в результате отказа от курения, что составляет в метрике подушевого валового внутреннего продукта 3 304 млн руб. в год. При гипотетическом отказе от курения 100% больных немелкоклеточным раком легкого I–IIIa ст. потенциальная экономия бюджета могла бы достичь существенно большей величины в 29 480 млн руб. в год. Экономическая выгода общества в суммарной метрике подушевого валового внутреннего продукта, получаемая в результате повышения выживаемости и возможном сохранении трудовой активности, за 5-летний период могла бы превысить 14 млрд руб. **Заключение.** Отказ от курения онкологических больных сопровождается не только клинической выгодой, т.е. снижает смертность и улучшает показатели выживаемости, но и экономической выгодой для системы здравоохранения и страны в целом.

Ключевые слова: курение, отказ от курения, рак легкого, рецидив, экономическая выгода, лечение, выживаемость.

Для цитирования: Заридзе Д.Г., Попович Л.Д., Мукерия А.Ф., Шаньгина О.В., Светличная С.В., Лактионов К.К. Оценка экономических последствий (выгоды) отказа от курения у онкологических больных. Общественное здоровье. 2024; 3(4):30–38, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-30-38

Контактная информация: Заридзе Давид Георгиевич, e-mail: dgzaridze@rcs-pror.org

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 07.08.2024. **Статья принята к печати:** 16.08.2024. **Дата публикации:** 25.09.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-30-38

ASSESSMENT OF THE ECONOMIC BENEFIT OF SMOKING CESSATION IN CANCER PATIENTS

D.G. Zaridze¹, L.D. Popovich², A.F. Mukeriya¹, O.V. Shangina¹, S.V. Svetlichnaya², K.K. Laktionov¹

¹National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin, Moscow, Russia;

²The Institute for Health Economics at the HSE, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. In 2021, the results of the first large-scale prospective cohort study were published showing the negative impact of post-diagnosis smoking on the prognosis of non-small cell lung cancer (I-IIIa). *The purpose of the study* is to assess the possible benefits of postdiagnosis smoking cessation of patients with non-small cell lung cancer (NSCLC) stage I-IIIa to both the health care system society as a whole. **Materials and methods.** A mathematical model (calculator) has been developed to calculate the economic benefits of smoking cessation among patients with a confirmed diagnosis of NSCLC (I-IIIa). The calculator uses indicators characterizing the postdiagnosis smoking status of patients with stage I-IIIa NSCLC, the probability of disease progression and survival in the groups of those who continue to smoke and those who quit smoking. These data were obtained from the prospective epidemiologic study performed in the department of clinical epidemiology, N.N. Blokhin NMRC of oncology in cooperation with the IARC. The calculator takes into account the average cost of treating patients with late-stage NSCLC (IIIb-IV stage) in 2020–2022, which is calculated based on an analysis of the medical records of patients who were treated in the Department of Medical Cancer Therapy No. 3 of the of the Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology» (Head K.K. Laktionov), statistical data on incidence and mortality from NSCLC in Russia, the Gross Domestic Product (GDP) per capita indicator, and the MINEC Forecast of socio-economic development of the Russian Federation for 2023, 2024 and 2025. **Results.** Stopping smoking after diagnosis of NSCLC stage I-IIIa results in cost savings due to a reduced likelihood of relapses and an increased number of patients who avoid relapses when quitting smoking. Taking into account the fact that the average cost of treatment for patients with stage IIIb–IV NSCLC is 4,000,000 rubles, savings on treatment due to a decrease in the likelihood of relapses and as a result of an increase in the number of relapse-free patients who quit smoking amounted to 3,321 million rubles. and 9,251 million rubles, respectively, per year. Thus, the total cost savings on treatment will amount to 12,588 million rubles or slightly more than 2.3 million rubles per patient who quit smoking. The second source of saving is maintaining the economically active potential of some patients diagnosed with stage I-IIIa NSCLC, due to increased progression free survival as a result of smoking cessation amounts to 3304 million rubles per year in terms of per capita GDP. If 100% of patients with stage I-IIIa NLCLC hypothetically quit smoking, the potential budget savings could reach a significantly greater value of 29,480 million rubles per year. The economic benefit to society in the total metric of per capita GDP, obtained as a result of increased survival and possible preservation of labor activity, could exceed 14 billion rubles over a 5-year period. **Conclusion.** Smoking cessation in cancer patients is accompanied not only by clinical benefits, i.e. it reduces mortality and improves survival rates, but also by economic benefits for the healthcare system and the country as a whole.

Keywords: smoking, smoking cessation, lung cancer, disease progression, survival, economic benefit, treatment.

For citation: Zaridze D.G., Popovich L.D., Mukeriya A.F., Shangina O.V., Svetlichnaya S.V., Laktionov K.K. Assessment of the economic benefit of smoking cessation in cancer patients. Public health. 2024; 3(4):30–38, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-30-38

For correspondence: David G. Zaridze, e-mail: dgzaridze@rcs-pror.org

Funding: The study had no sponsorship.

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

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Затраты на лечение заболеваний, причиной которых является курение табака, и экономическая эффективность отказа от курения изучается на протяжении нескольких десятилетий [1]. Ежегодные прямые затраты на медицинскую помощь взрослым американцам с табакозависимыми заболеваниями, включая рак, были оценены в 2014 году в 225 млрд долл. США, что в 10 раз больше затрат на лечение онкологических больных, которые составили 21 млрд долларов. Среднегодовая величина потерь производительности труда из-за ранней

смертности по причине курения среди американцев в возрасте 35–79 лет на период 2005–2009 гг. была оценена в 150 млрд долл. США [2]. В то же время, анализ медицинских расходов на лечение заболеваний, связанных с курением, проведенный в США, показал, что если курильщики бросают курить до появления каких-либо симптомов болезни, 70% избыточных медицинских затрат на их лечение можно избежать [1].

Данные об отрицательном влиянии продолжения курения после постановки диагноза на прогноз и выживаемость онкологических больных, которые впервые были озвучены главным санитарным врачом США в 2014 году в докладе

«Последствия курения для здоровья – 50 лет прогресса» [3], положили начало изучению проблемы экономических последствий курения онкологических больных в разных странах мира. Warren и соавт. [4] создали модель для прогноза дополнительных расходов на лечение онкологических больных в связи с продолжением курения после постановки онкологического диагноза. В основу прогноза легли данные, представленные в отчете главного санитарного врача США [2]. В расчетах учитывалась вероятность неэффективности проведенного лечения первой линии и, соответственно, затраты на дальнейшее лечение больных, продолжающих курить, по сравнению с больными, отказавшимися от курения. С учетом того, что а) частота курения онкологических больных в США составляет 20%, б) риск неэффективности лечения (рецидивы, метастазы), связанный с продолжением курения, равен 60%, в) средняя цена дополнительных затрат при этом равна 100 000 долл. США, было рассчитано, что цена на лечение одного курящего онкологического больного, по сравнению с пациентом, отказавшимся от курения, выше на 10 678 долл. США. Экстраполяция полученных результатов на 1,6 миллиона ежегодно регистрируемых случаев рака в США позволила спрогнозировать потенциальные дополнительные траты на лечение онкологических пациентов, связанные с продолжением курения после постановки диагноза, в размере 3,4 млрд долл. США в год [4]. Включение в модель расходов на лечение неонкологических сопутствующих заболеваний и осложнений, связанных с противоопухолевым лечением, которые в ней не учитываются, значительно увеличило бы представленные расчетные расходы.

В 2021 г. опубликованы результаты первого в мире масштабного проспективного когортного клинико-эпидемиологического исследования о влиянии отказа от курения после постановки онкологического диагноза у больных с диагнозом немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) I–IIIa ст. на прогноз заболевания [5–6]. Исследование выполнено в отделе клинической эпидемиологии ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, совместно с Международным агентством по изучению рака. Все ранее опубликованные зарубежные результаты базировались на ретроспективных данных госпитальных баз без дальнейшего полноценного прослеживания и без учета статуса курения после постановки диагноза. Было показано, что отказ от курения после постановки диагноза НМРЛ улучшает прогноз заболевания, повышает показатели выживаемости

без прогрессирования и снижает смертность от всех причин и специфическую онкологическую смертность по сравнению с продолжением курения. В редакционной статье «Лечение табакокурения после постановки диагноза рака легкого: никогда не поздно и призыв к действию» в журнале *Ann Intern Med*, в котором были опубликованы наши результаты, профессор Гарвардского университета Nancy A. Rigotti подчеркивает: «Лечение табакокурения у пациентов с онкологическим диагнозом экономически выгодно для системы здравоохранения, особенно по сравнению с другими методами лечения. И, наоборот, продолжение курения после диагноза значительно увеличивает траты на лечение» [7].

Цель исследования: оценить возможные выгоды как системы здравоохранения (снижение потребности в ресурсах на проведение дорогостоящего лечения, применяющегося при прогрессировании заболевания), так и общества в целом (предотвращение преждевременной смерти и повышение вероятности наступления стойкой ремиссии) в результате отказа от курения после постановки онкологического диагноза, в данном случае НМРЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для расчета статуса курения (доля курящих и отказавшихся от курения) в российской популяции больных НМРЛ (I–IIIa) и частоты прогрессирования среди них использованы результаты проспективного клинико-эпидемиологического исследования [5–6], проведенного в отделе клинической эпидемиологии (зав. Д.Г. Заридзе) и статистические данные из справочника «Злокачественные новообразования в России в 2019 году» [8].

Описание модели. Разработана математическая модель (калькулятор) экономических последствий отказа от курения среди больных с подтвержденным диагнозом НМРЛ (I–IIIa). В модели использованы различные показатели, характеризующие статус курения после постановки онкологического диагноза и вероятность прогрессирования заболевания, полученные в исследовании, т.е. в группе 1 (продолжают курить) и группе 2 (отказались от курения).

Модель включает данные, демонстрирующие различия в пятилетней выживаемости в группах больных, продолжающих курить и отказавшихся от курения. На основе этих результатов рассчитаны потенциальные экономические

выгоды отказа от курения при сравнении показателей двух групп больных в прогнозируемый период ремиссии. В качестве метрики для оценки величины экономической выгоды был принят показатель валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения, который используется в международных оценках. Данные по ВВП за период 2020–2025 гг. получены из Прогноза Министерства Экономики РФ [9].

На основании анализа историй болезни 77 пациентов IIIB–IV ст., проживающих в Москве и находившихся на лечении в отделении противоопухолевой лекарственной терапии № 3 отдела лекарственного лечения ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» (зав. К.К. Лактионов), а также перечисленных ниже официальных источников¹, рассчитана средняя стоимость лечения больных НМРЛ IIIB–IV ст. в 2020–2022 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В России в 2019 году был зарегистрирован 21 871 случай НМРЛ I–IIIA ст. Экстраполяция результатов клинико-эпидемиологического исследования (5–6) на эту популяцию предполагает,

что среди этих больных 58% или 12 685 человек курят на момент постановки диагноза. Доля отказавшихся от курения после постановки диагноза среди курящих больных составляет 42,5%, продолжающих курить – 57,5%. Таким образом, в модели рассматриваются две группы: Группа 1 – продолжающих курить (7 294 человек) и Группа II – отказавшихся от курения (5 391 человек). Средняя стоимость лечения больных НМРЛ IIIB – IV ст. составила 4 000 000 руб. (рис. 1). При этом максимальная стоимость лечения составила 26 млн руб.

В группе 1 (продолжающих курить) доля рецидивов составила 72,7% и в группе II (отказавшихся от курения) – 57,3%. Число пациентов без рецидивов в группе 1–1991 человек, число пациентов без рецидивов в группе II – 2 302 человека (рис. 1).

В результате отказа от курения после постановки диагноза НМРЛ I–IIIA ст. можно ожидать следующие источники экономии средств:

- уменьшение затрат на лечение рецидивов в связи со снижением вероятности их развития у больных, бросивших курить;
- увеличение числа тех, кто избежал необходимости лечения рецидивов при отказе от

Общее число больных НМРЛ (I–IIIA)	21 871
Общее число курящих больных	12 685
Доля рецидивов у курящих	72,70%
Доля рецидивов у некурящих	57,30%
Стоимость лечения рецидива	4 000 000
Доля тех, кто курит при постановке диагноза	58,0%
Доля отказавшихся от курения	42,5%
Доля продолжающих курить	57,5%

Рис. 1. Исходные данные для математической модели

Источник: злокачественные новообразования в России в 2019 году [8], 2020 г.; собственные данные [5–6].

¹ Архив ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, Практические рекомендации по лекарственному лечению немелкоклеточного рака легкого (Лактионов К.К., Артамонова Е.В., Бредер В.В. и др. RUSSCO 2021); Тарифы из Постановления правительства 29.12.2022 г. № 2497 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи на 2023 год»; Прайс-лист лекарственных препаратов в аптеке ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»; Канцеррегистр г. Москвы.

Доля отказавшихся от курения	0%	43%	100%
Число продолжающих курить	12 685	7 294	0
Число отказавшихся от курения	0	5 391	12 685
Число рецидивов у курящих	9 222	5 303	0
Число рецидивов у некурящих	0	3 089	7 269
Общее число рецидивов	9 222	8 392	7 269
Число избежавших рецидивов у курящих *	3 463	1 991	0
Число избежавших рецидивов у некурящих *	0	2 302	5 416
Число избежавших рецидивов, всего	3 463	4 293	5 416
Дополнительное число избежавших рецидивов без курения (=избежавшие при отказе курения)	0	2 302	5 416
Затраты на лечение всех рецидивов, руб.	36 887 980 000	33 567 047 000	29 074 020 000
Экономия на лечении возникающих рецидивов	0	3 320 933 000	7 813 960 000
Экономия за счет увеличения числа безрецидивных	0	9 208 041 500	21 665 980 000
Суммарная экономия, руб.	0	12 528 974 500	29 479 940 000
Эффект на 1-го отказавшегося от курения, руб.	0	2 324 000	2 324 000

* избежавшие рецидивов – это те, кому не понадобилось лечение, получено как разница между изначальным числом в группе и числом тех, кому понадобилось лечение (100% от численности группы – доля рецидивов в группе)

Рис. 2. Математическая модель – калькулятор экономических последствий отказа от курения среди больных с подтвержденным диагнозом НМРЛ (I–IIIa)

Источник: собственные данные [5–6].

курения и, тем самым, снизил реальные расходы на лечение.

В группе продолжающих курить после постановки диагноза из 7 294 больных у 5 303 возникнет рецидив, следовательно 1 991 больных рецидива избежит. В группе отказавшихся от курения, соответственно, рецидивов избежит 2 302 человека (рис. 2).

База экономического эффекта – разница между затратами на лечение рецидивов в когортах курильщиков и бросивших курить (33 568 млн руб.) и затратами на лечение рецидивов в гипотетической когорте, в которой 100% больных продолжали бы курить (36 888 млн руб.). Разница между этими затратами составляет **3 321 млн руб.** Эта сумма является экономией средств на лечении рецидивов за счет уменьшения числа больных, кому потребовалось бы лечение рецидивов в случае продолжения курения (рис. 2).

Второй тип экономии – на лечении за счет увеличения числа тех, кто избежал необходимости

лечения рецидивов, складывается при высвобождении средств в результате увеличения дополнительного числа безрецидивных больных при отказе от курения (**9 251 млн руб.** (рис. 2)).

Таким образом, в результате отказа от курения после постановки диагноза части пациентов общая экономия на лечении составит (3 321 млн руб. + 9 251 млн руб.) **12 588 млн руб.** или чуть больше 2,3 млн руб. на 1 отказавшегося от курения.

Второй источник экономической выгоды – сохранение экономически активного потенциала среди лиц с диагнозом НМРЛ за счет увеличения выживаемости без прогрессирования (рис. 3).

Вероятность 5-летней выживаемости в группе I равна 43,8%, а в группе II – 54,4%. В модели отражены отличия в медиане выживаемости без прогрессирования в этих группах (3,9 лет в группе I против 5,7 лет в группе II).

Сумма подушевого ВВП у всех выживших безрецидивных больных составляет в группе продолжающих курить и группе отказавшихся от курения соответственно 2 726 млн руб.

Потенциальные выгоды общества в метрике подушевого ВВП		
Показатель	Продолжающие курить	Отказавшиеся от курения
Медиана выживаемости без прогрессирования, лет	3,9	5,7
5-летняя выживаемость, %	43,8%	54,4%
Сумма подушевого ВВП в расчете на всех выживших безрецидивных больных за период выживания, млн. руб.	2 921	6 461
Дополнительная выгода общества при отказе от курения 5,8 тысяч (42,5%) больных раком легкого (6 461 млн. руб. – 2 921 млн. руб.)		
3 540 млн.Р		

Рис. 3. Потенциальные выгоды общества в метрике подушевого ВВП

Источник: Прогноз социально-экономического развития РФ, 2022 г. [9]; собственные данные [5–6].

и 6 030 млн руб. Расчет проведен с учетом вероятности выживания, без прогрессирования, соответствующего количества больных и величины подушевого ВВП в прогнозируемый период медианы выживаемости.

Разница в суммарной величине подушевого ВВП для обеих сравниваемых групп в горизонте 5-летней выживаемости показывает потенциальные экономические выходы для общества в связи с отказом от курения при НМРЛ, приводящего к повышению выживаемости и возможному сохранению экономической активности. Дополнительная выгода общества при отказе от курения только 5,4 тысяч больных НМРЛ (I–IIIa) составляет в метрике подушевого ВВП **3 304 млн руб.** (6 030 млн руб. минус 2 726 млн руб.).

Таким образом, общая экономия средств в результате отказа от курения части больных НМРЛ складывается из средств, полученных за счет экономии на лечении и за счет общественного выигрыша в метриках подушевого ВВП, обусловленного ростом выживаемости пациентов.

В модели также рассматривается гипотетическая «идеальная» ситуация, которая является нашей целью, т.е. отказ от курения 100% больных НМРЛ. Если предположить, что отказаться от курения после постановки диагноза смогли бы все 12 685 курящих больных с НМРЛ (I–IIIa),

то потенциальная экономия бюджета могла бы достичь существенно большей величины в 29 480 млн руб. в год (рис. 2).

При этом из средств федерального бюджета через федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» (БОЗ) и ОМС федерального уровня в 2022 году на онкопомощь было потрачено 399 млрд руб. [10]. Общее число онкологических пациентов в этом году составляло 624 835 человек [10]. Таким образом, в случае отказа от курения курильщиков только из одной нозологической группы, число которых в 2019 году составляло всего лишь **2,0%** от всех онкологических больных, можно было бы ожидать высвобождение 7,4% расходов в онкологическом сегменте здравоохранения.

При такой гипотетической ситуации экономические выгоды общества благодаря отказу от курения в суммарной метрике подушевого ВВП, получаемые благодаря повышению выживаемости и возможному сохранению трудовой активности, за 5-летний период могли бы превысить **14 млрд руб.**

Таким образом, отказ от курения онкологических больных сопровождается не только клинической выгодой, т.е. снижает смертность и улучшает показатели выживаемости, но и экономической выгодой для системы здравоохранения и страны в целом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Продолжение курения после постановки онкологического диагноза – очень серьезный негативный прогностический фактор, недооцениваемый как врачами, так и самими пациентами.

2. Отказ от курения должен стать четвертым столпом в лечении онкологических больных наряду с операцией, лучевой терапией и химиотерапией. Все онкологические клиники и центры должны быть обеспечены программами по лечению курения.

3. Программа лечения онкологических больных должна включать научно обоснованные методы отказа от курения. Необходимо разработать рекомендации по отказу от курения для онкологических больных, которым, учитывая их «напряженное» психологическое состояние,

отказ от многолетней привычки дается значительно тяжелее, чем «здоровым» курильщикам. Курильщикам, которые не могут усилием воли отказаться от курения, необходимо пройти курс лечения с применением рекомендованных лекарственных препаратов и, в первую очередь, никотинзаместительной терапии (НЗТ). Медикаментозное лечение должно сопровождаться сеансами обучения и психотерапии.

4. Лечение табачной зависимости экономически выгодно для системы здравоохранения. И, наоборот, продолжение курения значительно увеличивает траты на лечение. В связи с этим, предложение лечить никотиновую зависимость по полису обязательного медицинского страхования (ОМС) (как один из компонентов противоопухолевой терапии) считаем экономически обоснованным.

ЛИТЕРАТУРА

1. U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016. https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-08/m21_complete.pdf
2. U.S. National Cancer Institute. Treating Smoking in Cancer Patients: An Essential Component of Cancer Care. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 23. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2022, (Chapter 4. Implementing Smoking Cessation Treatment Programs in Cancer Care Settings: Challenges, Strategies, Innovations, and Models of Care).
3. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, GA, US: 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
4. Warren G.W., Cartmell K.B., Garrett-Mayer E., Salloum R.G., Cummings K.M. Attributable Failure of First-line Cancer Treatment and Incremental Costs Associated With Smoking by Patients With Cancer. *JAMA Netw Open*. 2019; 2(4): e191703. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.1703.
5. Заридзе Д.Г., Мукерия А.Ф., Шаньгина О.В., Стилиди И.С. Отказ от курения после постановки диагноза рака легкого улучшает прогноз заболевания. *Злокачественные опухоли*, 2021. Т. 11, № 3. С 15–22. doi: 10.18027 / 2224-5057-2021-11-3-15-22
6. Sheikh M., Mukeriy A., Shangina O., Brennan P., Zaridze D. Postdiagnosis Smoking Cessation and Reduced Risk for Lung Cancer Progression and Mortality: A Prospective Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2021; 174(9):1232–1239.
7. Rigotti N.A. Treating Tobacco Smoking After the Diagnosis of Lung Cancer: It's Not Too Late and a Call to Action. *Ann Intern Med*. 2021; 174(9):1317–1318. doi: 10.7326/ M21-2997.
8. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна [и др.] – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. 252 с.
9. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов. Министерство экономического развития Российской Федерации, 2022. https://www.economy.gov.ru/material/directions/makroec/prognozy_socialno_ekonomicheskogo_razvitiya/prognoz_socialno_ekonomicheskogo_razvitiya_rossiyskoy_federacii_na_2023_god_i_na_planovyy_period_2024_i_2025_godov.html
10. Какие суммы тратятся на онкологию в России. ЭХО онкологии. Экспертно-аналитический вестник. 2024. № 1(2). <https://protiv-raka.ru/analytics/kakie-summy-tratyatsya-na-onkologiyu-v-rossii/>

REFERENCES

1. U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016. https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-08/m21_complete.pdf
2. U.S. National Cancer Institute. Treating Smoking in Cancer Patients: An Essential Component of Cancer Care. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph

23. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2022., (Chapter 4. Implementing Smoking Cessation Treatment Programs in Cancer Care Settings: Challenges, Strategies, Innovations, and Models of Care).
3. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, GA, US: 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
4. Warren G. W., Cartmell K. B., Garrett-Mayer E., Saloum R. G., Cummings K. M. Attributable Failure of First-line Cancer Treatment and Incremental Costs Associated With Smoking by Patients With Cancer. JAMA Netw Open. 2019; 2(4): e191703. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.1703.
5. Zaridze D. G., Mukeriy A. F., Shangina O. V., Stilidi I. S. Smoking cessation after lung cancer diagnosis improves disease prognosis. Malignant tumours. 2021. 11(3):15–22. (In Russ.) <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2021-11-3-15-22>.
6. Sheikh M., Mukeriy A., Shangina O., Brennan P., Zaridze D. Postdiagnosis Smoking Cessation and Reduced Risk for Lung Cancer Progression and Mortality: A Prospective Cohort Study. Ann Intern Med. 2021; 174(9):1232–1239.
7. Rigotti N. A. Treating Tobacco Smoking After the Diagnosis of Lung Cancer: It's Not Too Late and a Call to Action. Ann Intern Med. 2021; 174(9):1317–1318. doi: 10.7326/M21–2997.
8. Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality). Edited by A. D. Kaprin, V. V. Starinsky, A. O. Shakhzadova. M., 2020, P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute – branch of the Federal State Budgetary Institution “NMIT of Radiology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 252 p.
9. Forecast of socio-economic development of the Russian Federation for 2023 and for the planning period of 2024 and 2025. Ministry economic development Russian Federation, 2022. https://www.economy.gov.ru/material/directions/makroec/prognozy_socialno_ekonomicheskogo_razvitiya/prognoz_socialno_ekonomicheskogo_razvitiya_rossiyskoy_federacii_na_2023_god_i_na_planovyy_period_2024_i_2025_godov.html
10. What amounts are spent on oncology in Russia. ECHO oncology. Expert-analytical bulletin 2024. № 1(2). <https://protiv-raka.ru/analytics/kakie-summy-tratyatsya-na-onkologiyu-v-rossii/>.

ES

Evaluación de las consecuencias económicas (beneficios) de dejar de fumar en pacientes con cáncer.

D.G. Zaridze, L.D. Popovich, A.F. Mukeria, O.V. Shangina, S.V. Svetlichnaya, K.K. Laktionov

Anotación

Introducción. En 2021 se publicaron los resultados del primer estudio de cohorte prospectivo a gran escala que muestra el impacto negativo del tabaquismo luego del diagnóstico en el pronóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (I–IIIa).

Objetivo del estudio: evaluar los posibles beneficios para el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto como consecuencia de dejar de fumar tras el diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadios I–IIIa.

Materiales y métodos. Para calcular las consecuencias económicas de dejar de fumar entre pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de pulmón de células no pequeñas (I–IIIa), se ha desarrollado un modelo matemático (calculadora). La calculadora utiliza indicadores que caracterizan el tabaquismo de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio I–IIIa, después de un diagnóstico oncológico, la probabilidad de progresión de la enfermedad, supervivencia en los grupos de fumadores continuos y de los que dejaron de fumar, calculada con base en los resultados de un estudio clínico y epidemiológico prospectivo realizado en el Departamento de Epidemiología Clínica del Centro Nacional de Investigaciones Médicas de Oncología que lleva el nombre. N.N. Blokhin, datos estadísticos sobre morbilidad y mortalidad por cáncer de pulmón de células no pequeñas en Rusia, indicadores del producto interno bruto per cápita y pronóstico del desarrollo socioeconómico de la Federación de Rusia. La calculadora tiene en cuenta el costo promedio del tratamiento para pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas en etapa tardía (estadio IIb–IV) en 2020–2022, que se calculó a partir de un análisis de los registros médicos de los pacientes que fueron tratados en el departamento de terapia con medicamentos antitumorales No. 3 del departamento de tratamiento con medicamentos de la Institución Presupuestaria del Estado Federal “Centro Nacional de Investigaciones Médicas en Oncología que lleva su nombre. N.N. Blokhin” (encabezado por K.K. Laktionov).

Resultados. Dejar de fumar después del diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio I–IIIa. Supone un ahorro de costes al reducir la probabilidad de recaídas y el aumento en el número de recaídas evitadas al dejar de fumar. Teniendo en cuenta el hecho de que el costo promedio del tratamiento para pacientes

FR

Évaluation des conséquences économiques (bénéfices) de l'arrêt du tabac chez les patients atteints de cancer

D.G. Zaridze, L.D. Popovitch, A.F. Mukeria, O.V. Shangina, S.V. Svetlichnaya, K.K. Laktionov

Annotation

Introduction. En 2021, les résultats de la première étude de cohorte prospective à grande échelle ont été publiés montrant l'impact négatif du tabagisme après le diagnostic sur le pronostic du cancer pulmonaire non à petites cellules (I–IIIa).

Objectif de l'étude: évaluer les bénéfices possibles pour le système de santé et la société suite à l'arrêt du tabac après le diagnostic d'un cancer pulmonaire non à petites cellules de stade I–IIIa.

Matériels et méthodes. Pour calculer les conséquences économiques de l'arrêt du tabac chez les patients ayant un diagnostic confirmé de cancer pulmonaire non à petites cellules (I–IIIa), un modèle mathématique (calculateur) a été développé. Le calculateur utilise des indicateurs caractérisant le statut tabagique des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I–IIIa, après un diagnostic oncologique, la probabilité de progression de la maladie, la survie dans les groupes de fumeurs continus et ceux qui ont arrêté de fumer, calculées sur la base des résultats d'une étude clinique et épidémiologique prospective menée dans le Département d'épidémiologie clinique du Centre national de recherche médicale de Oncologie nommée d'après. N.N. Blokhin, données statistiques sur la morbidité et la mortalité dues au cancer du poumon non à petites cellules en Russie, indicateurs du produit intérieur brut par habitant et prévisions du développement socio-économique de la Fédération de Russie. Le calculateur prend en compte le coût moyen du traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules à un stade avancé (stade IIb–IV) en 2020–2022, qui a été calculé sur la base d'une analyse des dossiers médicaux des patients traités dans le Département de thérapie médicamenteuse antitumorale № 3 du département de traitement médicamenteux de l'Institution budgétaire de l'État fédéral “Centre national de recherche médicale en oncologie du nom. N.N. Blokhin” (dirigé par K.K. Laktionov).

Résultats. Arrêter de fumer après un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules de stade I–IIIa. entraîne des économies en réduisant le risque de rechutes et en augmentant le nombre de rechutes évitées lors de l'arrêt du tabac. En tenant compte du coût moyen du traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IIb–IV. est de 4 000 000 de roubles,

con cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio IIb-IV. es de 4.000.000 de rublos, los ahorros en el tratamiento debido a una disminución en la probabilidad de recaídas y como resultado de un aumento en el número de pacientes que dejaron de fumar sin recaídas ascendieron a 3.321 millones de rublos. y 9.251 millones de rublos, respectivamente, al año. Por tanto, el ahorro total en tratamiento ascenderá a 12.588 millones de rublos. o un poco más de 2,3 millones de rublos. por persona que haya dejado de fumar. La segunda fuente de beneficio económico es la preservación del potencial económicamente activo de algunos pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio I-IIIa. debido al aumento de la supervivencia sin progresión como resultado de dejar de fumar, que en términos de producto interno bruto per cápita asciende a 3.304 millones de rublos. por año. Con un hipotético abandono del hábito de fumar, el 100% de los pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio I-IIIa. Los ahorros presupuestarios potenciales podrían alcanzar un valor significativamente mayor de 29.480 millones de rublos por año. El beneficio económico para la sociedad en la métrica total del producto interno bruto per cápita, resultante de una mayor supervivencia y una posible retención de la actividad laboral, durante un periodo de cinco años podría superar los 14 mil millones de rublos.

Conclusión. Dejar de fumar en pacientes con cáncer va acompañado no sólo de beneficios clínicos, es decir, reduce la mortalidad y mejora las tasas de supervivencia, pero también tiene beneficios económicos para el sistema sanitario y el país en conjunto.

Palabras clave: tabaquismo, abandono del tabaquismo, cáncer de pulmón, recaída, beneficio económico, tratamiento, supervivencia.

les économies sur le traitement dues à une diminution du risque de rechute et à une augmentation du nombre de patients sans rechute qui ont arrêté de fumer se sont élevées à 3321 millions de roubles et 9,251 millions de roubles, respectivement, par an. Ainsi, les économies totales sur le traitement s'élèveront à 12588 millions de roubles soit un peu plus de 2,3 millions de roubles par personne qui a arrêté de fumer.

La deuxième source de bénéfice économique est la préservation du potentiel économiquement actif de certains patients diagnostiqués avec un cancer du poumon non à petites cellules de stade I-IIIa en raison d'une augmentation de la survie sans progression suite à l'arrêt du tabac, qui en termes de produit intérieur brut par habitant s'élève à 3304 millions de roubles par année. Avec un hypothétique arrêt du tabac, 100% des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I-IIIa. les économies budgétaires potentielles pourraient atteindre une valeur nettement plus élevée, soit 29480 millions de roubles par année. Le bénéfice économique pour la société en termes de produit intérieur brut par habitant, résultant de l'augmentation de la survie et du maintien possible de l'activité professionnelle, sur une période de cinq ans, pourrait dépasser 14 milliards de roubles.

Conclusion. Arrêter de fumer chez les patients atteints de cancer ne s'accompagne pas seulement de bénéfices cliniques, c'est-à-dire réduit la mortalité et améliore les taux de survie, mais présente également des avantages économiques pour le système de santé et le pays dans son ensemble.

Mots clés: tabagisme, abandon du tabac, cancer du poumon, rechute, bénéfice économique, traitement, survie.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Заридзе Давид Георгиевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом клинической эпидемиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

David G. Zaridze – MD, Grand PhD in Medical sciences, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of Clinical Epidemiology, National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin, Moscow, Russia. E-mail: dgzaridze@rccs-pror.org, ORCID: 0000-0002-2824-3704

Попович Лариса Дмитриевна – кандидат биологических наук, директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, г. Москва, Россия.

Larisa D. Popovich – PhD in Biological sciences, Director of the Institute for Health Economics at the HSE, Moscow, Russia. E-mail: Ldpopovich@hse.ru, ORCID: 0000-0002-4566-8704

Мукерия Ануш Феликсовна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела клинической эпидемиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Anush F. Mukeriya – Grand PhD in Medical sciences, Leading researcher of the Department of Clinical Epidemiology, National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin, Moscow, Russia. E-mail: amukeria@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6847-9295

Шаньгина Оксана Валентиновна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела клинической эпидемиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Oxana V. Shangina – PhD in Medical sciences, Senior Scientist, the Department of Clinical Epidemiology, National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin, Moscow, Russia. E-mail: o.shangina@ronc.ru, ORCID: 0000-0003-2431-068X

Светличная Светлана Валентиновна – главный эксперт Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, г. Москва, Россия.

Svetlana V. Svetlichnaya – chief expert, the Institute for Health Economics at the HSE, Moscow, Russia. E-mail: ssvetlichnaya@hse.ru, ORCID: 0000-0002-3977-819X

Лактионов Константин Константинович – доктор медицинских наук, первый заместитель директора ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Konstantin K. Laktionov – Grand PhD in Medical sciences, First Deputy Director of the National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin, Moscow, Russia. E-mail: k.laktionov@ronc.ru, ORCID: 0000-0003-4469-502X

ИЗБРАННЫЕ ПОДХОДЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

С.А. ФЕДОТКИНА^{1,2}, О.В. МУЗАЛЕВА¹, Э.В. ХУГАЕВА¹

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства Обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия;

² Медицинский колледж ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия.

УДК 614.2:330.131.5:004.9

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-39-46

Аннотация

Введение. Социологические опросы являются надежным источником получения информации о качестве предоставляемой медицинской помощи. Оценка субъективных мнений всех участников лечебно-профилактического процесса об организации оказания медицинской помощи позволяет своевременно провести необходимую корректировку объема и качества предоставляемых медицинских услуг. Изучение субъективных оценок медицинского персонала о качестве предоставляемой медицинской помощи определяет ее эффективность и требует дополнительного исследования. **Цель исследования:** изучить мнения медицинских работников, оценить влияние возможных факторов на ответы респондентов, в связи с включением дистанционного мониторингирования артериального давления в их функциональные обязанности. **Материалы и методы.** Исследование было проведено на базе двух городских поликлиник города Санкт-Петербурга № 19 и № 91. Материалами послужили данные социологического опроса медицинских работников, принявших участие в организации оказания медицинской помощи с применением дистанционного мониторингирования артериального давления пациентам диспансерной группы наблюдения кардиологического профиля в период с 2018 по 2022 гг. **Результаты.** Проведен анализ влияния некоторых факторов на ответы респондентов, в связи с включением дистанционного мониторингирования артериального давления в их функциональные обязанности. **Заключение.** Обработка данных показала, что, в целом, это привело к повышению удовлетворенности медицинских работников различными аспектами профессиональной деятельности, связанными с коммуникативными процессами в коллективе – улучшением взаимопонимания с коллегами и руководством и уменьшением количества конфликтов с пациентами. По факторам организации и оплате труда были отмечены значительные ресурсы для определения направлений по их решению.

Ключевые слова: дистанционное мониторингирование артериального давления, организация оказания медицинской помощи, «Школа дистанционного мониторингирования артериального давления», пациенты с артериальной гипертензией, трудоспособный возраст, перераспределение функциональных обязанностей медицинских работников, партисипативное взаимодействие.

Для цитирования: Федоткина С.А., Музалева О.В., Хугаева Э.В. Избранные подходы изучения социальной эффективности при организации оказания медицинской помощи с применением дистанционных технологий. Общественное здоровье. 2024; 3(4):39–46, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-39-46

Контактная информация: Хугаева Эльза Валерьевна, e-mail: hugaeva_elza@vail.ru

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 14.12.2023. **Статья принята к печати:** 19.02.2024. **Дата публикации:** 25.09.2024.

UDC 614.2:330.131.5:004.9

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-39-46

SELECTED APPROACHES TO THE STUDY OF SOCIAL EFFICIENCY IN THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE WITH THE USE OF REMOTE TECHNOLOGIES

S.A. Fedotkina^{1,2}, O.V. Muzaleva¹, E.V. Khugaeva¹

¹ Military Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russia;

² College of Medicine Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russia.

Abstract

Introduction. Sociological surveys are a reliable source of information about the quality of medical care provided. Assessing the subjective opinions of all participants in the treatment and preventive process about the organization of medical care allows for

timely adjustments to the volume and quality of medical services provided. The study of subjective assessments of medical personnel about the quality of medical care provided determines its effectiveness and requires additional research. *The purpose of the study* is to study the opinions of medical workers, assess the influence of possible factors on the responses of respondents, in connection with the inclusion of remote blood pressure monitoring in their functional responsibilities. *Materials and methods.* Study was conducted on the basis of two city clinics of St. Petersburg No. 19 and 91. The materials were data from a sociological survey of medical workers who took part in organizing the provision of medical care using remote blood pressure monitoring to patients of the cardiology follow-up group in the period from 2018 to 2022. *Results.* An analysis was carried out of the influence of some factors on the respondents' answers in connection with the inclusion of remote blood pressure monitoring in their functional responsibilities. *Conclusion.* Data processing showed that, in general, this led to an increase in the satisfaction of medical workers with various aspects of professional activity related to communication processes in the team – improved mutual understanding with colleagues and management and a decrease in the number of conflicts with patients. Regarding factors of labor organization and remuneration, significant resources were noted to determine directions for their solution.

Keywords: remote monitoring of blood pressure, organization of medical care, «School of remote monitoring of blood pressure», patients with hypertension, working age, redistribution of functional responsibilities of medical workers, participatory interaction.

For citation: Fedotkina S.A., Muzaleva O.V., Khugaeva E.V. Selected approaches to the study of social efficiency in the organization of medical care with the use of remote technologies. Public health. 2024; 3(4):39–46, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-39-46

For correspondence: Elza V. Khugaeva, e-mail: hugaeva_elza@vail.ru

Funding: The study had no sponsorship.

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

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи.

ВВЕДЕНИЕ

Одно из ключевых направлений развития системы здравоохранения на всех уровнях – это обеспечение высокого качества медицинской помощи. Однако объективная оценка этого показателя представляет определенные сложности, поскольку он зависит от множества факторов, каждый из которых вносит незначительный вклад на уровне статистической погрешности. Несмотря на это, в совокупности эти факторы оказывают значительное влияние и в значительной степени определяют объективную и субъективную оценку системы здравоохранения.

В последнее время все большее внимание уделяется развитию и расширению функций среднего медицинского персонала, а также более активному его участию в оказании медицинской помощи [1, 2, 12, 13, 14, 15, 18]. Важно строго определить выполняемые функции и возложить четкую ответственность на каждого сотрудника, включая средний медицинский персонал, и обеспечить эффективное взаимодействие между ними и другими членами команды в здравоохранении [12, 17, 16, 18].

Проведение социологических опросов является наиболее информативным методом изучения субъективных мнений всех участников лечебно-профилактического процесса об организации оказания медицинской помощи

и позволяет провести необходимые улучшения [5, 6, 8, 9, 11].

Ранее выполненные исследования [1, 2, 3, 4, 5, 6] выявили сильную взаимосвязь между субъективной оценкой медицинским персоналом качества предоставляемой медицинской помощи и ее эффективностью. Однако характер этой взаимосвязи и факторы, влияющие на субъективную оценку качества медицинской помощи, остаются недостаточно исследованными.

К тому же, нельзя утверждать, что субъективная оценка качества медицинской помощи полностью изучена. Кроме половозрастных и инфраструктурных факторов, а также географии удаленности медицинской организации и транспортной доступности, требуются исследования о влиянии уровня медицинской организации и объема предоставляемых медицинских услуг [7, 8, 9, 10, 11].

Наше исследование определялось необходимостью обеспечения доступности и улучшения качества медицинской помощи пациентам кардиологического профиля [18, 19, 20, 21]. Это сопряжено с рациональным использованием, в первую очередь, кадровых и технических ресурсов, а также с активным использованием информационных систем и элементов бережливого производства [4–6, 9–13].

Цель исследования: изучить мнения медицинских работников, оценить влияние возможных факторов на ответы респондентов, в связи

с включением дистанционного мониторинга артериального давления в их функциональные обязанности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалами послужили данные социологического опроса медицинских работников, принявших участие в организации оказания медицинской помощи с применением дистанционного мониторинга артериального давления (ДМАД) пациентам диспансерной группы наблюдения кардиологического профиля в период с 2018 по 2022 гг. Научное исследование было организовано сотрудниками кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова на базе двух городских поликлиник города Санкт-Петербурга № 19 и № 91.

Для реализации цели исследования проводилась обработка данных методом факторного анализа. Предлагаемая методика обработки включала в себя два этапа. На первом этапе к результатам анкетирования применили метод факторного анализа, позволяющий выделить агрегатные переменные, влияющие на ответы респондентов. В рассматриваемом примере в качестве исходных данных для факторного анализа выступала таблица с данными, включающими в себя ответы респондентов. На втором этапе проводился анализ взаимосвязи выделенных факторов с дополнительными переменными, позволяющий получить представление о том, какие значения факторных переменных наиболее ярко выражены по тому или иному критерию, и проверить гипотезу о независимости признаков.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием персонального компьютера под управлением операционной системы Microsoft Windows 7, программного обеспечения Microsoft Excel 2013, стандартного пакета прикладной программы StatSoft Statistica 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Опрос медицинских работников проводился при помощи специально разработанной структурированной анкеты. Она состояла из 14 ранжированных множественных вопросов. Было опрошено 107 медицинских работников

первичного звена здравоохранения, из них 25,0% мужчин и 75,0% женщин, средний возраст которых составил 42,1 и 41,8 лет соответственно. Медицинский стаж у мужчин составил $15,0 \pm 7,2$ лет, а у женщин – $11,0 \pm 5,4$. Выборку представили ответы на вопросы, полученные до и после дистанционного мониторинга артериального давления от 32 медицинских сестер и 68 врачей.

Результаты опроса медработников относительно профилактического консультирования и применения дистанционного мониторинга артериального давления показал, что 54,4% врачей считали, что применение дистанционного мониторинга артериального давления существенно облегчило их работу, а 33,8% врачей высказались нейтрально по данному вопросу. Остальные 11,8% врачей сочли дистанционное мониторинг артериального давления пациентов действием, затрудняющим их работу.

Большинство медицинских сестер (53,1%) отметили дистанционное мониторинг артериального давления пациентов, как облегчающее их работу, 15,6% не смогли определиться с ответом, а треть (31,3%) медсестер высказали негативное мнение по этому вопросу.

Зарегистрирован удельный вес врачей (47,1%) и медицинских сестер (46,9%) с положительным мнением о пользе краткого профилактического консультирования пациентов в рамках диспансерного наблюдения.

Удельный вес врачей и медицинских сестер, которые затруднились ответить на вопрос о пользе краткого профилактического консультирования, также оказался достаточно высоким – 63,2%.

Против проведения краткого профилактического консультирования высказались 14,7% врачей и 28,1% медицинских сестер, что влияет в некоторой степени на эффективность применения метода дистанционного мониторинга артериального давления пациентов и требует детального выявления причин такого негативного отношения.

Таким образом, большинство медицинских работников признали, что применение дистанционного мониторинга артериального давления и проведение краткого профилактического консультирования пациентов значительно облегчили и улучшили их работу. Следует признать, что достаточно высок процент респондентов (особенно со средним медицинским образованием), не согласных с проведением

дистанционного мониторинга артериального давления, что возможно потребует определенных организационных, обучающих, экономических мероприятий от руководителей медицинской организации.

Представляло значительный интерес изменение удовлетворенности / неудовлетворенности медицинского персонала своей деятельностью до и после дистанционного мониторинга (табл. 1).

По результатам исследования, было установлено, что удовлетворенность работников своей деятельностью в целом после применения ДМАД возросла на 3,0%, приблизительно в равных долях и врачей (2,9%), и медицинских сестер (3,1%), за счет уменьшения группы негативно относившихся к данному методу, а по группе медицинских сестер еще дополнительно за счет

лиц, с неопределенным ответом («затрудняюсь ответить»).

Уровень удовлетворенности работников по критерию «Взаимопонимание с коллегами» в среднем увеличился на 33,9%; в основном за счет группы врачей на 67,7%, а по группе медицинских сестер остался на прежнем уровне – 0,1% и показатель неудовлетворенности в этой группе вырос на 6,1%, возможно за счет увеличения объема работы.

Взаимопонимание с руководством являлось одним из важнейших факторов, влияющим на уровень удовлетворенности. По данному вопросу зарегистрирована положительная динамика удовлетворенности после внедрения ДМАД (рост на 7,5%) в целом у 46,0% респондентов, причем больше среди медицинских сестер, чем у врачей (9,4% и 5,8% соответственно).

Таблица 1

Динамика показателей по причинам удовлетворенности / неудовлетворенности медицинских работников своей деятельностью до/после применения дистанционного мониторинга артериального давления

Критерии:	Мед. работники	После применения ДМАД		До применения ДМАД		Динамика роста (убыли)	
		Удовл (%)	Не удовл (%)	Удовл (%)	Не удовл (%)	Удовл (%)	Не удовл (%)
Взаимопонимание с коллегами	врач	80,9	13,2	13,2	73,5	67,7	-60,3
	м/с	43,8	34,3	43,7	28,2	0,1	6,1
Всего среднее:		62,4	23,6	28,5	50,9	33,9	-27,3
Взаимопонимание с руководством	врач	52,9	25,0	47,1	26,5	5,8	-1,5
	м/с	28,2	59,3	18,8	65,6	9,4	-6,3
Всего среднее:		40,5	42,1	33,0	46,0	7,50	-3,90
Отсутствие конфликтных ситуаций с пациентами	врач	57,4	19,1	22,1	47	35,3	-27,9
	м/с	46,8	34,4	40,6	34,4	6,2	0
Всего среднее:		52,1	26,7	31,3	41,2	20,80	-14,50
Нагрузка трудовой деятельностью	врач	20,8	75,7	19,1	70,6	1,7	5,1
	м/с	9,4	90,6	9,4	87,5	0	3,1
Всего среднее:		13,4	83,1	15,8	77,5	-2,4	5,6
Оплата труда	врач	33,8	47,1	26,5	48,5	7,3	-1,4
	м/с	46,8	46,8	12,5	75	34,3	-28,2
Всего среднее:		40,3	46,9	19,6	61,6	20,7	-14,7
Возможность обучения и самосовершенствования во время работы	врач	30,9	55,9	27,9	57,4	3,0	-1,5
	м/с	25	59,4	18,8	62,5	6,2	-3,1
Всего среднее:		27,9	57,7	23,4	59,9	4,50	-2,20
Удовлетворенность своей деятельностью в целом	врач	77,9	20,6	75	23,5	2,9	-2,9
	м/с	78,1	18,8	75	25	3,1	-6,2
Всего среднее:		78	19,7	75	24	3,0	-4,3

Источник: материалы собственного социологического опроса медицинских работников до/после применения дистанционного мониторинга артериального давления пациентов с 2018 по 2022 гг.

Анализ мнений персонала «Не довольны взаимоотношениями с руководством» показал снижение на 3,9% в целом (у врачей – 1,5%, у медицинских сестер – 6,3%), что свидетельствует о положительной реакции персонала со средним медицинским образованием на управленческие решения.

Конфликтные ситуации с пациентами вызвали значительную неудовлетворенность работой у медицинских работников. После применения ДМАД снижение удельного веса неудовлетворенных анкетизируемых зарегистрировано в 14,5% случаев, причем в большей степени у врачей (на 27,9%), и отсутствие динамики у медицинских сестер (0,0%), а снижение конфликтных ситуаций определило рост удовлетворенности деятельностью в целом на 20,8% у всех респондентов (на 35,3% у врачей и 6,2% у медицинских сестер соответственно).

Показатель удовлетворенности рабочей нагрузкой показал отрицательную динамику (снижение на 2,4%), причем рост (на 5,6% в целом) удельного веса медицинских работников недовольных нагрузкой после применения ДМАД произошел в основном за счет врачей (5,1%). Возможно, использование эти результатов будет полезным для определения направлений по организации труда медицинских работников.

Показатель неудовлетворенности низким уровнем оплаты труда в целом снизился на 14,8%, но все равно остался на высоком уровне – 46,9%.

Прирост удовлетворенности по критерию оценки о возможности обучения и самосовершенствования в рабочее время показал прирост на 4,5%, однако уровень неудовлетворенности этим критерием в целом остался по-прежнему высоким (57,7%).

Таким образом, применение дистанционного мониторинга артериального давления с учетом перераспределения функциональных обязанностей медицинских работников в амбулаторных условиях привело к повышению уровня удовлетворенности медицинских работников в различных аспектах на 73,8%. Наибольший прирост удовлетворенности отмечается по коммуникативным критериям – взаимопонимание с коллегами и руководством, снижение конфликтных ситуаций с пациентами. В меньшей степени – по возможности обучения и самосовершенствования в рабочее время и уровнем оплаты труда. По организации труда медицинских работников выявлены значительные резервы для определения направлений по их решению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение мнений медицинских работников проводилось как подведение итогов применения дистанционного мониторинга артериального давления. Оно осуществлялось в амбулаторных условиях и основывалось на перераспределении функциональных обязанностей медицинских работников и партисипативном взаимодействии с пациентами.

Социологический опрос был направлен на изучение удовлетворенности медицинских работников и оценку влияния некоторых факторов на ответы респондентов, в связи с включением дистанционного мониторинга артериального давления в их функциональные обязанности.

Обработка данных показала, что, в целом, это привело к повышению удовлетворенности медицинских работников различными аспектами профессиональной деятельности, связанными с коммуникативными процессами в коллективе – улучшением взаимопонимания с коллегами и руководством и уменьшением количества конфликтов с пациентами.

По этим критериям был наибольший прирост удовлетворенности медицинских работников, что говорит об их значимости для респондентов. Заинтересованность респондентов в повышении своей квалификации, совместно с выполнением своих основных функциональных обязанностей, дополнительно подтверждает целесообразность использования структурно-функциональной технологии с применением дистанционного мониторинга артериального давления пациентам в амбулаторных условиях.

Негативная оценка респондентов двух взаимосвязанных критериев «Нагрузка трудовой деятельностью» и «Оплата труда» свидетельствует об имеющихся административных резервах у органов исполнительной власти. Возможно, полученные результаты нашего исследования будут полезны для определения направлений по организации труда медицинских работников.

Таким образом, современный подход к перераспределению функциональных обязанностей между врачами, медицинскими сестрами и специально обученными медицинскими ассистентами, в связи с использованием технологии организации оказания медицинской помощи с применением дистанционного мониторинга артериального давления положительно отразился на профессиональной деятельности медицинских работников, что свидетельствует о социальной эффективности его применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прохоренко Н. Ф., Гапонова Е. А., Петрачков И. В., Улумбекова Г. Э. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи // ОР-ГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – Т. 5 – № 4. – С. 20–42. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-14002.
2. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации. [Электронный ресурс] URL: <https://docs.cntd.ru/document/560498624> (Дата обращения: 05.11.2023).
3. Этика и «цифра»: этические проблемы цифровых технологий. Аналитический доклад. [Электронный ресурс]. – URL: https://ethics.cdto.ranepa.ru/3_1 (Дата обращения: 05.11.2023).
4. Карайланов М. Г., Музалева О. В., Голева Е. С. [и др.] Оценка социальной эффективности использования медицинских информационных систем персоналом медицинских организаций // Международный научно-исследовательский журнал. – 2023. – № 9 (135). – URL: <https://research-journal.org/archive/9-135-2023-september/10.23670/IRJ.2023.135.48> (Дата обращения: 05.11.2023). – DOI: 10.23670/IRJ.2023.135.48.
5. Черкасов С. Н., Костинова А. Ю. Удовлетворенность врачей государственных медицинских учреждений // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – № 4 (58). – URL: <https://research-journal.org/archive/4-58-2017-april/udovletvorennost-vrachej-gosudarstvennykh-medicinskikh-uchrezhdenij> (Дата обращения: 05.11.2023). – doi: 10.23670/IRJ.2017.58.100.
6. Мунтян И. А., Карасева Л. А. Анализ факторов, влияющих на степень удовлетворенности трудом медицинского персонала. // Медсестра. – 2021. – 5. [Электронный ресурс] – URL: <https://doi.org/10.33920/med-05-2105-04> (Дата обращения: 05.11.2023).
7. Аманбеков А. А., Касиев Н. К. Удовлетворенность специалистов сестринского дела профессиональной деятельностью // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2021. – № 6. – С. 72–77.
8. Данильченко Я. В., Карась Д. В., Попсуйко А. Н., Артамонова Г. В. Удовлетворенность медицинского персонала – удовлетворенность пациента качеством помощи: есть ли связь? // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный ресурс]. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1163/30/lang,ru/> (Дата обращения: 05.11.2023). DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-3-2.
9. Федоткина С. А., Ахминеева А. Х., Карайланов М. Г. Лучшие практики применения телемедицинских технологий в российской федерации и за рубежом. // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2023. – Т. 15. – № 3. – С. 295–312.
10. Карайланов М. Г., Ужох-Бажноков О. А. Организация профилактических мероприятий с применением цифровых технологий. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2023. – Т. 9. – № 3 (33). – С. 138–139.
11. Музалева О. В., Голева Е. С., Пчелкин А. А. Применение методов анкетирования для оценки эффективности использования медицинских информационных систем в медицинских организациях. // В сборнике: Эффективное управление и контроль в здравоохранении. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией И. Т. Русева, А. Х. Ахминеевой. Санкт-Петербург. – 2022. – С. 40–43.
12. Драпкина О. М. Организационные решения по перераспределению функций между работниками медицинской организации. Функционал немедицинского персонала. [Электронный ресурс] – URL: https://mednet.ru/images/materials/news/5_drapkina.pdf (Дата обращения: 05.11.2023).
13. Калининская А. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Балзамова Л. А. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации. // Менеджер здравоохранения. – № 6–2022. С. 62–68.
14. Куценко О. С. Методический подход к оценке эффективности деятельности медицинской организации // Молодой ученый. – 2016. – № 9 (113). – С. 628–630. [Электронный ресурс]. URL: <https://moluch.ru/archive/113/29181/> (Дата обращения: 05.11.2023).
15. Вечорко В. В. Распределение рабочего времени медицинских сестер, работающих на амбулаторном приеме с врачом-терапевтом, в поликлинике города Москвы. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. DOI: 10.21045/2071-5021-2017-54-2-4.
16. Окулов М. В., Емельянов А. О., Пенюгина Е. Н., Золотарев П. Н., Догот Р. А. Кадры как важная составляющая доступности первичной медико-санитарной помощи взрослому населению крупного города. // Медицина и организация здравоохранения. – 2022. – Т. 7. – № 1. – С. 28–35.
17. Федоткина С. А., Хугаева Э. В. Анализ факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц трудоспособного возраста. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68. – № 6.
18. Федоткина С. А., Хугаева Э. В. Информированность населения о кардиоваскулярных факторах развития заболеваний как результат применения популяционной стратегии. // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2023. – Т. 15. – № 2. – С. 178–194.
19. Федоткина С. А., Хугаева Э. В. Причины и частота встречаемости осложнений факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди трудоспособного населения. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2022. – Т. 17. – № 4. – С. 281–294.
20. Ионов М. В., Звартау Н. Э., Конради А. О., Шляхто Е. В. Телемониторинг артериального давления и дистанционное консультирование пациентов с артериальной гипертензией: «за» и «против». // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25. – № 10. – С. 240–248.

REFERENCES

1. Prokhorenko N.F., Gaponova E.A., Petrachkov I.V., Ulumbekova G.E. Ensuring accessibility and quality of primary health care // ORGZDRAV: news, opinions, training. Bulletin of the Higher School of Economics. – 2019. – Vol. 5. – No. 4. – P. 20–42. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-14002. (in Russian).
2. A new model of a medical organization providing primary health care. Methodological recommendations. [Electronic resource] URL: <https://docs.cntd.ru/document/560498624> (accessed: 05.11.2023). (in Russian).
3. Ethics and «digital»: ethical problems of digital technologies. Analytical report. [electronic resource]. – URL: https://ethics.cdto.ranepa.ru/3_1 (Accessed: 05.11.2023) (in Russian).
4. Karaylanov M.G., Muzaleva O.V., Goleva E.S. [et al.] Evaluation of the social effectiveness of the use of medical information systems by personnel of medical organizations // International Research Journal. – 2023. – № 9 (135). – URL: <https://research-journal.org/archive/9-132023september/10.23670/IRJ.2023.135.48> (accessed 05.11.2023). – DOI: 10.23670/IRJ.2023.135.48. (in Russian).
5. Cherkasov S.N., Kostikova A.Y. Satisfaction of doctors of state medical institutions // International Research Journal. – 2017. – № 4 (58). – URL: <https://research-journal.org/archive/4-58-2017-april/udovletvorennost-vrachey-gosudarstvennyx-medicinskix-uchrezhdenij> (Accessed: 05.11.2023). – doi: 10.23670/IRJ.2017.58.100. (in Russian).
6. Muntyan I.A., Karaseva L.A. Analysis of factors affecting the degree of satisfaction with the work of medical personnel. // № 2021–5. [Electronic resource] – URL: <https://doi.org/10.33920/med-05-2105-04> (Accessed: 05.11.2023). (in Russian).
7. Amanbekov A.A., Kasiyev N.K. Satisfaction of nursing specialists with professional activity // Nauchnoe obozrenie. Medical sciences. – 2021. – No. 6. – P. 72–77. (in Russian).
8. Danilchenko Ya.V., Karas D.V., Popsuiko A.N., Artamonova G.V. Satisfaction of medical personnel – patient satisfaction with the quality of care: is there a connection? // Social aspects of public health. [electronic resource]. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1163/30/lang,ru/> (Accessed: 05.11.2023). DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-3-2. (in Russian).
9. Fedotkina S.A., Akhmineeva A.H., Karaylanov M.G. Best practices of telemedicine technologies application in the Russian Federation and abroad. // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2023. – Vol. 15. – No. 3. – P. 295–312. (in Russian).
10. Karaylanov M.G., Uzhoh-Bazhnokov O.A. Organization of preventive events with the use of digital technologies. // ORGZDRAV: news, opinions, training. Vestnik VSHOUZ. 2023. Vol. 9. No. 3 (33). P. 138–139. (in Russian).
11. Muzaleva O.V., Goleva E.S., Pchelkin A.A. Application of questionnaire methods to assess the effectiveness of the use of medical information systems in medical organizations. // In the collection: Effective management and control in healthcare. Materials of the All-Russian Scientific and practical Conference. Edited by I.T. Rusev, A.H. Akhmineeva. St. Petersburg. – 2022. – P. 40–43. (in Russian).
12. Drapkina O.M. Organizational decisions on the redistribution of functions between employees of a medical organization. The functionality of non-medical personnel. [Electronic resource] – URL: https://mednet.ru/images/materials/news/5_drapkina.pdf (Accessed: 05.11.2023). (in Russian).
13. Kalininskaya A.A., Lazarev A.V., Shlyafers S.I., Balzamo L.A. Staffing of primary health care in the Russian Federation. // Health Care Manager. No. 6–2022. P. 62–68. (in Russian).
14. Kutsenko, O.S. Methodical approach to the evaluation of the effectiveness of the medical organization // Young scientist. – 2016. – № 9 (113). – P. 628–630. [electronic resource]. URL: <https://moluch.ru/archive/113/29181/> (Accessed: 05.11.2023). (in Russian).
15. Vechorko V.V. Distribution of working hours of nurses working on an outpatient appointment with a general practitioner in a polyclinic in Moscow. // Social aspects of public health. 2017. DOI: 10.21045/2071-5021-2017-54-2-4.
16. Okulov M.V., Emelyanov A.O., Penyugina E.N., Zolotarev P.N., Dogot R.A. Personnel as an important component of accessibility of primary health care to the adult population of a large city. // Medicine and Healthcare organization. – 2022. Vol. 7. – No. 1. – P. 28–35. (in Russian).
17. Fedotkina S.A., Khugaeva E.V. Analysis of risk factors for the development of cardiovascular diseases in people of working age. // Social aspects of public health. – 2022. – Vol. 68. – No. 6. (in Russian).
18. Fedotkina S.A., Khugaeva E.V. Awareness of the population about cardiovascular factors of disease development as a result of population strategy application. // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2023. Vol. 15. – No. 2. – P. 178–194. (in Russian).
19. Fedotkina S.A., Khugaeva E.V. Causes and frequency of complications of risk factors for the development of cardiovascular diseases among the able-bodied population. // Bulletin of St. Petersburg University. Medicine. – 2022. Vol. 17. – No. 4. – P. 281–294. (in Russian).
20. Ionov M.V., Zvartau N.E., Konradi A.O., Shlyakhto E.V. Telemonitoring of arterial pressure and remote counseling of patients with arterial hypertension: «pros» and «cons». // Russian Journal of Cardiology. – 2020. – Vol. 25. – No. 10. – P. 240–248. (in Russian).

ES

Enfoques seleccionados para estudiar la eficiencia social en la organización de la prestación de atención médica utilizando tecnologías remotas**S.A. Fedotkina, O.V. Muzaleva, E.V. Khugaeva****Anotación**

Introducción. Las encuestas sociológicas son una fuente confiable de información sobre la calidad de la atención médica brindada. La evaluación de las opiniones subjetivas de todos los participantes en el proceso terapéutico y preventivo sobre la organización de la atención médica permite realizar ajustes oportunos en el volumen y la calidad de los servicios médicos prestados. El estudio de las evaluaciones subjetivas del personal médico sobre la calidad de la atención médica brindada determina su efectividad y requiere investigación adicional. Objetivo del estudio: estudiar las opiniones de los trabajadores médicos, evaluar la influencia de posibles factores en las respuestas de los encuestados en relación con la inclusión del control a distancia de la presión arterial en sus responsabilidades funcionales.

Materiales y métodos. El estudio se llevó a cabo en dos clínicas de la ciudad de San Petersburgo No. 19 y 91. Los materiales fueron datos de una encuesta sociológica de trabajadores médicos que participaron en la organización de la prestación de atención médica mediante el control a distancia de la presión arterial a pacientes de el grupo de seguimiento de cardiología en el periodo 2018 a 2022.

Resultados. Se realizó un análisis de la influencia de algunos factores en las respuestas de los encuestados en relación con la inclusión de la monitorización a distancia de la presión arterial en sus responsabilidades funcionales. Conclusión. El procesamiento de datos mostró que, en general, esto condujo a un aumento en la satisfacción de los trabajadores médicos con diversos aspectos de la actividad profesional relacionados con los procesos de comunicación en el equipo: una mejor comprensión mutua con los colegas y la gerencia y una disminución en el número de conflictos con los pacientes. En cuanto a los factores organizativos y remunerativos, se observaron importantes recursos para determinar orientaciones para su solución.

Palabras clave: monitoreo remoto de la presión arterial, organización de la atención médica, "Escuela de Monitoreo Remoto de la Presión Arterial", pacientes con hipertensión arterial, edad laboral, redistribución de responsabilidades funcionales de los trabajadores médicos, interacción participativa.

FR

Approches sélectionnées pour étudier l'efficacité sociale dans l'organisation de la fourniture de soins médicaux à l'aide de technologies à distance**S.A. Fedotkina, O.V. Muzaleva, E.V. Khugaeva****Annotation**

Introduction. Les enquêtes sociologiques constituent une source fiable d'informations sur la qualité des soins médicaux prodigués. L'évaluation des opinions subjectives de tous les participants au processus de traitement et de prévention sur l'organisation des soins médicaux permet d'ajuster en temps opportun le volume et la qualité des services médicaux fournis. L'étude des évaluations subjectives du personnel médical sur la qualité des soins médicaux prodigués détermine son efficacité et nécessite des recherches supplémentaires. Objectif de l'étude: étudier les avis du personnel médical, évaluer l'influence de facteurs possibles sur les réponses des répondants en lien avec l'inclusion de la surveillance à distance de la tension artérielle dans leurs responsabilités fonctionnelles.

Matériels et méthodes. L'étude a été menée sur la base de deux cliniques municipales de Saint-Petersbourg № 19 et 91. Les documents étaient des données d'une enquête sociologique auprès du personnel médical qui a participé à l'organisation de la fourniture de soins médicaux utilisant la surveillance à distance de la pression artérielle aux patients de le groupe de suivi en cardiologie sur la période 2018 à 2022.

Résultats. Une analyse a été réalisée sur l'influence de certains facteurs sur les réponses des répondants en lien avec l'inclusion de la surveillance à distance de la tension artérielle dans leurs responsabilités fonctionnelles.

Conclusion. Le traitement des données a montré qu'en général, cela entraînait une augmentation de la satisfaction du personnel médical à l'égard de divers aspects de l'activité professionnelle liés aux processus de communication au sein de l'équipe – une meilleure compréhension mutuelle avec les collègues et la direction et une diminution du nombre de conflits avec les patients. Concernant les facteurs organisationnels et de rémunération, des ressources importantes ont été constatées pour déterminer les orientations de leur solution.

Mots clés: télésurveillance de la tension artérielle, organisation des soins médicaux, "École de télésurveillance de la pression artérielle", patients souffrant d'hypertension artérielle, âge de travailler, redistribution des responsabilités fonctionnelles du personnel médical, interaction participative.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Федоткина Светлана Александровна – доцент, доктор медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства Обороны Российской Федерации; Медицинский колледж ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия.

Svetlana A. Fedotkina – Associate Professor, Grand PhD in Medical sciences, associate professor of the department of healthcare organization and public health of the Military Medical Academy named after SM. Kirov; College of Medicine Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russia.

E-mail: safedotkina@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3077-443X

Музалева Ольга Владимировна – доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства Обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия.

Olga V. Muzaleva – Associate Professor, PhD in Medical sciences, associate professor of the department of healthcare organization and public health of the Military Medical Academy named after SM. Kirov, St. Petersburg, Russia.

E-mail: ovmuzal@gmail.com, ORCID: 0009-0006-0569-9289

Хугаева Эльза Валерьевна – преподаватель среднего профессионального образования ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства Обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия.

Elza V. Khugaeva – Teacher of secondary vocational education at the Military Medical Academy named after SM. Kirov, St. Petersburg, Russia.

E-mail: hugaeva_elza@mail.ru, ORCID: 0000-0001-5816-2510

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Е.В. ГУСЕВА¹, О.С. ФИЛИППОВ^{2,3}, М.В. КЕЦКАЛО¹,
А.Р. ГАНИЕВА¹, Е.Б. КУЛИКОВА¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

² ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», г. Москва, Россия;

³ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-47-56

Аннотация

Введение. Одной из стратегий снижения материнской смертности является улучшение оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, нуждающимся в интенсивной терапии. Достаточное обеспечение отделений анестезиологии-реанимации учреждений родовспоможения высококвалифицированными кадрами является важнейшим фактором, определяющим доступность и качество оказания медицинской помощи женщинам. **Цель исследования:** провести анализ кадрового обеспечения анестезиолого-реанимационной службы акушерских стационаров Российской Федерации. **Материалы и методы.** По данным 83 субъектов Российской Федерации проанализированы показатели обеспеченности (на 10 тыс. женщин фертильного возраста) врачами-анестезиологами-реаниматологами (за 2007–2022 гг.) и медицинскими сестрами-анестезистами (за 2021–2022 гг.), укомплектованность штатных должностей и коэффициенты совместительства врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов в акушерских стационарах II и III группы (уровня) (за 2022 гг.) в Российской Федерации, федеральных округах и субъектах Российской Федерации. По данным 29 субъектов Российской Федерации (за 2021 г.) проанализирован средний возраст врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов, работающих в учреждениях родовспоможения. **Результаты.** За 2007–2022 гг. число врачей-анестезиологов-реаниматологов в акушерских стационарах Российской Федерации увеличилось на 27,2%, обеспеченность врачами-анестезиологами-реаниматологами (на 10 тыс. женщин фертильного возраста) возросла на 43,9%. Число медицинских сестер-анестезистов в акушерских стационарах за 2021–2022 гг. увеличилось на 0,8%, обеспеченность медицинскими сестрами-анестезистами (на 10 тыс. женщин фертильного возраста) уменьшилась на 0,8%. В 2022 г. укомплектованность штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов в акушерских стационарах II группы составила 85,6%, III группы – 86,0%, медицинских сестер-анестезистов – 87,8% и 88,4% соответственно. Коэффициент совместительства врачей-анестезиологов-реаниматологов в акушерских стационарах II группы составил 1,42, III группы – 1,53, медицинских сестер-анестезистов – 1,23 и 1,34 соответственно (2022 г.). Средний возраст врачей-анестезиологов-реаниматологов, работающих в акушерских стационарах, составил $43,3 \pm 4,3$ года, медицинских сестер-анестезистов – $42,1 \pm 3,9$ года (2021 г.). **Заключение.** С целью устранения дефицита кадров требуется реализация мероприятий по привлечению медицинских работников в анестезиолого-реанимационную службу учреждений родовспоможения, что позволит снизить нагрузку на медицинский персонал и предотвратить случаи материнской смерти.

Ключевые слова: обеспеченность врачами, укомплектованность кадрами, акушерские стационары, материнская смертность.

Для цитирования: Гусева Е.В., Филиппов О.С., Кецкало М.В., Ганиева А.Р., Куликова Е.Б. Кадровое обеспечение анестезиолого-реанимационной службы акушерских стационаров Российской Федерации. Общественное здоровье. 2024; 3(4):47–56, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-47-56

Контактная информация: Гусева Елена Вячеславовна, e-mail: el_guseva@oparina4.ru

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 14.02.2024. **Статья принята к печати:** 26.03.2024. **Дата публикации:** 25.09.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-47-56

STAFFING OF ANAESTHESIOLOGY AND RESUSCITATION SERVICES IN OBSTETRIC HOSPITALS IN THE RUSSIAN FEDERATION

E.V. Guseva¹, O.S. Filippov^{2,3}, M.V. Ketskalo¹, A.R. Ganieva¹, E.V. Kulikova¹¹ National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia;² Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow, Russia;³ A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia.**Abstract**

Introduction. One of the strategies for reducing maternal mortality is to improve the provision of medical care to pregnant women, women in labor and maternity hospitals in need of intensive care. Sufficient provision of anaesthesiology and intensive care units of maternity institutions with highly qualified personnel is the most important factor determining the availability and quality of medical care for women. **The purpose of the study:** to analyse the staffing of the anaesthesiology and resuscitation services of obstetric hospitals in the Russian Federation. **Materials and methods.** Based on the data of 83 subjects of the Russian Federation, the indicators of staffing (per 10,000 women of fertile age) with anaesthesiologists-resuscitators (for 2007–2022) and nurses anaesthesiologists (for 2021–2022), staffing levels and compatibility ratios of anaesthesiologist-resuscitators and nurses anaesthesiologists in obstetric hospitals of group II and III (level) (for 2022) in the Russian Federation, federal districts and subjects of the Russian Federation were analysed. Based on data from 29 subjects of the Russian Federation (for 2021), the average age of anaesthesiologists-resuscitators and nurses anaesthesiologists working in obstetric hospitals was analysed. **Results.** In 2007–2022, the number of anaesthesiologists-resuscitators in obstetric hospitals of the Russian Federation increased by 27.2%, and the availability of anaesthesiologists-resuscitators (per 10,000 women of fertile age) increased by 43.9%. The number of nurse anaesthesiologists in obstetric hospitals in 2021–2022 increased by 0.8%, the availability of nurse anaesthesiologists (per 10,000 women of fertile age) decreased by 0.8%. In 2022, the staffing level of anaesthesiologists-resuscitators in obstetric hospitals of Group II was 85.6%, Group III – 86.0%, and nurses anaesthesiologists – 87.8% and 88.4%, respectively. The compatibility rate of anaesthesiologists-resuscitators in obstetric hospitals of group II was 1.42, group III – 1.53, and nurse anaesthesiologists – 1.23 and 1.34 respectively (2022). The average age of anaesthesiologists-resuscitators working in obstetric hospitals was 43.3 ± 4.3 years, nurse anaesthesiologists – 42.1 ± 3.9 years (2021). **Conclusion.** In order to eliminate staff shortages, it is necessary to implement measures to attract medical staff in the anaesthesiology and resuscitation services of obstetric institutions, which will decrease the burden on medical staff and prevent maternal deaths.

Keywords: availability of specialists, staffing, obstetric hospitals, maternal mortality.**For citation:** Guseva E.V., Filippov O.S., Ketskalo M.V., Ganieva A.R., Kulikova E.V. Staffing of anaesthesiology and resuscitation services in obstetric hospitals the Russian Federation. Public health. 2024; 3(4):47–56, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-47-56**For correspondence:** Elena V. Guseva, e-mail: el_guseva@oparina4.ru**Funding:** The study had no sponsorship.**Conflict of interests:** The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Одной из стратегий снижения материнской смертности является улучшение оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, нуждающимся в интенсивной терапии [1–5].

Раннее выявление акушерских осложнений, оказание неотложной медицинской помощи, своевременное направление пациенток в стационары III уровня, совместное ведение женщин с критическими акушерскими состояниями врачами акушерами-гинекологами и анестезиологами-реаниматологами являются важными мерами профилактики тяжелой материнской заболеваемости и смертности [1, 6, 7].

Организация неотложной помощи с целью обеспечения равного доступа имеет решающее

значение для эффективности служб интенсивной терапии в акушерстве [1]. Важнейшим фактором, определяющим доступность и качество оказания медицинской помощи женщинам, является достаточное обеспечение отделений анестезиологии-реанимации учреждений родовспоможения высококвалифицированными кадрами.

Цель исследования: провести анализ кадрового обеспечения анестезиолого-реанимационной службы акушерских стационаров Российской Федерации (РФ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано кадровое обеспечение службы анестезиологии-реанимации учреждений родовспоможения в РФ, федеральных

округах и субъектах РФ на основании оперативных данных 83 субъектов РФ (не включены Ненецкий и Чукотский автономные округа в связи с отсутствием отделений анестезиологии-реанимации (палат интенсивной терапии) для женщин в акушерских стационарах), которые включали сведения о числе физических лиц врачей-анестезиологов-реаниматологов (2007–2022 гг.) и медицинских сестер-анестезистов (2021–2022 гг.) в акушерских стационарах II и III группы (уровня), числе штатных и занятых (с учетом совместителей) должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов в отделениях анестезиологии-реанимации (палатах интенсивной терапии) для женщин акушерских стационаров II и III группы (уровня) (2022 г.).

На основании полученных данных рассчитывали показатели обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами и медицинскими сестрами-анестезистами (на 10 тыс. женщин фертильного возраста на конец отчетного года, по данным Росстата), укомплектованности штатных врачебных должностей и должностей среднего медицинского персонала (доля (%) занятых с учетом совместителей должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов (медицинских сестер-анестезистов) от числа штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов (медицинских сестер-анестезистов)) и коэффициент совместительства врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов путем деления числа занятых должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов (медицинских сестер-анестезистов) на число физических лиц врачей-анестезиологов-реаниматологов (медицинских сестер-анестезистов) на занятых должностях (с учетом совместителей). Показатель укомплектованности и коэффициент совместительства медицинских работников оценивали отдельно в акушерских стационарах II и III группы (уровня).

Для оценки динамики кадрового обеспечения в федеральных округах и в целом по РФ рассчитывали темп прироста (%) показателей обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами в 2013 г. по отношению к 2007 г., в 2019 г. по отношению к 2013 г. и в 2022 г. по отношению к 2019 г., медицинскими сестрами-анестезистами – в 2022 г. по отношению к 2021 г.

Средний возраст врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов, работающих в акушерских стационарах, оценивали по данным 29 субъектов РФ,

предоставивших сведения во время выездных мероприятий в субъекты РФ в 2022–2023 гг. в рамках осуществления организационно-методического руководства краевыми, республиканскими, областными, окружными медицинскими организациями по профилю «Анестезиология-реаниматология (для беременных)».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Число врачей-анестезиологов-реаниматологов, работающих в акушерских стационарах РФ, увеличилось с 2214 в 2007 г. до 2814 в 2013 г. и 3200 в 2019 г. (на 44,5% к уровню 2007 г.) с последующим снижением до 2816 в 2022 г. (на 12,0% к уровню 2019 г.).

Показатель обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами в РФ за 2007–2022 гг. увеличился на 43,9% (с 0,57 до 0,82 на 10 тыс. женщин фертильного возраста) (табл. 1). Наибольший темп прироста отмечен в 2007–2013 гг. – 38,6% (от 3,7% в Южном федеральном округе до 73,9% в Приволжском федеральном округе). В течение 2013–2019 гг. темп прироста уменьшился до 17,7%, а в 2019–2022 гг. показатель обеспеченности снизился на 11,8% (отрицательная динамика отмечена во всех федеральных округах, в наибольшей степени – в Южном (на 17,8%), Северо-Западном (на 15,3%), Центральном (на 13,8%) и Дальневосточном (на 13,2%)). Максимальный показатель обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами зарегистрирован в 2019 г. (0,93 на 10 тыс. женщин фертильного возраста).

Самые высокие показатели обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами в 2022 г. отмечены в Дальневосточном (0,99), Уральском (0,97) и Сибирском (0,93) федеральных округах, самые низкие – в Северо-Кавказском (0,71) и Северо-Западном (0,72) федеральных округах.

В 44 субъектах РФ показатель обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами в 2022 г. был выше среднероссийского, в одном регионе соответствовал среднему показателю по стране и в 38 регионах был ниже среднего показателя по РФ. Наибольшие показатели зарегистрированы в Магаданской (2,12), Калининградской (1,86) областях, Ханты-Мансийском автономном округе (1,79) и Смоленской области (1,74), наименьшие – в Карачаево-Черкесской Республике (0,26), Курганской (0,26), Тверской (0,27) областях и Еврейской автономной области (0,29) (2022 г.).

Таблица 1

**Динамика обеспеченности акушерских стационаров Российской Федерации
врачами-анестезиологами-реаниматологами и медицинскими сестрами-анестезистами
(на 10 тыс. женщин фертильного возраста)**

Федеральные округа	Врачи-анестезиологи-реаниматологи							Медицинские сестры-анестезисты		
	Обеспеченность				Темп прироста (+/-%)			Обеспеченность		Темп прироста (+/-%)
	2007	2013	2019	2022	2013/2007	2019/2013	2022/2019	2021	2022	2022/2021
Центральный	0,51	0,70	0,87	0,75	+37,3	+24,3	-13,8	1,20	1,17	-2,5
Северо-Западный	0,63	0,89	0,85	0,72	+41,3	-4,5	-15,3	1,04	1,01	-2,9
Южный	0,81	0,84	0,90	0,74	+3,7	+7,1	-17,8	1,17	1,17	0
Северо-Кавказский	0,47	0,50	0,79	0,71	+6,4	+58,0	-10,1	1,19	1,12	-5,9
Приволжский	0,46	0,80	0,91	0,87	+73,9	+13,8	-4,4	1,50	1,54	+2,7
Уральский	0,56	0,81	1,07	0,97	+44,6	+32,1	-9,3	1,60	1,64	+2,5
Сибирский	0,66	0,90	1,05	0,93	+36,4	+16,7	-11,4	1,44	1,47	+2,1
Дальневосточный	0,74	1,21	1,14	0,99	+63,5	-5,8	-13,2	1,30	1,31	+0,8
Российская Федерация	0,57	0,79	0,93	0,82	+38,6	+17,7	-11,8	1,31	1,30	-0,8

Источник: данные субъектов РФ.

Число медицинских сестер-анестезистов, работающих в отделениях анестезиологии-реанимации (палатах интенсивной терапии) акушерских стационаров РФ, в 2022 г. составило 4475 (в 2021 г. – 4438), показатель обеспеченности – 1,30 на 10 тыс. женщин фертильного возраста (в 2021 г. – 1,31).

Динамика показателя обеспеченности медицинскими сестрами-анестезистами в 2021–2022 гг. в федеральных округах была разнонаправленной (табл. 1): в четырех федеральных округах обеспеченность медицинскими сестрами-анестезистами увеличилась, в трех федеральных округах – уменьшилась (наибольшее снижение отмечено в Северо-Кавказском федеральном округе – 5,9%).

Показатель обеспеченности медицинскими сестрами-анестезистами в 2022 г. был выше среднероссийского в 41 субъекте РФ, равен или ниже – в 42 субъектах РФ. Самые высокие показатели отмечены в Ханты-Мансийском автономном округе (3,17), Оренбургской (3,01), Магаданской (2,73) областях и Республике Коми (2,73), самые низкие – в Еврейской автономной области (0,29), Тверской (0,38) и Тамбовской (0,48) областях.

В учреждениях родовспоможения РФ в 2022 г. было предусмотрено 4827,05 штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов (из них 2466,3 в акушерских стационарах II группы и 2360,75 – в акушерских стационарах III группы) и 6530,6 штатных должностей медицинских

сестер-анестезистов (из них 3297,35 в акушерских стационарах II группы и 3233,25 – в акушерских стационарах III группы).

Число физических лиц врачей-анестезиологов-реаниматологов, работающих в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах, в 2022 г. составило 2816 (из них 1486 в акушерских стационарах II группы и 1330 – в акушерских стационарах III группы), медицинских сестер-анестезистов – 4475 (из них 2346 в акушерских стационарах II группы и 2129 – в акушерских стационарах III группы). Таким образом, соотношение медицинских сестер-анестезистов и врачей-анестезиологов-реаниматологов составило 1,6:1.

Укомплектованность штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов в учреждениях родовспоможения III группы в РФ в 2022 г. составила 86,0% (от 74,6% в Северо-Западном федеральном округе до 92,8% в Уральском федеральном округе) и была сопоставима с аналогичным показателем в акушерских стационарах II группы – 85,6% (от 79,5% в Северо-Западном федеральном округе до 92,2% в Сибирском федеральном округе) (табл. 2). Показатель укомплектованности врачами-анестезиологами-реаниматологами составил 100% в акушерских стационарах II группы 18 субъектов РФ и в акушерских стационарах III группы 24 субъектов РФ. Крайне низкая укомплектованность акушерских стационаров II группы отмечена в Калининградской (59,5%), Нижегородской (66,8%) и Тульской (67,6%) областях,

акушерских стационаров III группы – в Карачаево-Черкесской Республике (41,5%), Кировской (46,6%), Тверской (47,1%), Тульской (47,4%) и Новгородской (47,9%) областях.

Коэффициент совместительства врачей-анестезиологов-реаниматологов в РФ в акушерских стационарах III группы на 7,7% превышал аналогичный показатель в акушерских стационарах II группы (1,53 и 1,42 соответственно) (табл. 2). Самые высокие коэффициенты совместительства врачей-анестезиологов-реаниматологов в акушерских стационарах II группы отмечались в Забайкальском крае (2,48), Омской (2,26) и Брянской (2,11) областях, в акушерских стационарах III группы – в Республике Марий Эл (2,25), Хабаровском (2,10), Красноярском (2,06) краях и Смоленской области (2,06); самые низкие – в акушерских стационарах II группы в Тульской (0,82), Ивановской (0,84) областях и Ханты-Мансийском автономном округе (0,88), в стационарах III группы – в Астраханской (1,05), Волгоградской (1,10) областях и в Республике Бурятия (1,11).

Укомплектованность штатных должностей медицинских сестер-анестезистов в РФ в 2022 г. в акушерских стационарах III группы составила 88,4% (от 79,9% в Северо-Западном федеральном округе до 94,9% в Дальневосточном федеральном округе) и была сопоставима с аналогичным показателем в учреждениях родовспоможения II группы – 87,8% (от 83,2% в Южном федеральном округе до 95,6% в Уральском федеральном округе) (табл. 2).

В акушерских стационарах II группы 22 субъектов РФ и в акушерских стационарах III группы 27 субъектов РФ показатель укомплектованности медицинскими сестрами-анестезистами составил 100%. Минимальные показатели укомплектованности медицинскими сестрами-анестезистами в учреждениях родовспоможения II группы зарегистрированы в Новосибирской (63,2%), Липецкой (65,8%) и Кемеровской (66,9%) областях, в учреждениях родовспоможения III группы – в Новгородской (46,3%) и Курской (57,7%) областях.

Коэффициент совместительства медицинских сестер-анестезистов в РФ в акушерских стационарах III группы на 8,9% превышал аналогичный показатель в стационарах II группы (1,34 и 1,23 соответственно). Самые высокие коэффициенты совместительства медицинских сестер-анестезистов в акушерских стационарах II группы отмечались в Смоленской (2,08) и Псковской (1,71) областях, в акушерских стационарах III группы – в Нижегородской области (2,20) и Хабаровском крае (2,11); самые низкие – в акушерских стационарах II группы в Ханты-Мансийском автономном округе (0,68) и в Республике Дагестан (0,77), в акушерских стационарах III группы – в Республике Коми (0,92).

Средний возраст врачей-анестезиологов-реаниматологов, работающих в акушерских стационарах, составил $43,3 \pm 4,3$ года (от 35,0 лет в Ростовской области до 52,0 лет в Республике Хакасия), медицинских сестер-анестезистов – 42,1

Таблица 2

**Укомплектованность должностей и коэффициент совместительства
врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов
в акушерских стационарах II и III группы, 2022 г.**

Федеральные округа	Врачи-анестезиологи-реаниматологи				Медицинские сестры-анестезисты			
	Укомплектованность (%)		Коэффициент совместительства		Укомплектованность (%)		Коэффициент совместительства	
	II группа	III группа	II группа	III группа	II группа	III группа	II группа	III группа
Центральный	85,9	86,7	1,50	1,52	85,0	86,3	1,27	1,30
Северо-Западный	79,5	74,6	1,55	1,44	83,9	79,9	1,32	1,22
Южный	82,9	87,4	1,16	1,28	83,2	85,2	1,27	1,18
Северо-Кавказский	86,6	81,0	1,27	1,43	91,2	85,5	1,05	1,14
Приволжский	82,0	84,1	1,39	1,54	91,1	91,4	1,17	1,43
Уральский	90,0	92,8	1,37	1,67	95,6	91,9	1,14	1,41
Сибирский	92,2	92,1	1,51	1,76	85,6	89,4	1,33	1,50
Дальневосточный	87,5	88,0	1,57	1,43	92,5	94,9	1,39	1,37
Российская Федерация	85,6	86,0	1,42	1,53	87,8	88,4	1,23	1,34

Источник: данные субъектов РФ.

± 3,9 года (от 34,0 лет в Ростовской области до 49,0 лет в Республике Хакасия).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (приказ № 1130н) [8] в структуре акушерских стационаров II и III группы (уровня) предусмотрена организация отделений анестезиологии-реанимации (палат интенсивной терапии) для женщин. Число штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов рассчитывается с учетом количества индивидуальных родовых залов, операционных и числа коек в отделениях анестезиологии-реаниматологии (палатах интенсивной терапии) согласно рекомендуемым штатным нормативам родильного дома (отделения) и перинатального центра, утвержденным приложениями № 17 и № 20 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», утвержденному приказом № 1130н [8].

Результаты проведенного анализа показали, что за период 2007–2022 гг. число врачей-анестезиологов-реаниматологов в учреждениях родовспоможения РФ увеличилось на 27,2%, показатель обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами вырос на 43,9%. Указанная динамика согласуется с общей тенденцией роста обеспеченности медицинских организаций врачами-анестезиологами-реаниматологами, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях по всем профилям, который за период с 2015 по 2021 гг. составил 7,6% [9]. Вместе с тем, более значительное увеличение обеспеченности врачами анестезиолого-реанимационной службы акушерских стационаров обусловлено вводом в эксплуатацию новых федеральных и субъектов перинатальных центров в 2009–2022 гг., а также созданием отделений анестезиологии-реанимации в функционирующих учреждениях родовспоможения II и III уровня согласно требованиям порядков оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденных приказами Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» [10] (действовал с 28.02.2010 по 05.05.2013), Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий» [11] (действовал с 06.05.2020 по

31.12.2020) и от 20.10.2020 № 1130н [8] (действует с 01.01.2021).

В течение 2019–2022 гг. число врачей-анестезиологов-реаниматологов в акушерских стационарах РФ уменьшилось на 12,0%, показатель обеспеченности снизился на 11,8%. В то же время по данным А.В. Ворыханова и соавт. [9] обеспеченность врачами-анестезиологами-реаниматологами, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях по всем профилям, за период 2019–2021 гг. в России увеличилась на 1,9%, что особенно характерно для Центрального (+6,3%) и Сибирского (+1,9%) федеральных округов, а также для г. Москвы (+13,1%). Таким образом, отрицательная динамика обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами акушерских стационаров в 2019–2022 гг. может быть обусловлена, в том числе, оттоком медицинского персонала в другие многопрофильные стационары и инфекционные госпитали для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Показатели укомплектованности акушерских стационаров II и III группы (уровня) врачами-анестезиологами-реаниматологами (85,6% и 86,0% соответственно) и медицинскими сестрами-анестезистами (87,8% и 88,4%) сопоставимы с показателями общей анестезиолого-реанимационной службы страны: по данным формы № 30 «Сведения о медицинской организации» укомплектованность врачами-анестезиологами-реаниматологами в России составила 84,3%, медицинскими сестрами-анестезистами – 87,5% (2022 г.). Вместе с тем, важно отметить, что укомплектованность штатных должностей анестезиолого-реанимационной службы акушерских стационаров достигается внешним и внутренним совместительством медицинского персонала, что увеличивает нагрузку на врачей-анестезиологов-реаниматологов. Кроме того, анализ штатного расписания родильных домов (отделений) и перинатальных центров, проведенный во время выездных мероприятий в субъекты РФ в рамках осуществления организационно-методического руководства медицинскими организациями по профилю «Анестезиология-реаниматология (для беременных)», свидетельствует о недостаточном числе штатных должностей в ряде учреждений родовспоможения и несоответствии штатного расписания отделений анестезиологии-реанимации рекомендуемым штатным нормативам родильного дома (отделения) и перинатального центра [8].

Коэффициенты совместительства врачей-анестезиологов-реаниматологов в акушерских

стационарах II и III группы (1,42 и 1,53 соответственно) и медицинских сестер-анестезистов (1,23 и 1,34 соответственно) сопоставимы с аналогичными показателями в общей анестезиолого-реанимационной службе РФ (коэффициент совместительства врачей-анестезиологов-реаниматологов – 1,59, медицинских сестер-анестезистов – 1,30) (форма № 30 «Сведения о медицинской организации», 2022 г.). Меньшие коэффициенты совместительства в учреждениях родовспоможения II уровня, по сравнению с коэффициентами совместительства в акушерских стационарах III уровня, обусловлены большим числом врачей совместителей, которыми являются врачи-анестезиологи-реаниматологи, работающие в общих отделениях анестезиологии-реанимации многопрофильных стационаров, в структуру которых входят родильные дома (отделения) II уровня.

Соотношение числа медицинских сестер-анестезистов и врачей-анестезиологов-реаниматологов (1,6:1) превышает показатель, рекомендуемый приказом № 1130н [8] (1,5 должности медицинских сестер-анестезистов на каждую должность врача-анестезиолога-реаниматолога) и отражает имеющийся дефицит врачей-анестезиологов-реаниматологов.

По данным Т.В. Семеновой и соавт. [12], основными факторами, вызывающими дефицит медицинских кадров, являются отсутствие на региональном уровне своевременной оценки текущей и перспективной потребности в кадровом обеспечении медицинских организаций, высокая доля медицинских работников пенсионного возраста, отток медицинских кадров из региона вследствие общей социальной-экономической ситуации в регионах, а также активной позиции отдельных благополучных регионов России по привлечению медицинских кадров из других регионов.

Результаты проведенного анализа выявили значительные различия анализируемых показателей между федеральными округами и субъектами РФ. Так, обеспеченность врачами-анестезиологами-реаниматологами (на 10 тыс. женщин фертильного возраста) между федеральными округами различалась в 1,4 раза, между субъектами РФ – в 8,2 раза, медицинскими сестрами-анестезистами – соответственно в 1,6 раза и в 10,9 раза. Различия между субъектами РФ по показателю укомплектованности штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов в акушерских стационарах II группы составили 1,7 раза, в стационарах III группы – 2,4 раза, медицинских

сестер-анестезистов – соответственно 1,6 и 2,2 раза. Коэффициент совместительства врачей-анестезиологов-реаниматологов различался в субъектах РФ в акушерских стационарах II группы в 3,0 раза, в акушерских стационарах III группы – в 2,1 раза, медицинских сестер – соответственно в 3,1 и в 2,4 раза (2022 г.).

Необходимо отметить, что высокие показатели укомплектованности (более 90%) учреждений родовспоможения Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов врачами-анестезиологами-реаниматологами и медицинскими сестрами-анестезистами достигаются за счет высоких коэффициентов совместительства медицинского персонала, работающего в анестезиолого-реанимационной службе в акушерстве. В то же время в акушерских стационарах Северо-Западного федерального округа, несмотря на достаточно высокие коэффициенты совместительства, отмечена самая низкая укомплектованность анестезиолого-реанимационной службы кадрами. В родильных домах и перинатальных центрах Южного и Северо-Кавказского федеральных округов имели место самые низкие коэффициенты совместительства врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов.

Выявленные различия обеспеченности и укомплектованности анестезиолого-реанимационной службы учреждений родовспоможения медицинскими кадрами отражают эффективность кадровой работы органов государственной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, а также социально-экономические особенности регионов страны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целях устранения дефицита кадров в анестезиолого-реанимационной службе акушерских стационаров требуется разработка и реализация комплекса мероприятий, включающих меры социально-экономической поддержки и правовой защиты врачей-анестезиологов-реаниматологов и среднего медицинского персонала, увеличение объемов подготовки специалистов с учетом потребности субъектов РФ, привлечение ординаторов к работе на должностях врачей-стажеров. Достаточное обеспечение анестезиолого-реанимационной службы учреждений родовспоможения кадрами позволит снизить нагрузку на медицинский персонал и предотвратить случаи материнской смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Soares F.M., Pacagnella R.C., Tuncalp O., Cecatti J.G., Vogel J.P., Togoobaatar G. et al. Provision of intensive care to severely ill pregnant women is associated with reduced mortality: results from the WHO multicountry survey on maternal and newborn health. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020; 150(3):346–53. DOI: 10.1002/ijgo.13241.
2. Chantry A.A., Deneux-Tharaux C., Bonnet M.P., Bouvier-Colle M.H. Pregnancy-related ICU admissions in France: trends in rate and severity, 2006–2009. *Crit Care Med.* 2015 Jan; 43(1):78–86. doi: 10.1097/CCM.0000000000000601. PMID: 25377016.
3. Einav S., Leone M. Epidemiology of obstetric critical illness. *Int J Obstet Anesth.* 2019; 40:128–139 <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2019.05.010>.
4. Maiden M.J., Finnis M.E., Duke G.J., Huning E., Crozier T., Nguyen N. et al. Obstetric admissions to intensive care units in Australia and New Zealand: a registry-based cohort study. *BJOG.* 2020 Nov; 127(12):1558–1567. doi: 10.1111/1471-0528.16285. Epub 2020 May 31. PMID: 32359206.
5. Miglani U., Pathak A., Laul P., Sarangi S., Gandhi S., Miglani S. et al. A study of clinical profile and fetomaternal outcome of obstetric patients admitted to intensive care unit: a prospective hospital-based study. *Indian J Crit Care Med* 2020; 24(11):1071–1076. DOI: 10.5005/jp-journals-10071-23657.
6. Chen Y., Shi J., Zhu Y., Kong X., Lu Y., Chu Y. et al. Women with maternal near-miss in the intensive care unit in Yangzhou, China: a 5-year retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2021) 21:784 <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04237-y>.
7. Kumar M.K., Joshi A., Saraswat M., Jose T., Kapoor R., Saha M. et al. NearMiss Incidents in Obstetric Patients Admitted to an Intensive Care Unit of a Tertiary Care Center in Eastern India: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* (July–August 2022) 72 (S1): 89–95 <https://doi.org/10.1007/s13224-021-01559-x>.
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология».
9. Ворыханов А.В., Уянаева М.А., Иванова М.А., Латышова А.А. Обеспеченность и укомплектованность медицинских организаций врачами анестезиологами-реаниматологами в Российской Федерации, 2015–2020 гг. Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» 2022;(5):483–496.
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи».
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
12. Семенова Т.В., Шлемская В.В., Тимошина Е.Н., Антонов А.Е. Методические подходы к оценке эффективности мероприятий по привлечению и закреплению медицинских кадров на рабочих местах в регионах России. *Вестник Росздравнадзора* 2022; (6):34–48.

REFERENCES

1. Soares F.M., Pacagnella R.C., Tuncalp O., Cecatti J.G., Vogel J.P., Togoobaatar G. et al. Provision of intensive care to severely ill pregnant women is associated with reduced mortality: results from the WHO multicountry survey on maternal and newborn health. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020; 150(3):346–53. DOI: 10.1002/ijgo.13241.
2. Chantry A.A., Deneux-Tharaux C., Bonnet M.P., Bouvier-Colle M.H. Pregnancy-related ICU admissions in France: trends in rate and severity, 2006–2009. *Crit Care Med.* 2015 Jan; 43(1):78–86. doi: 10.1097/CCM.0000000000000601. PMID: 25377016.
3. Einav S., Leone M. Epidemiology of obstetric critical illness. *Int J Obstet Anesth.* 2019; 40:128–139 <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2019.05.010>.
4. Maiden M.J., Finnis M.E., Duke G.J., Huning E., Crozier T., Nguyen N. et al. Obstetric admissions to intensive care units in Australia and New Zealand: a registry-based cohort study. *BJOG.* 2020 Nov; 127(12):1558–1567. doi: 10.1111/1471-0528.16285. Epub 2020 May 31. PMID: 32359206.
5. Miglani U., Pathak A., Laul P., Sarangi S., Gandhi S., Miglani S. et al. A study of clinical profile and fetomaternal outcome of obstetric patients admitted to intensive care unit: a prospective hospital-based study. *Indian J Crit Care Med* 2020; 24(11):1071–1076. DOI: 10.5005/jp-journals-10071-23657.
6. Chen Y., Shi J., Zhu Y., Kong X., Lu Y., Chu Y. et al. Women with maternal near-miss in the intensive care unit in Yangzhou, China: a 5-year retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2021) 21:784 <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04237-y>.
7. Kumar M.K., Joshi A., Saraswat M., Jose T., Kapoor R., Saha M. et al. NearMiss Incidents in Obstetric Patients Admitted to an Intensive Care Unit of a Tertiary Care Center in Eastern India: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* (July–August 2022) 72 (S1): 89–95 <https://doi.org/10.1007/s13224-021-01559-x>.
8. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of Oct. 20, 2020 № 1130n «On Approval of the Procedure for the Provision of Medical Care in the Profile of «Obstetrics and Gynaecology».
9. Vorykhanov A. V., Uyanaeva M. A., Ivanova M. A., Latyshova A. A. Security and staffing of medical organizations with anesthesiologists-reanimatologists in the Russian Federation, 2015–2020. Scientific journal «Current problems of health care and medical statistics» 2022; (5):483–496.
10. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of Oct. 2, 2009 № 808n «On Approval of the Procedure for the Provision of Obstetric and Gynaecological Care».
11. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of Nov. 1, 2012 № 572n «On Approval of the Procedure for the Provision of Medical Care in the Profile of «Obstetrics and Gynaecology (except for the use of assisted reproductive technologies)».
12. Semenova T. V., Shlemskaya V. V., Timoshina E. N., Antonov A. E. Methodological Approaches to Assessing the Effectiveness of Measures to Attract and Retain Medical Personnel in the Workplace in the Regions of Russia. *Vestnik Roszdravnadzora.* 2022;(6):34–48.

ES

Dotación de personal para el servicio de anestesiología y reanimación de los hospitales obstétricos de la Federación de Rusia**E.V. Guseva, O.S. Filippov, M.V. Ketskalo, A.R. Ganieva, E.B. Kulikova****Anotación**

Introducción. Una estrategia para reducir la mortalidad materna es mejorar la prestación de atención médica a las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y en posparto que requieren cuidados intensivos. La dotación suficiente de personal altamente calificado en los departamentos de anestesiología y cuidados intensivos de las instituciones obstétricas es el factor más importante que determina la accesibilidad y la calidad de la atención médica para las mujeres. **Objetivo del estudio:** analizar la dotación de personal del servicio de anestesiología y reanimación de los hospitales obstétricos de la Federación de Rusia.

Materiales y métodos. Sobre la base de datos de 83 entidades constitutivas de la Federación de Rusia, los indicadores de disponibilidad (por cada 10.000 mujeres en edad fértil) de anestesiólogos y reanimadores (para 2007–2022) y enfermeras anestésistas (para 2021–2022), dotación de personal y tasas de participación de los médicos anestesiólogos-reanimadores y enfermeras anestésistas en los hospitales obstétricos de los grupos II y III (nivel) (para 2022) en la Federación de Rusia, distritos federales y entidades constitutivas de la Federación de Rusia. Sobre la base de datos de 29 entidades constitutivas de la Federación de Rusia (para 2021), se analizó la edad promedio de los anestesiólogos, reanimadores y enfermeros anestésistas que trabajan en instituciones de obstetricia.

Resultados. Para 2007–2022 el número de anestesiólogos y resucitadores en los hospitales obstétricos de la Federación de Rusia aumentó un 27,2%, la dotación de anestesiólogos y resucitadores (por cada 10 mil mujeres en edad fértil) aumentó un 43,9%. Número de enfermeras anestésistas en hospitales obstétricos para 2021–2022 aumentó un 0,8%, la dotación de enfermeras anestésistas (por cada 10.000 mujeres en edad fértil) disminuyó un 0,8%. En 2022, la dotación de personal a tiempo completo de médicos anestesiólogos y reanimadores en los hospitales obstétricos del grupo II fue del 85,6%, del grupo III – 86,0%, de enfermeras anestésistas – 87,8% y 88,4%, respectivamente. La proporción de anestesiólogos y reanimadores a tiempo parcial en los hospitales obstétricos del grupo II fue de 1,42, del grupo III – 1,53 y de enfermeras anestésistas – 1,23 y 1,34, respectivamente (2022). La edad media de los anestesiólogos y reanimadores que trabajaban en hospitales obstétricos era de $43,3 \pm 4,3$ años, y de las enfermeras anestésistas, de $42,1 \pm 3,9$ años (2021).

Conclusión. Para eliminar la escasez de personal, es necesario implementar medidas para atraer trabajadores médicos al servicio de anestesiología y cuidados intensivos de las instituciones obstétricas, lo que reducirá la carga sobre el personal médico y evitará casos de muerte materna.

Palabras clave: disponibilidad de médicos; niveles de dotación de personal; hospitales obstétricos; mortalidad materna.

FR

Dotation en personnel pour le service d'anesthésiologie et de réanimation des hôpitaux obstétricaux de la Fédération de Russie**E.V. Guseva, O.S. Filippov, M.V. Ketskalo, A.R. Ganieva, E.B. Koulikova****Annotation**

Introduction. Une stratégie pour réduire la mortalité maternelle consiste à améliorer la fourniture de soins médicaux aux femmes enceintes, aux femmes en travail et aux femmes en post-partum qui nécessitent des soins intensifs. La dotation suffisante des services d'anesthésiologie et de soins intensifs des établissements d'obstétrique en personnel hautement qualifié est le facteur le plus important déterminant l'accessibilité et la qualité des soins médicaux pour les femmes.

Objectif de l'étude: analyser le personnel du service d'anesthésiologie et de réanimation des hôpitaux d'obstétrique de la Fédération de Russie.

Matériels et méthodes. Sur la base des données de 83 entités constitutives de la Fédération de Russie, les indicateurs de disponibilité (pour 10 000 femmes en âge fertile) d'anesthésiologistes et de réanimateurs (pour 2007–2022) et d'infirmières anesthésistes (pour 2021–2022), les niveaux d'effectifs et les coefficients ont été analysés le travail à temps partiel des anesthésiologistes-réanimateurs et des infirmières anesthésistes dans les hôpitaux obstétricaux des groupes II et III (niveau) (pour 2022) de la Fédération de Russie, des districts fédéraux et des entités constitutives de la Fédération de Russie. Sur la base des données de 29 entités constitutives de la Fédération de Russie (pour 2021), l'âge moyen des anesthésiologistes, des réanimateurs et des infirmières anesthésistes travaillant dans les établissements d'obstétrique a été analysé.

Résultats. Pour 2007–2022 le nombre d'anesthésiologistes et de réanimateurs dans les hôpitaux obstétricaux de la Fédération de Russie a augmenté de 27,2%, le nombre d'anesthésiologistes et de réanimateurs (pour 10 000 femmes en âge de procréer) a augmenté de 43,9%. Nombre d'infirmières anesthésistes dans les hôpitaux obstétricaux pour 2021–2022 a augmenté de 0,8%, le nombre d'infirmières anesthésistes (pour 10 000 femmes en âge de procréer) a diminué de 0,8%. En 2022, la dotation en postes à temps plein de médecins anesthésistes et réanimateurs dans les hôpitaux obstétricaux du groupe II était de 85,6%, le groupe III – 86,0%, les infirmières anesthésistes – 87,8% et 88,4%, respectivement. Le ratio à temps partiel des anesthésistes et des réanimateurs dans les hôpitaux obstétricaux du groupe II était de 1,42, du groupe III – 1,53, des infirmières anesthésistes – 1,23 et 1,34, respectivement (2022). L'âge moyen des anesthésistes et réanimateurs travaillant dans les hôpitaux obstétricaux était de $43,3 \pm 4,3$ ans, celui des infirmiers anesthésistes – de $42,1 \pm 3,9$ ans (2021).

Conclusion. Afin d'éliminer la pénurie de personnel, il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures visant à attirer le personnel médical vers les services d'anesthésiologie et de soins intensifs des établissements d'obstétrique, ce qui réduira la charge de travail du personnel médical et préviendra les cas de décès maternels.

Mots clés: disponibilité des médecins; les niveaux de dotation; hôpitaux obstétricaux; mortalité maternelle.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Гусева Елена Вячеславовна – кандидат медицинских наук, доцент, заместитель директора по развитию Национального медицинского исследовательского центра по анестезиологии-реаниматологии для беременных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Elena V. Guseva – PhD in Medical sciences, Associate Professor, Deputy Director for Development of the National Medical Research Center for Anesthesiology and Resuscitation for Pregnant Women, National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia.

E-mail: el_guseva@oparina4.ru, ORCID: 0000-0002-7480-9625

Филиппов Олег Семенович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков» ФМБА России; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Oleg S. Filippov – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Deputy Director of Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical and Biological Agency of Russia; A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia.

E-mail: Filippovseml@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-2654-1334

Кецкало Михаил Валерьевич – кандидат медицинских наук, заместитель генерального директора – директор Национального медицинского исследовательского центра по анестезиологии-реаниматологии для беременных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Mikhail V. Ketskalo – PhD in Medical sciences, Deputy General Director – Director of the National Medical Research Center for Anesthesiology and Resuscitation for Pregnant Women, National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia.

E-mail: m_ketskalo@oparina4.ru, ORCID: 0000-0001-6569-2106

Ганиева Алла Рустэмовна – младший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра по анестезиологии-реаниматологии для беременных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Alla R. Ganieva – Junior Researcher of the National Medical Research Center for Anesthesiology and Resuscitation for Pregnant Women, National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia.

E-mail: a_ganieva@oparina4.ru, ORCID: 0009-0001-7397-6296

Куликова Екатерина Борисовна – ведущий специалист Национального медицинского исследовательского центра по анестезиологии-реаниматологии для беременных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Ekaterina B. Kulikova – Leading Specialist of the National Medical Research Center for Anesthesiology and Resuscitation for Pregnant Women, National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia.

E-mail: e_kulikova@oparina4.ru, ORCID: 0009-0008-7878-8324

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРЕМИИ В ОБЛАСТИ НАУКИ УДОСТОЕНЫ
АВТОРЫ ТЕХНОЛОГИЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ

Стали известны лауреаты Государственной премии Российской Федерации в области науки и технологий 2023 года.

Согласно указу Президента Российской Федерации от 10.06.2024 г. № 468 «О присуждении Государственных премий Российской Федерации в области науки и технологий 2023 года» премии удостоен коллектив авторов, разработавший и внедривший оригинальные технологии трансплантации жизненно важных органов: Сергей Готье, академик РАН, директор НМИЦ трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова, Марина Минина, доктор медицинских наук, заведующая Московским координационным центром органного донорства Городской клинической больницы имени С.П. Боткина, и Могели Хубутия, академик РАН, президент научно-исследовательского института скорой помощи имени Н.В. Склифосовского. Исследовательским коллективом научно обоснована и реализована эффективная система лечения взрослых и детей с приобретенными и врожденными заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии, разработаны оригинальные хирургические технологии трансплантации органов. Данная система внедрена в практику здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Кроме того, Государственная премия в области науки и технологий 2023 года присуждена главному научному сотруднику Института молекулярной биологии имени В.А. Энгельгардта Российской академии наук Петру Чумакову, который был отмечен за цикл фундаментальных и прикладных работ по изучению функции гена основного опухолевого супрессора p53 в норме и патологии.

Источники: Медвестник.ру и Официальный интернет-портал правовой информации.

ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.В. ЗАРУБИНА^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ярославль, Россия;

² ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-57-66

Аннотация

Введение. Депрессивные нарушения перестали быть только задачей психиатров. Депрессии выявляются у пациентов соматического и неврологического профиля как реакция на болезнь, а могут быть и причиной недуга. Численность больных вышеуказанной патологией до настоящего времени остается неизвестной. Основной задачей, стоящей перед организаторами здравоохранения, является необходимость в выстраивании алгоритма в выявлении, регистрации и лечении депрессивных нарушений у пациентов с сочетанной патологией. В данной статье рассматриваются депрессивные нарушения у больных рассеянным склерозом (РС). **Цель исследования:** изучение проблемы выявления депрессивных нарушений и факторов, влияющих на депрессию у больных рассеянным склерозом для совершенствования организационных форм и методов работы органов управления здравоохранением. **Материалы и методы.** Участие приняли 203 больных с клинически подтвержденным диагнозом РС. С учетом течения заболевания больные РС распределены: с ремиттирующим (РРС) типом течения РС – 88,2% (179 человек) и 11,8% (24 человека) с вторично-прогрессирующим течением (ВПРС). Средний возраст обследуемых пациентов с ремиттирующим течением (РРС) варьировал от 15 до 63 лет, в среднем 38 ± 10 лет. Возраст обследуемых больных с ВПРС представлен в диапазоне от 29 до 65 лет, в среднем ($46 \pm 9,00$) лет. Большинство больных имели продолжительность болезни менее 20 лет, в среднем $8,23 \pm 6,57$ лет. Средний возраст начала болезни $30,2 \pm 10,5$ лет. Продолжительность болезни $9,84 \pm 0,73$ года, в то время как уровень инвалидизации пациентов (оценка в баллах по расширенной шкале оценки степени инвалидизации Expanded Disability Status Scale/EDSS) на момент обследования составил $2,89 \pm 0,16$ балла. Показатель инвалидизации варьировал у пациентов РРС $2,89 \pm 0,16$ баллов, больных ВПРС ($5,0 \pm 0,24$) баллов. **Результаты и обсуждение.** У 55,7% (113 человек) пациентов с РС диагностирована депрессия, из них у пациентов с ремиттирующим (РРС) течением 80,5% (91 человек) и вторично-прогрессирующим течением заболевания (ВПРС) 19,5% (22 человека). У более 54,8% (62 человека) отмечались легкие и умеренные депрессивные проявления, у 39,8% (45 человек) чаще всего регистрировались смешанное тревожно-депрессивное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, далее депрессивные эпизоды. Выявлено, что на развитие депрессии у больных с ремиттирующим течением влияют: «срок заболевания» РС $p=0,00333^{**}$, «уровень инвалидизации» $p=0,0457^{*}$ и «личностная тревожность» $p=0,0194$. У больных с вторично-прогрессирующим течением на депрессию оказывают влияние факторы: «ситуативной тревожности» $p=0,0398^{*}$ и «личностной тревожности» $p=1,740$. Социальный статус показал, что пациенты «РС без депрессии», находящиеся в браке, статистически реже страдали депрессией и дольше сохраняли работоспособность ($p<0,001$). **Заключение.** Депрессивные нарушения являются ведущими нарушениями у больных неврологического профиля, но их количество и выраженность симптомов часто игнорируются специалистами. Поэтому перед органами управления здравоохранением стоят задачи выстроить клинко-организационный алгоритм работы в выявлении депрессивных нарушений, а также их своевременной медицинской коррекции.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, рассеянный склероз, регистр, клинко-организационный алгоритм.

Для цитирования: Зарубина Н.В. Проблемы депрессий в неврологической практике. Общественное здоровье. 2024; 3(4):57–66, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-57-66

Контактная информация: Зарубина Наталья Владимировна, e-mail: ntshzarubina@rambler.ru

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 21.04.2024. **Статья принята к печати:** 12.07.2024. **Дата публикации:** 25.09.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-57-66

PROBLEMS OF DEPRESSION IN NEUROLOGICAL PRACTICE

N.V. Zarubina^{1,2}

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Yaroslavl State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Yaroslavl, Russia;

² Hospital for War Veterans No. 1 of the Department of Health of the City of Moscow, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. Depressive disorders have ceased to be only the task of psychiatrists. Depression is detected in patients with a somatic and neurological profile as a reaction to the disease, and may be the cause of the disease. The number of above-mentioned pathologies remains unknown to date. The main task for health care organizers is the need to build an algorithm for the identification, registration and treatment of depressive disorders in patients with combined pathologies. This article discusses depressive disorders in patients with multiple sclerosis. *The purpose of the study:* to study depressive disorders and factors influencing depression in patients with multiple sclerosis. *Materials and methods.* 203 patients with clinically confirmed diagnosis of MS participated. Taking into account the course of the disease, MS patients were distributed: with a remitting (RRS) type of MS course 88.2% (179 people) and 11.8% (24 people) with a secondary progressive course (RRS). The average age of the examined patients with remitting course (RRS) ranged from 15 to 63 years, on average 38 ± 10 years. The age of the examined patients with HPV is in the range from 29 to 65 years, on average (46 ± 9.00) years. The majority of patients had a disease duration of less than 20 years, on average 8.23 ± 6.57 years. The average age of onset of the disease is 30.2 ± 10.5 years. The duration of the disease is 9.84 ± 0.73 years, while the level of disability of patients (score in points on the Expanded Disability Status Scale/EDSS) at the time of examination was 2.89 ± 0.16 points. The disability index varied in patients with RRS 2.89 ± 0.16 points, in patients with RRS (5.0 ± 0.24) points. *Results and discussion.* 55.7% (113 people) of MS patients were diagnosed with depression, of which 80.5% (91 people) and 19.5% (22 people) of patients with a remitting (RRS) course and a secondary progressive course of the disease (RRS). More than 54.8% (62 people) had mild and moderate depressive manifestations, 39.8% (45 people) most often had mixed anxiety-depressive disorder, recurrent depressive disorder, then depressive episodes. It was revealed that the development of depression in patients with a remitting course is influenced by: «disease duration» PC $p=0.00333^{**}$, «disability level» $p=0.0457^{*}$ and «personal anxiety» $p=0.0194$. In patients with a secondary progressive course, depression is influenced by the following factors: «situational» $p=0.0398^{*}$ and «personal anxiety» $p=1.740$. The social status determined that patients with «MS without depression» who were married were statistically less likely to suffer from depression and maintained their working capacity longer ($p<0.001$). *Conclusion.* Depressive disorders are the leading disorders in neurological patients, but their number and severity of symptoms are often ignored by specialists. Therefore, the health authorities are faced with the task of building a clinical and organizational algorithm for the identification of depressive disorders, as well as their timely medical correction.

Keywords: depressive disorders, multiple sclerosis, registry, clinical and organizational algorithm.

For citation: Zarubina N.V. Problems of depression in neurological practice. Public health. 2024; 3(4):57–66, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-57-66

For correspondence: Natalia V. Zarubina, e-mail: ntshzarubina@rambler.ru

Funding: The study had no sponsorship.

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

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Основными звеньями психиатрической помощи в отечественной психиатрии здравоохранения до настоящего времени являются психоневрологические диспансеры, которые распределены по территориальному признаку, а также психиатрические больницы, где ведется учет психических заболеваний. Однако, депрессия перестала быть исключительно психиатрической проблемой. Расстройства адаптации, невротические, тревожные, депрессивные состояния распространены довольно широко – у 10–25% населения [1], а у пожилых людей «депрессивные состояния регистрируются в соотношении 81,2% у женщин и 71,4% среди мужчин» [2]. Стресс, стресс-индуцированные состояния, депрессия способствуют развитию некоторых соматических заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, при этом существенно ухудшая прогноз соматической патологии [3, 4]. В то же время, длительно протекающие соматические заболевания могут вызывать психические расстройства [5, 6].

Депрессивными расстройствами страдают люди в любом возрасте, независимо от социального положения, страны проживания и т. п.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество. Депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности.

В мире наблюдается возрастание психических расстройств и рост их экономического и социального бремени. Согласно статистическим данным, насчитывается 120 миллионов человек с депрессией [7]. В связи с этим, в подготовленном ВОЗ комплексном плане действий в области психического здоровья на 2013–2030 гг. излагаются необходимые меры по организации надлежащего оказания помощи лицам, страдающим нарушениями психического здоровья, в том числе депрессией [8].

Вместе с тем, депрессия встречается и у пациентов с соматической и неврологической патологией, но изучена не в достаточном объеме, так

как выявленные депрессивные расстройства в основном маскируются ведущим расстройством, а аффективные расстройства на первый взгляд не видны, и, соответственно, пациентам в должном объеме не оказывается помощь.

Требуется рассмотрение данной проблемы на примере организации медицинской помощи больным рассеянным склерозом.

Научно-практический интерес к данному расстройству связан, прежде всего, с возрастом заболевания, в котором дебютирует рассеянный склероз (от 10 до 59 лет) и его прогрессирующим течением [9, 10, 11].

Рассеянный склероз (РС) является хроническим демиелинизирующим заболеванием центральной нервной системы, имеющим в большинстве случаев на ранних стадиях волнообразное течение с чередованием периодов обострений и ремиссий, реже неуклонно прогрессирующее течение. Количество диагностированных форм ежегодно увеличивается в среднем на 18–20%. Пациентов с установленным диагнозом органы здравоохранения обеспечивают льготными лекарственными средствами со дня их включения в региональный сегмент Федерального регистра по программе «7 нозологий» (семь нозологий), который стартовал в 2008 г. Основанием для начала работы программы послужил Федеральный закон № 132-ФЗ от 17 июля 2007 г. «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2007 год» [12].

Перечень лекарственных средств, отпускаемых по данной программе, утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2008 № 2053-р (в ред. распоряжения Правительства РФ от 27 декабря 2010 № 2415-р) [13].

Существует основной регистр больных РС, в котором по данным Международной федерации рассеянного склероза (Multiple Sclerosis International Federation, MSIF) отмечается, что в мире проживает более 2,3 млн пациентов с РС, причем каждые 5 лет их число увеличивается на 10%. С 2008 по 2013 гг. распространенность РС возросла на 10% – с 30 до 33 случаев на 100 000 населения [15]. Создание регистров пациентов с РС отвечает растущей потребности в сборе и анализе больших данных в эпидемиологии демиелинизирующих заболеваний.

Обработка данных, собранных в результате создания регистра, позволяет оптимизировать маршрутизацию пациентов, оценить соответствие реальной практики лечения в различных регионах РФ принятым протоколам

и стандартам ведения больных, вносить своевременные коррективы в клинические рекомендации, улучшить качество оказываемой специализированной медицинской помощи [16], однако существующий федеральный регистр пациентов с РС включает в основном больных с ремиттирующей формой заболевания, получающих терапию препаратами и требует существенной доработки. Помимо федерального регистра, в ряде субъектов РФ созданы локальные базы данных о демиелинизирующих заболеваниях ЦНС, но они не стандартизированы и разнятся, что затрудняет анализ собранной информации.

В то же время не существует единого регистра для пациентов с рассеянным склерозом и депрессией, которая регистрируется более чем у половины пациентов с РС [17]. Результаты возросшего числа исследований показывают, что негативные психологические факторы, такие как депрессия и стресс, ассоциированы с рассеянным склерозом, так как имеют общие иммунологические звенья [18, 19]. Поэтому депрессия правомерно рассматривается как доказанный и независимый фактор риска развития цереброваскулярных и нейродегенеративных заболеваний [20, 21, 22, 23].

Наличие депрессивных нарушений способствует усложнению течения неврологической и соматической патологии, замедляет восстановление неврологических функций, уменьшает мотивированность больного на реабилитационные мероприятия и, тем самым, в конечном счете, усугубляет его социальную адаптацию.

Цель исследования: изучение проблемы выявления депрессивных нарушений и факторов, влияющих на депрессию у больных рассеянным склерозом для совершенствования организационных форм и методов работы органов управления здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные для исследования получены на базе кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией Ярославского государственного медицинского университета. Все участники получали препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС) и перед включением в исследование подписали информированное согласие. Для выявления депрессии применялись шкала депрессии А.Т. Бека и шкала самооценки депрессии, разработанная в Национальном медицинском

исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева.

Диагноз депрессивного расстройства устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10 врачом-психиатром. В исследовании использованы шкалы: реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга (адаптирована Ю.Л. Ханиным), астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой (адаптирована Т.Г. Чертовой). В группу вошли больные с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типом течения болезни.

Неврологом, согласно критериям (McDonald, 2005, 2017 гг. [24] и данным МРТ-исследований головного и спинного мозга выставлялся диагноз РС и назначалась терапия. Проводилась оценка по Шкале повреждения функциональных систем (ФС) по Дж. Ф. Курцке (Kurtzke Functional Systems Scores) [25], для оценки глубины неврологического поражения использована сумма баллов по всем системам от 1–26 и в среднем ($8,58 \pm 0,35$) баллов.

Статистическая обработка материала. Оценка достоверности различий по количественному признаку определялась U-критерием Манна-Уитни и критерием Хи-квадрат Пирсона. Статистический анализ проводили с помощью дисперсионного анализа (ANOVA), в программе Statistica 10,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании приняли участие 203 больных с клинически подтвержденным диагнозом РС. С учетом течения заболевания больные РС распределены: с ремиттирующим (РРС) типом течения РС, которое характеризуется наличием обострений, между которыми не отмечается прогрессирование инвалидизации – 88,2%

(179 человек) и 11,8% (24 человека) с вторично-прогрессирующим течением (ВПРС), при котором тяжесть симптомов увеличивается в течение полугода и является продолжением ремиттирующего течения.

Средний возраст обследуемых пациентов с ремиттирующим течением (РРС) варьировал от 15 до 63 лет, в среднем 38 ± 10 лет. Большинство больных имели продолжительность болезни менее 20 лет, в среднем $8,23 \pm 6,57$ лет. Средний возраст начала болезни $30,2 \pm 10,5$ лет. В основном, заболевание дебютировало в возрасте до 30 лет у 49,7% (89 человек), до 45 лет у 26,8% (48 человек). В 67,6% случаев (121 человек) болезнь дебютировала моносимптомно. В клинической картине болезни преобладали нарушения пирамидной симптоматики в виде гемипарезов и монопарезов 44,1% (79 человек). Вторым по частоте симптомом начала заболевания у 28,5% (51 человек) были зрительные нарушения с проявлениями оптического неврита. Нарушения чувствительной сферы отмечены у 27,4% (49 человек).

За период наблюдения больных РРС в стадии клинической ремиссии находились 56,4% (101 человек), в период обострения 43,6% (78 человек).

В основной группе, женщин с РРС течением было значительно больше, но параметры возраста начала заболевания, длительности заболевания, а также уровня инвалидизации при РС значимо не отличались (табл. 1).

Возраст обследуемых больных с ВПРС представлен в диапазоне от 29 до 65 лет, в среднем ($46 \pm 9,00$) лет, и соответствует более позднему началу болезни. Средний возраст начала заболевания, по данным исследования, соответствовал значениям ($33,33 \pm 8,02$ лет). В основном ВПРС дебютировал в возрасте после 30 лет у 62,5% (15 человек) и 37,5% (9 человек), также отмечено более позднее на статистически значимом уровне

Таблица 1

Характеристика больных с ремиттирующим течением рассеянного склероза (РРС)

Показатель $M \pm SD / Me$	Общее количество 179 чел.	
	мужчины	женщины
Количество больных; %	51; 28,50	128; 71,50
Средний возраст (лет)	$34 \pm 9,00$	$41 \pm 10,00$
Средний возраст начала заболевания	$27,90 \pm 8,30$	$31,84 \pm 10,9$
Средняя длительность РС	$6,46 \pm 5,76$	$8,50 \pm 6,62$
Средний индекс EDSS (баллы)	$2,30 \pm 1,40$	$2,40 \pm 1,50$

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

Таблица 2

Характеристика больных вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом (ВПРС)

Показатель $M \pm SD / Me$	Общее количество 24 чел.	
	Мужчины	Женщины
Количество больных (n); %	5;20,80	19;79,20
Средний возраст (лет)	48±8,40	51±10,00
Средний возраст начала заболевания	34,4±12,32	34,47±12,22
Средняя длительность РС	14±6,40	15,4±9,09
Средний индекс EDSS (баллы)	5,1±0,82	5,03±1,11

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

$p < 0,001^*$ (после 40 лет) начало заболевания, чем при РС. Выявлено, что средний уровень по шкале инвалидизации EDSS также соответствовал более высоким значениям ($5,70 \pm 0,30$) лет, но значительно не отличался у мужчин ($5,10 \pm 0,82$) и женщин ($5,03 \pm 1,11$) баллов (табл. 2).

Исходя из полученных данных при оценке возраста в зависимости от типа течения, были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$), где больные с ВПРС были значительно старше пациентов с РС течением (используемый метод: *U-критерий Манна-Уитни*).

В процессе работы оценивалась скорость прогрессирования (СП) РС, как соотношение показателя по шкале EDSS к длительности РС. С медленным темпом прогрессирования патологического процесса ($< 0,25$) было 23,4% (47 человек), наибольшее число пациентов было с умеренной скоростью прогрессирования болезни ($0,25 - 0,75$) – 74,1% (149 пациентов), неблагоприятный вариант течения с быстрым темпом прогрессирования ($> 0,75$) – 2,5% отмечался у 5 человек. Проводился анализ типа течения РС и уровня инвалидизации (табл. 3).

Сравнение пациентов по степени тяжести течения выявило, что с легкой степенью инвалидизации (до 3 баллов) представлены пациенты только с ремиттирующим течением РС (140 человек), тогда как средняя степень инвалидизации выявлена чаще у пациентов с вторично-прогрессирующим

течением рассеянного склероза (индексом EDSS от 3,5 до 6,0 баллов), что подтверждается на статистически значимом уровне ($p < 0,001$) (используемый метод: *Хи-квадрат Пирсона*).

Врачом-психиатром, в процессе психодиагностического исследования выявлено, что больше половины пациентов с РС предъявляли жалобы на: сниженный фон или колебание настроения, общую слабость, усталость, снижение трудоспособности, раздражительность, снижение массы тела, головные боли, нарушение сна, ограничение социальных контактов.

У 55,7% (113 человек) пациентов с РС диагностирована депрессия, из них у пациентов с ремиттирующим (РС) течением 80,5% (91 человек) и вторично-прогрессирующим течением заболевания (ВПРС) 19,5% (22 человека).

Для постановки диагноза основными явились критерии МКБ-10: отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; сниженное настроение; снижение энергии и повышенная утомляемость, а также сниженная способность к сосредоточению и вниманию; снижение самооценки и чувство неуверенности в себе; идеи виновности и унижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства; нарушенный сон; нарушенный аппетит.

Таблица 3

Анализ типа течения в зависимости от степени тяжести инвалидизации

Показатель	Категории	Инвалидизация		p
		Легкая	Средней тяжести	
Тип течения	РС	140 (100,0)	32 (57,1)	$< 0,001^*$
	ВПРС	0 (0,0)	24 (42,9)	

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

Таблица 4

Уровень депрессивных нарушений

Уровень депрессии	РС с депрессией n = 113 чел. чел. абс, %
Легкая депрессия 16–19 баллов	62;54,8
Умеренная депрессия 20–29 баллов	45;39,8
Тяжелая депрессия 30–63 баллов	6;5,4

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

В исследовании проведен анализ уровня депрессивных нарушений (табл. 4).

Выявлено, что уровень депрессивных нарушений у больных РС с депрессией варьировал. У более 54,8% (62 человека) отмечались легкие и у 39,8% (45 человек) умеренные депрессивные проявления. Выявленный диапазон колебаний в эмоциональной сфере больных РС может быть связан с изменением неврологического статуса, а также появлением нового очага демиелинизации у пациента с РС.

Из всех случаев депрессивных расстройств, диагностированных у больных РС, у 36,3% (41 человек) на первое место выходили смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2), которое характеризуется равным проявлением и тревожного, и депрессивного компонента.

Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0–33.2) включало в себя повторяющиеся депрессивные эпизоды и занимало второе место среди больных с РС – 26,5% (30 человек).

Депрессивные эпизоды (F32.0–32.2) средней и тяжелой степени без психотических симптомов встречались у 18,6% (21 пациента), тогда как расстройства адаптации (F43.21–43.22), которые характеризуются кратковременной депрессивной реакцией с выраженными вегетативными проявлениями – у 18,6% (21 пациента). Распределение

депрессивных нарушений с учетом пола представлено в таблице 5.

Проведенный анализ показал, что соотношение мужчин и женщин у «больных РС с депрессией» в диагностических рубриках отличалось. У мужчин чаще диагностировался депрессивный эпизод (F32.0–32.2) средней степени тяжести, тогда как у женщин чаще выявлялись рекуррентная депрессия (F33.11–33.2) и расстройство адаптации (F43.21–43.22).

Поиск факторов, вызывающих депрессивные расстройства у больных РС, подвел к проведению факторного анализа (ANOVA) (табл. 6).

Выявлено, что на развитие депрессии у больных с ремиттирующим течением влияют: «срок заболевания» РС $p=0,00333^{**}$, «уровень инвалидизации» $p=0,0457^{*}$ и «личностная тревожность» $p=0,0194$. У больных с вторично-прогрессирующим течением на депрессию оказывают значение факторы: «ситуативной» $p=0,0398^{*}$ и «личностной тревожности» $p=1,740$.

В исследовании проведена оценка социального статуса пациентов, где оценивался анализ семейного положения, образования, трудовой занятости. При оценке социальных факторов для определения однородности группы, учитывалось распределение пациентов по полу. Среди пациентов с «РС без депрессии» мужчины составили 53,6% (30

Таблица 5

Характеристика больных рассеянным склерозом с депрессивной симптоматикой

Шифр F	Расстройство по МКБ	РС с депрессией n = 113 чел. абс., %	
		Мужчины 26 чел.	Женщины 87 чел.
F32.0–32.2	Депрессивный эпизод	7;27	14;16,1
F33.11–33.2	Рекуррентное депрессивное расстройство	6;23	24;27,6
F41.2	Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	9;34,6	32;36,8
F43.21–43.22	Расстройства адаптации	4;15,4	17;19,5

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

Таблица 6

Факторы, влияющие на развитие депрессии

Факторы	РРС			ВПРС		
	<i>M±m</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M±m</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Возраст	40,42±11,00	1,817292	0,1180444	50,86±9,24	1,602531	0,223775
Возраст заболевших	31,94±10,91	0,340553	0,8869494	35,40±11,27	0,527873	0,668789
Срок заболевания	8,60±6,96	3,863097*	0,00333**	15,45±8,76	1,792208	0,184719
Стресс	0,84±0,36	1,388532	0,2367418	0,90±0,29	0,136364	0,937028
Депрессия в анамнезе	0,38±0,48	1,680804	0,1479802	0,54±0,50	1,642376	0,214901
EDSS	2,39±1,38	2,373490*	0,045720*	5±1,11	0,236994	0,869394
Количество обострений	3,35±2,08	0,616135	0,6878008	5,09±2,52	0,743695	0,539907
Уровень депрессии	18,14±6,49	1,493241	0,2005758	24,18±5,90	1,719276	0,198807
Астения	57,86±14,08	0,413524	0,8381649	69,81±9,62	2,580499	0,085472
Ситуативная тревожность	49,12±10,97	2,151773	0,0670083+	50,81±9,27	3,412812*	0,039890*
Личностная тревожность	51,56±8,65	2,862896*	0,019442*	58,40±7,08	1,740402	1,740402+

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

человек), а у пациентов с «РС с депрессивными нарушениями» – 40,8% (26 человек), тогда как женщины в группе без депрессии 46,4% (60 человек) и в группе с депрессивными нарушениями 59,2% (87 человек). Данное соотношение участников исследования определяло однородность групп и не противоречило дальнейшему анализу.

Проведенный анализ семейного положения больных рассеянным склерозом выявил, что больные РС вне брака чаще подвержены депрессивным нарушениям (табл. 7).

Шансы наличия депрессии в группе пациентов «РС без депрессии», находящихся «в браке», были ниже в 2,619 раза, по сравнению с группой «вне брака». Различия шансов были статистически значимыми и соответствовали значениям ($p=0,024$) (используемый метод:

Хи-квадрат Пирсона) ($OШ = 0,382$; 95% ДИ: 0,162–0,901).

В ходе исследования также стало известно, что пациенты «РС без депрессии» чаще сохраняют работоспособность и продолжают профессиональную деятельность. Шансы развития депрессии в группе больных «РС без депрессии» были ниже в 6,145 раз по сравнению с группой больных, которые не осуществляли профессиональную деятельность, при этом различия шансов были статистически значимыми ($p < 0,001$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона) ($OШ = 0,163$; 95% ДИ: 0,060–0,440).

Проведенный анализ в зависимости от наличия высшего или среднего образования не выявил статистически значимых различий в группах больных РС с депрессией и без депрессии.

Таблица 7

Социально-демографические показатели больных РС

Показатель	Общее количество $n=203$ чел.		Значимость различий, p
	РС с депрессией $n=113$ абс; %	РС без депрессии $n=90$ абс; %	
Семейное положение			
В браке	84; 74,3	82; 91,1	0,024
Вне брака	29; 25,7	8; 8,9	
Рабочая занятость			
Работают	83; 73,5	85; 94,4	0,001*
Не работают	30; 26,5	5; 5,6	
Образование			
Высшее	79; 69,9	63; 70	0,744
Среднее	34; 30,1	27; 30	

Источник: составлено автором на основании результатов собственных исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведущим коморбидным состоянием у больных рассеянным склерозом является депрессивное расстройство. Поэтому перед специалистами организации здравоохранения встали исключительно сложные и ответственные задачи: выстроить клинко-организационный алгоритм выявления депрессивных нарушений соматического, психиатрического профиля, а также их своевременной медицинской коррекции. Для этого необходимо на ранних этапах постановки неврологами диагноза «рассеянный склероз» приглашать к сотрудничеству

врачей-психиатров, с целью выявления аффективной симптоматики и рисков развития депрессивных нарушений, так как недостаточная оценка состояния больного с неврологической симптоматикой с депрессией осложняет состояние больного, снижая тем самым его реабилитационный потенциал, нарушает качество его жизни.

Целесообразно создание на региональном, а в идеале – на федеральном уровне, единого регистра, который бы включал больных рассеянным склерозом с депрессией в группу диспансерного наблюдения со своевременным персонифицированным подходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валинуров Р.Г. Современные основы организации медикопсихологической и психиатрической помощи лицам, подвергшимся экстремальным стрессовым состояниям: дис. д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.18 / Валинуров Ринат Гаянович. – М., 1999. – 403 с.
2. Шаяхметова Э.Ш. Роль психологического статуса личности пожилого человека в формировании депрессивных состояний / Э.Ш. Шаяхметова, Т.С. Аслаев, А.Н. Петров // Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – № 2–3(104). – С. 72–75.
3. Гажева А.В. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами (социально-гигиеническое исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Гажева Анастасия Викторовна – М. – 2008. – 147 с.
4. Погосова Н.В. Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА / Н.В. Погосова, С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2018. – Т. 58. – № 11. – С. 5–16.
5. Булчевская Л.Д. Комплексный подход в оказании психиатрической помощи психически больным, находящимся на АПЛ и АДН / Л.Д. Булчевская, И.А. Горьковой, Л.И. Кочергина // Омский психиатрический журнал. – 2020. – № 1(23). – С. 24–27.
6. Довженко Т.В. Профессиональные компетенции врачей первичного звена здравоохранения в оценке психического здоровья пациентов Часть 2. Готовность и возможность врачей первичного звена здравоохранения оказывать помощь пациентам с сопутствующими психическими расстройствами / Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Ю.А. Васюк, Е.Г. Старостина // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23. – № 1. – С. 57–62.
7. Пузин С.Н. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний // С.Н. Пузин, М.А. Шургая, О.Т. Богова [и др.] / Медико-социальная экспертиза и реабилитация – 2013. – № 3. – С. 3–10.
8. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2030 [Comprehensive mental health action plan 2013–2030]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. С. 2, 17.
9. Завалишин И.А., Захарова М.Н. Современные аспекты этиологии и патогенеза рассеянного склероза // 1 Нац. конф. с между-нар. участием «Нейроинфекции». – М., 2008. – С. 41–44.
10. Завалишин И.А., Спирин Н.Н., Бойко А.Н., Никитин С.С. Хронические нейроинфекции. М., ГЭОТАР-Медиа. 2011. – 560 с.
11. Психические нарушения при рассеянном склерозе / М.В. Коркина, Ю.С. Мартынов, Г.Ф. Малков; М-во высш. и сред. спец. образования СССР. – М.: Изд-во Ун-та дружбы народов, 1986. – 123 с.
12. Рассеянный склероз: анализ неудовлетворенных потребностей системы здравоохранения в Российской Федерации / Е.П. Евдошенко, Т.С. Тепцова, И.А. Железнякова [и др.]; под редакцией доктора медицинских наук, профессора В.В. Омеляновского; ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – М.: Наука, 2020. С. 10–14.
13. Кульбаева З.Д., Григолашвили М.А., Калиева Ш.С., Мясникова Ж.В., Жасуланкызы А. К вопросу эпидемиологии рассеянного склероза // Медицина и экология. 2019. № 4 (93). Октябрь–Декабрь. С. 11–18.
14. Распоряжение Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 2415-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2008 г. № 2053-р» [Электрон. ресурс] // – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12081687/?ysclid=lsq75gypui810331283>.
15. Atlas of MS2013: Mapping multiple sclerosis around the world. Mult. Scler. Int. Fed. 2013;1–28. P. 8; Browne P, Chandraratna D, Angood C., et al. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. Neurology. 2014. Sep. 9; 83(11):1022–4.
16. Андреев Д.А., Хачанова Н.В., Кокушкин К.А., Давыдовская М.В. Стандартизованные регистры пациентов с рассеянным склерозом-важный инструмент при переходе на ценностноориентированное здравоохранение. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2018;3–4: 89–93. <https://doi.org/10.26347/1607-2502201803-04035-045>
17. Kagee A. Adherence to Antiretroviral Therapy in the context of the National Roll-out in South Africa: Defining a Research Agenda for Psychology. South Africa Journal of psychology, 38(2), 2008. P. 413–428.
18. Olsson T., Barcellos L.F., Alfredsson L. Interactions between genetic, lifestyle and environmental risk factors for multiple sclerosis. Nat Rev Neurol. 2017. Jan;13(1):25–36.

19. Dobson K. S. The relationship between anxiety and depression // Clin Psychol Rev. 1985. 5(4), 307–324.
20. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 208 с.
21. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
22. Caine E. D., Schwid S. R. Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide Neurology. 2002; Sep. 10;59(5):662–3.
23. Kneebone I. I., Dunmore E. C., Evans E. Symptoms of depression in older adults with multiple sclerosis (MS): comparison with a matched sample of younger adults // Aging. Ment. Health. 2003. May;7(3):182–5.
24. Polman C. H., Reingold S. C., Edan G. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the «McDonald Criteria». (2005) Annals of neurology. 58 (6): 840–6; Thompson A. J., Banwell B. L., Barkhof F. et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. (2017) The Lancet. Neurology. 17(2), 162–173.
25. Kurtzke J. F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). Neurology. 1983; 33(11): 1444–1452.

REFERENCES

1. Valinurov R. G. Modern foundations of the organization of medical psychological and psychiatric care for persons who have been subjected to extreme stress conditions: dissertation of the Doctor of Medical Sciences: 14.00.33, 14.00.18 /Valinurov Rinat Gayanovich. – M., 1999. – 403 p.
2. Shayakhmetova E. Sh. The role of the psychological status of an elderly person in the formation of depressive states / E. Sh. Shayakhmetova, T. S. Aslaev, A. N. Petrov // International Scientific Research Journal. – 2021. – № 2–3(104). – P. 72–75.
3. Gazheva A. V. Improving the organization of primary health care for patients with cardiovascular diseases combined with depressive disorders (socio-hygienic research): dis. ... candidate of medical sciences: 14.00.33 / Gazheva Anastasia Viktorovna -M. – 2008. – 147 p.
4. Pogosova N. V. Psychosocial risk factors in outpatient patients with arterial hypertension and coronary heart disease in 30 cities of Russia: according to the COMET study / N. V. Pogosova, S. A. Boytsov, R. G. Oganov [et al.] // Cardiology. – 2018. – Vol. 58. – No. 11. – P. 5–16.
5. Buluchevskaya L. D. An integrated approach in the provision of psychiatric care to mentally ill people on APL and ADN / L. D. Buluchevskaya, I. A. Gorkova, L. I. Kochergina // Omsk Psychiatric Journal. – 2020. – № 1(23). – Pp. 24–27.
6. Dovzhenko T. V. Professional competencies of primary care physicians in assessing the mental health of patients Part 2. Readiness and ability of primary care physicians to provide assistance to patients with concomitant mental disorders / T. V. Dovzhenko, A. E. Bobrov, Yu. A. Vasyuk, E. G. Starostina // Preventive medicine. – 2020. – Vol. 23. – No. 1. – P. 57–62.
7. Puzin S. N. Medical and social aspects of public health. Modern approaches to the prevention of socially significant diseases // S. N. Puzin, M. A. Shurgaya, O. T. Bogova [et al.] / Medical and social expertise and rehabilitation – 2013. – No. 3. – P. 3–10.
8. Comprehensive action plan in the field of mental health for 2013–2030 [Electronic resource]. Geneva: World Health Organization, 2022. P. 2,17.
9. Zavalishin I. A., Zakharova M. N. Modern aspects of the etiology and pathogenesis of multiple sclerosis // I National Conference with International with the participation of «Neuroinfection». – M., 2008. – P. 41–44
10. Zavalishin I. A., Spirin N. N., Boyko A. N., Nikitin S. S. Chronic neuroinfections. M., GEOTAR-Media. 2011. – 560 p.
11. Mental disorders in multiple sclerosis / M. V. Korkina, Y. S. Martynov, G. F. Malkov; M. V. higher. and Wednesday. spec. education of the USSR. – M.: Publishing House of the Peoples' Friendship University, 1986. – 123 p.
12. Multiple sclerosis: an analysis of the unmet needs of the healthcare system in the Russian Federation / E. P. Evdoshenko, T. S. Teptsova, I. A. Zheleznyakova [et al.]; edited by Doctor of Medical Sciences, Professor V. V. Omelyanovsky; Federal State Budgetary Institution «Center for Expertise and Quality Control of Medical Care» of the Ministry of Health of the Russian Federation. – M.: Nauka, 2020. P. 10–14.
13. Kulbaeva Z. D., Grigolashvili M. A., Kalieva Sh. S., Myasnikova Zh. V., Zhasulankyzy A. On the epidemiology of multiple sclerosis // Medicine and ecology. 2019. № 4 (93). October-December. P. 11–18.
14. Decree of the Government of the Russian Federation dated December 27, 2010 No. 2415-r «On Amendments to the Decree of the Government of the Russian Federation dated December 31, 2008 No. 2053-r» [Electron. link] // – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12081687/?ysclid=lsq75gypui810331283>.
15. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: Mapping multiple sclerosis worldwide. Cartoon. Scler. Int. Fed. 2013:1–28. p. 8; Brown P., Chandraratna D., Angud S. et al. The Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequality. Neurology. 2014. September. 9; 83(11):1022–4.
16. Andreev D. A., Khachanova N. V., Kokushkin K. A., Davydovskaya M. V. Standardized registers of patients with multiple sclerosis are an important tool in the transition to value-based healthcare. Problems of standardization in healthcare. 2018;3–4: 89–93. <https://doi.org/10.26347/1607-2502201803-04035-045>
17. Kagi A. Commitment to antiretroviral therapy in the context of national implementation in South Africa: defining a research program in psychology. South African Journal of Psychology, 38(2), 2008. P. 413–428.
18. Olsson T., Barcellos L. F., Alfredsson L. The relationship between genetic factors, lifestyle and environmental factors for the development of multiple sclerosis. Nat Rev Neurol. 2017. January;13(1):25–36.
19. Dobson K. S. The relationship between anxiety and depression // Clin Psychol Rev. 1985. 5(4), 307–324.
20. Vane A. M., Voznesenskaya T. G., Golubev V. L., Dyukova G. M. Depression in neurological practice. – M.: Medical Information Agency, 2007. – 208 p.
21. Smulevich A. B. Depression in somatic and mental diseases. – M.: Medical Information Agency, 2003. – 432 p.
22. Kane E. D., Schwid S. R. Multiple sclerosis, depression and suicide risk in neurology. 2002; September. 10;59(5):662–3.
23. Kneebone I. I., Dunmore E. S., Evans E. Symptoms of depression in elderly people with multiple sclerosis (MS): comparison with a similar sample of young people // Aging. The cop. Health. 2003. May;7(3):182–5.
24. Polman K. H., Reinhold S. S., Edan G. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: the «McDonald Criteria» revised in 2005. (2005) Annals of Neurology. 58 (6): 840–6; Thompson A. J., Banwell B. L., Barkhof F. and others. Diagnosis of multiple sclerosis: a revision of the McDonald criteria in 2017. (2017) The Lancet. Neurology. 17(2), 162–173.
25. Kurtzke J. F. Assessment of neurological disorders in multiple sclerosis: extended Disability Status Scale (EDSS). Neurology. 1983; 33(11): 1444–1452.

ES

Problemas de la depresión en la práctica neurológica.**N.V. Zarubina****Anotación**

Introducción. Los trastornos depresivos ya no son tarea exclusiva de los psiquiatras. La depresión se detecta en pacientes somáticos y neurológicos como una reacción a una enfermedad y también puede ser la causa de la enfermedad. Hasta el día de hoy se desconoce el número de pacientes con la patología mencionada. La principal tarea a la que se enfrentan los organizadores de la atención sanitaria es la necesidad de construir un algoritmo para identificar, registrar y tratar los trastornos depresivos en pacientes con comorbilidades. Este artículo examina los trastornos depresivos en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Objetivo del estudio: estudiar el problema de identificar los trastornos depresivos y los factores que influyen en la depresión en pacientes con esclerosis múltiple para mejorar las formas organizativas y los métodos de trabajo de las autoridades sanitarias.

Materiales y métodos. Participaron 203 pacientes con diagnóstico clínicamente confirmado de EM. Teniendo en cuenta el curso de la enfermedad, los pacientes con EM se distribuyen: con el tipo de EM remitente-recurrente (RRS): 88,2% (179 personas) y 11,8% (24 personas) con el curso secundario progresivo (SPMS). La edad promedio de los pacientes examinados con enfermedad remitente-recurrente (ERR) varió de 15 a 63 años, con un promedio de 38 ± 10 años. La edad de los pacientes con EMSP examinados osciló entre 29 y 65 años, en promedio ($46 \pm 9,00$) años. La mayoría de los pacientes tuvieron una duración de la enfermedad inferior a 20 años, con una media de $8,23 \pm 6,57$ años. La edad media de aparición de la enfermedad fue de $30,2 \pm 10,5$ años. La duración de la enfermedad fue de $9,84 \pm 0,73$ años, mientras que el nivel de discapacidad de los pacientes (evaluado en puntos en la Escala Ampliada del Estado de Discapacidad/EDSS) en el momento del examen fue de $2,89 \pm 0,16$ puntos. El indicador de discapacidad varió en pacientes con RMS ($2,89 \pm 0,16$ puntos), en pacientes con SPMS ($5,0 \pm 0,24$) puntos.

Resultados y discusión. El 55,7% (113 personas) de los pacientes con EM fueron diagnosticados con depresión, de los cuales el 80,5% (91 personas) tuvieron un curso remitente-recurrente (EMRR) y el 19,5% (22 personas) tuvieron un curso secundario progresivo de la enfermedad (EMSP). Más del 54,8% (62 personas) tenían síntomas depresivos leves y moderados; en el 39,8% (45 personas), se registraron con mayor frecuencia trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno depresivo recurrente y luego episodios depresivos. Se reveló que el desarrollo de la depresión en pacientes con un curso recurrente está influenciado por: "duración de la enfermedad" MS $p = 0,00333^{**}$, "nivel de discapacidad" $p = 0,0457^{*}$ y "ansiedad personal" $p = 0,0194$. En pacientes con curso secundario progresivo, la depresión está influenciada por los siguientes factores: «situacional» $p = 0,0398^{*}$ y «ansiedad personal» $p = 1,740$. El estatus social mostró que los pacientes con "EM sin depresión" que estaban casados tenían estadísticamente menos probabilidades de sufrir depresión y seguían siendo capaces de trabajar por más tiempo ($p < 0,001$).

Conclusión. Los trastornos depresivos son los principales trastornos en los pacientes neurológicos, pero los especialistas suelen ignorar el número y la gravedad de los síntomas. Por ello, las autoridades sanitarias se enfrentan a la tarea de construir un algoritmo clínico y organizacional para identificar los trastornos depresivos, así como su oportuna corrección médica.

Palabras clave: trastornos depresivos, esclerosis múltiple, registro, algoritmo clínico y organizacional.

FR

Problèmes de dépression dans la pratique neurologique**N.V. Zarubine****Annotation**

Introduction. Les troubles dépressifs ne sont plus seulement la tâche des psychiatres. La dépression est détectée chez les patients somatiques et neurologiques en réaction à une maladie et peut également en être la cause. Le nombre de patients présentant la pathologie ci-dessus reste inconnu à ce jour. La tâche principale des organisateurs de soins de santé est la nécessité de créer un algorithme permettant d'identifier, d'enregistrer et de traiter les troubles dépressifs chez les patients présentant des comorbidités. Cet article examine les troubles dépressifs chez les patients atteints de sclérose en plaques (SEP).

Objectif de l'étude: étudier le problème de l'identification des troubles dépressifs et des facteurs influençant la dépression chez les patients atteints de sclérose en plaques afin d'améliorer les formes organisationnelles et les méthodes de travail des autorités de santé.

Matériels et méthodes. 203 patients avec un diagnostic cliniquement confirmé de SEP y ont participé. Compte tenu de l'évolution de la maladie, les patients atteints de SEP sont répartis: avec une forme de SEP de type cyclique (SRR) – 88,2% (179 personnes) et 11,8% (24 personnes) avec une évolution secondaire progressive (SPMS). L'âge moyen des patients examinés atteints d'une maladie cyclique (SRR) variait de 15 à 63 ans, avec une moyenne de 38 ± 10 ans. L'âge des patients examinés atteints de SPMS variait de 29 à 65 ans, en moyenne ($46 \pm 9,00$) ans. La plupart des patients avaient une durée de maladie inférieure à 20 ans, avec une moyenne de $8,23 \pm 6,57$ ans. L'âge moyen d'apparition de la maladie était de $30,2 \pm 10,5$ ans. La durée de la maladie était de $9,84 \pm 0,73$ ans, tandis que le niveau d'invalidité des patients (évalué en points sur l'EDSS/Expanded Disability Status Scale) au moment de l'examen était de $2,89 \pm 0,16$ points. L'indicateur d'incapacité variait chez les patients avec RMS ($2,89 \pm 0,16$ points), chez les patients avec SPMS ($5,0 \pm 0,24$ points).

Résultats et discussion. 55,7% (113 personnes) des patients atteints de SEP ont reçu un diagnostic de dépression, dont 80,5% (91 personnes) présentaient une évolution cyclique (SEP-RR) et 19,5% (22 personnes) une évolution secondaire progressive de la maladie (SPMS). Plus de 54,8% (62 personnes) présentaient des symptômes dépressifs légers et modérés; chez 39,8% (45 personnes), un trouble mixte anxieux-dépressif, un trouble dépressif récurrent, puis des épisodes dépressifs ont été le plus souvent enregistrés. Il a été révélé que le développement de la dépression chez les patients présentant une évolution récurrente est influencé par: la "durée de la maladie" MS $p = 0,00333^{**}$, le "niveau de handicap" $p = 0,0457^{*}$ et "l'anxiété personnelle" $p = 0,0194$. Chez les patients présentant une évolution secondaire progressive, la dépression est influencée par les facteurs suivants: «situationnelle» $p = 0,0398^{*}$ et «anxiété personnelle» $p = 1,740$. Le statut social a montré que les patients "SEP sans dépression" mariés étaient statistiquement moins susceptibles de souffrir de dépression et restaient capables de travailler plus longtemps ($p < 0,001$).

Conclusion. Les troubles dépressifs sont les principaux troubles chez les patients neurologiques, mais leur nombre et la gravité de leurs symptômes sont souvent ignorés par les spécialistes. Par conséquent, les autorités sanitaires sont confrontées à la tâche de construire un algorithme clinique et organisationnel pour identifier les troubles dépressifs, ainsi que leur correction médicale en temps opportun.

Mots clés: troubles dépressifs, sclérose en plaques, registre, algorithme clinique et organisationnel.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Зарубина Наталья Владимировна – кандидат медицинских наук, заведующая психиатрическим отделением для пациентов с сочетанной соматической и психической патологией ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Natalia V. Zarubina – PhD in Medical sciences, Head of the psychiatric department for patients with combined somatic and mental pathology, Hospital for War Veterans No. 1 of the Department of Health of the City of Moscow, Moscow, Russia.
E-mail: ntshzarubina@rambler.ru, ORCID: 0000-0001-6000-8715, SPIN: 1828-1858

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В ШКОЛАХ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА АДАПТАЦИЮ УЧАЩИХСЯ

И.Г. ЗОРИНА¹, В.Д. СОКОЛОВ¹, В.В. МАКАРОВА¹

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия.

УДК 614.78

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-67-77

Аннотация

Введение. Здоровье детей и подростков является критерием взаимоотношений их организма с окружающей средой и формируется под влиянием сложного комплекса социальных, биологических и экологических факторов. Образовательные организации являются единственной системой общественного воспитания, охватывающей в течение продолжительного периода всю детскую и подростковую популяцию страны. Физические факторы внутришкольной среды влияют на физиологические процессы организма школьников и обеспечивают адаптацию к физическим нагрузкам. **Цель исследования:** изучить и оценить физические факторы образовательной среды в школах Челябинской области в динамике пяти лет и адаптационный потенциал учащихся. **Материалы и методы.** В работе использованы статистический, математический и инструментальный методы исследования. Изучены условия проведения занятий физической культурой в 10 школах городов Челябинской области с 2018 по 2022 гг. и проведена оценка физической работоспособности у 102 учащихся 8–9 классов. Установлено, что наибольший удельный вес составили объекты, отнесенные к среднему риску и к умеренному риску в 2020 г. – 82,8%. **Результаты.** Удельный вес образовательных организаций, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам по уровню искусственной освещенности и электромагнитных излучений оставался высоким и составил 14,2% и 8,9% соответственно, превышение температуры воздуха выявлено в 20% исследуемых школ. В 60% исследуемых школ открытые спортивные площадки не ремонтировались с момента ввода в эксплуатацию. **Заключение.** У 26,7% респондентов отмечена удовлетворительная адаптация к физическим нагрузкам, у 73,3% (в 2,8 раза больше) респондентов отмечено напряжение механизмов адаптации. Число учащихся с избыточной массой тела и выявленным напряжением механизмов адаптации составило 66,7%, а при недостатке массы тела этот показатель в 2,1 раза меньше и составил 28,5%. У трети (33,3%) респондентов с избыточной массой тела выявлена удовлетворительная адаптация, в то время как у учащихся с недостаточной массой тела этот показатель в 2,2 раза выше (71,5%).

Ключевые слова: здоровье школьников, физическая работоспособность, факторы образовательной среды, группы риска, заболеваемость.

Для цитирования: Зорина И.Г., Соколов В.Д., Макарова В.В. Оценка физических факторов образовательной среды в школах Челябинской области и их влияние на адаптацию учащихся. Общественное здоровье. 2024; 3(4):67–77, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-67-77

Контактная информация: Зорина Ирина Геннадьевна, e-mail: zorinaig@mail.ru

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 12.03.2024. **Статья принята к печати:** 22.04.2024. **Дата публикации:** 25.09.2024.

UDC 614.78

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-67-77

ASSESSMENT OF PHYSICAL FACTORS OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT IN SCHOOLS OF THE CHELYABINSK REGION AND THEIR INFLUENCE ON STUDENTS' ADAPTATION

I.G. Zorina¹, V.D. Sokolov¹, V.V. Makarova¹

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia.

Abstract

Introduction. The health of children and adolescents is a criterion of their body's relationship with the environment and is formed under the influence of a complex set of social, biological and environmental factors. Educational organizations are the only system of public education that covers the entire child and adolescent population of the country for a long period of time. Physical factors of the intra-school environment affect the physiological processes of the body of schoolchildren and ensure adaptation to physical exertion. **The purpose of the study:** to study and evaluate the physical factors of the educational environment in schools of the Chelyabinsk region in the dynamics of five years and the adaptive potential of students. **Materials and methods.** Statistical, mathematical and instrumental research methods are used in the work. The conditions of physical

education classes in 10 schools in the cities of the Chelyabinsk region from 2018–2022 were studied and an assessment of physical performance was carried out in 102 students of grades 8–9. It was found that the largest share was accounted for by objects classified as medium risk and moderate risk in 2020–82.8%. **Results.** The proportion of educational institutions that do not meet sanitary and hygienic standards in terms of artificial illumination and electromagnetic studies remained high and amounted to 14.2% and 8.9%, respectively, excess air temperature was detected in 20% of the studied schools. In 60% of the schools studied, outdoor sports grounds have not been repaired since they were put into operation. **Conclusion.** 26.7% of respondents showed satisfactory adaptation to physical exertion, 73.3% (2.8 times more) of respondents noted the strain of adaptation mechanisms. The number of students with overweight and revealed stress of adaptation mechanisms was 66.7%, and with a lack of body weight, this figure was 2.1 times less and amounted to 28.5%. A third (33.3%) of overweight respondents showed satisfactory adaptation, while underweight students showed 2.2 times higher (71.5%).

Keywords: schoolchildren's health, physical performance, educational environment factors, risk groups, morbidity.

For citation: Zorina I.G., Sokolov V.D., Makarova V.V. Assessment of physical factors of the educational environment in schools of the Chelyabinsk region and their influence on students' adaptation. Public health. 2024; 3(4):67–77, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-67-77

For correspondence: Irina G. Zorina, e-mail: zorinaig@mail.ru

Funding: The study had no sponsorship.

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

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

В рамках президентской программы «Демография» в Российской Федерации большое внимание уделяется охране здоровья детей и подростков, реализации практических задач в области охраны здоровья подрастающего поколения [2, 3].

Состояние здоровья детей и подростков вызывает серьезные опасения у педиатров и гигиенистов и особого внимания требует охрана здоровья школьников, зависящего от условий образовательной среды [4].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) состояние здоровья детей и подростков является одной из наиболее актуальных проблем во всем мире, которые представляют собой трудовой и интеллектуальный потенциал общества. Организм ребенка, находящийся в процессе развития, в большей степени подвержен влиянию как благоприятных, так и неблагоприятных факторов, более быстро и остро реагирует на изменения окружающей среды [5].

Большую часть дня дети и подростки находятся в образовательной организации, при этом период обучения и воспитания совпадает с периодом интенсивного роста и развития ребенка, когда организм наиболее чувствителен к воздействию разнообразных условий окружающей среды. В условиях реформирования системы образования в современных образовательных учреждениях реализуются программы обучения с разными возможностями и состоянием

здоровья, в том числе и с ограниченными возможностями здоровья [6].

Мобильное образование, широкое использование информационно-коммуникационных технологий, Интернет-ресурсов, дистанционное электронное образование, цифровая внутришкольная среда коренным образом изменили условия жизни современных школьников, что привело к неконтролируемому контакту с внутришкольными факторами и к длительному нервно-психическому напряжению учащихся [7].

Физические факторы внутришкольной среды оказывают влияние на особенности протекания биоэнергетических и физиологических процессов в организме современных школьников и их адаптивных способностей к физическим нагрузкам [8, 9].

Физическая работоспособность является интегративным выражением возможностей подрастающего поколения, включена в понятие «здоровье» и зависит от многих показателей физического развития, форм и средств физического воспитания, а физическая подготовленность детей и подростков характеризуется состоянием вегетативных функций организма, степенью развития двигательных качеств и форм тела, а также разнообразием двигательных навыков, которыми овладел человек [10, 11].

Целью исследования являлись изучение и оценка физических факторов образовательной среды в школах Челябинской области в динамике пяти лет и адаптационного потенциала учащихся.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в период с 2018 по 2022 гг. Изучены условия проведения занятий физической культурой в 10 школах городов Челябинской области, обследовано 10 спортивных залов, 8 открытых спортивных площадок, а также 65 вспомогательных помещений (тренировочные, раздевалки, душевые, туалеты) – методом санитарного описания (работа с актами по результатам проведения контрольно-надзорных мероприятий). Проведены лабораторные исследования параметров микроклимата (360 измерений), уровня искусственной освещенности (150 измерений). Организация уроков физической культуры оценивалась на основе изучения расписания и путем врачебно-педагогических наблюдений за проведением уроков физкультуры (86 уроков) с использованием метода хронометража измерения пульса (2142 измерения) и частоты сердечных сокращений (2142 измерения).

Авторами проведено исследование физической работоспособности 102 учащихся 8–9 классов средней общеобразовательной школы № 137 города Челябинска.

Для оценки уровня здоровья применялась методика определения адаптационного потенциала (АП), который рассчитывался без проведения нагрузочных тестов и позволил дать предварительную количественную оценку уровня здоровья обследуемых. АП системы кровообращения определяется по формуле: $АП = 0,011 \times ЧСС + 0,014 \times САД + 0,008 \times ДАД + 0,009 \times МТ - 0,009 \times Р + 0,014 \times А - 0,27$, где: ЧСС – частота сердечных сокращений в относительном покое (количество ударов за 1 минуту); САД – систолическое артериальное давление (мм.рт.ст.); ДАД – диастолическое артериальное давление (мм.рт.ст.); МТ – масса тела (см); Р – рост (см); В – возраст (лет).

Различают следующие типы вариационных пульсограмм (гистограмм) распределения ритма сердца: эксцессивная, регистрирующаяся, при выраженном стрессе, патологических состояниях, нормальная, типичная для здоровых людей в состоянии покоя, асимметричная, указывающая на нарушение стационарности процесса (наблюдается при переходных состояниях). При оценке адаптационного потенциала у респондентов с коэффициентом 2,1 и менее была выявлена удовлетворительная адаптация, а с напряжением механизмов адаптации коэффициент составил 2,11–3,2.

В работе использованы статистический, математический и инструментальный методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за детскими и подростковыми учреждениями направлен на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, контроль за соблюдением санитарного законодательства, в том числе за обеспечением оптимальных уровней искусственной освещенности в учебных помещениях, параметров микроклимата, проведение санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2016 г. № 806 «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации», детские и подростковые организации Челябинской области были распределены по категориям риска, с учетом которых осуществлялась контрольно-надзорная деятельность.

При оценке распределения детских и подростковых учреждений по потенциальному риску причинения вреда здоровью до 2020 г. установлено, что наибольший удельный вес составили объекты, отнесенные к среднему риску и к умеренному риску в 2020 году – 82,8%. К группе низкого риска отнесены в основном организации отдыха детей и их оздоровления. Согласно Постановлению Правительства РФ от 30.06.2021 г. № 1100 образовательные организации, организации отдыха и оздоровления, объекты, предоставляющие социальные услуги с проживанием отнесены к группе чрезвычайно высокого риска. В связи с этим удельный вес объектов, отнесенных к группе чрезвычайно высокого риска, составил в 2022 году – 80% (табл. 1).

С целью обеспечения санитарного благополучия детей и подростков на территории Челябинской области на протяжении ряда лет проводится большая организационная работа, разработаны и действуют программы, которые включают в себя вопросы улучшения уровня искусственной освещенности в образовательных учреждениях, улучшения материально-технической базы организации. На территории области в 2020 г. реализуются 123 целевые программы по охране

Таблица 1

**Распределение детских и подростковых организаций Челябинской области
по группам риска (в %)**

Годы	Группы риска					
	Чрезвычайно высокого	Высокого	Значительного	Среднего	Умеренного	Низкого
	1	2	3	4	5	6
2018	0	0,05	6,5	56,6	35,1	1,9
2019	0	0,88	12,1	54,6	28,4	3,9
2020	0	0,92	13,6	57,3	25,5	2,6
2021	79,0	0,6	3,75	9,8	6,45	0,4
2022	80,68	0,64	3,94	9,12	5,59	0,99

Источник: Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Челябинской области в 2022 году» на 01.06.2023 г.

здоровья детей и подростков, из них 6 областных, направленных на укрепление материально-технической базы, улучшение системы организации питания школьников, подготовку образовательных организаций к новому учебному году и др.

В рамках реализации Национального проекта «Образование», «Демография» выделяются субсидии на проведение ремонтных работ, в том числе по замене систем освещения, приобретения оборудования, в том числе электронных систем обучения, имеющих документы, подтверждающие их безопасность.

Ежегодно специалистами Роспотребнадзора выдаются предписания, включающие мероприятия по улучшению уровня искусственной освещенности, обеспечению оптимальных параметров микроклимата, оснащения образовательных организаций современными электронными средствами обучения. Ежегодно в адрес заместителя губернатора региона направляется информация о санитарно-гигиеническом состоянии

образовательных организаций области, также направляются предложения для внесения в распорядительные документы Челябинской области, проводятся совещания на разном уровне.

В каждой образовательной организации реализуются мероприятия, в том числе производственный лабораторный контроль, что позволило обеспечить улучшение показателей среды обитания.

Следует отметить положительную динамику снижения удельного веса замеров и рабочих мест, не отвечающих санитарным требованиям по электромагнитным полям, микроклимату. Замеры параметров микроклимата проводились на основании обращений (табл. 2).

Из таблицы 2 следует, что имеется положительная динамика снижения удельного веса замеров, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам как в Челябинской области, так и в Российской Федерации по показателям: уровень электромагнитного излучения, освещенности, микроклимата.

Таблица 2

**Удельный вес замеров и рабочих мест,
не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам (%)**

Показатели	Регионы	Замеры, не отвечающие требованиям				
		2018	2019	2020	2021	2022
Уровень ЭМИ	РФ	2,2	2,0	1,5	0,6	0,2
	Чел. обл.	0,2	0,4	0,76	0	0
Освещенность	РФ	7,2	6,4	4,6	4,7	7,4
	Чел. обл.	12,3	7,1	8,21	11,8	14,0
Микроклимат	РФ	3,7	3,1	2,9	2,6	3,0
	Чел. обл.	5,3	2,1	0,39	1,9	2,66

Источник: Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Челябинской области в 2022 году» на 01.06.2023 г.

При оценке динамики общей заболеваемости детского населения региона (на 1000 населения) с 2018 по 2020 гг. среди детей (0–14 лет) установлено снижение общей заболеваемости в 1,2 раза (с 2566,1 до 2176,5), среди подростков (15–17 лет) – аналогично в 1,2 раза (с 2459,5 до 2089,1).

Первичная заболеваемость, по данным обращаемости детского населения Челябинской области, в динамике трех лет также демонстрирует тенденцию к снижению: среди детского населения 0–14 лет – на 17,5% (в 2018 году – 2099,60; в 2020 году – 1732,20 на 1000 человек населения); указанный показатель ниже среднемноголетнего уровня (СМУ 2016–2020 годов – 13,54); и среди подростков 15–17 лет – на 15,0% (в 2018 году – 1533,70; в 2020 году – 1303,60 на 1000 человек населения); СМУ 2016–2020 гг. – 1521,86.

В структуре общей заболеваемости детей лидирующие места занимают болезни органов дыхания (66,59%), травмы, отравления и некоторые последствия воздействия внешних причин (6,43%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (4,44%) болезни кожи и подкожной клетчатки (4,18%), болезни органов пищеварения (3,28%).

У подростков первые 5 ранговых мест в 2020 г. занимают: болезни органов дыхания (49,43%), травмы, отравления и некоторые последствия воздействия внешних причин (13,16%), болезни органов пищеварения (6,83%), болезни кожи и подкожной клетчатки (5,56%), болезни мочеполовой системы (3,84%).

Необходимо отметить, что анализ показателей первичной заболеваемости детского и подросткового населения за 2018–2020 гг. свидетельствует о благоприятной тенденции снижения числа детей с заболеваниями, которые могут быть ассоциированы с воздействием физических факторов.

Так, в 2020 году по сравнению с 2018 годом отмечено снижение заболеваемости детей по следующим классам: болезни нервной системы на 2,32%, психические расстройства и расстройства поведения на 33,3%, болезни глаза и его придаточного аппарата – на 32,56%, болезни уха и сосцевидного отростка на 22,92%, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм на 22,5%, болезни органов дыхания на 17,39%.

В возрастной категории подростков также регистрируется снижение по следующим классам: болезни нервной системы на 12,2%, психические расстройства и расстройства поведения

на 27,0%, болезни глаза и его придаточного аппарата – на 28,41%, болезни уха и сосцевидного отростка на 12,96%, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм на 18,66%, болезни органов дыхания на 14,17%.

Динамика снижения первичной заболеваемости у детей и подростков болезнями нервной системы, психических расстройств и расстройств поведения, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезнями органов дыхания, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, свидетельствует о положительных результатах профилактической работы.

Действительность контрольно-надзорных мероприятий за соблюдением санитарного законодательства в детских и подростковых организациях, в том числе за соблюдением оптимальных параметров микроклимата, должного уровня искусственной освещенности, электромагнитных полей, проведения санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий, а также проведение комплекса организационных мероприятий способствовали обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия в детских и подростковых организациях Челябинской области, а также профилактике неинфекционных заболеваний. При этом удельный вес образовательных организаций, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам по уровню искусственной освещенности и электромагнитных излучений остается высоким и составляет 14,2% и 8,9% соответственно.

Физическое воспитание является одним из факторов, способствующих укреплению здоровья, обеспечению гармоничного развития и социальной дееспособности молодежи, основной формой которого в общеобразовательных организациях являются уроки физкультуры, а также предполагается применение большого количества дополнительных форм занятий в учебное и внеучебное время (утренняя гимнастика, подвижные игры, физкультминутка, спортивные секции, физкультурно-массовые мероприятия и др.).

Благодаря воздействию на организм школьников комплекса факторов, включающих физические упражнения, природные факторы, массаж и личную гигиену реализуется цель физического воспитания – укрепление здоровья, обеспечение гармоничного развития и социальной дееспособности молодежи.

В результате исследований, проводимых в период 2018–2022 гг., установлено превышение

температуры воздуха в 20% исследуемых школ, что может ухудшить эмоциональное состояние учеников и снизить эффективность физической нагрузки.

Уроки физкультуры проводятся на открытых спортивных площадках и сооружениях, что оказывает положительное влияние на функциональное состояние учащихся, при условии создания должных условий. При оценке открытых спортивных площадок установлено, что в 60% исследуемых школ открытые спортивные площадки не ремонтировались с момента ввода в эксплуатацию, беговые дорожки имеют дефекты покрытия (выбоины, трещины), футбольные, волейбольные и баскетбольные площадки не имеют дренажа, что приводит в весенний период года к их подтоплению, прыжковые ямы не оборудованы. Все вышеперечисленные проблемы создают угрозу получения спортивных травм и снижают интерес учащихся к занятиям физической культурой и спортом.

В 60% обследованных ранее школ были отремонтированы аварийные кровли, проведены ремонты спортивных залов и раздевалок, восстановлены системы вентиляции, восстановлена работа душевых и санитарных узлов, в 10% школ построены новые открытые спортивные площадки (стадионы) с полимерным покрытием, оборудованные в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к устройству и содержанию мест, предназначенных для занятий спортом и физической культурой.

На территории Челябинской области с 2019 года стартовал национальный проект «Демография», целью которого явилось увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, и оптимизация спортивно-массовой работы на всех уровнях, выполнение нормативов ГТО,

подготовка спортивных резервов и создание новых спортивных объектов.

По результатам гигиенической оценки занятий физической культурой и спортом выявлено, что структура занятий была стандартной, в основном все уроки организованы рационально, однако на отдельных уроках физкультуры не в должной мере уделялось внимание учащимся из специальной группы. Традиционная организация физического воспитания характеризуется узким спектром используемых видов и форм, в том числе для школьников с нарушением состояния здоровья. В учебных заведениях использовались в основном два вида физического воспитания – уроки физкультуры и самостоятельная работа (индивидуальные занятия вне учебных заведений), а проведение дополнительных занятий (физкультурно-оздоровительных и физкультурно-спортивных мероприятий, гигиенической гимнастики, физкультурных праздников, спартакиад и др.) в исследованных организациях не зафиксировано. В факультативное обучение (занятие в спортивных секциях, кружках, по индивидуальным программам в группах ЛФК) вовлечено лишь 2–3% школьников.

Индекс массы тела имеет широкое применение как в гигиенических науках, так и в медицине в целом. Данный показатель является надежным индикатором избыточной и недостаточной массы тела, что позволяет оценить в дальнейшем адаптационные способности организма к различным физическим нагрузкам.

Установлено, что учащиеся с нормальной массой тела (18,5–24,9 кг/м) составляют 60,5%, с недостаточной – 27,8% и с избыточной – 11,7% (рис. 1).

Установлено, что у 26,7% респондентов отмечена удовлетворительная адаптация к физиче-

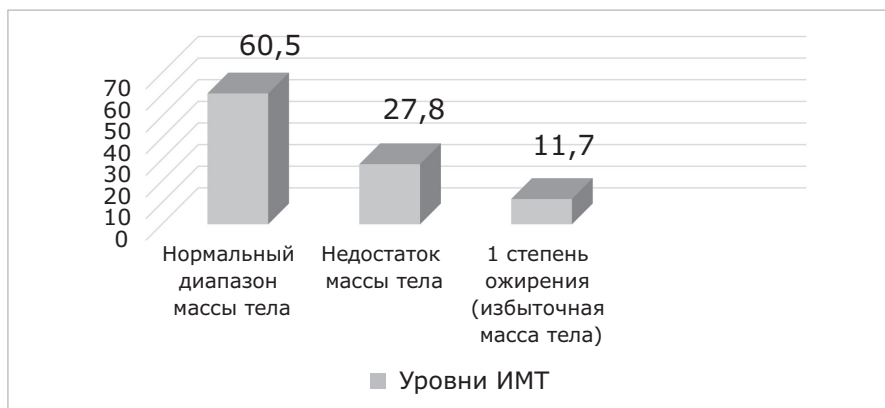


Рис. 1. Уровни индекса массы тела обследованных учащихся (ИМТ) (%)

Источник: результаты собственных исследований на 03.02.2023 г.

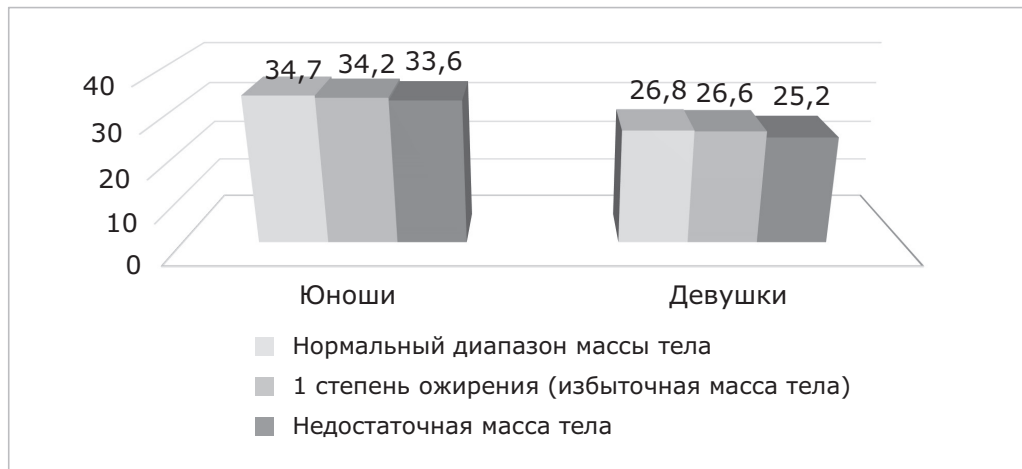


Рис. 2. Показатели динамометрии кисти с учетом индекса массы тела и пола респондента (кг)

Источник: результаты собственных исследований на 03.02.2023 г.

ским нагрузкам, у 73,3% (в 2,8 раза больше) респондентов отмечено напряжение механизмов адаптации.

В основной части урока, при максимальном уровне физической нагрузки проводилось измерение мышечной силы кисти (динамометрия) с учетом ИМТ и пола учащихся (рис. 2).

Выявлено, что показатели мышечной силы кисти у юношей (33,6–34,7) и девушек (25,2–26,8 кг) соответствовали пределам возрастной нормы, вне зависимости от их индекса массы тела (ИМТ).

По результатам расчета адаптационного потенциала, респонденты распределены на две функциональные группы (удовлетворительная адаптация, напряжение механизмов адаптации). Показатели исследований адаптационного потенциала представлены на рис. 3.

Установлено, что удовлетворительная адаптация при нормальной массе тела отмечена у 26,7% респондентов, а напряжение механизмов адаптации у 73,3%. Число учащихся с избыточной массой тела и выявленным напряжением механизмов адаптации составило 66,7%, а при недостатке массы тела этот показатель в 2,1 раза и меньше составил 28,5%. У трети (33,3%) респондентов с избыточной массой тела выявлена удовлетворительная адаптация, в то время как у учащихся с недостаточной массой тела этот показатель в 2,2 раза выше (71,5%).

В момент прохождения исследований, у респондентов с напряжением механизмов адаптации отмечались симптомы перегрузки: у 63,2% выявились нарушения сна (сон поверхностный, чуткий, беспокойный или чрезмерно глубокий;

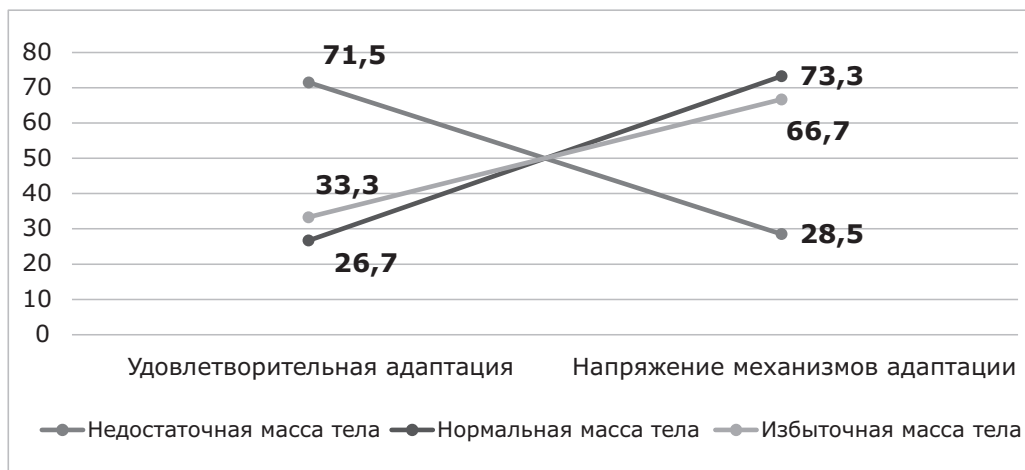


Рис. 3. Показатели адаптационного потенциала у учащихся (%)

Источник: результаты собственных исследований на 03.02.2023 г.

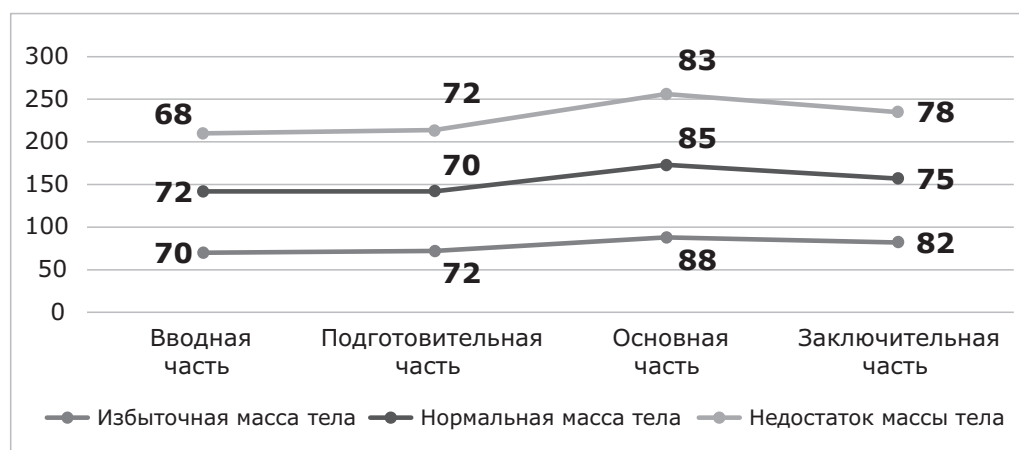


Рис. 4. Динамика изменения ЧСС у учащихся (уд./мин)

Источник: результаты собственных исследований на 03.02.2023 г.

проблема с засыпанием), 41,1% предъявили жалобы на головные боли, боли в животе и чувство усталости. В динамике урока проводилась пульсометрия у испытуемых, результаты которых представлены на рис. 4.

В вводной и подготовительной частях урока, ЧСС у учащихся не превышала норму во всех обследуемых группах. В основной части урока отмечено превышение ЧСС на 22,1–25,7% от исходных показателей, что находится в пределах нагрузочных норм. В заключительной части урока выявлено, что показатель ЧСС снижался на 14,7% у респондентов с недостатком массы тела в сравнении с исходными показателями и на 17,1% у респондентов с избытком массы тела, а с нормальной массой тела на 4,2% соответственно.

В результате полученных исследований предложен комплекс профилактических мероприятий для школьников. С целью улучшения здоровья детей и подростков, создания благоприятных условий обучения и воспитания необходимо:

- продолжить направлять усилия на снижение влияния неблагоприятных факторов внутришкольной среды на здоровье подрастающего поколения;

- улучшить материально-техническую базу образовательных организаций, посредством приобретения современного оборудования, приведения в порядок систем электроснабжения, а также подготовки сотрудников образовательных организаций по санитарно-гигиеническим вопросам и освоения ими основ гигиены детей и подростков;

- продолжить дальнейшее исследование факторов образовательной среды и оценку влияния на здоровье детей и подростков;

- перед зачислением в основную группу для занятий по физической культуре определять у школьников индекс массы тела, адаптационный потенциал и их связь с физиологическими особенностями организма;

- снизить уровень физической нагрузки групп школьников, где было выявлено напряжение механизмов адаптации;

- для мониторинга приспособленности организма учащихся к различным видам физической нагрузки производить ежемесячный контроль тонометрии и пульсометрии;

- итоговую информацию о физическом состоянии школьников передавать медицинскому работнику образовательной организации.

Анализ состояния здоровья детей и подростков свидетельствует о необходимости совершенствования профилактических мероприятий в сфере охраны и укрепления здоровья школьников с учетом потребностей общества, особенностей региона и образовательных организаций, индивидуальных потребностей учащихся.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, установлено, что в 2020 году наибольший удельный вес составили объекты, отнесенные к среднему риску и к умеренному риску – 82,8%, а в 2022 году с учетом изменений нормативной базы удельный вес объектов, отнесенных к группе чрезвычайно высокого риска, составил – 80%.

При оценке динамики общей заболеваемости детского населения региона (на 1000

населения) с 2018 по 2020 гг. среди детей и подростков установлено снижение общей заболеваемости в 1,2 раза. Первичная заболеваемость, по данным обращаемости детского населения Челябинской области, в динамике трех лет также демонстрирует тенденцию к снижению: у детей на 17,5% и среди подростков на 15,0%.

Отмечено снижение заболеваемости детей и подростков практически по всем основным классам болезней.

Удельный вес образовательных организаций, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам по уровню искусственной освещенности составляет 14,2%, электромагнитных излучений – 8,9%, температуры воздуха выявлено в 20%, и в 60% исследуемых школ – нарушения в планировке. Отмечено, что в 100% школ не в должной мере уделялось внимание учащимся из специальной группы, отсутствует разнообразие видов физического воспитания,

факультативно физически занимаются лишь 2–3% школьников.

Установлено, что учащиеся с нормальной массой тела (18,5–24,9 кг/м) составляют 60,5%, с недостаточной – 27,8% и с избыточной – 11,7%, у 26,7% респондентов. Число учащихся с избыточной массой тела и выявленным напряжением механизмов адаптации составило 66,7%, а при недостатке массы тела этот показатель в 2,1 раза и меньше составил 28,5%. У трети (33,3%) респондентов с избыточной массой тела выявлена удовлетворительная адаптация, в то время как у учащихся с недостаточной массой тела этот показатель в 2,2 раза выше (71,5%).

В результате полученных исследований предложен комплекс профилактических мероприятий для школьников, направленных на улучшение условий и организации проведения уроков физического воспитания, по охране здоровья подрастающего поколения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Шубочкина Е.И., Скоблина Н.А. Популяционное здоровье детского населения, риски здоровью и санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся: проблемы, пути решения, технология деятельности // Гигиена и санитария, 2017 г. Т. 96 № 10 С. 990–995.
2. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 [Электронный ресурс] // Официальный Интернет-портал правовой информации. – URL://www.consultant.ru/document/cons
3. Крига А.С. Внутришкольная среда и организация образовательного процесса как факторы раска здоровью школьников / А.С. Крига, М.Н. Бойко, В.В. Турбинский // Материалы XII Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей.
4. Перекусихин М.В. Проблемы санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательных организаций и популяционное здоровье подрастающего поколения / М.В. Перекусихин, В.В. Васильев, Е.В. Васильев // Материалы IX Всерос. науч. – практ. конф. с междунар. участием «Актуальные вопросы анализа риска при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей». – 2019. – С. 441–449.
5. Макарова В.В., Зорина И.Г. Результаты контроля за физическими факторами образовательной среды в организациях Челябинской области // Непрерывное медицинское образование и наука 2022, 32. Том 17. С. 24–29.
6. Кучма В.Р. Гигиенические аспекты применения светодиодных источников света для общего освещения в школах // Гигиена и санитария, 2015 № 5 (1) С. 27–30.
7. Кучма В.Р. Гигиеническая безопасность гиперинформатизации жизнедеятельности детей // Гигиена и санитария. 2017. 96 (11) С. 1056–1063.
8. Зорина И.Г., Кокшарова А.В., Макарова В.В. Адаптационные особенности детей и подростков – Челябинск: 2020. – 88 с.
9. Эрматов Н.Ж. Гигиеническая оценка организации физического воспитания в образовательных учреждениях разного типа / Н.Ж. Эрматов, С.З. Зокиржоннова, Ш.С. Эргашева. – Текст: непосредственный // Молодой ученый 2017 – № 23.2(157.2). – С. 40–41.
10. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Челябинской области в 2018 году».
11. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Челябинской области в 2022 году».

REFERENCES

1. Kuchma V.R., Sukhareva L.M., Rapoport I.K., Shubochkina E.I., Skobolina N.A. Population health of the children's population, health risks and sanitary-epidemiological well-being of students: problems, solutions, technology of activity // Hygiene and Sanitation, 2017. T. 96 No. 10 P. 990–995.
2. On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period until 2024: Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2018. No. 204 [Electronic resource] // Official Internet portal of legal information. – URL://www.consultant.ru/document/cons
3. Kriga A.S. Intra-school environment and organization of the educational process as factors affecting the health of schoolchildren / A.S. Kriga, M.N., Boyko, V.V., Turbinsky // Materials of the XII All-Russian Congress of Hygienists and Sanitary Doctors.

4. *Perekusikhin M. V.* Problems of sanitary and epidemiological well-being of educational organizations and population health of the younger generation / M. V. Perekusikhin, V. V. Vasiliev, E. V. Vasiliev // Materials of the IX All-Russian. scientific-practical conference with international with the participation of "Topical issues of risk analysis in ensuring the sanitary and epidemiological well-being of the population and the protection of consumer rights." – 2019. – P. 441–449.
5. *Makarova V. V., Zorina I. G.* Results of monitoring the physical factors of the educational environment in organizations of the Chelyabinsk region // Continuing medical education and science 2022, 32, Volume 17. P. 24–29.
6. *Kuchma V. R.* Hygienic aspects of the use of LED light sources for general lighting in schools // Hygiene and Sanitation, 2015. No. 5 (1). P. 27–30.
7. *Kuchma V. R.* Hygienic safety of hyperinformatization of children's life // Hygiene and Sanitation. 2017. 96 (11). P. 1056–1063.
8. *Zorina I. G., Koksharova A. V., Makarova V. V.* Adaptive features of children and adolescents – Chelyabinsk: 2020. – 88 p.
9. *Ermatov N. Zh.* Hygienic assessment of the organization of physical education in educational institutions of various types / N. Zh. Ermatov, S. Z. Zokirzhonova, Sh. S. Ergasheva. – Text: direct // Young scientist 2017 – No. 23. 2 (157.2). – P. 40–41.
10. State report "On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population of the Chelyabinsk region in 2018."
11. State report "On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population of the Chelyabinsk region in 2022."

ES

Evaluación de los factores físicos del entorno educativo en las escuelas de la región de Chelyabinsk y su impacto en la adaptación de los estudiantes

I. G. Zorina, V. D. Sokolov, V. V. Makarova

Anotación

Introducción. La salud de los niños y adolescentes es un criterio de la relación entre su cuerpo y el medio ambiente y se forma bajo la influencia de un conjunto complejo de factores sociales, biológicos y ambientales. Las organizaciones educativas son el único sistema de educación pública que cubre a toda la población infantil y adolescente del país durante un largo período. Los factores físicos del entorno escolar influyen en los procesos fisiológicos del cuerpo de los escolares y garantizan la adaptación a la actividad física. Objetivo del estudio: estudiar y evaluar los factores físicos del entorno educativo en las escuelas de la región de Chelyabinsk durante cinco años y el potencial de adaptación de los estudiantes.

Materiales y métodos. El trabajo utilizó métodos de investigación estadísticos, matemáticos e instrumentales. Se estudiaron las condiciones para la realización de clases de educación física en 10 escuelas de ciudades de la región de Chelyabinsk en el período de 2018 a 2022 y evaluó el rendimiento físico de 102 estudiantes en los grados 8–9. Se encontró que la mayor proporción en 2020 estaba compuesta por objetos clasificados como riesgo medio y riesgo moderado: 82,8%.

Resultados. La proporción de organizaciones educativas que no cumplen con los estándares sanitarios e higiénicos en cuanto al nivel de iluminación artificial y estudios electromagnéticos se mantuvo alta y ascendió al 14,2% y 8,9%, respectivamente; se detectó exceso de temperatura del aire en el 20% de las escuelas estudiadas. En el 60% de los centros educativos estudiados las pistas deportivas al aire libre no han sido reparadas desde su puesta en funcionamiento.

Conclusión. El 26,7% de los encuestados tuvo una adaptación satisfactoria a la actividad física, el 73,3% (2,8 veces más) de los encuestados tuvo tensión en sus mecanismos de adaptación. El número de estudiantes con exceso de peso corporal y tensión identificada en los mecanismos de adaptación fue del 66,7%, y con bajo peso esta cifra fue 2,1 veces menor y ascendió al 28,5%. Un tercio (33,3%) de los encuestados con sobrepeso mostró una adaptación satisfactoria, mientras que entre los estudiantes con bajo peso esta cifra fue 2,2 veces mayor (71,5%).

Palabras clave: salud escolar, rendimiento físico, factores del entorno educativo, grupos de riesgo, morbilidad.

FR

Évaluation des facteurs physiques de l'environnement éducatif dans les écoles de la région de Tcheliabinsk et de leur impact sur l'adaptation des élèves

I. G. Zorina, V. D. Sokolov, V. V. Makarova

Annotation

Introduction. La santé des enfants et des adolescents est un critère de la relation entre leur corps et l'environnement et se forme sous l'influence d'un ensemble complexe de facteurs sociaux, biologiques et environnementaux. Les organismes éducatifs sont le seul système d'enseignement public qui couvre l'ensemble de la population enfantine et adolescente du pays sur une longue période. Les facteurs physiques de l'environnement scolaire influencent les processus physiologiques du corps des écoliers et assurent l'adaptation à l'activité physique.

Objectif de l'étude: étudier et évaluer les facteurs physiques de l'environnement éducatif dans les écoles de la région de Tcheliabinsk sur une période de cinq ans et le potentiel d'adaptation des élèves. Matériels et méthodes. Les travaux ont utilisé des méthodes de recherche statistiques, mathématiques et instrumentales. Les conditions de dispense de cours d'éducation physique dans 10 écoles des villes de la région de Tcheliabinsk de 2018 à 2022 ont été étudiées. Et évalué les performances physiques de 102 élèves de la 8e à la 9e année. Il a été constaté que la plus grande part était constituée d'objets classés à risque moyen et à risque modéré en 2020–82,8%.

Résultats. La part des établissements d'enseignement qui ne respectent pas les normes sanitaires et hygiéniques en termes de niveau d'éclairage artificiel et d'études électromagnétiques est restée élevée et s'élève respectivement à 14,2% et 8,9%, une excès de température de l'air a été détectée dans 20% des écoles étudiées. Dans 60% des écoles étudiées, les terrains de sport extérieurs n'ont pas été remis en état depuis leur mise en service.

Conclusion. 26,7% des répondants avaient une adaptation satisfaisante à l'activité physique, 73,3% (2,8 fois plus) des répondants avaient des tensions dans leurs mécanismes d'adaptation. Le nombre d'élèves présentant un excès de poids et des tensions identifiées dans les mécanismes d'adaptation était de 66,7%, et avec une insuffisance pondérale, ce chiffre était 2,1 fois inférieur et s'élevait à 28,5%. Un tiers (33,3%) des répondants en surpoids ont montré une adaptation satisfaisante, tandis que parmi les étudiants en insuffisance pondérale, ce chiffre était 2,2 fois plus élevé (71,5%).

Mots clés: santé des écoliers, performances physiques, facteurs de l'environnement éducatif, groupes à risque, morbidité.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Зорина Ирина Геннадьевна – доктор медицинских наук, доцент, профессор, заведующая кафедрой «Гигиена и эпидемиология», ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия.

Irina G. Zorina – Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor, Professor, Head of the Department of Hygiene and Epidemiology, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia.

E-mail: zorinaig@mail.ru

Соколов Владимир Дмитриевич – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры «Гигиена и эпидемиология» ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия.

Vladimir D. Sokolov – PhD in Medical sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Hygiene and Epidemiology, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia.

E-mail: sokolov.vladimir52@mail.ru

Макарова Вероника Владимировна – ассистент кафедры «Гигиена и эпидемиология» ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия.

Veronika V. Makarova – Assistant at the Department of Hygiene and Epidemiology, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia.

E-mail: makarovaveronika71@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5678-0227

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРЕМИЮ ИМЕНИ АКАДЕМИКА А.И. САВИЦКОГО ВРУЧИЛИ ПРОФЕССИОНАЛАМ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

В Москве состоялось торжественное вручение ежегодной премии имени академика А.И. Савицкого в рамках Международного Форума онкологии и радиотерапии «Ради жизни». Премия была учреждена в 2021 г. Ассоциацией онкологов России и Российским обществом клинической онкологии в память о выдающемся враче и ученом Александре Ивановиче Савицком, стоявшем у истоков отечественной онкологической службы.

Лауреатами премии стали семь врачей-онкологов.

В номинации «Химиотерапевт года» победила заведующая отделением дневного стационара центра амбулаторной помощи Сахалинского областного клинического онкологического диспансера Эльвира Парсаданова. Лауреатом в номинации «Хирург года» стал заведующий отделением опухолей головы и шеи краснодарской Краевой клинической больницы № 1 имени профессора С.В. Очаповского Грант Забунян.

Лучшей в номинации «Радиотерапевт года» признана Наталия Коротких, заведующая радиотерапевтическим отделением Воронежского областного клинического онкологического диспансера. В номинации «Диагност года» премия была вручена заведующей диагностическим отделением дагестанского Республиканского онкологического центра Патимат Исаевой.

Также победителями стали Елена Тарасова, главная медсестра тюменского Многопрофильного клинического медцентра «Медицинский город», в номинации «лучший специалист по сестринскому делу» и Анжелика Аржаных, врач Воронежского областного клинического онкодиспансера, как лучший молодой онколог.

В номинации для специалистов из стран СНГ «Восходящая звезда» победу одержала врач-онкогинеколог из Таджикистана Нилуфар Мухсинзода.

Проектом года учредители премии признали пациенториентированную модель реабилитации онкопациентов с применением телемедицинских технологий, представленную Ассоциацией специалистов по онкологической реабилитации (АСОР).

Источники: Информационное агентство ТАСС и Медвестник.ру.

ОЦЕНКА «ЗНАНИЙ, ОТНОШЕНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ» НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ОТНОСИТЕЛЬНО COVID-19

Г.М. МУХСИНЗОДА¹, М.М. РУЗИЕВ², Ю.Ю. МИРЗОАЛИЕВ²,
Н.Дж. ДЖАФАРОВ², Р.А. ТУРСУНОВ³

¹ Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Таджикистан;

² ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Таджикистан;

³ Таджикский национальный университет, Медицинский факультет, г. Душанбе, Таджикистан.

УДК 61.614.2-159.9-036.22

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-78-89

Аннотация

Введение. Несмотря на высокий уровень вакцинации, некоторые группы населения все еще лишены надежной информации о вакцинах и ресурсах, с помощью которых можно ознакомиться с ней. Социальные и поведенческие изменения являются ключевым элементом эффективного ответа на COVID-19, такие как увеличение уровня знаний населения путем распространения сведений и учебных материалов о вакцинации населения против коронавирусной инфекции. **Цель исследования:** оценить уровень знаний о COVID-19, поведенческие практики, а также отношение к вакцинации и другим проводимым противоэпидемическим мероприятиям среди населения Республики Таджикистан. **Материалы и методы.** Исследование проведено ОО «Субхи тандурусти» в период с февраля по май 2024 года. Для оценки уровня респондентов в рамках исследования «Знание, отношение и практика» в отношении вопросов, связанных с COVID-19, был проведен анкетный опрос с помощью специально разработанного вопросника. В исследовании участвовали 2500 респондентов из 15 различных районов и городов республики. **Результаты.** Около 93% респондентов (n=2322) правильно ответили на данный вопрос по путям передачи вируса, что указывает на высокий уровень осведомленности о путях передачи COVID-19. Относительно высокие показатели правильных ответов зафиксированы на вопрос «Можно ли заболеть COVID-19 несколько раз?» 69,5% респондентов (n=1737) правильно ответили на этот вопрос, указав на понимание того, что возможно заболеть COVID-19 несколько раз. Отношение респондентов по вопросам безопасности и эффективности вакцинации: 78,3% респондентов (n=1957) выразили уверенность в ее безопасности, 11,3% (n=282) не знали ответа, а 10,4% (n=261) не считают вакцину безопасной. 2430 человек (97,20%) уже получили полный курс вакцинации против COVID-19, 42 человека (1,68%) – только первую дозу вакцины и планирует получить вторую. Наиболее популярным источником информации о COVID-19 оказались телевизионные передачи – 44,0% респондентов (n=1101), далее – информационные материалы (25,2%, n=631) и Интернет, включая веб-сайты и социальные сети (22,8%, n=571). При этом 75,6% (n=1889) опрошенных оценили информационно-образовательные материалы о COVID-19 как очень полезные и достоверные. На вопрос «Вы проходили тестирование?»: 639 человек (25,6%) «никогда» не проходили тестирование, 588 (23,5%) «часто» и 461 (18,4%) «всегда» проходили тестирование. **Заключение.** Результаты исследования показали, что интервьюированные обладают достаточными знаниями о COVID-19, включая передачу вируса различными путями и клинические симптомы заболевания, а также важность проведения вакцинации. Инициативы общественного здравоохранения помогают лучше защищать здоровье населения во время чрезвычайных ситуаций, таких как пандемии инфекционных заболеваний.

Ключевые слова: COVID-19, пандемия, инфекционное заболевание, знание, отношение, поведение, анкетирование, поведенческая практика, тестирование, вакцинация.

Для цитирования: Мухсинзода Г.М., Рузиев М.М., Мирзоалиев Ю.Ю., Джафаров Н.Дж., Турсунов Р.А. Оценка «Знаний, отношения и поведения» населения Республики Таджикистан относительно COVID-19. Общественное здоровье. 2024; 3(4):78-89, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-78-89

Контактная информация: Мирзоалиев Юнусджон Юсуфалиевич, e-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 19.06.2024. **Статья принята к печати:** 15.07.2024. **Дата публикации:** 25.09.2024.

UDC 61.614.2-159.9-036.22

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-78-89

ASSESSMENT OF "KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE" OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN REGARDING COVID-19

G.M. Muhsinzoda¹, M.M. Ruziev², Y.Y. Mirzoaliev², N.J. Jafarov², R.A. Tursunov³

¹ Ministry of Health and social protection of population of Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan;

² Tajik Research Institute of Preventive Medicine, Dushanbe, Tajikistan;

³ Tajik National University, Faculty of Medicine, Dushanbe, Tajikistan.

Abstract

Introduction. Despite the high level of vaccination, some groups of the population still lack reliable information about vaccines and resources with which to familiarize themselves with it. Social and behavioral changes are a key element of an effective response to COVID-19, such as increasing the level of knowledge of the population through the dissemination of information and educational materials on vaccination of the population against coronavirus infection. *The purpose of the study:* to assess the level of knowledge about COVID-19, behavioral practices, as well as attitudes towards vaccination and other ongoing anti-epidemic measures among the population of the Republic of Tajikistan. *Materials and methods.* The study was conducted by the NGO "Subhi Tandurusti" from February to May 2024. To assess the level of respondents in the Knowledge, Attitudes and Practices survey regarding issues related to COVID-19, a questionnaire survey was conducted using a specially designed questionnaire. The study involved 2,500 respondents from 15 different districts and cities of the republic. **Results.** About 93% of respondents (n=2322) correctly answered this question regarding modes of transmission of the virus, indicating a high level of awareness of modes of transmission of COVID-19. Relatively high rates of correct answers were recorded to the question "Is it possible to get sick with COVID-19 several times?" 69.5% of respondents (n=1737) answered this question correctly, indicating an understanding that it is possible to get sick with COVID-19 several times. Attitude of respondents regarding the safety and effectiveness of vaccination: 78.3% of respondents (n=1957) expressed confidence in its safety, 11.3% (n=282) did not know the answer, and 10.4% (n=261) did not consider the vaccine safe. 2,430 people (97.20%) have already received the full course of vaccination against COVID-19, 42 people (1.68%) have only received the first dose of the vaccine and are planning to receive the second. The most popular source of information about COVID-19 was television programs – 44.0% of respondents (n=1101), followed by information materials (25.2%, n=631) and the Internet, including websites and social networks (22.8%, n=571). At the same time, 75.6% (n=1889) of respondents rated information and educational materials about COVID-19 as very useful and reliable. To the question "Have you been tested?": 639 people (25.6%) "never" got tested, 588 (23.5%) "often" and 461 (18.4%) "always" got tested. **Conclusion.** The results of the study showed that the interviewees had sufficient knowledge about COVID-19, including the transmission of the virus through various routes and clinical symptoms of the disease, as well as the importance of vaccination. Public health initiatives help better protect public health during emergencies such as infectious disease pandemics.

Key words: COVID-19, pandemic, infectious disease, knowledge, attitude, practice, survey, behavioral practice, testing, vaccination.

For citation: Muhsinzoda G.M., Ruziev M.M., Mirzoaliev Y.Y., Jafarov N.J., Tursunov R.A. Assessment of "Knowledge, attitudes and practice" of the population of the Republic of Tajikistan regarding COVID-19. Public health. 2024; 3(4):78-89, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-3-78-89

For correspondence: Yunusjon Yu. Mirzoaliev, e-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com

Funding: The study had no sponsorship.

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

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Начиная с декабря 2019 года коронавирусная инфекция (тяжелая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV) – COVID-19) стала причиной глобальной пандемии и серьезно повлияла на различные сферы жизни общества, включая экономику, общественное здравоохранение, социальные связи [1–3]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), с распространением вариантов Дельта и Омикрон, число подтвержденных случаев COVID-19 по всему миру достигло огромных масштабов, а число смертей вызвало серьезную озабоченность на глобальном уровне [1,4].

Масштабная вакцинация стала одним из ключевых мероприятий общественного здравоохранения для большинства стран, включая Таджикистан. Однако высокая мутация вируса не всегда гарантирует эффективный контроль распространения заболевания и поэтому было особенно важно не пренебрегать другими мерами по предотвращению и контролю эпидемии, включая постоянную информационную работу среди населения, направленную на формирование правильных профилактических привычек (соблюдение социальной дистанции и гигиенические навыки и т.д.) [5–8].

Поэтому выявление факторов, влияющих на личные привычки в области здоровья и профилактики, является крайне важной задачей

в условиях пандемии COVID-19. Один из наиболее распространенных инструментов, используемых органами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ для борьбы с пандемией COVID-19, это своевременное оказание качественных медицинских услуг для восстановления после COVID-19. Несмотря на высокий уровень вакцинации, некоторые группы населения все еще лишены надежной информации о вакцинах и о том, где можно получить эту информацию. Учитывая все еще существующий риск вспышки инфекции среди людей, которые только что достигли 18 лет или не были привиты по разным причинам, необходимо провести запланированное исследование для разработки дальнейших подходов к распространению информационных материалов среди уязвимых групп населения для своевременной вакцинации и профилактики инфекции. Социальные и поведенческие изменения являются ключевым элементом эффективного ответа на COVID-19, такие как увеличение уровня знаний населения путем распространения информации и учебных материалов о вакцинации населения против коронавирусной инфекции [9].

ВОЗ отмечает, что проведение исследований по определению Знаний, Отношений и Практики (ЗОП) или Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) позволяет собирать всестороннюю информацию, чтобы понять взаимосвязь между этими элементами в связи с COVID-19, а также могут использоваться для оценки эффективности программ и интервенций [1]. KAP исследование позволяет понять, как приобретение правильных знаний, формирование отношений и принятие соответствующего поведения влияют на общественное здоровье в целом и путем заполнения информационного пробела, помогут принять эффективные стратегические решения по контролю пандемии.

Цель исследования: оценить уровень знаний о COVID-19, поведенческие практики, а также отношение к вакцинации и другим проводимым противоэпидемическим мероприятиям среди населения Республики Таджикистан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Со стороны ОО «Субхи тандурусти» было проведено исследование в период с февраля по май 2024 года. Для оценки уровня респондентов в рамках исследования «Знание, отношение и практика» в отношении вопросов,

связанных с COVID-19, был проведен анкетный опрос с помощью специально разработанного вопросника. Вопросник был разработан консультантами и одобрен со стороны Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Опросник состоит из четырех частей: 1) включает вопросы о демографических характеристиках участников (возраст, пол, образование и т.д.); 2) охватывает вопросы ЗОП, связанные со знаниями относительно COVID-19; 3) содержит вопросы касательно отношения населения к вакцинации и распространения информационно-образовательных материалов; 4) содержит вопросы по практике в отношении COVID-19 и мероприятий, связанных с этим. Каждая часть состоит из 8–10 вопросов, включающих в себя различные сферы в отношении COVID-19 и удовлетворенность в аспекте мероприятий по вакцинации и обмену информацией и т.д. Для удобства участников опросник был составлен на двух языках: таджикском и русском.

Минимальный размер выборки составил около 2500 респондентов из 15 городов и районов страны: Душанбе, Гиссар, Рудаки, Вахдат, Шахринав (РРП), Кушониен, Вахш, Балхи, Бохтар, Восе, Куляб (Хатлонская область), Худжанд, Пенджикент, Б. Гафуров и Истаравшан (Согдийская область). Данные локации были выбраны на основании высокого уровня заболеваемости и смертности от COVID-19, с разным социально-демографическим профилем, с развитой инфраструктурой здравоохранения, доступностью медицинских услуг и вакцинации.

Все опрошенные респонденты дали свое письменное информированное согласие на участие в данном исследовании, исключались лица моложе 18 лет и лица с неполной дееспособностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании участвовали 2500 респондентов ($n=2500$ с учетом исключения кандидатов, отказавшихся принять участие в исследовании) из 15 различных районов и городов республики, что позволило учесть различия в местных контекстах и культуре при анализе результатов исследования. Так, 498 человек (19,9%) проживают в городе, 286 человек – в районном центре (11,4%). При этом большинство респондентов представляли сельское население – 1716 человек (68,6%). Анализ половозрастных и социальных характеристик респондентов представлен в табл. 1.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики респондентов

Пол	Частота	Процент	Сит. Процент
Жен.	1644	65.76%	65.76%
Муж.	856	34.24%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Возрастные категории	Частота	Процент	Сит. Процент
18–29 лет	544	21.76%	21.76%
30–39 лет	622	24.88%	46.64%
40–49 лет	503	20.12%	66.76%
50–59 лет	415	16.60%	83.36%
≥ 60 лет	416	16.64%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Образование	Частота	Процент	Сит. Процент
высшее	288	11.52%	11.52%
неоконченное среднее	256	10.24%	21.76%
нет ответа	16	0.64%	22.40%
среднее	1940	77.60%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Место проживания	Частота	Процент	Сит. Процент
город	498	19.92%	19.92%
район	286	11.44%	31.36%
село	1716	68.64%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%

Источник: исследование «Знание, отношение и практика» в отношении вопросов, связанных с COVID-19», Таджикский НИИ профилактической медицины, 2024 г.

Из общего числа опрошенных респондентов 65,8% (1644) составили женщины, 34,2% (856) – мужчины.

Данные распределения по возрасту показывают, что большинство респондентов (24,9%) находятся в возрастной группе от 30 до 39 лет. Возрастные категории представлены следующим образом: 18–29 лет – 544 человека (21,8%); 30–39 лет – 622; 40–49 лет – 503 (20,1%); 50–59 лет – 415 (16,6%); 60 лет и старше – 416 человек (16,6%). Стоит отметить, что минимальный возраст участников исследования составлял 18 лет, максимальный – 83 года, а средний возраст – 43 года.

Большинство участников (n=1940) исследования имели среднее образование (около 77,6%), в то время как 11,5% имели высшее образование (n=288). У 10,2% респондентов отмечается неоконченное среднее образование (n=256). 16 человек (0,6%) не указали ответа на данный вопрос. Это может быть важным фактором при анализе, так как образование может влиять на уровень знаний и отношение к пандемии.

Данные относительно знаний и осведомленности респондентов о различных аспектах COVID-19 показали, что значительное число участников исследования обладают хорошими знаниями относительно путей передачи, основных симптомов заболевания и имеющихся рисков для определенной категории населения (табл. 2).

В частности, относительно вопроса по путям передачи вируса около 93% респондентов (n=2322) правильно ответили на данный вопрос, что указывает на высокий уровень осведомленности о путях передачи COVID-19. Однако, в то же время около 7% респондентов (n=178) дали неправильный ответ или не знали ответа на вопрос.

Вопрос по симптомам заболевания также определил высокий уровень осведомленности интервьюируемых. Так, примерно 82% респондентов (n=2060) правильно определили характерные симптомы COVID-19, а другие участники исследования не знали (8,1%) или дали неправильный ответ (9,5%).

Таблица 2

Уровень знаний и осведомленности респондентов о различных аспектах COVID-19

COVID-19 передается воздушно-капельным путем или через контакт	Частота	Процент	Сит. Процент
Да	2322	92.88%	92.88%
Не знаю	104	4.16%	97.04%
Нет	74	2.96%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Можно ли заболеть COVID-19 несколько раз?	Частота	Процент	Сит. Процент
Да	1737	69.48%	69.48%
Не знаю	307	12.28%	81.76%
Нет	456	18.24%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Пожилые и люди с хроническими заболеваниями имеют повышенный риск	Частота	Процент	Сит. Процент
Да	2180	87.20%	87.20%
Не знаю	186	7.44%	94.64%
Нет	134	5.36%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Можно ли инфицироваться COVID-19, если человек не проявляет симптомов, например, нет температуры?	Частота	Процент	Сит. Процент
Да	976	39.04%	39.04%
Не знаю	447	17.88%	56.92%
Нет	1077	43.08%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Характерны ли для COVID-19 такие симптомы как кашель, температура, затрудненное дыхание, потеря обоняния или вкуса?	Частота	Процент	Сит. Процент
Да	2060	82.40%	82.40%
Не знаю	203	8.12%	90.52%
Нет	237	9.48%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%

Источник: исследование «Знание, отношение и практика» в отношении вопросов, связанных с COVID-19», Таджикский НИИ профилактической медицины, 2024 г.

Относительно высокие показатели правильных ответов зафиксированы на вопрос «Можно ли заболеть COVID-19 несколько раз?». 69,5% респондентов (n=1737) правильно ответили на этот вопрос, указав на понимание того, что возможно заболеть COVID-19 несколько раз. В то же время, около 18% (n=456) дали отрицательный ответ, а 12,3% (n=307) не знали ответа.

По вопросу наличия повышенного риска к COVID-19 у пожилых и людей с хроническими заболеваниями, 87,2% респондентов (n=2180) правильно озвучили ответ, проявляя полное понимание повышенного риска уязвимых групп. 5,4% (n=134) дали ошибочный ответ, а 7,4% (n=186) не были осведомлены в вопросе для дачи ответа.

Единственный вопрос, который установил меньшую осведомленность и недостаточное понимание о возможности заражения COVID-19, – об асимптомных инфицированных: «Можно ли заразиться COVID-19, если человек не проявляет симптомов, например, нет температуры?». В частности, всего 39% респондентов (n=976) верно ответили на вопрос, около 43% (n=1077) ответили отрицательно, а 18% (n=447) не смогли ответить.

Данные, отраженные в табл. 3, относятся, в основном, к вопросу отношения и восприятию населения к вакцинации и другим противоэпидемическим мерам, включая важность и доступность вакцинации, а также к информационно-образовательным материалам о COVID-19.

Таблица 3

Отношение и восприятие населения к вакцинации и другим противоэпидемическим мерам

Вы согласны что вакцина против COVID-19 безопасна для вашего здоровья?	Частота	Процент	Сум. Процент
Да	1957	78.28%	78.28%
Не знаю	282	11.28%	89.56%
Нет	261	10.44%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Как вы думаете, эффективна ли вакцина в плане предотвращения инфекции COVID-19?	Частота	Процент	Сум. Процент
Да	1950	78.00%	78.00%
Не знаю	337	13.48%	91.48%
Нет	213	8.52%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Вы сделаете последующую вакцинацию, если будут доступны вакцины против COVID-19?	Частота	Процент	Сум. Процент
Да	1566	62.64%	62.64%
Не знаю	205	8.20%	70.84%
Нет	729	29.16%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%

Источник: исследование «Знание, отношение и практика» в отношении вопросов, связанных с COVID-19», Таджикский НИИ профилактической медицины, 2024 г.

Данные исследования в целом отражают положительное отношение респондентов по вопросам безопасности и эффективности вакцинации. На прямой вопрос относительно безопасности вакцин против COVID-19, 78,3% респондентов (n=1957) выразили уверенность в ее безопасности, 11,3% (n=282) не знали ответа, а 10,4% (n=261) не считают вакцину безопасной. На вопрос эффективности вакцины в плане предотвращения инфекции COVID-19, примерно 78,0% интервьюируемых (n=1950) считают вакцину эффективной, 13,5% (n=337) затруднились ответить, и только 8,5% (n=213 человек) не посчитали вакцину эффективной мерой. Также, в рамках исследования,

была поставлена задача выяснить отношение и готовность населения к последующей вакцинации (если есть необходимость). Так, 62,6% респондентов (n=1566) готовы сделать последующую вакцинацию, если будут доступны вакцины против COVID-19, 8,2% (n=205 человек) затруднились ответить, а 29,2% (n=729 человек) ответили отрицательно. При этом одним из немаловажных вопросов исследования, которые относятся к практике, а также, косвенно, к отношению населения, является статус вакцинации участников исследования (табл. 4). Результаты показывают, что подавляющее большинство респондентов, а именно 2430

Таблица 4

Статус вакцинации респондентов относительно COVID-19

Были ли вы вакцинированы против COVID-19?	Частота	Процент	Сум. Процент
Да, получил(а) первую дозу вакцины и планирую получить вторую	42	1.68%	1.68%
Да, уже получил(а) полный курс вакцинации	2430	97.20%	98.88%
Нет, и я не планирую вакцинироваться в будущем	6	0.24%	99.12%
Нет, из-за медицинских противопоказаний	14	0.56%	99.68%
Нет, по другим причинам (укажите)	8	0.32%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%

Источник: исследование «Знание, отношение и практика» в отношении вопросов, связанных с COVID-19», Таджикский НИИ профилактической медицины, 2024 г.

человек (97.20%), уже получили полный курс вакцинации против COVID-19. В то же время лишь незначительная часть респондентов (42 человека или 1,68%) получила только первую дозу вакцины и планирует получить вторую. Небольшое количество респондентов (28 человек или 1,12%) отметили, что не собираются прививаться против COVID-19 из-за медицинских противопоказаний или по другим причинам.

Полученные результаты по вопросам доступа к информационно-образовательным материалам (ИОМ) по COVID-19, отношение к их достоверности,

а также эффективности распространения ИОМ приведены в табл. 5.

В частности, наиболее популярным источником информации о COVID-19 оказались телевизионные передачи, откуда информацию получают 44,0% респондентов (n=1101). За телевизионными передачами следуют информационные материалы (25,2%, n=631) и Интернет, включая веб-сайты и социальные сети (22,8%, n=571). Менее распространенными источниками являются радио (3,9%, n=97) газеты и журналы (2,6%, n=65), а также другие источники, которые указали

Таблица 5

Отношение респондентов к источнику информации и информационно-образовательным материалам (ИОМ) по COVID-19

Где вы обычно получаете или получали информацию о COVID-19?	Частота	Процент	Сит. Процент
Газеты и журналы	65	2.60%	2.60%
Другие источники (укажите)	35	1.40%	4.00%
Интернет (сайты, социальные сети)	571	22.84%	26.84%
Информационные материалы	631	25.24%	52.08%
Радио	97	3.88%	55.96%
Телевизионные передачи	1101	44.04%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Как вы оцениваете информационно-образовательные материалы о COVID-19, которые вы читали, видели или слышали?	Частота	Процент	Сит. Процент
Большинство полезны, но некоторые недостоверны	532	21.28%	21.28%
В основном недостоверные	31	1.24%	22.52%
Затрудняюсь ответить	48	1.92%	24.44%
Очень полезные и достоверные	1889	75.56%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Как вы оцениваете эффективность распространения ИОМ о COVID-19 в вашем районе, то есть достигают ли они ваше сообщество?	Частота	Процент	Сит. Процент
В основном эффективно, но есть недостатки	613	24.52%	24.52%
Не очень эффективно	120	4.80%	29.32%
Очень эффективно	1741	69.64%	98.96%
Совсем не эффективно	26	1.04%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
Как часто вы сталкивались с ИОМ о COVID-19 или слышали о них в последнее время?	Частота	Процент	Сит. Процент
Ежедневно	1124	44.96%	44.96%
Несколько раз в неделю	922	36.88%	81.84%
Никогда не видел(а) или не слышал(а)	34	1.36%	83.20%
Редко	420	16.80%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%

Источник: исследование «Знание, отношение и практика» в отношении вопросов, связанных с COVID-19», Таджикский НИИ профилактической медицины, 2024 г.

1,40% участников исследования (n=35). Относительно отношения и оценки информационно-образовательных материалов о COVID-19, мнения разделились следующим образом: большинство респондентов, 75,6% (n=1889) оценили эти материалы как очень полезные и достоверные. Около 21,3% (n=532) считают, что большинство материалов полезны, но некоторые из них не обладают достоверной информацией. Очень малая доля респондентов, 1,2% (n=31), считают, что материалы в основном недостоверны, и 1,9% (n=48) затрудняются с ответом.

Данные, полученные на вопросы, связанные с оценкой эффективности распространения информационно-образовательных материалов о COVID-19, показали высокий показатель. Так, почти 70% участников (n=1741) считают очень эффективной деятельность по их распространению в районах проведения исследования. В то же время 24,5% (n=613) считают, что распространение в основном эффективно, но есть определенные недостатки. Небольшая доля респондентов, 4,8% (n=120), указали, что распространение недостаточно эффективно, и всего 1% (n=26) – считают, что оно совсем неэффективно.

При анализе результатов исследования по оценке практики населения в отношении COVID-19 было принято решение о включении в анализ только определенных ответов из вопросника. Это сделано с учетом задач исследования, связанных с конкретными аспектами практики населения в предотвращении и контроле передачи COVID-19 (табл. 6).

Полученные результаты показывают, что значительная доля респондентов демонстрирует соблюдение благоприятных и эффективных практик в отношении COVID-19. В частности, 49,08% (n=1227) респондентов заявили, что всегда моют руки для предотвращения и контроля передачи COVID-19 или делают это часто (n=944; 37,8%). Меньшим числом респондентов отмечено «иногда» (n=263; 10,5%) и редко (n=49; 2%), а «никогда» (n=17; 0,7%) было крайне редким ответом.

Кроме того, большинство респондентов (n=1529; 61,16%) заявили, что «всегда» или «часто» (n=713; 28,5%) носят маску для предотвращения и контроля передачи COVID-19. Менее распространены ответы «иногда» (n=170; 6,8%), «редко» (n=74; 3,0%) и никогда (n=14; 0,6%).

На вопрос об обращении за помощью в случае подозрения на COVID-19 значительная часть участников (n=1165; 46,6%) заявили, что при наличии симптомов COVID-19 они обратились бы

к врачу или в поликлинику или же позвонили бы врачу или медицинскому специалисту за консультацией (n=1004; 40,2%). Меньшая доля респондентов заявила, что сами пойдут в больницу (n=231; 9,2%) или ничего не предпримут и продолжат жить как обычно (n=52; 2,08%). Остальные (n=19; 0,8%) затруднились ответить на данный вопрос.

Касательно соблюдения протоколов самоизоляции и домашней изоляции при наличии положительного теста на COVID-19 или при наличии симптомов, основное количество интервьюируемых заявили, что «всегда» (51,8%; n=1294) или «часто» (33,6%; n=839) остаются дома и изолируются. 9,3% (n=233) респондентов заявили, что иногда остаются дома и изолируются. Ответы «редко» (n=111; 4,4%) и «никогда» (n=23; 0,9%) указывали незначительное количество участников.

В части вопроса «Вы проходили тестирование, когда считали необходимым и если был доступен лабораторный тест для обнаружения вируса?», мы получили достаточно широкий разброс ответов. Два преобладающих варианта ответа зафиксированы командой исследования: 639 человек (25,6%) «никогда» не проходили тестирование, 588 (23,5%) «часто» и 461 (18,4%) «всегда» проходили тестирование. Другие категории ответов включали «иногда» (n=425; 17,0%), «редко» (n=387; 15,5%) проходят тестирование.

С повсеместным распространением новых разновидностей вируса COVID-19 (Дельта, Омикрон и др.) значительно увеличилось число подтвержденных случаев, а также число смертных исходов по всему миру [1]. Широкомасштабная вакцинация по всему миру стала одной из наиболее существенных подходов общественного здравоохранения с целью предотвращения распространения COVID-19. Тем не менее, прорывные инфекции (случаи, когда у вакцинированного человека развивается заболевание, против которого он вакцинирован), вызванные данными вариантами, подтверждают, что широкий охват вакцинации не в полной мере гарантирует эффективный контроль распространения COVID-19 [2–4]. Иными словами, вакцинация не является единственным надежным способом контроля пандемии, так как необходимо учитывать реализацию широкого спектра мер по профилактике и контролю эпидемии. Распространение, на регулярной основе, просветительской и информационной литературы среди населения с целью принятия правильных профилактических поведенческих мер, таких

Таблица 6

Поведенческие аспекты практики населения по отношению к COVID-19

<i>Вы моете руки для предотвращения и контроля передачи COVID-19?</i>	<i>Частота</i>	<i>Процент</i>	<i>Сит. Процент</i>
Всегда	1227	49.08%	49.08%
Иногда	263	10.52%	59.60%
Никогда	17	0.68%	60.28%
Редко	49	1.96%	62.24%
Часто	944	37.76%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
<i>Вы носите маску для предотвращения и контроля передачи COVID-19?</i>	<i>Частота</i>	<i>Процент</i>	<i>Сит. Процент</i>
Всегда	1529	61.16%	61.16%
Иногда	170	6.80%	67.96%
Никогда	14	0.56%	68.52%
Редко	74	2.96%	71.48%
Часто	713	28.52%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
<i>Что вы сделаете, если вы и/или ваша семья заразились COVID-19, или у вас появились общие симптомы COVID-19, такие как сухой кашель, лихорадка и одышка?</i>	<i>Частота</i>	<i>Процент</i>	<i>Сит. Процент</i>
Ничего не предпринимать / продолжить жить как обычно	52	2.08%	2.08%
Позвонить врачу / мед. специалисту	1004	40.16%	42.24%
Пойти к врачу / в поликлинику	1165	46.60%	88.84%
Обратиться в больницу	231	9.24%	98.08%
Хорошо питаться и пить	29	1.16%	99.24%
Я не знаю	19	0.76%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
<i>Вы проходили тестирование, когда считали это необходимым и если доступен лабораторный тест для обнаружения вируса?</i>	<i>Частота</i>	<i>Процент</i>	<i>Сит. Процент</i>
Всегда	461	18.44%	18.44%
Часто	588	23.52%	41.96%
Иногда	425	17.00%	58.96%
Редко	387	15.48%	74.44%
Никогда	639	25.56%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%
<i>Вы остаетесь дома и изолируетесь, когда у вас есть положительный тест или вы испытываете общие симптомы COVID-19?</i>	<i>Частота</i>	<i>Процент</i>	<i>Сит. Процент</i>
Всегда	1294	51.76%	51.76%
Часто	839	33.56%	85.32%
Иногда	233	9.32%	94.64%
Редко	111	4.44%	99.08%
Никогда	23	0.92%	100.00%
Всего	2500	100.00%	100.00%

Источник: исследование «Знание, отношение и практика» в отношении вопросов, связанных с COVID-19», Таджикский НИИ профилактической медицины, 2024 г.

как соблюдение социальной дистанции и гигиенические привычки и другой, является немало-важным для профилактики и контроля эпидемии [5, 8]. Таким образом, выявление факторов, которые напрямую связаны с персональным безопасным, в отношении здоровья, поведением, является чрезвычайно важным вопросом в условиях пандемии COVID-19 [4].

Однако, необходимо учитывать, что существуют и другие факторы, которые могут влиять на отношение к вакцинации и мерам предосторожности, такие как культурные, социальные и экономические факторы. Поэтому, хотя связь между знаниями и отношением может присутствовать, однако она может быть сложной и подвержена воздействию множества других переменных. Так, некоторые исследования указывают, что знания в отношении COVID-19 не обязательно порождают правильные поведенческие реакции [9,10]. В указанном исследовании респонденты не придерживались профилактических здоровых поведенческих привычек против COVID-19 не из-за недостаточных знаний о COVID-19, а из-за других факторов.

В целом, мужчины и женщины – участники исследования, представленные различными возрастными группами, демонстрируют достаточно высокий уровень знаний и осведомленности по данному вопросу. Тем не менее, несмотря на общий высокий уровень понимания болезни, возникают вопросы в осведомленности относительно асимптомного течения заболевания у некоторых инфицированных. Это указывает на необходимость углубления содержания информационных кампаний с целью более подробного освещения возможных симптомов

и особенностей протекания COVID-19, включая его асимптомные формы. Важно, чтобы население понимало, что даже в отсутствие явных симптомов заболевания они могут быть резервуаром передачи вируса и представлять опасность для окружающих.

В целом, результаты исследования указывают на эффективность информационных кампаний, но также подчеркивают необходимость дальнейшей работы по повышению осведомленности и поддержке общественного здоровья в условиях пандемии COVID-19.

В отношении соблюдения гигиенических мер результаты указывают на широкое распространение среди населения практики гигиенических мер в борьбе с пандемией, хотя имеется вероятность, что это также, в частности, связано с культурными особенностями жителей Центральной Азии и Таджикистана.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показали, что интервьюированные обладают достаточными знаниями о COVID-19, включая передачу вируса различными путями и клинические симптомы заболевания, а также важность проведения вакцинации. Кроме того, большинство участников соблюдали рекомендуемые практики, такие как ношение масок, соблюдение гигиены рук и другие, для предотвращения инфекций COVID-19. Инициативы общественного здравоохранения помогают лучше защищать здоровье населения во время чрезвычайных ситуаций, таких как пандемии инфекционных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Available online: <https://covid19.who.int/> (Accessed: 20 March 2024)
2. Bergwerk M., Gonen T., Lustig Y., Amit S., Lipsitch M., Cohen C., Mandelboim M., Levin E. G., Rubin C., Indenbaum V. et al. COVID-19 breakthrough infections in vaccinated health care workers // *N. Engl. J. Med.* 2021; 385: 1474–1484.
3. Zhang M. X., Liang Y., Yu D. S., Du B., Cheng W. L., Li L. F., Yu Z. D. et al. A systematic review of vaccine breakthrough infections SARS-CoV-2 Delta variant // *Int. J. Biol. Sci.* 2022; 18: 889–900.
4. Chang K. C., Strong C., Pakpour A. H., Griffiths M. D., Lin C. Y. Factors related to preventive COVID-19 infection behaviors among people with mental illness // *J. Formos. Med. Assoc.* 2020; 119: 1772–1780.
5. Makhanova A., Shepherd M. A. Behavioral immune system linked to responses to the threat of COVID-19 // *Pers. Individ. Differ.* 2020; 167: 110221.
6. Uddin S., Imam T., Khushi M., Khan A., Moni M. A. How did socio-demographic status and personal attributes influence compliance to COVID-19 preventive behaviours during the early outbreak in Japan? Lessons for pandemic management // *Pers. Individ. Differ.* 2021; 175: 110692.
7. Gautam V., Dileepan S., Rustagi N., Mittal A., Patel M., Shafi S. Thirunavukkarasu P., Raghav P. Health literacy, preventive COVID-19 behaviour and adherence to chronic disease treatment during lockdown among patients registered at primary health facility in urban Jodhpur, Rajasthan // *Diabetes & Metabolic Syndrome. Clin. Res. Rev.* 2021; 15: 205–211.
8. Якушин М. А., Горенков Р. В., Васильева Т. П., Александрова О. Ю., Якушин Д. М., Турсунов Р. А., Васильев М. Д. Медико-социальные аспекты организации охранительного режима населения в период пандемии COVID-19. Евразийский научно-медицинский

журнал «Сино». 2021; 2(3): 4–9. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2021-2-3-4-9>

9. Allegrante J.P., Auld M.E., Natarajan S. Preventing COVID-19 and its sequela: "There is no magic bullet... It's just behaviors" // Am. J. Prev. Med. 2020; 59; 288–292.

10. Li C., Xu J., Yue L., Shen M., Dai M., Liu N. Knowledge, attitude, and practice survey regarding coronavirus disease 2019 among residents in Hunan Province // Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2020 Jun 28; 45(6): 665–672. doi: 10.11817/j.issn.1672–7347.2020.200277.

REFERENCES

1. WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Available online: <https://covid19.who.int/> (Accessed: 20 March 2024)
2. Bergwerk M., Gonen T., Lustig Y., Amit S., Lipsitch M., Cohen C., Mandelboim M., Levin E.G., Rubin C., Indenbaum V. et al. COVID-19 breakthrough infections in vaccinated health care workers // N. Engl. J. Med. 2021; 385:1474–1484.
3. Zhang M.X., Liang Y., Yu D.S., Du B., Cheng W.L., Li L.F., Yu Z.D. et al. A systematic review of vaccine breakthrough infections SARS-CoV-2 Delta variant // Int. J. Biol. Sci. 2022; 18:889–900.
4. Chang K.C., Strong C., Pakpour A.H., Griffiths M.D., Lin C.Y. Factors related to preventive COVID-19 infection behaviors among people with mental illness // J. Formos. Med. Assoc. 2020; 119: 1772–1780.
5. Makhanova A., Shepherd M.A. Behavioral immune system linked to responses to the threat of COVID-19 // Pers. Individual Differ. 2020; 167:110221.
6. Uddin S., Imam T., Khushi M., Khan A., Moni M.A. How did socio-demographic status and personal attributes influence compliance to COVID-19 preventive behaviors during the early outbreak in Japan? Lessons for pandemic management // Pers. Individual Differ. 2021; 175:110692.
7. Gautam V., Dileepan S., Rustagi N., Mittal A., Patel M., Shafi S. Thirunavukkarasu P., Raghav P. Health literacy, preventive COVID-19 behavior and adherence to chronic disease treatment during lockdown among patients registered at primary health facility in urban Jodhpur, Rajasthan // Diabetes & Metabolic Syndrome. Clin. Res. Rev. 2021; 15: 205–211.
8. Yakushin M.A., Gorenkov R.V., Vasilyeva T.P., Aleksandrova O.Yu., Yakushin D.M., Tursunov R.A., Vasilyev M.D. Medical and social aspects of organizing the protective regime of the population during the COVID-19 pandemic. Eurasian Scientific and Medical Journal «Sino». 2021; 2(3): 4–9. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2021-2-3-4-9>
9. Allegrante J.P., Auld M.E., Natarajan S. Preventing COVID-19 and its sequela: "There is no magic bullet... It's just behaviors" // Am. J. Prev. Med. 2020; 59; 288–292.
10. Li C., Xu J., Yue L., Shen M., Dai M., Liu N. Knowledge, attitude, and practice survey regarding coronavirus disease 2019 among residents in Hunan Province // Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2020 Jun 28; 45(6): 665–672. doi: 10.11817/j.issn.1672–7347.2020.200277.

ES

Evaluación de "Conocimientos, actitudes y comportamiento" de la población de la República de Tayikistán respecto al COVID-19

G.M. Mukhsinzoda, M.M. Ruziev, Yu.Yu. Mirzoaliev, Nueva Jersey Jafarov, R.A. Tursunov

Anotación

Introducción. A pesar de las altas tasas de vacunación, algunas poblaciones todavía carecen de información confiable sobre las vacunas y de recursos para conocerlas. Los cambios sociales y de comportamiento son un elemento clave para una respuesta eficaz a la COVID-19, como aumentar el conocimiento público mediante la difusión de información y materiales educativos sobre la vacunación de la población contra la infección por coronavirus. Objetivo del estudio: evaluar el nivel de conocimientos sobre COVID-19, las prácticas de comportamiento, así como las actitudes hacia la vacunación y otras medidas antiepidémicas en curso entre la población de la República de Tayikistán.

Materiales y métodos. El estudio fue realizado por la ONG "Subhi Tandurusti" de febrero a mayo de 2024. Para evaluar el nivel de los encuestados en la encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas con respecto a temas relacionados con COVID-19, se realizó una encuesta mediante un cuestionario especialmente diseñado. En el estudio participaron 2.500 encuestados de 15 diferentes distritos y ciudades de la república.

Resultados. Alrededor del 93% de los encuestados (n=2322) respondieron correctamente a esta pregunta sobre los modos de transmisión del virus, lo que indica un alto nivel de conciencia sobre los modos de transmisión de COVID-19. Se registraron tasas relativamente altas de respuestas correctas a la pregunta "¿Es posible enfermarse de COVID-19 varias veces?" El 69,5% de los encuestados (n=1737) respondió correctamente a esta pregunta, lo que indica que entiende que es posible enfermarse con COVID-19 varias veces. Actitud de los encuestados respecto a la seguridad y eficacia de la vacunación: el 78,3% de los encuestados (n=1957) expresó confianza

FR

Évaluation des «connaissances, attitudes et comportements» de la population de la République du Tadjikistan concernant le COVID-19

G.M. Mukhsinzoda, M.M. Ruziev, Yu.Yu. Mirzoaliev, N.J. Jafarov, R.A. Tursounov

Annotation

Introduction. Malgré des taux de vaccination élevés, certaines populations manquent encore d'informations fiables sur les vaccins et de ressources pour en savoir plus. Les changements sociaux et comportementaux sont un élément clé d'une réponse efficace au COVID-19, comme l'augmentation des connaissances du public grâce à la diffusion d'informations et de matériels pédagogiques sur la vaccination de la population contre l'infection par le coronavirus.

Objectif de l'étude: évaluer le niveau de connaissances sur le COVID-19, les pratiques comportementales, ainsi que les attitudes à l'égard de la vaccination et d'autres mesures anti-épidémiques en cours au sein de la population de la République du Tadjikistan. **Matériels et méthodes.** L'étude a été menée par l'ONG "Subhi Tandurusti" de février à mai 2024. Pour évaluer le niveau des répondants à l'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant les questions liées au COVID-19, une enquête par questionnaire a été menée à l'aide d'un questionnaire spécialement conçu. L'étude a impliqué 2500 répondants de 15 districts et villes différents de la république.

Résultats. Environ 93% des répondants (n=2322) ont répondu correctement à cette question concernant les modes de transmission du virus, ce qui indique un niveau élevé de sensibilisation aux modes de transmission du COVID-19. Des taux relativement élevés de réponses correctes ont été enregistrés à la question "Est-il possible de contracter le COVID-19 plusieurs fois?" 69,5% des personnes interrogées (n=1737) ont répondu correctement à cette question, indiquant qu'elles comprennent qu'il est possible de tomber malade plusieurs fois avec le COVID-19. Attitude des répondants concernant la sécurité et l'efficacité de la vaccination: 78,3% des répondants

en su seguridad, el 11,3% (n=282) no sabía la respuesta y el 10,4% (n=261) no consideró la vacuna es segura. 2.430 personas (97,20%) ya han recibido el ciclo completo de vacunación contra la COVID-19, 42 personas (1,68%) sólo han recibido la primera dosis de la vacuna y tienen previsto recibir la segunda. La fuente de información más popular sobre COVID-19 fueron los programas de televisión: 44,0% de los encuestados (n=1101), seguidos de materiales informativos (25,2%, n=631) e Internet, incluidos sitios web y redes sociales (22,8%, n =571). Al mismo tiempo, el 75,6% (n=1889) de los encuestados calificaron la información y los materiales educativos sobre COVID-19 como muy útiles y confiables. A la pregunta “¿Se ha hecho la prueba?”: 639 personas (25,6%) “nunca” se hicieron la prueba, 588 (23,5%) “a menudo” y 461 (18,4%) “siempre” se hicieron la prueba.

Conclusión. Los resultados del estudio mostraron que los entrevistados tenían conocimientos suficientes sobre la COVID-19, incluida la transmisión del virus por diversas vías y los síntomas clínicos de la enfermedad, así como la importancia de la vacunación. Las iniciativas de salud pública ayudan a proteger mejor la salud pública durante emergencias como las pandemias de enfermedades infecciosas.

Palabras clave: COVID-19, pandemia, enfermedad infecciosa, conocimiento, actitud, comportamiento, encuesta, práctica conductual, pruebas, vacunación.

(n=1957) ont exprimé leur confiance dans sa sécurité, 11,3% (n=282) ne connaissaient pas la réponse et 10,4% (n=261) ne considéraient pas le vaccin est sécuritaire. 2.430 personnes (97,20%) ont déjà reçu le cycle complet de vaccination contre le COVID-19, 42 personnes (1,68%) n'ont reçu que la première dose du vaccin et envisagent de recevoir la seconde. La source d'information la plus populaire sur le COVID-19 était les programmes télévisés – 44,0% des répondants (n=1101), suivis par les documents d'information (25,2%, n=631) et Internet, y compris les sites Web et les réseaux sociaux (22,8%, n =571). Dans le même temps, 75,6% (n = 1889) des personnes interrogées ont jugé les informations et les supports pédagogiques sur la COVID-19 très utiles et fiables. A la question “Avez-vous été testé?”: 639 personnes (25,6%) ne se sont “jamais” fait tester, 588 (23,5%) “souvent” et 461 (18,4%) se sont “toujours” fait tester.

Conclusion. Les résultats de l'étude ont montré que les personnes interrogées avaient des connaissances suffisantes sur le COVID-19, notamment sur la transmission du virus par diverses voies et sur les symptômes cliniques de la maladie, ainsi que sur l'importance de la vaccination. Les initiatives de santé publique contribuent à mieux protéger la santé publique lors de situations d'urgence telles que les pandémies de maladies infectieuses.

Mots clés: COVID-19, pandémie, maladie infectieuse, connaissances, attitude, comportement, enquête, pratique comportementale, tests, vaccination.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Мухсинзода Гафур Мухсин – доктор медицинских наук, первый заместитель министра, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Таджикистан.

Gafur M. Muhsinzoda – Grand PhD in Medical sciences, First deputy minister, Ministry of Health and social protection of population of Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: gafur@tojikiston.com, ORCID: 0000-0002-7095-792X

Рузиев Муродали Мехмондустович – доктор медицинских наук, директор Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Таджикистан.

Murodali M. Ruziev – Grand PhD in Medical sciences, director of Tajik Research Institute of Preventive Medicine, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: m.ruziev@mail.ru, ORCID: 0000-0001-6267-9483

Мирзоалиев Юнусджон Юсуфалиевич – кандидат медицинских наук, научный сотрудник Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Таджикистан.

Yunusjon Yu. Mirzoaliev – PhD in Medical sciences, Researcher of Tajik Research Institute of Preventive Medicine, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com, ORCID: 0009-0000-7300-5513

Джафаров Навруз Джунайдуллоевич – научный сотрудник Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Таджикистан.

Navruz J. Jafarov – Researcher of Tajik Research Institute of Preventive Medicine, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: professortj@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3453-7370

Турсунов Рустам Абдусаматович – кандидат медицинских наук, заместитель декана по науке и международным связям медицинского факультета, Таджикский национальный университет; главный редактор Евразийского научно-медицинского журнала «Сино», г. Душанбе, Таджикистан.

Rustam A. Tursunov – PhD in Medical sciences, Deputy Dean for Science and International Relations, Faculty of Medicine, Tajik National University, editor-in-chief of the Eurasian Scientific and Medical Journal “Sino”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: trustam.art@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5518-6258

АКАДЕМИКУ ПЕТРУ ВИТАЛЬЕВИЧУ ГЛЫБОЧКО – 60 ЛЕТ



Поздравляем с 60-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, ректора Первого МГМУ им. И. М. Сеченова

Петр Витальевич Глыбочко родился 21 июля 1964 г. в с. Кувшиново Почепского района Брянской области. В 1991 г. окончил Саратовский медицинский институт по специальности «Лечебное дело», в 1996 г. стал кандидатом медицинских наук, а в 2001 г. защитил докторскую диссертацию по специальности «Урология». В 2004 г. присвоено звание профессора.

В 2001 г. окончил Саратовский государственный социально-экономический университет (ныне – филиал Российского экономического университета им. Г.В. Плеханова) по специальности «Бухгалтерский учет и аудит», в 2013 г. – Российскую академию народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации по специальности «Государственное и муниципальное управление». С 1996 по 2002 гг. трудился в должности ассистента, с 1998 г. – доцента кафедры урологии Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского (далее – СГМУ), совмещая работу на кафедре с работой в должности главного врача Саратовского областного госпиталя ветеранов войн. С 2002 г. – заведующий Кафедрой урологии СГМУ, одновременно – заместитель главного врача по медицинскому оборудованию клинической больницы № 3 СГМУ. В 2002–2010 гг. – ректор Саратовского государственного медицинского университета, заведующий Кафедрой урологии СГМУ. С 2005 г. – директор созданного им научно-исследовательского института фундаментальной и клинической уронефрологии СГМУ. С 2010 г. избран ректором Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, а также является директором Института уронефрологии и репродуктивного здоровья человека (входит в состав МГМУ). Член-корреспондент РАМН с 2005 г., член-корреспондент РАН с 2014 г., академик РАН с 2016 г. – Отделение медицинских наук.

П.В. Глыбочко является вице-президентом Российского общества урологов, председателем Меж-

региональной общественной организации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России», главным внештатным специалистом Минздрава России по медицинскому и фармацевтическому образованию, вице-президентом Российского Союза ректоров, сопредседателем Российско-китайской ассоциации медицинских университетов, членом Европейской ассоциации урологов, членом оргкомитета ежегодного конгресса Российского общества урологов, членом Экспертного совета ВАК при Минобрнауки России, председателем диссертационного совета по защите докторских диссертаций.

П.В. Глыбочко – главный редактор журналов «Сеченовский вестник», «Вопросы урологии и андрологии» и «Медицинское образование и ВУЗовская наука», член редколлегий и редакционных советов журналов «Вестник Волгоградского государственного медицинского университета», «Russian Open Medical Journal», «Саратовский научно-медицинский журнал», «Исследования и практика в медицине», «Вестник урологии» и др.

Основными направлениями научных исследований являются: малоинвазивная хирургия заболеваний предстательной железы (лазерная (гольмиевая и тулиекая), трансуретральная резекция, лапароскопическая и роботическая простатэктомия), оперативное и консервативное лечение онкологического поражения мочевого пузыря, регенеративная медицина и тканевая инженерия органов мочевой системы, малоинвазивное лечение мочекаменной болезни при помощи лазерных технологий, химиотерапевтическое и хирургическое лечение опухолевого поражения почек (в т.ч. криохирургия и радиочастотная хирургия), тканевая инженерия, регенеративная медицина. П.В. Глыбочко опубликовал около 600 научных трудов, среди которых монографии, вузовские учебники, учебно-методические пособия, рекомендации по вопросам урологии, гериатрии и геронтофармакологии, является автором 23 официально зарегистрированных изобретений и патентов.

П.В. Глыбочко награжден Нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» (2000 г.), Государственной наградой Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2002 г.), Государственной наградой «Орден Почета» (2008 г.), Государственной наградой Орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени (2014 г.), Благодарностью Президента Российской Федерации (2017 г.), Орденом «За заслуги перед Отечеством» III степени (2019 г.), медалью «За вклад в укрепление здоровья нации» им. И.И. Мечникова, дипломом и медалью лауреата премии им. академика Н.А. Лопаткина «За достижения в научной, практической деятельности и вклад в развитие Российской урологии», почетным знаком «Ректор года», Почетной грамотой Президента Российской Федерации (2023 г.), орденом «Достлуг» Азербайджанской Республики (2024 г.), Орденом «За заслуги перед Отечеством» II степени (2024 г.), юбилейной медалью «300 лет Российской академии наук» (2024 г.).

Редакция журнала желает Петру Витальевичу здоровья, долгих лет жизни, благополучия и дальнейшей реализации намеченных планов!

АКАДЕМИКУ ВЛАДИМИРУ ГЕОРГИЕВИЧУ ПОЛЯКОВУ – 75 ЛЕТ



Поздравляем с 75-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, заведующего хирургическим отделением № 1 (опухолей головы и шеи) и советника директора НИИ детской онкологии и гематологии им. Л. А. Дурнова НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина, заведующего кафедрой детской онкологии им. академика Л. А. Дурнова РМАНПО Минздрава России

Владимир Георгиевич Поляков родился 14 сентября 1949 г. в с. Южная Озереевка Анапского района Краснодарского края. В 1973 г. окончил педиатрический факультет 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, в 1980 г. стал кандидатом медицинских наук, а в 1992 г. защитил докторскую диссертацию по специальности «Детская онкология». В 1997 г. было присвоено ученое звание профессора.

С 1976 г. и по наст. время работает в отделении детской онкологии Всесоюзного онкологического научного центра Академии медицинских наук СССР (ныне – НИИ детской онкологии и гематологии им. Л. А. Дурнова НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России), прошел путь от врача-педиатра, младшего, старшего, ведущего научного сотрудника (с 1976 по 1994 гг.) до руководителя отдела общей онкологии (с 2006 по 2018 гг.), заместителя директора по научной работе (с 2001 по 2018 гг.), заведующего хирургическим отделением № 1 (опухолей головы и шеи) (с 1994 г. по наст. время) и советника директора НИИ ДООГ им. Л. А. Дурнова НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина (с 2019 г. по наст. время). В 2001–2018 гг. занимал должность главного детского онколога Минздрава России, являлся членом экспертного совета по онкологии Минздрава России. С 2006 г. по настоящее время руководит кафедрой детской онкологии им. академика Л. А. Дурнова Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ им. Н. И. Пирогова. Член-корреспондент РАМН с 2005 г., академик РАМН

с 2011 г., академик РАН с 2014 г. – Отделение медицинских наук.

В. Г. Поляков – член Объединенного Ученого Совета НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина, член докторского Совета НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина, заместитель председателя Ученого Совета НИИ ДООГ, член Ученого Совета РМАНПО, член Исполкома Союза педиатров России, член Центральной аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации, член Рабочей группы Экспертов по иммунопрофилактике инфекционных болезней Министерства здравоохранения Российской Федерации, член Международной ассоциации детских онкологов и Международной ассоциации детских онкологов-хирургов.

В. Г. Поляков – член редколлегий и редакционных советов журналов «Вопросы современной педиатрии», «Российский онкологический журнал», «Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии», «Современная онкология», «Педиатрическая фармакология», «Детская хирургия», «Клиническая и экспериментальная тиреоидология», «Опухоли головы и шеи» и т. д.

Основными направлениями его научных исследований являются: организация, диагностика, дифференциальная диагностика и комплексное лечение детей с онкологическими заболеваниями, вопросы полихимиотерапии, разработка методов поддерживающей и сопроводительной терапии, разработка интенсивных программ лечения, диагностика и лечение рака щитовидной железы, опухолей слюнных желез, сарком мягких тканей параменингеальной локализации, внеорганных опухолей шеи, а также пигментных новообразований кожи. В. Г. Поляковым создано новое направление в решении диагностических и лечебных задач очень сложной патологии – опухоли головы и шеи. Разработаны и внедрены в практику современные протоколы, включающие хирургические вмешательства, в том числе трансназальные эндоскопические, в комбинации с лучевой и полихимиотерапией, а также методы комплексного лечения, позволяющие проведение органосохраняющих операций у больных с опухолями глаза и орбиты, щитовидной железы, саркомами мягких тканей и костей, печени и почек. В. Г. Поляковым опубликовано более 700 печатных работ, в т. ч. коллективные монографии, учебники, методические рекомендации и врачебные пособия. Под его научным руководством выполнено и защищено 6 докторских и 22 кандидатских диссертаций.

В. Г. Поляков награжден знаком «Отличнику здравоохранения», медалью «В память 850-летия Москвы», грамотой Министерства здравоохранения СССР, медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2002 г.), юбилейной медалью «300 лет Российской академии наук» (2024 г.). Имеет звание заслуженного работника здравоохранения РФ, является лауреатом премии Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина (2003, 2005 гг.), а также обладателем многочисленных общественных наград: «Человек тысячелетия», «Слава нации» и других.

Сердечно поздравляем Владимира Георгиевича с 75-летием и желаем крепкого здоровья, долгих лет жизни, благополучия и творческого вдохновения!

АКАДЕМИКУ АЛЕКСАНДРУ НИКОЛАЕВИЧУ РАЗУМОВУ – 80 ЛЕТ



**П о з д р а в л я е м
с 80-летием академика
РАН, доктора медицин-
ских наук, профессора,
заслуженного деятеля
науки Российской Феде-
рации**

Александр Николаевич Разумов родился 24 августа 1944 г. в д. Шеперово Чаусского района Могилевской области. В 1970 г. окончил военно-медицинский факультет Саратовского медицинского института, в 1978 г. стал кандидатом медицинских наук, а в 1988 г. защитил докторскую диссертацию по специальности «Авиационная и космическая

медицина». В 1970–1990 гг. как военнотрудовой в Институте авиационно-космической медицины Минобороны СССР прошел путь от младшего научного сотрудника до заместителя руководителя института, руководил экспериментальной лабораторией (с 1972 по 1979 гг.) – отвечал за испытания новых образцов авиационно-космической техники. В 1990–1992 гг. – директор научно-практического центра «Работоспособность» Миннефтегазстроя СССР. В 1992–1998 гг. – генеральный директор Московского центра проблем здоровья при Правительстве Москвы.

С 1998 по 2010 гг. возглавлял Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития России, с того же года назначен главным специалистом Минздравсоцразвития России по восстановительной медицине и реабилитации. С 2011 г. возглавлял Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения г. Москвы, с 2016 г. по наст. время в должности президента. С 1993 г. по наст. время – заведующий созданной им кафедры восстановительной медицины (ныне – кафедра восстановительной медицины, реабилитации и курортологии) Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. С 2011 по 2016 гг. являлся Главным внештатным специалистом по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Департамента здравоохранения г. Москвы, главным внештатным специалистом по санаторно-курортному лечению Центрального Федерального Округа Российской Федерации, профессор Международного открытого университета по комплементарной медицине (Нидерланды), академик РЭА, АЭН, Международной академии наук.

А.Н. Разумов является председателем экспертного Совета по восстановительной медицине, медицинской реабилитации и курортному делу Комитета по здравоохранению Государственной Думы Российской Федерации, член Экспертного Совета при Правительстве Российской Федерации, член Экспертного совета по вопросам совершенствования медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения Комитета Государственной Думы по охране здоровья, член рабочей группы «Общественное здравоохранение и благополучие человека Экспертного совета Гражданского форума БРИКС.

А.Н. Разумов является членом Бюро секции профилактической медицины ОМН РАН, председателем Комиссии по восстановительной Медицине научного совета Отделения медицинских наук РАН, членом ВАК при Минобрнауки России, главным внештатным консультантом по медицинской

реабилитации Управления делами Президента Российской Федерации, президентом Национальной курортной ассоциации, президентом Союза «Здоровья здоровых», президентом Российского общества врачей восстановительной медицины, медицинской реабилитации, курортологов и физиотерапевтов, председателем секции «Медицинская промышленность» Научно-технического Совета Минпромторга, президентом Международного Университета Восстановительной медицины, вице-президентом Всемирной Федерации Водолечения и Климатолечения и председателем ее медицинской комиссии, председателем Европейского комитета ВОЗ по проекту «Политика глобального оздоровления».

А.Н. Разумов – главный редактор журналов «Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры» и «Курортные ведомости», член редколлегий и редакционных советов научных-практических периодических изданий «Вестник восстановительной медицины», «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», «Актуальные вопросы восстановительной медицины», «Доктор.Ру», «Физическая и реабилитационная медицина», «Менеджмент качества в медицине» и др.

Основными направлениями его научных исследований являются разработка фундаментальных и прикладных проблем экологии человека, восстановительной медицины и медицинской реабилитации. А.Н. Разумов создал научную школу, основным направлением исследований которой является научное обоснование новых оздоровительно-лечебных технологий на основе применения естественных и преформированных физических факторов, что позволило развивать в стране интегративную медицину, объединяющую нелекарственные методы и методы классической медицины при оздоровлении, лечении и медицинской реабилитации пациентов. Им разработана Концепция охраны здоровья здорового человека, поддержанная ВОЗ. Под его руководством и при его активном участии была открыта новая научная и врачебная специальность «Восстановительная медицина», а также разработана Концепция государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации, одобренная Минздравом России.

А.Н. Разумов – автор более 600 опубликованных научных работ, в том числе 11 монографий, 3 учебных пособий и 44 патентов. Им разработаны более 40 пособий для врачей, методических указаний и рекомендаций. Под руководством и при консультативной помощи А.Н. Разумова выполнены и защищены 40 докторских и 25 кандидатских диссертаций.

А.Н. Разумов является лауреатом международной премии «Профессия – жизнь» в номинации «Выдающийся руководитель медицинского учреждения», награжден медалью «За заслуги перед Ставропольским Краем» (2003 г.), удостоен звания лауреата премии им. М.В. Ломоносова в области науки и образования (2003 г.), звания лауреата премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники (2004 г.), награжден дипломом премии РАМН им. Н.А. Семашко за лучшую научную работу по теории и истории здравоохранения (2006 г.). Лауреат премии Минздравсоцразвития России «Лучший врач России» в номинации «Призвание» за создание нового направления в медицине (2008 г.), кавалер ордена имени Ярослава Мудрого – «Гордость науки и образования России» (2009 г.). В 2023 г. награжден медалью Алтайского края «За заслуги перед обществом», в 2024 г. – юбилейной медалью «300 лет Российской академии наук».

А.Н. Разумов имеет правительственные награды: Орден «За службу Родине в ВС СССР III степени» (1990 г.), орден «Дружбы» (2015 г.), орден и золотой крест Святого Петра (седьмой удостоенный), медаль «За боевые заслуги» (1981 г.) и многие другие.

Желаем Александру Николаевичу долгих лет жизни, крепкого здоровья, благополучия и новых профессиональных успехов!

